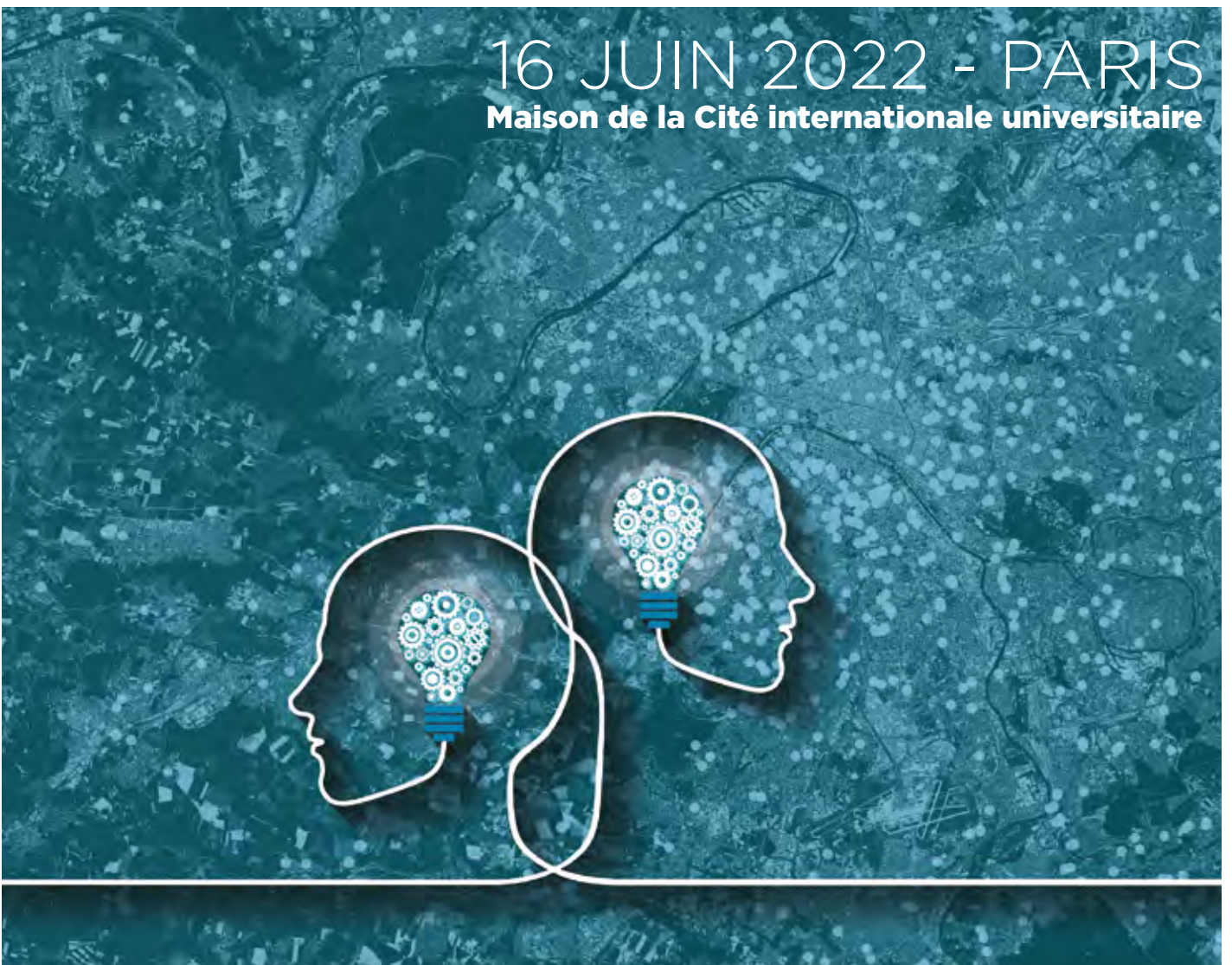




Congrès de la FHF Île-de-France

16 JUIN 2022 - PARIS
Maison de la Cité internationale universitaire

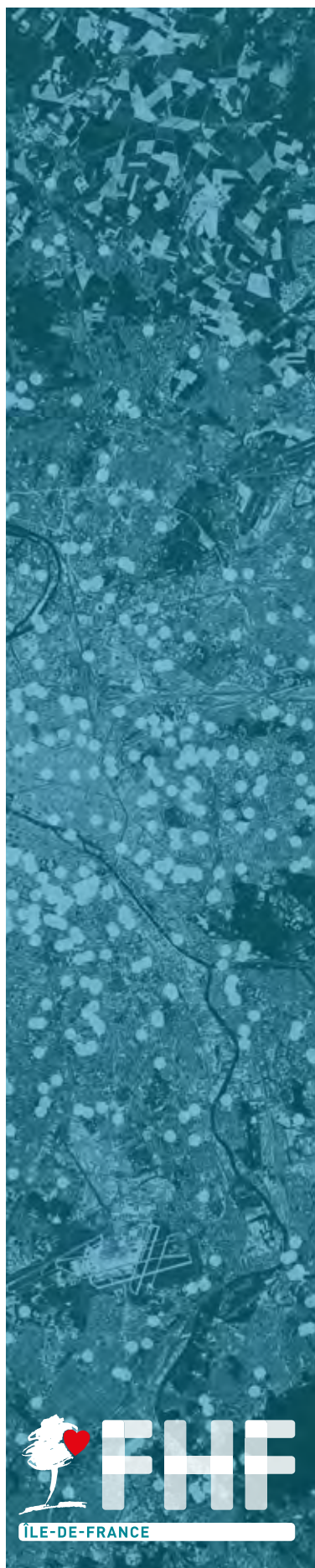


**Se transformer
pour construire autrement**
Penser l'avenir pour mieux prendre soin

Se transformer pour construire

Penser l'avenir pour mieux

9h00	Accueil	
9h30	Ouverture	4
	Serge BLISKO Président de la FHF Île-de-France Zaynab RIET Déléguée générale de la FHF	
10h00	Grand témoin	7
	Laurent CHAMBAUD Directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)	
10h30	Planifier une architecture durable	10
	Construire autrement	
	Donato SEVERO Architecte, docteur en histoire de l'architecture, chaire Architecture, design, santé - Professeur HDR ENSA Paris Val-de-Seine Lila BONNEAU Architecte, docteure en histoire de l'architecture, chaire Architecture, design, santé, MCA ENSA Paris Val-de-Seine	
11h00	Pause	
11h30	Table ronde Projets d'investissements: le nouveau rôle du Conseil scientifique du CNIS	13
	<i>Animation:</i> Emmanuelle GARD Directrice d'ESMS, déléguée médico-sociale FHF 92	
	Pr François-René PRUVOT Président du Conseil scientifique du Conseil national pour les investissements en santé (CNIS) Camille DEVROEDT Spécialiste du développement durable pour l'ANAP, membre du CNIS Donato SEVERO Architecte, docteur en histoire de l'architecture, chaire Architecture, design, santé - Professeur HDR ENSA Paris Val-de-Seine Dr Lucile CARLIER Psychiatre, EPS Ville-Evrard, et designer Luce LEGENDRE Directrice du CASH de Nanterre et de l'EPS Roger-Prévot	
12h30	Déjeuner	
14h00	RH en santé : l'intelligence artificielle au service de la fidélisation	18
	<i>En interaction avec la salle</i> Sophie MARCHANDET Responsable du pôle RH de la FHF, vice-présidente de l'ADRHSS Daniel RITTER CEO de Better World	



autrement prendre soin

14h20	Penser autrement le soin : des innovations qui invitent à revoir nos organisations	20
	Animation: Sidi-Mohammed Ghadi	
	• Les robots chirurgicaux et la transformation pour le métier de chirurgien	20
	Dr Jean-Claude COUFFINHAL Chirurgien thoracique vasculaire Responsable robotique chirurgicale et innovation, Académie nationale de chirurgie	
	• Améliorer le retour à domicile	21
	Florence HERRY CEO de Libheros Dr Sophie de CHAMBINE Directrice du département Organisations innovantes- Parcours ville/hôpital, direction de la stratégie et de la transformation, AP-HP	
	• Télésurveillance, téléconsultation au service des patients âgés	23
	Dr Christine CHANSIAUX-BUCALO Gériatre, CH Rives-de-Seine Régis CAUDARD Directeur général d'Epoca	
	• L'appui des IPA et des patients pairs: exemple en néphrologie	25
	Dr Xavier BELENFANT Président du collège médical Grand Paris Nord Est Odile BASSE Présidente de France Rein Paris Île-de-France	
15h00	Regard d'un usager sur ces innovations	26
	Sidi-Mohammed GHADI Représentant des usagers, hôpital Armand-Trousseau AP-HP, membre de la CRSA d'Île-de-France	
15h10	Pause	
15h40	Table ronde Construire des parcours intégrés tout au long de la vie	27
	Animation: Dr Michèle GRANIER	
	Antoine MALONE Responsable du pôle Prospective, Europe, international de la FHF Dr Yannick COSTA Président de la conférence régionale des PCME de CH Isabelle BILGER Directrice de l'autonomie de l'ARS Île-de-France Dr Sophie de CHAMBINE Directrice du département Organisations innovantes- Parcours ville/hôpital, direction de la stratégie et de la transformation, AP-HP Dr Olivier RICHARD Urgentiste, expérimentateur du SAS 78 Dr Bertrand de ROCHAMBEAU Vice-président de l'URPS médecins Île-de-France Hervé PIGALE Directeur de l'Institut Le Val Mandé	
16h45	Discours de clôture	33
	Amélie VERDIER Directrice générale de l'ARS Île-de-France	

Ouverture de la journée

Serge BLISKO Président de la FHF Île-de-France

Je vous remercie d'être venus en nombre participer à ce congrès. Je me réjouis que les mesures relatives à la crise sanitaire, qui étaient encore d'actualité lors de notre dernier congrès, soient désormais levées. Cet optimisme doit toutefois être tempéré puisque plusieurs indicateurs épidémiologiques et sanitaires repartent dans la zone grise. La situation semble sous contrôle, grâce à la couverture vaccinale et à l'évolution propre du virus, mais les chiffres reçus de nos voisins européens montrent que nous devons demeurer méfiants, étant entendu que le nombre de contaminations repart à la hausse.

Nos établissements n'ont guère eu le temps de se réjouir de cette accalmie, compte tenu de la pénurie dramatique de personnels à laquelle ils sont exposés, qui s'est d'ailleurs aggravée ces derniers mois. C'est notre préoccupation majeure. À l'approche des congés d'été, les directeurs et présidents de CME se battent pour maintenir des services ouverts. Cela dit, pour certains de nos établissements, nous sommes arrivés cette année à un record de 30 à 35 % de lits fermés, alors que les congés d'été ne font que débiter. Trois spécialités sont particulièrement

concernées : les urgences, la maternité et la psychiatrie, et nous savons qu'il sera difficile de répondre aux demandes de soins de nos concitoyens. Néanmoins, tous les acteurs de santé de la région Île-de-France sont mobilisés pour anticiper la crise qui s'annonce.

Au-delà de ce sujet de préoccupation conjoncturel, nous assistons aussi à une remise en cause du sens du travail des professionnels. Cette crise majeure des ressources humaines va entamer nos capacités à assurer la continuité du service et la permanence des soins, que seul l'hôpital public semble devoir assumer – pour l'essentiel et au prix fort. À ce titre, je regrette que la médecine de ville ne soit toujours pas soumise à l'obligation de la permanence des soins ambulatoires. Il s'agit d'un problème majeur, car l'hôpital ne peut pas pallier cette crise aiguë du manque de permanence des soins en ville. En tout état de cause, la défense de l'hôpital, la permanence des soins et les moyens de la garantir figurent parmi les sujets prioritaires défendus par notre fédération nationale.

Notre congrès s'intitule « Se transformer pour construire autrement, penser l'avenir pour mieux prendre soin », avec un programme riche, émaillé de thèmes porteurs et transversaux au secteur sanitaire et au secteur médico-social. La plus-value de ce programme est de nous permettre de prendre de la distance par rapport à l'actualité immédiate, aussi difficile soit-elle, et de nous projeter sur un horizon à la fois réaliste et enthousiasmant.

Dans cet esprit, il s'agira d'envisager les opportunités de transformation qui se profilent. Notre grand témoin, Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP, nous livrera ses réflexions en la matière. Nous aborderons aussi la thématique architecturale, à l'heure où commencent à se concrétiser de grands projets de restructuration et de construction en partie soutenus par le Ségur de l'investissement. Nous évoquerons les opportunités de transformation suscitées par les innovations techniques et organisationnelles, ainsi que la question de la structuration et du renforcement des parcours. Enfin, nous aurons le plaisir de recevoir la directrice générale de l'ARS Île-de-France, Amélie Verdier, pour la conclusion de cette journée.



Zaynab RIET Déléguée générale de la FHF

Je ne peux que partager la nécessité de bousculer les idées reçues et de mener les transformations à leur terme. Nous ne pourrions pas sortir de la crise sanitaire avec les mêmes logiques, les mêmes réflexes et les mêmes logiciels, qui constituaient la norme depuis des décennies.

L'ensemble du système de santé est confronté à une situation difficile, ce qui ne doit pas pour autant faire oublier l'excellence et la mobilisation des équipes des structures hospitalières et médico-sociales. Rappelons que les EHPAD publics sont ceux qui ont le mieux résisté durant la crise. Rappelons aussi qu'un système de santé de pointe ne serait pas possible sans une recherche forte, notamment sans l'action remarquable des CHU, qui représentent à eux seuls 83% des activités et du financement de la recherche, de l'innovation et de l'enseignement.

Hélas, l'hôpital pallie les maux du système de santé et en paie les conséquences. Que devons-nous changer? Comme toujours, nous devons partir de notre seule et unique boussole: l'espérance de vie en bonne santé. En France, celle-ci est inférieure de trois à cinq ans à ce que l'on observe chez nos proches voisins, sans même parler de ce que l'on observe dans les pays scandinaves. Cette performance globale insuffisante résulte notamment d'un certain nombre d'inégalités sociales majeures, puisque l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers est de 7 ans chez les hommes, de 3 ans chez les femmes. La FHF formule le vœu que l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé devienne, aux côtés de la croissance du PIB et de l'évolution du taux de chômage, un marqueur central de l'évaluation des politiques publiques.

Dans le même temps, le secteur public, fleuron du système de santé, pallie encore et toujours les difficultés du système. En dix-sept ans, plus de 10 milliards d'euros d'économie ont été demandés aux établissements; 80% d'entre eux investissent en deçà du seuil minimum de 3% permettant de renouveler leurs équipements. Je le dis d'autant plus avec force en présence du président du Conseil scientifique du CNIS, qui a besoin de soutien, de visibilité et de clarté pour les années à venir. Cela est fondamental pour les établissements, pour



les équipes, pour les populations et les patients. Au-delà, l'explosion des passages aux urgences découle de l'érosion de l'offre de premier recours. Les départements français ont presque tous connu, ces dernières années, une hausse des passages en urgence et une baisse du nombre de médecins généralistes. Plus largement, les professionnels des hôpitaux publics doivent assumer la permanence des soins, répondre à des obligations de garde et astreinte et assumer un rôle toujours plus grand dans les soins non programmés.

Concrètement, les établissements de santé et médico-sociaux font face à une situation critique en matière d'effectifs soignants et médicaux. L'intérim et les CDI fonctionnent à plein, mais les tensions sont majeures. Si l'intérim peut d'abord constituer une satisfaction en termes de rémunération, il n'est en aucun cas un exercice sécurisant pour le professionnel ou pour le patient. De nombreux blocs opératoires tournent au ralenti, tandis que les fermetures de services se multiplient dans toutes les régions. Dans ce contexte

pesant essentiellement sur l'hôpital public, les activités programmées redémarrent lentement, ce qui constitue un problème de santé publique majeure.

Au-delà de la situation actuelle, la perspective des vacances d'été inquiète, avec des équipes aspirant à un légitime repos tout en étant en situation de sous-effectif. Comme chaque année, les établissements publics resteront ouverts et tiendront bon, mais ils seront les seuls à assumer la permanence des soins. Le président de la République a annoncé une mission flash sur les soins non programmés. Nous avons espoir que plusieurs mesures d'application immédiate proposées par la FHF seront prises en compte à la fin de la mission prévue pour le mois de juin. Sans attendre, la ministre de la Santé et de la Prévention a annoncé de premières mesures constituant une première étape indispensable et répondant à nos demandes à court et moyen terme pour le secteur sanitaire comme pour le secteur médico-social : l'installation de cellule de crise dans chaque ARS afin d'identifier les fragilités, d'élaborer des plans de continuité des soins opérationnels et en conduire le pilotage jusqu'à la mi-septembre ; la mise en place d'une obligation de transparence et de concertation sur les plannings d'activité et de congé de tous les acteurs ; le déblocage immédiat de crédits pour financer la réactivation du dispositif de majoration des éléments de rémunération utilisés durant la crise Covid-19. Au-delà, la FHF a demandé la prolongation de la garantie de

financement des hôpitaux publics jusqu'à la fin de l'année et la compensation de l'inflation galopante.

À ce titre, nous considérons que le deuxième semestre 2022 doit être un semestre de refondation qui nous permettra de nous projeter sereinement dans l'avenir. La FHF attend impatiemment la conférence des parties prenantes sur l'accès aux soins et les déserts médicaux pour refonder durablement les organisations de santé avec les acteurs de santé, les usagers et les élus. Cette concertation doit impérativement ouvrir la voie à de réelles transformations, autour d'un nombre limité de priorités. Je n'en citerai que deux : l'accès aux soins et la continuité des soins ; la refonte des métiers de la santé. Plus largement, nous devons questionner la crise existentielle que traversent les métiers de la santé. Inévitablement, nous devons revoir la formation et la mettre en adéquation avec les besoins de santé, mais également redéfinir les compétences des uns et des autres. Pour prendre l'exemple des infirmiers, peut-être devrions-nous leur permettre d'assumer un rôle plus important en matière de coordination, d'éducation à la santé et de continuité des soins.

En donnant à voir, de manière concrète, le résultat de décennies de politiques de rabais, la crise Covid-19 a au moins eu l'avantage de provoquer une prise de conscience générale et d'ouvrir la voie à une action de transformation. Nul doute que votre journée de réflexion y contribuera fortement.

Grand témoin

Laurent CHAMBAUD Directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

Mon propos s'attachera à décrypter les transformations à l'œuvre dans notre pays, qui concernent aussi tous les pays industrialisés, voire la majorité des pays du globe sur un certain nombre de sujets. Les systèmes de santé se heurtent partout aux mêmes questionnements, avec des réponses différant d'un pays à l'autre.

Tous les systèmes de santé sont confrontés à de profondes transformations, que la crise Covid-19 n'a fait qu'amplifier. Certaines de ces transitions affectent les états de santé des populations, parfois depuis des décennies. La première d'entre elles est la transition épidémiologique, qui se traduit par l'irruption des maladies chroniques. La première publication sur cette transition épidémiologique date de 1971 et fut l'œuvre d'Abdel Omran. En France, en 2018, 21 millions de personnes étaient atteintes de maladies chroniques. Ce chiffre devrait atteindre 23 millions en 2023. Entre 2012 et 2018, l'on est passé de 3,5 à 4,9 millions de personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, de 2,9 à 3,9 millions de personnes atteintes du diabète. Sans compter les maladies cancéreuses, dont l'incidence a augmenté pour certains types de cancers. Toutes les maladies chroniques augmentent en France, dans les pays développés, mais également dans les pays en voie de développement. Aux maladies chroniques s'ajoutent les multimorbidités touchant des personnes également affectées par des handicaps et des dépendances. Le système de soins est donc de plus en plus confronté à des personnes atteintes de maladies chroniques.

La deuxième transition est démographique, caractérisée par un vieillissement de la population et une diminution de la fertilité à l'origine d'une forte évolution de la pyramide des âges, notamment dans des pays comme l'Italie ou le Japon, la France parvenant à préserver son taux de fertilité autour de 1,8. Cela dit, au 1^{er} janvier 2022, les plus de 75 ans représentaient 9,8% de la population française, contre 7,3% en 2001, passant de 4,4 à 6,6 millions de personnes dans l'intervalle. La maladie infectieuse qu'est la Covid-19 ne signifie pas l'arrêt de cette transition, qui

va perdurer, avec les conséquences que l'on connaît sur les demandes et besoins de soins.

La troisième transition affectant les états de santé est écologique. 75% des maladies infectieuses émergentes proviennent d'un réservoir animal – zoonose. Plusieurs éléments contribuent à l'augmentation des transmissions entre l'animal et l'homme, à commencer par les conditions écologiques. En 2004, un département français – les Alpes-Maritimes – fut pour la première fois affecté par l'installation du moustique-tigre, vecteur de différentes maladies. En 2021, 67 départements étaient concernés, avec un gradient du sud au nord. Cet élément va probablement influencer fortement le type de pathologies rencontrées dans nos pays. Depuis plusieurs années, les efforts se multiplient à l'international pour tenter de relier la santé animale, la santé humaine et



Grand témoin

la santé végétale/biologique. Ce concept « One Health » devrait fortement influencer la manière d'appréhender les problématiques de santé humaine.

Au-delà des états de santé, d'autres transitions affectent l'offre de soins et de services, à commencer par la transition technologique. Cette évolution concerne d'abord les traitements, de plus en plus innovants et de plus en plus chers, mais également de moins en moins invasifs et de plus en plus personnalisés. Elle concerne également les diagnostics, de plus en plus performants et pertinents et pouvant être réalisés à distance avec une sécurité croissante et une vitesse de transmission accrue. Au-delà des soins actifs, cette transition couvre également l'accompagnement de la dépendance (exosquelettes) et les outils préventifs (applications, etc.). Plus largement, le *big data* – les données massives – prend une importance croissante dans tous les établissements, avec l'enjeu de savoir comment utiliser ces données sur le plan clinique et sur le plan de l'administration et de l'organisation des services. De surcroît, la transition technologique mobilise de manière croissante les ingénieurs et les architectes pour dessiner les structures de santé de demain, qui devront être adaptables et flexibles, répondre à des innovations technologiques parfois inconnues à ce jour et être économes en empreinte carbone – le système de soins génère 8 % des émissions de gaz à effet de serre en France.

La deuxième transition affectant l'offre de services est la transition professionnelle. Les professionnels n'ont plus les mêmes aspirations, attentes et besoins que leurs aînés, ne serait-ce que par rapport à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, enjeu particulièrement crucial pour un domaine où les services doivent être accessibles 24h/24. En outre, de plus en plus de professionnels aspirent à des carrières non linéaires, avec des changements de fonction et des temps de rupture plus ou moins longs, qui nécessiteront d'adapter les organisations. La demande d'exercice professionnel collectif va également *crescendo*, notamment dans l'ambulatoire, sachant que ces modalités d'exercice collectif permettent plus facilement de concilier vie professionnelle et vie personnelle.

De plus, contrairement à la tendance observée au début du xx^e siècle, les professionnels aspirent plus à une garantie de revenus qu'à un financement à l'activité, interrogeant fortement le sens et les valeurs portés par les professionnels.

De surcroît, l'offre de services est impactée par la transition démocratique, avec la fin du modèle médical paternaliste combinée au développement du droit individuel du patient et des droits collectifs, cette logique s'étant surtout développée à partir de l'expérience du VIH, avec plus de retard en France que dans les pays anglo-saxons. À cela s'ajoute l'irruption du questionnement éthique, qui embarque non seulement le système de soins mais aussi les questions sociétales, comme en témoignent les nombreux débats publics dont la dernière loi de bioéthique a fait l'objet, sans compter les débats autour de la fin de vie. La transition démocratique s'incarne aussi dans l'exacerbation des relations conflictuelles entre patients et soignants, qui incite également ces derniers à pratiquer leur discipline dans un cadre collectif.

Ainsi, à mon sens, nous assistons à un bouleversement profond et qui tend à s'accélérer avec les multiples crises que nous traversons. Pourtant, face à tous ces déterminants, notre système évolue très lentement, à coups d'expérimentations timides. Les conditions sont donc réunies pour qu'éclate une crise majeure si aucune action forte et visible n'est mise en œuvre ces prochaines années.

Parmi les conséquences de cette situation, nous retrouvons un hôpital en crise depuis plusieurs années. Les professionnels redoublent de conscience et de bonne volonté pour faire tenir l'hôpital, mais les tensions demeurent extrêmement fortes. Par ailleurs, nombre de professionnels de santé sont en souffrance ou désabusés. Une étude récemment publiée par l'Inserm montre que les médecins libéraux souffrent de burn-out à 61%, de troubles anxieux à 59% et de symptômes dépressifs à 27%. De surcroît, nombre d'établissements médico-sociaux sont en difficulté: difficultés de recrutement dans les EHPAD, difficultés à faire évoluer ces structures dans un sens qui n'est pas encore véritablement affiché.

J'observe, en outre, que la prévention est mal menée. La création d'un ministère de la Santé et de la Prévention est peut-être signe d'espoir, mais force est de constater que ce que soulignait Harvey Fineberg en 2013 – « la prévention est célébrée en principe, contrecarrée en pratique » – demeure d'actualité. Pourtant, mettre en œuvre la prévention serait d'autant plus pertinent qu'elle serait de nature à alléger ce qui nous attend pour les dix prochaines années.

Dans ce contexte, il me semble que nous devons poser un certain nombre de questions pour en débattre et trouver des solutions. D'abord, nous devons réaffirmer le sens et la valeur de notre système de santé, en définissant ce que signifie être un professionnel de santé et appartenir à un système de santé. Ensuite, pour agir sur l'espérance de vie en bonne santé, nous devons agir de manière forte sur les déterminants, en réduisant notamment les inégalités, en nous inspirant par exemple de la Suède, qui affiche une espérance de vie en bonne santé supérieure de dix ans à la France. Par ailleurs, plutôt que de modifier le seul hôpital, il serait plus pertinent de modifier le système de santé dans son ensemble : chaîne ambulatoire, prévention, établissements médico-sociaux, retour à domicile. À défaut, malgré tout l'argent dédié à l'hôpital, nous resterons confrontés à l'écueil du tonneau des Danaïdes, dans un contexte où le système de santé français est l'un de ceux coûtant le plus en pourcentage du PIB.

Après avoir posé ces questions, comment devons-nous procéder ? Je ne crois pas à la loi qui va tout résoudre. Les lois sur le système de santé se sont accumulées depuis 2002, sans profondément changer la donne. Ces lois donnent des orientations et permettent des adaptations, mais je ne crois pas à la grande loi du grand soir. Je crois plutôt à la nécessité d'adopter un modèle affirmé de transition progressive et volontaire par phase, en affichant clairement nos objectifs à dix ans, moyennant un véritable effort collectif. Pour ce faire, nous ne devons pas hésiter à examiner les pratiques d'autres pays, comme la FHF l'a d'ailleurs fait en organisant une table ronde européenne sur les leçons de la crise Covid-19. Si les représentants français, allemands

et britanniques ont tous fait état de lourdes difficultés, le représentant danois a souligné que la crise n'avait fait que conforter la transformation du système de santé engagée depuis 2008, et qu'il était question d'accélérer ce processus territorialisé imbriquant fortement santé et social. C'est probablement ce genre de transformation que nous devrions avoir le courage de conduire dans notre pays.

En conclusion, la question fondamentale est de savoir si nous sommes capables d'oser débattre du système de santé dans notre pays. Le débat, ce n'est pas le Ségur de la santé. C'est un débat véritable, profond, sociétal, qui ne se cantonne pas à l'hôpital, mais qui dessine nos ambitions pour notre système de santé de ces dix prochaines années.

Planifier une architecture durable : construire autrement

Donato SEVERO Architecte, docteur en histoire de l'architecture, chaire Architecture, design, santé, université Paris Panthéon-Sorbonne - Professeur HDR ENSA Paris Val-de-Seine

La chaire Archides, fondée par cinq partenaires – l'AP-HP, la Fondation pour la recherche de l'AP-HP, l'école d'architecture Paris Val-de-Seine, l'école Camondo et le ministère de la Culture – a vocation à étudier les processus de conception de l'architecture intérieure et du design appliqués aux thématiques de la santé.

Construire autrement est aujourd'hui une nécessité vitale pour sauver le système de santé. Il pourrait être paradoxal de parler d'architecture dans un moment où beaucoup d'acteurs de la santé et de citoyens demandent d'agir concrètement et dans des délais très courts face à la crise de l'hôpital, des urgences, de la santé mentale, de la médecine de ville, de la vocation des personnels soignants. Néanmoins, l'architecture peut sans doute apporter une contribution importante à la planification et à l'écosystème de la santé.

Le système de santé constitue peut-être l'une des plus hautes complexités de notre société dans laquelle s'exprime l'existence de l'homme, au sens de la facticité chère à Jean-Paul Sartre et Albert Camus. Cette facticité de l'existence de l'homme est aussi liée à la complexité correspondant à la notion d'antagonisme, qu'Edgard Morin décrit comme la capacité à penser ensemble, sans incohérence, des idées pourtant contraires. Ces notions de contradiction, de contraste et de complémentarité sont propres à l'approche de l'architecture et à sa relation avec le domaine de la santé. C'est la contribution que nous pouvons apporter dans ce contexte de complexité de la relation entre architecture et santé.

Quatre thématiques seront abordées ici : la temporalité, le parcours de vie et de soins des patients, l'architecture thérapeutique et les transformations de l'existant.

Temporalité

La dimension temporelle est l'une des expressions de la complexité et revêt un caractère paradoxal. Comment concevoir les lieux de santé pour la longue durée alors que tout est amené à évoluer ? Ce paradoxe pose la question de la pluralité de la stratification du temps à laquelle nous sommes confrontés en architecture et en santé : le temps des techniques et du marché, le temps transcendant de l'origine et de la destinée de nos villes. Construire autrement signifie inscrire le temps de réalisation et d'existence

des bâtiments dans la longue durée des cycles naturels de l'écosystème, mais aussi privilégier la transformation de l'existant et l'adaptation aux nouvelles exigences.

La planification écologique devra organiser l'usage et la préservation de ressources de plus en plus rares, pour un bénéfice de long terme moins tangible dans l'immédiat. De ce point de vue, les grandes aires hospitalières constituent une réserve d'espace public, de nature et de végétation exceptionnelle pour la société. La vision future de la planification doit être un exercice du présent, qui demande des engagements et des trajectoires précis. Les réserves des grandes aires hospitalières doivent accueillir de nouveaux logements, des activités, des hôtels de luxe, produire des énergies ou être rendues progressivement à la nature. Cet arbitrage est de plus en plus nécessaire dans une vision écosystémique.

Que devons-nous déconstruire, protéger, conserver, transformer ? L'hôpital doit muter sans disparaître, et ces mutations doivent être facilitées et anticipées par une architecture prévenante. Les grands hôpitaux historiques sont tous issus d'un espace structuré par une forme forte, dans lequel la géométrie joue un rôle important. Pour les constructions nouvelles, il convient de privilégier des typologies pérennes, évolutives et réversibles, capables d'absorber les évolutions fonctionnelles et techniques propres à un bâtiment. Face aux crises, il est impératif de s'adapter, dans le cadre de processus spectaculaires, rapides et multifformes. Durant la crise Covid-19, les changements mis en œuvre ont demandé une radicalité extrême et ont été éprouvants.

Les hôpitaux doivent évidemment être accompagnés au titre de la prévention, mais aussi au titre de la préparation, comme l'ont souligné les travaux d'Andrew Lakoff de l'Université de Californie, qui traitent de la mondialisation des enjeux de santé. La flexibilité est l'une des premières questions posées à l'architecture hospitalière. Le premier exemple d'hôpital flexible construit en France est d'ailleurs l'hôpital mémorial France-États-Unis de Saint-Lô, érigé en 1956 par l'architecte franco-américain Paul Nelson. Cet hôpital construit sur la flexibilité a pu absorber toutes les transformations des dernières décennies, dans la mesure où il a été conçu pour s'adapter à tous les changements. La flexibilité a ainsi fait l'objet de nombreuses discussions au xx^e siècle, notamment s'agissant de la trame optimale

de la structure, du changement de système constructif et des procédés.

Cette notion de flexibilité s'accompagne aujourd'hui d'autres notions : modularité (standardisation des éléments de construction) ; mutabilité (substitution des fonctions) ; élasticité (ouverture à différentes transformations) ; plasticité (polyvalence des différentes fonctions et réversibilité des espaces). L'hôpital devra renforcer sa souplesse pour devenir un hôpital plastique. La mutabilité devra toujours s'envisager à long terme, mais elle devra aussi avoir été conçue pour une réactivité quasi instantanée.

Le bâtiment doit être conçu comme un volume simple capable d'évoluer, comme une enveloppe homogène apte à tout contenir et rapprocher. La plasticité requiert des locaux de forme simple permettant une appropriation rapide lors d'une situation de crise. Dans la santé, nous devons construire une architecture non figée capable de suivre les évolutions et les innovations et de lutter contre l'obsolescence programmée du bâti.

Parcours de vie et de soins des patients

Nous parlons ici de la relation fondamentale entre l'homme et le milieu, l'architecture étant une concrétisation de l'espace existentiel. Comment concilier la technicité, l'intimité et la socialité de l'hôpital ? Comment conjuguer une redistribution rationnelle et une architecture de la connexion participant au bien-être ? Il s'agit de recomposer le parcours du patient autour de trois articulations spatiotemporelles objets de mutations inédites : santé, soin, vie.

Du point de vue spatial, il s'agit de systèmes de circulation et d'espaces assurant l'accueil, l'orientation, le mouvement, la déambulation. Avec le renouveau des systèmes de circulation, l'art de la distribution constitue l'un des thèmes majeurs du « construire autrement dans l'architecture hospitalière ». Il caractérise particulièrement la nouvelle image de l'hôpital, lieu lumineux et accueillant, ouvert et protégé, comme le soulignait Pierre Rigoulet, architecte du xx^e siècle qui a le plus contribué à la qualité de l'architecture hospitalière en France. Ce lieu devant apaiser l'angoisse, il convient de conjuguer distribution rationnelle et calme. Cette thématique n'est pas propre aux dernières années, comme le montre l'attention portée aux espaces de circulation dans les hôpitaux construits dans les années 30 : Marseille, Berlin, Bâle, etc. Ces dernières années, la redistribution s'accompagne d'un florilège de solutions et définitions : lieu de convivialité, salon, déambulatoire, zone de rencontre, lieu de vie, coursive, vestibule, galerie, passage, antichambre et autre patio. Cette architecture est basée sur la fluidité et l'identité spatiale des lieux. Dans les projets de dernière génération,



le patio est privilégié en tant que source de lumière, espace de dilatation visuelle, microclimat. Il permet l'intimité par l'absence de la matière, par le vide, par la lumière et l'ombre, par la végétation. Cette architecture du patio peut participer à l'acte thérapeutique de par son côté intime et discret. Le patio traduit le besoin de sérénité pour se soigner, tout en laissant une grande liberté de circulation.

Architecture thérapeutique

L'architecture dans le domaine de la santé doit intégrer l'environnement comme une partie de la vie. Il s'agit de faire de l'architecture un environnement humain et bâti que les gens puissent aimer. Idéal urbain du xxi^e siècle, la ville durable fait système avec son environnement. La nature réinventée pourrait être l'un des éléments structurants du milieu de vie de l'hôpital, voire hybrider les technologies et le vivant. Des environnements réparateurs peuvent apporter des solutions au stress quotidien généré par la vie urbaine et notre société contemporaine.

Transformation de l'existant

Aujourd'hui en France, deux hôpitaux sur trois font l'objet de transformations. En Île-de-France, l'on dénombre 300 projets de transformation, dont certains de grande envergure. Quelles précautions adopter vis-à-vis des valeurs que représente le patrimoine bâti ? Quel code de conduite respecter dans ces transformations ? Avant de laisser Lila Bonneau s'exprimer sur ce thème, j'insisterai sur le fait que l'architecture de la santé est une œuvre ouverte. Comme le soulignait Umberto Eco, « l'histoire de la culture moderne est une opposition continue entre l'exigence d'un ordre et le besoin de distinguer, dans le monde, une forme changeante ouverte à l'aventure et aux possibilités de développement futur ».

Lila BONNEAU Architecte, docteure en histoire de l'architecture, chaire Architecture, design, santé, université Paris Panthéon-Sorbonne - MCA ENSA Paris Val-de-Seine

Même si nous sommes conscients des exigences médicales croissantes et des contraintes techniques, réglementaires et normatives, ne doit-on pas considérer que la construction la plus durable serait de permettre à nos structures existantes de perdurer ?

Comment construire autrement tout en améliorant le prendre soin ? Prendre soin ne se rapporte pas seulement à l'humain, mais aussi à l'environnement, à l'écosystème, y compris à notre environnement bâti, en promouvant la compréhension d'un réel écosystème de la santé. Comment prendre soin des lieux ayant contribué, depuis des siècles, à la santé de nos concitoyens ? Les enjeux ne sont pas seulement ceux de la conservation, mais par-dessus tout ceux de la transformation réelle, en tenant compte des grands enjeux sociétaux actuels. Cette présentation sera structurée autour de trois grandes parties : vers une mémoire construite ; valeur et potentialité des lieux ; positionnement face aux sites existants.

Revenir sur l'origine des sites permet de déceler les enjeux ayant accompagné la conception et la réalisation des établissements de soins en leur temps. Les plans originaux de l'hôpital Max-Forestier de Nanterre témoignent d'une grande rationalité dans la conception d'origine et d'une précieuse hiérarchisation des programmes. À l'hôpital Beaujon, certains éléments d'origine sont encore présents et dans un bon état sanitaire, ce qui mériterait sans doute d'être respecté dans le cadre d'une transformation future. À l'inverse, certains

aménagement, comme les dortoirs d'origine, ont complètement disparu, en lien avec la politique d'humanisation engagée depuis les années 70.

Cette thématique croise différentes échelles, avec une méthode qui permet de rendre compte des valeurs d'usage, symbolique, mémoriel et de santé. J'en citerai ici dix : l'inscription dans le paysage ; le traitement de l'enceinte ; le rapport entre plein et vide et le rapport à la nature ; la composition et l'orientation des sites ; les espaces de transition et de seuil entre les espaces intérieurs et extérieurs ; la performance de distribution, que ce soit en extérieur, en intérieur ou en sous-terrain ; la structure et les matériaux ; les dispositions spatiales et la générosité des volumes ; la qualité de la conception et la réalisation fonctionnaliste du second œuvre ; les valeurs liées à l'usage et à la mémoire.

La valeur de santé est celle qui unit les valeurs matérielles et immatérielles d'un établissement de soins. Elle correspond aux innovations croisant, depuis des siècles, architecture et santé, instaurées par les maîtrises d'œuvre et d'ouvrage, ayant pour objectif commun d'améliorer la santé des patients et de faciliter le travail des soignants. L'observation cultivée des lieux de soins permet de vérifier ce que l'on souhaite garder ou transformer, tout en prenant en compte notre héritage architectural, les mutations environnementales et les exigences du programme médical, qui ont pour premier objectif d'habiter mieux, et dans notre cas, ici, de soigner mieux. D'un point de vue architectural, celui-ci ne cherche pas à figer le site. Au contraire, il recherche une continuité harmonieuse entre le déjà là et les futures interventions. Enfin, ces recherches pré-opérationnelles mettent en évidence un engagement pour une cause commune, celle d'améliorer les conditions de soins de la population, sans pour autant entrer dans l'amnésie d'une histoire architecturale, médicale, sociale et humaine portée par des milliers de personnes avant nous. Il ne s'agit pas d'apporter une réponse unique, mais d'ouvrir le champ des possibles dans une optique de respect des sites sur lesquels nous travaillons.

Ainsi, même en cas de reconversion ou de désaffectation des établissements de soins, comment construire dans le construit et comment imaginer des permanences matérielles et immatérielles dans le nouvel usage des réponses territoriales, de réserve ou de parcours de soins ?



Projets d'investissements : le nouveau rôle du Conseil scientifique du CNIS

Animation : Emmanuelle GARD Directrice d'ESMS, déléguée médico-sociale FHF 92

Pr François-René PRUVOT Président du Conseil scientifique du Conseil national pour les investissements en santé (CNIS)

Camille DEVROEDT Spécialiste du développement durable pour l'ANAP, membre du CNIS

Donato SEVERO Architecte, docteur en histoire de l'architecture, chaire Architecture, design, santé (Archides), université Paris Panthéon-Sorbonne

Dr Lucile CARLIER Psychiatre, EPS Ville-Evrard, et designer

Luce LEGENDRE Directrice du CASH de Nanterre et de l'EPS Roger-Prévo

***Emmanuelle GARD** Le Ségur de la santé représente des montants financiers historiques, mais également une méthode qui évolue dans l'accompagnement des projets immobiliers, qui donne une place centrale aux territoires en déconcentrant la gestion des projets auprès des ARS, ainsi qu'aux questions médico-soignantes. Le Ségur instaure ainsi un nouveau process destiné à remplacer le COPERMO, qui n'a pas été épargné par les critiques. Ce nouveau process d'accompagnement des projets immobiliers permettra aux établissements de planifier des architectures durables et de corriger les lacunes du COPERMO en vue d'une plus grande efficacité et d'une plus grande performance.*

Pr François-René PRUVOT Le Conseil scientifique du CNIS a été créé en avril 2021 dans le cadre du plan de relance gouvernemental, le CNIS étant chargé d'encadrer politiquement et stratégiquement les grandes données d'investissement en santé. Il réunit des experts chargés d'appuyer la décision par la production de référentiels et par leur propre expertise. Le comité de pilotage des

investissements est quant à lui chargé de valider ou non les projets d'investissement des territoires. Recréé le 12 avril 2022 après une expérimentation d'un an, le Conseil scientifique réunit 22 membres permanents associant toutes les composantes des métiers censés piloter des investissements de santé dans un hôpital et dans un territoire : médecins, soignants, managers, directeurs techniques, ingénieurs, directeurs financiers. Notre vivier doit encore être complété par une quinzaine d'experts associés que nous venons tout juste de sélectionner.

Les missions du Conseil scientifique sont au nombre de cinq :

- produire des référentiels de conception et d'évaluation des projets d'investissement ;
- conduire des réflexions prospectives ;
- repérer et partager les bonnes pratiques ;
- éclairer le comité de pilotage de l'investissement sanitaire ;
- accompagner les projets en amont via les experts identifiés par le Conseil scientifique.



Les premiers référentiels que nous avons produits s'apparentent plutôt à des guides. Pour certains d'entre eux, nous travaillons avec l'ANAP, qui a l'habitude d'œuvrer dans ce domaine. Au-delà des référentiels classiques connus de tous, nous travaillons aussi sur des référentiels de flux, des référentiels financiers et des référentiels d'analyse des territoires de santé. Bien entendu, ces référentiels sont accessibles sur le site du ministère.

Une autre mission a trait à l'expertise sur site et à l'instruction des projets présentés par les communautés hospitalières et de territoire. Nous travaillons aujourd'hui sur une quinzaine de projets, auxquels s'ajoutent quatre ou cinq projets en gestation. Réglementairement, nous sommes missionnés pour accompagner les projets de plus de 150 millions d'euros, mais si une ARS souhaite bénéficier de notre expertise pour des projets inférieurs à ce montant, nous avons tout à fait la possibilité de l'accompagner. Ce travail d'expertise s'articule autour de trois étapes, qui font chacune l'objet d'une présentation en comité de pilotage. Nous respectons ainsi les chronologies classiques de la loi bâtiminaire et de la maîtrise d'ouvrage public.

Concrètement, une ARS doit d'abord saisir la DGOS et le Conseil scientifique. Nous instruisons ensuite le dossier et organisons une réunion de lancement regroupant toutes les parties prenantes, avant de préparer une visite sur site. Nos experts échangent alors avec les professionnels, avant d'organiser une RCP, sachant que nous souhaitons que l'avis rendu par le Conseil scientifique soit composite et pluriprofessionnel. Après une restitution au territoire et à l'établissement, l'avis est présenté en pré-COPIIL et en COPIIL, qui sanctionne ou non le passage à l'étape suivante.

La première étape est une étape d'orientation, étant entendu que nous demandons une organisation structurée. Nous avons récemment finalisé notre guide d'élaboration, d'accompagnement et d'instruction des projets de santé : organisation médicale ; projections d'activité ; analyse du patrimoine ; scénarios immobiliers intégrant les enjeux de développement durable ; photographie financière de l'établissement. En deuxième étape, les projections d'activité sont ventilées en termes capacitaires, avec des organisations cibles. Sur les plans architectural et bâtiminaire, nous établissons un pré-dimensionnement avec un pré-programme, ainsi qu'une analyse de soutenabilité financière (PGFP). En troisième étape, correspondant à l'ancienne étape COPERMO, le programme technique détaillé est validé en collaboration avec le SGPI, chargé par la loi d'investiguer tous les projets publics supérieurs à 100 millions d'euros, avant la remise d'un avis définitif permettant au projet d'entrer en phase de réalisation.

Emmanuelle GARD *Camille Devroedt, le secteur de la santé produit 8% des émissions de gaz à effet de serre. En quoi et comment pouvons-nous intégrer les enjeux sociétaux et environnementaux dans les projets d'investissement ?*

Camille DEVROEDT L'intégration du développement durable au sein du Conseil scientifique du CNIS constitue déjà une avancée considérable, puisque ce sujet jusqu'ici très à la marge devient un enjeu majeur de résilience et d'efficacité pour les établissements. La création du référentiel et son intégration au processus d'instruction constituent une véritable avancée pour les établissements, dans la mesure où la soutenabilité couvre également, au-delà de l'aspect financier, la pérennité dans le temps de la réponse aux besoins des populations, aux conditions de travail des professionnels et à l'adaptation au changement climatique.



La responsabilité sociétale et environnementale traduit l'intégration des préoccupations sociales et environnementales dans le fonctionnement des établissements, ainsi que la contribution des établissements aux enjeux de développement durable. Celui-ci ne doit pas s'entendre sous le seul prisme écologique, puisqu'il s'agit d'abord d'un équilibre entre les enjeux sociétaux, environnementaux et économiques. Le développement induit d'aller de l'avant, tandis que la durabilité doit s'entendre à la fois au sens de la durabilité dans le temps – nous construisons aujourd'hui pour demain – et au sens de la préservation des ressources et des conditions de vie et de travail des professionnels et des patients. Le terme « ressources » renvoie ici aux ressources matérielles et humaines, qui s'épuisent tout autant dès lors que l'on ne tient pas compte de leurs capacités de régénération/récupération.

Le référentiel récemment créé par l'ANAP a vocation à s'insérer dans l'ensemble des référentiels, mais également dans les pratiques professionnelles et les projets immobiliers. Il se veut volontariste et exhaustif, puisqu'il appelle à s'interroger sur les externalités des établissements et des projets immobiliers. Le référentiel doit aussi s'adapter, dans le temps, à l'évolution des besoins des usagers et des professionnels de santé, mais également à l'évolution des obligations réglementaires, afin d'éviter toute obsolescence à horizon dix ans. Comme l'ont montré les dernières crises, l'enjeu de résilience de nos établissements et de nos systèmes

de santé est celui de la résilience face au changement climatique, avec deux enjeux distincts : l'enjeu de l'atténuation, puisque nous devons nous assurer que nos activités de soins ne dégradent pas l'environnement, les conditions de vie et les facteurs environnementaux favorisant la recrudescence des pathologies ; l'enjeu de l'adaptation, étant entendu que les besoins des populations en termes d'offre de soins évoluent avec ces facteurs environnementaux.

Notre référentiel tente d'anticiper ces éléments en prenant du recul et de la hauteur, que ce soit dans l'espace ou dans le temps. La modularité et l'évolutivité induisent notamment de repenser la vie du site après son activité de soins. Nous incitons ainsi les porteurs de projet à s'interroger sur le devenir du site existant et sur l'impact carbone des différents scénarios. La marche est particulièrement haute, mais le Conseil scientifique a pris l'initiative de proposer un référentiel dédié aux enjeux de RSE et de développement durable.

Emmanuelle GARD *La marche est effectivement haute et complexe à franchir, mais des outils existent pour accompagner les établissements et les ARS dans ces enjeux de transition. Donato Severo, vous indiquiez précédemment que les constructions devaient être évolutives et réversibles pour être durables. De son côté, Camille Devroedt parle de flexibilité et d'adaptabilité. Que vous inspirent ces deux premières interventions ?*

Donato SEVERO Je constate qu'il existe un protocole extrêmement fin et articulé pour les futures décisions en matière d'architectures de santé, et que tous les acteurs sont parties prenantes d'un système qui doit être à l'écoute. Concernant le développement durable, ne devrions-nous pas généraliser les expériences comme celle menée sur le CHU de Lille, qui a déployé un plan directeur du développement durable avec une approche globale sur toutes les dimensions de la durabilité ? Il me semble que ce sujet mérite d'être creusé.

Pour faire écho au Pr Pruvot, comment peut-on évaluer la qualité architecturale des projets dans le cadre des protocoles d'évaluation du CNIS ? À la fin des années 70, tout le monde s'est rendu compte que la qualité architecturale n'était pas au rendez-vous pour ce qui est de l'hôpital français, alors même que trois modèles avaient été mis en œuvre durant les Trente Glorieuses. Cette architecture n'était tout simplement pas adaptée à l'évolution de la médecine. C'est alors que Pierre Rigoulet, architecte qui n'avait jamais construit le moindre hôpital, a été sollicité pour repenser l'hôpital, donnant ainsi naissance à l'hôpital Robert-Debré. Comment pouvons-nous donc juger de la qualité architecturale et comment l'intégrer dans la composition du Conseil scientifique, qui semble dépourvu d'architectes ? À quel moment

pouvons-nous évoluer la plasticité d'une architecture ? Quelle place pour l'ambiance, l'atmosphère, la nature intégrée, la polychromie et les matériaux ?

Camille DEVROEDT Le premier item du référentiel RSE est sa prise en considération hors projet dans la gouvernance et dans l'institution hospitalière. Il s'agit de déterminer si cet enjeu est ou non intégré dans le plan d'établissement, et si c'est le cas, de préciser l'état d'avancement de cette intégration. Avec notre guide méthodologique de préconisations, nous interrogeons les porteurs de projet sur ce qui pourrait les aider à conduire le projet le plus vertueux possible, notamment en termes d'environnement. Nous demandons également la prise en considération, dès la première étape, de l'expérience patient et de la qualité de vie au travail, qui englobent des enjeux d'accès à la lumière, de confidentialité, de sérénité, d'apaisement. L'objectif est bien d'amener le porteur de projet à s'interroger sur ce qui lui permettra de rendre son projet aussi agréable que possible. Cette grille est bien entendu multisectorielle, convenant autant à du sanitaire qu'à du médico-social. À cet égard, nous laissons le libre arbitre de contextualiser le projet dans son environnement et de déterminer ce qui sera le plus adapté aux priorités du projet.

Pr François-René PRUVOT Il est difficile de savoir comment évaluer la qualité des projets. Cela dit, notre objectif est bien de réinjecter les attendus de votre question au travers des missions du Conseil scientifique. Les architectes ont toujours été présents dans la construction des hôpitaux. Nous les avons souvent, à tort, résumés à l'esthétique, alors qu'ils tenaient compte de la fonction. Durant des décennies, la fonction ne concernait que les professionnels, tandis que les usagers en étaient exclus.

Un bon architecte est celui qui va modéliser l'idée qu'une communauté se fait de son lieu de travail. À l'hôpital Huriez de Lille, tous les étages cliniques devaient correspondre à la faculté associée. De même, les hôpitaux mère-enfant sont nés de l'idée qu'il serait préférable que l'enfant, pour sa santé, soit positionné près du service de réanimation néonatale et du lieu d'accouchement. L'architecte met donc en œuvre une idée, tout en intégrant son projet dans la cité. Au-delà de ces invariants, trois nouveautés sont à prendre en compte : l'impératif de flexibilité et de plasticité ; le développement durable, qui ne se résume pas à des questions environnementales et qui est donc analysé dès la première étape de l'évaluation ; la question du coût, qui est un faux problème, d'abord parce que l'on trouve toujours des solutions, mais aussi parce que nous ignorons ce que seront les budgets, l'inflation et les tarifications à horizon cinq ans.

Emmanuelle GARD *Dr Lucile Carlier, vous êtes psychiatre, formée au design pour accompagner les équipes et les usagers dans les outils de transformation. Comment le design peut-il être un outil pour impliquer les usagers et les professionnels ? Ce matin, nous avons vu qu'une construction durable était une construction adaptable à l'évolution des besoins. Nous avons aussi noté que les ressources humaines étaient loin d'être inépuisables, et que l'esthétisme jouait un rôle important dans la qualité des soins.*

Dr Lucile CARLIER La confrontation au changement et la transformation sont des sujets bien connus des psychiatres, qui ont l'habitude de scinder chaque difficulté en plusieurs problématiques à aborder les unes derrière les autres. En l'occurrence, le design est un moyen de diviser les problèmes et de ne pas se sentir paralysé. Le design hospitalier est une discipline du changement et de la conception de formes et peut s'avérer important, dans son essence de changement, dans les transformations du système de santé. Il s'intéresse au design des organisations, à la fluidité et à la rapidité des process, à l'espace, aux flux, à l'objet, aux ambiances et à l'atmosphère. J'estime que le design peut jouer son rôle dans cette transition vers une architecture plus durable, afin de mieux prendre soin des patients. Dès les années 70, le design s'est interrogé sur la manière de dessiner des projets faisant sens et soutenables. C'est d'ailleurs dans l'existant que le design est le plus pertinent. Peut-être que l'hôpital durable est celui que l'on ne construit pas, mais celui que l'on transforme. En ce sens, le design est un outil extrêmement puissant. Par ailleurs, un bâti répondant aux usages auxquels s'attendent les usagers est aussi une manière de le rendre plus durable. Le design permet d'impliquer les multiples usagers de l'hôpital dans la co-conception et la co-création de différents projets.

Dans le cadre de notre service, nous avons conduit des ateliers pour que les patients et le personnel participent à un projet d'aménagement d'une salle de réconfort, l'idée étant de construire ensemble un outil de désescalade dans les moments de crise ou d'angoisse. C'est en associant progressivement les parties prenantes que les transformations peuvent se concrétiser, avec de petits changements engen-



drant de plus grandes transformations. Dans le cadre de l'évolution des usages, nous ne pouvons pas faire abstraction du fait que la médecine paternaliste ne correspond plus aux besoins des usagers. Ceux-ci doivent impérativement être impliqués

dans leurs soins et participer à la définition du système de soins. Nous devons aussi tenir compte que les espaces sont le lieu, le terrain et le théâtre de la relation thérapeutique, et que l'on passe nécessairement à côté de quelque chose si l'on néglige les particularités des personnes qui y travaillent ou qui y séjournent.

Luce LEGENDRE J'évoquerai deux hôpitaux qui seront prochainement amenés à coexister sur le même site. Ces deux hôpitaux cherchent à améliorer la prise en charge de leurs patients. Pour chacun, cela s'est traduit par une réflexion architecturale. Pour l'un, cela s'est traduit par la fermeture d'un hôpital du Val-d'Oise et sa reconstruction dans les Hauts-de-Seine.

Le CASH de Nanterre, situé dans le quartier défavorisé et enclavé du Petit Nanterre, était auparavant une maison de répression créée en 1872 en remplacement d'une maison de répression localisée à Saint-Denis. Une prison d'État, un dépôt de mendicité et une infirmerie cohabitaient ainsi sur un même site. Lors de sa construction, les grands principes retenus par le département de la Seine étaient la circulation de l'air et la non-promiscuité. Il s'agissait d'une conception hygiéniste et rationaliste, avec un cœur hospitalier desservant de manière pragmatique des bâtiments destinés au travail, au soin ou à l'hébergement, sur la base d'un plan en peigne. En 1907, ce site évolue vers des missions sanitaires, le préfet lui ayant demandé d'admettre, en hospitalisation, les personnes privées de ressources. Aujourd'hui, le CASH de Nanterre continue d'assumer cette vocation tout en ayant réfléchi à la transformation de son offre de soins. Dans les années 2000, la population de Nanterre s'est mobilisée par le biais d'un comité de lutte et de défense pour empêcher la transformation – voire la fermeture – de cet établissement. Indépendamment de l'hôpital, la mairie de Nanterre avait développé un projet alternatif irrigué par des voies publiques, qui transformait complètement le site. *In fine*, il a été décidé en comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins que cet établissement ne recevrait aucune aide nationale. L'ARS a donc décidé de soutenir seule ce projet d'établissement, en proposant que l'hôpital Roger-Prévoit – qui cherchait à fermer ses portes dans le Val-d'Oise pour se rapprocher des Hauts-de-Seine – soit localisé sur le même site.

Existant depuis le début du xx^e siècle, l'hôpital Roger-Prévoit est spécialisé dans la psychiatrie. Dans les années 70, à la faveur du développement de la sectorisation, il s'est vu rattacher des secteurs des Hauts-de-Seine, alors qu'il était localisé dans le Val-d'Oise. Historiquement, l'hôpital psychiatrique de Moisselles était structuré autour de grandes

salles communes pour recevoir les patients psychiatriques. Il fut ensuite transformé en maison d'accueil spécialisée, aux abords de laquelle furent construites des chambres simples, doubles ou triples. Après le rattachement des secteurs, l'hôpital Roger-Prévoit a cherché à s'implanter dans les Hauts-de-Seine, près des lieux de vie des patients. Aucun des projets envisagés n'a vu le jour, sauf le projet de rapprochement du site de Nanterre.

Pour l'hôpital Roger-Prévoit, les enjeux d'un tel déménagement sont multiples : rapprochement des lieux de vie des patients ; diminution du nombre de lits d'hospitalisation au profit d'une densification de la prise en charge ambulatoire, ce qui n'est pas sans conséquence sur le schéma directeur ambulatoire ; reconversion réfléchie du site hors prise en charge sanitaire et médico-sociale. Pour l'hôpital de Nanterre, les intérêts d'un tel rapprochement sont différents : une stratégie de cession foncière extrêmement soutenue, puisque le CASH de Nanterre aura cédé 40% de son foncier à horizon 2028 pour soutenir les travaux de reconstruction ; une stratégie de densification de son hospitalisation, permettant ainsi de diminuer les charges de structure ; une stratégie de rationalisation des surfaces, puisque les deux hôpitaux seront ramassés au nord-est du site.

Pour les enjeux communs au projet architectural des deux établissements, il s'agit de déterminer comment regrouper, densifier et céder 40% du site d'origine en restant fidèle aux valeurs de l'architecture d'origine : circulation de l'air et absence de promiscuité. Pour le site de Nanterre, cette réflexion s'inscrit plus largement dans un projet urbain de reconfiguration totale du quartier du Petit Nanterre. En effet, une convention a été signée entre la ville de Nanterre, l'ANRU et le CASH pour accompagner la transformation du quartier : création d'une coulée verte, aménagement et requalification d'espaces publics, réhabilitation et construction de logements.

Concernant les évolutions architecturales au sein même de l'hôpital, nous avons récemment rencontré la chaire Archides, présidée par Donato Severo, et nos deux hôpitaux ont passé convention pour bénéficier d'une étude du potentiel d'évolutivité de l'architecture, dont les conclusions seront intégrées au concours à venir.

Au titre de ce processus conduit depuis 2018, je dirais d'abord que nous avons manqué d'un audit initial qui aurait facilité le dialogue entre le projet médical, l'architecture et le besoin de développement.

Deuxièmement, j'observe que la nécessité de soumettre ou non le projet à la validation du CNIS n'intervient qu'en dernier lieu, après trois ou quatre années de travail, car

nous ne connaissons ni le périmètre financier, ni l'aide apportée par l'agence, ni nos capacités de développement et d'augmentation de ressources. Différentes hypothèses sont alors envisagées au titre de la concertation avec les communautés hospitalières, mais ce travail itératif génère de l'incompréhension, du découragement, voire des oppositions au projet. Troisièmement, je constate que ce processus en tuyau d'orgue nous fait perdre en cohérence et continuité du projet, puisque des équipes différentes travaillent sur le pré-programme, le programme, la sélection de l'assistance à maîtrise d'ouvrage et le concours. Par ailleurs, avec un schéma directeur architectural devant s'achever en 2030, nous devons nécessairement gérer les inadaptations du programme. Fort heureusement, nous avons eu la chance que l'équipe ARS demeure stable depuis 2019. À l'inverse, en interne, nous avons dû gérer le départ en retraite de notre directrice des services techniques, ce qui n'a pas été sans difficulté pour le projet. *In fine*, je dirais que nous ne sommes pas suffisamment armés, au niveau d'un établissement, pour mener un travail de cette ampleur. Il est essentiel que ces travaux soient menés au niveau du GHT, à condition que celui-ci ait regroupé ses forces vives techniques. Il s'agit d'un point de fragilité, et peut-être conviendrait-il de mener une réflexion territoriale plus large. Lorsque je travaillais pour le service de santé des armées, la gestion de l'infrastructure était traitée à un niveau beaucoup plus élevé, ce qui permettait de disposer d'équipes d'ingénieurs et d'architectes très robustes pour conduire ces projets complexes.



RH en santé : l'intelligence artificielle au service de la fidélisation

Sophie MARCHANDET Responsable du pôle RH de la FHF, vice-présidente de l'ADRHESS
Daniel RITTER CEO de Better World

Daniel RITTER L'entreprise que je dirige – Better World – s'est associée à l'hôpital des Quinze-Vingts pour conduire un projet visant à révolutionner l'approche patient/personnel. Nous sommes partis du constat que la filière hospitalière était mobilisée autour de la qualité de vie au travail des professionnels, ne serait-ce que pour des enjeux de recrutement et de rétention des équipes. Au moment de lancer ce projet, notre entreprise était déjà très active dans le monde de la santé pour travailler sur l'expérience patient. Notre métier consiste en effet à aider les établissements de santé à écouter leurs patients et à analyser leurs remontées pour aider les établissements à améliorer l'expérience des patients. Grâce au support de la FHF Île-de-France et dans le cadre d'un appel à projets européen, la FHF nous a permis d'identifier des établissements pilotes : Quinze-Vingts, AP-HP Nord, centre hospitalier d'Argenteuil.

Sophie MARCHANDET Le projet conduit avec Better World aux Quinze-Vingts est intervenu alors que s'élaborait le nouveau projet d'établissement et qu'était programmée la prochaine visite de certification. Nous avons considéré qu'il était important de connaître le ressenti des professionnels pour élaborer un projet d'établissement adapté à leurs besoins, l'objectif étant de répondre aux irritants du quotidien. Nous nous sommes donc appuyés sur un baromètre éprouvé par l'ANACT et couvrant tous les aspects de la qualité de vie au travail : informatique, locaux, carrière, conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, etc. Pour rappel, l'existence d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail fait partie des critères de certification de la HAS, qui examine également comment les établissements évaluent la satisfaction des professionnels au travail. En recourant aux services de Better World, nous étions en mesure de disposer en temps réel de données directement mobilisables pour élaborer le projet d'établissement et répondre aux critères de la HAS.

Dans ce contexte, notre intention était d'initier une approche robuste (couvrant tous les sujets), partageable à tous (diffusible à tout l'univers RH), éprouvée (testé par les professionnels et répondant à leurs attentes) et innovante (outil simple d'utilisation et permettant une exploitation rapide des réponses des professionnels).

Daniel RITTER Vous l'avez compris, notre idée de départ consistait à aider les établissements de santé à exploiter l'intelligence collective de leurs patients pour améliorer l'expérience patient. Nous avons ensuite adapté cette idée pour nous impliquer avec les professionnels.

Pour procéder, nous avons d'abord collecté de la donnée issue des baromètres sociaux internes aux hôpitaux, des témoignages de professionnels publiquement accessibles en ligne et de la plateforme Better World. Nous avons ensuite mobilisé l'intelligence artificielle pour dégager la substance de ces différentes données. Enfin, des résultats actionnables ont été restitués en temps réel, notamment aux équipes RH.

Sophie MARCHANDET Parmi les données internes, nous vous avons également fourni, au-delà des baromètres sociaux, les fiches d'événements indésirables, qu'il nous est souvent reproché de ne pas exploiter. Ce baromètre social interactif s'appuie sur la construction de l'ontologie, qui reprend l'ensemble des champs de la qualité de vie au travail : l'activité au quotidien ; le sens du travail ; l'adéquation entre compétences et missions ; l'équilibre de la charge de travail, etc.

Daniel RITTER Les avantages de cette approche d'écoute innovante sont multiples : la possibilité de contribuer 24h/24 et 7j/7 sur la plateforme Better World, à l'opposé d'un baromètre social diffusé seulement une fois par an ; une complète liberté dans le choix des sujets de contribution ; une analyse qualitative des verbatims par le biais de l'IA. Cette approche renforce l'écoute des professionnels et objective le ressenti

d'une direction pour alimenter une démarche participative. Pour garantir une simplicité d'utilisation, la plateforme est accessible via plusieurs canaux (intranet, QR codes, mails) et de manière anonyme.

Sophie MARCHANDET Aux Quinze-Vingts, ce projet a fait l'objet d'une large communication via QR codes et affiches dans les salles de repos et au self. Nous avons toutefois constaté que les QR codes n'étaient encore que peu utilisés et que les contributions par mail étaient plus nombreuses.

À l'hôpital des Quinze-Vingts, qui emploie près de 850 personnes, nous avons comptabilisé plus de 200 contributions sur la première journée de lancement de la plateforme. Nous avons relevé des demandes de financement d'une salle de sport, d'organisation de cours de yoga, que nous avons effectivement mis en place. Nous avons aussi comptabilisé plusieurs demandes liées à l'incompréhension d'obligations réglementaires, par exemple la fermeture de portes d'accès pour cause de plan Vigipirate. De même, nous avons recensé plusieurs demandes liées à des incompréhensions de nature statutaire, certains contractuels ne comprenant pas pourquoi la prime de service ou la prime au mérite ne leur avait pas été attribuée. Le rappel à la règle permet ainsi de lever rapidement les malentendus et de dissiper les frustrations. Plus largement, les professionnels ont témoigné du fait que cette initiative participative était particulièrement encourageante pour continuer à optimiser le cadre de travail. Nous avons d'ailleurs pu constater une baisse du turn-over et de l'absentéisme en partie liée à la mise en place de cette écoute interactive.

Daniel RITTER Cinq établissements ont été retenus pour expérimenter cette approche innovante: Quinze-Vingts, Bichat, Bretonneau, Lariboisière, centre hospitalier d'Argenteuil. Pour la suite, nous prévoyons un déploiement régional en Île-de-France avec le soutien de la FHF, puis un déploiement national.



Penser autrement le soin : des innovations qui invitent à revoir nos organisations

Animation : Sidi-Mohammed Ghadi Représentant des usagers

Les robots chirurgicaux et la transformation pour le métier de chirurgien

Dr Jean-Claude COUFFINHAL Chirurgien thoracique vasculaire, responsable robotique chirurgicale et innovation, Académie nationale de chirurgie

J'aborderai la problématique de la robotique chirurgicale au niveau des GHT, en particulier la question de la transition technologique et de la transformation du métier de chirurgien, depuis les indications chirurgicales à l'ensemble de l'écosystème.

Nous avons constaté que la robotisation se développait de manière relativement anarchique en Île-de-France, et qu'aucun hôpital périphérique n'en était pourvu, bien qu'ils représentent 50 % de l'activité chirurgicale publique. Aujourd'hui, après avoir mené des actions de fond, la moitié des GHT sont désormais robotisés.

Le but premier du robot est de maximiser le pourcentage d'actes mini-invasifs, dans une logique de démocratie sanitaire. Alors que la France avait pris de l'avance en coelioscopie, nous sommes aujourd'hui à la traîne par rapport à certains pays qui se sont plus rapidement robotisés. La robotisation assure également la standardisation des actes chirurgicaux. Elle permet également d'assurer la formation par le biais de la simulation. La robotisation doit aussi permettre de respecter la démocratie sanitaire et d'éviter que les chirurgiens des GHT non robotisés ne s'orientent vers des structures robotiques. La robotisation est aussi source d'efficacité économique, en maximisant le pourcentage d'ambulatoire RAAC : les Danois ont prouvé que la robotisation permettait de réduire les durées moyennes de séjour et de dégager des économies, contrairement aux dénégations des pouvoirs publics français.

De nombreux bouleversements affectent aujourd'hui l'univers de la robotique, avec le développement de la digitalisation, de la médecine de précision et de l'intelligence artificielle. À

l'intérieur du robot, l'image virtuelle devient la plateforme digitale de l'ensemble de l'activité chirurgicale. Cette imagerie est intégrée en planification ou pour faire des modélisations, le tout étant dirigé par l'intelligence artificielle. Après le développement des robots viendra nécessairement l'automatisation, qui existe déjà en partie, puisque de nombreux gestes sont quotidiennement opérés par des robots, après programmation de l'opérateur.

Ces évolutions nous impactent à plusieurs points de vue. Nous assistons d'abord à un télescopage de toutes les spécialités, provoquant un choc culturel non négligeable. Nous observons aussi que les nouvelles technologies mettent l'enseignant au même niveau que l'étudiant, bouleversant ainsi les méthodes traditionnelles du compagnonnage. Par ailleurs, l'analyse de la symptomatologie du patient par l'intelligence artificielle permet de créer un jumeau numérique du patient, qui recouvre l'ensemble des spécialités. En chirurgie, les images collectées permettent de faire de la planification et des simulations. Lorsque le planning est établi, les robots sont capables d'effectuer des gestes augmentés que nous ne sommes pas capables de reproduire. Aux États-Unis, le contrôle d'images 3D peropératoire pour l'orthopédie et la chirurgie du rachis devient obligatoire. Désormais, l'obligation de moyens impose d'élaborer un planning et de simuler l'intervention avec plusieurs hypothèses, ce qui témoigne de la transformation totale de notre écosystème. Tous les robots que nous utilisons s'appuient en outre sur un important recueil de données, qui viennent enrichir les données nationales de santé, sujet loin d'être anodin.

En conclusion, dans un contexte où notre métier change complètement, nous avons besoin d'acculturation, puisque aucun programme français d'études en chirurgie n'est aujourd'hui adapté à ces évolutions. Nous sommes bien dans une phase nouvelle, d'autant que nous ignorons où seront la qualification et la certification. Un chirurgien qui se forme aujourd'hui selon les méthodes traditionnelles sera nécessairement au chômage dans sept ans. Plus largement, nous assistons bien à un renforcement du pouvoir du patient, qui aura la possibilité de choisir parmi les différentes propositions d'éléments thérapeutiques.

Sidi-Mohammed GHADI *Ma question en tant qu'utilisateur porte sur le rôle de l'outil dans la relation entre le patient et le médecin. La décision prise avec l'outil n'est-elle pas seulement une décision purement médicale, par rapport à une décision partagée qui serait prise entre un médecin et un patient ? Si certains patients font une confiance aveugle aux professionnels, que faire pour ceux qui sont rebutés à l'idée qu'un appareil effectue le geste à la place de l'humain ?*

Il m'est difficile de répondre à ces questions. Le risque est de tomber dans l'écueil des traitements fragmentés et des parcours de soins trop personnalisés. Nous devons impérativement travailler sur l'acculturation des jeunes chirurgiens pour leur permettre de comprendre la technologie et les

supports des indications thérapeutiques. Nous entrons dans une redistribution totale de l'indication thérapeutique et des chemins thérapeutiques.

Sidi-Mohammed GHADI *La technicité et la maîtrise des datas sont des enjeux très importants, puisqu'elles permettent de reproduire des traitements existants en connaissant leur pourcentage de réussite. Néanmoins, cette valeur absolue ne remplacera pas la confiance, la relation et l'échange entre deux humains. Maintenant, si ces outils sont amenés à se développer, il est important de donner la même chance à tout le monde. Or, qui nous dit qu'un robot disponible dans un territoire ne sera pas disponible dans un autre territoire, contribuant ainsi à détériorer l'égalité des chances ? Le chirurgien auquel je fais face sera-t-il moins bon parce qu'il n'est pas en possession du bon outil ?*

C'est tout l'enjeu que recouvrent la démocratie sanitaire, la pertinence des soins, la territorialité. Il convient donc de repenser totalement le système de formation. Sinon, nous ne serons pas en mesure de déployer les systèmes modernes. La relation entre un patient et son médecin est souvent chaleureuse et de confiance, mais elle repose sur de la subjectivité. L'enjeu de la robotique est de sécuriser le geste du professionnel, notamment dans le cas d'une chirurgie lourde, sans remplacer l'échange entre le chirurgien et son patient.

Améliorer le retour à domicile des patients

Florence HERRY CEO de Libheros

Dr Sophie de CHAMBINE Directrice du département Organisations innovantes-Parcours ville/hôpital, direction de la stratégie et de la transformation, AP-HP

Dr Sophie de CHAMBINE La sortie de l'hôpital est une organisation complexe, qui doit être anticipée et qui doit faire intervenir plusieurs acteurs: l'équipe l'hospitalière; le patient et son entourage; l'équipe de ville. Il s'agit de définir le mode de sortie le plus adapté en fonction de la situation clinique, des comorbidités, du mode de vie et de l'autonomie du patient. Dans le cas du retour à domicile, plusieurs organisations peuvent se mettre en place. Lors de la crise Covid-19, nous avons dû à la fois fluidifier et sécuriser les retours à domicile. Des coopérations ont donc été mises en œuvre avec différentes plateformes nous aidant à nous mettre en relation avec les professionnels de santé de ville afin d'organiser ces retours. Après plusieurs expérimentations en vagues 1 et 2, nous avons mis en place un marché en vagues 3 et 4, notamment avec Libheros.

Florence HERRY La société Libheros a été fondée il y a cinq ans. Nous accompagnons donc déjà des patients en sortie d'hospitalisation au moment de la crise Covid-19. Nous avons d'abord accompagné des GHU pour les aider à



organiser les retours à domicile. Pour rappel, notre communauté compte plus de 20 000 professionnels de santé. Dans cette pluralité d'activité que nous offrons, et dans une volonté d'apporter à chaque patient une réponse pour la sortie d'hospitalisation, nous avons candidaté au marché passé par l'AP-HP.

Lorsque nous passons à l'étape de mise en relation pour organiser la sortie, nous nous appuyons sur une technique complexe reposant à la fois sur notre réseau et sur nos outils internes. Les infirmiers, kinésithérapeutes et sages-femmes sont équipés de l'application Libheros Pro, sur laquelle ils reçoivent les demandes de soins à domicile, tandis que nos coordinateurs de soins sont équipés d'une interface sur laquelle apparaissent les demandes de soins émanant des services de soins hospitaliers.

La sollicitation de Libheros est possible via deux canaux d'utilisation : un formulaire en ligne à utiliser par les assistantes sociales, les cadres de santé, les internes, les infirmiers ; un numéro de téléphone dédié sur lequel nous recevons des appels de personnels hospitaliers. Par la suite, nos coordinateurs de soins – de profession paramédicale – traitent la demande et identifient s'il existe un professionnel de santé au domicile du patient, l'idée étant de ne pas court-circuiter le schéma en place et de conserver les professionnels de santé existants. Nous proposons aussi des services au patient pour lui laisser le libre choix. Nous mettons ensuite en place les soins dans les délais impartis, sachant que nous nous efforçons d'anticiper au maximum les sorties pour assurer leur sécurité et leur fluidité.

Dr Sophie de CHAMBINE De janvier à septembre 2021, les deux partenaires qui nous ont accompagnés ont pu nous appuyer dans l'organisation de la sortie de 1200 patients, soit 1350 demandes, sachant que certaines demandes étaient multiples. Dans les trois quarts des cas, la demande porte sur le personnel infirmier. Dans 20% des cas, la demande porte sur la kinésithérapie. Pour quelques cas, la demande porte sur le matériel médical. Le taux de réussite pour trouver ces professionnels dépasse 80% pour les infirmiers, mais il n'est que de 30 à 50% chez les kinésithérapeutes, du moins en Île-de-France.

Nous avons conduit une enquête auprès des professionnels ayant fait appel à ces prestations. Ils sont globalement satisfaits, puisque plus de 85% estiment qu'il s'agit d'une aide au quotidien, qui permet de gagner du temps ou de trouver plus de professionnels de santé de ville, notamment dans les endroits où nos aides-soignants ne disposent pas de réseaux connus de professionnels. Bien entendu, le dispositif permet aussi, parfois, d'accélérer la sortie d'hospitalisation. Chez Libheros, le taux de satisfaction atteint 90%.

Sidi-Mohammed GHADI *Quel est le coût pour les usagers et la structure porteuse ? Quid des déserts médicaux dans certaines zones franciliennes ? Comment trouver des professionnels de santé lorsqu'il n'y en a pas ?*

Dr Sophie de CHAMBINE L'AP-HP ayant passé un marché public, le coût de la prestation est à la charge de l'AP-HP. Ensuite, les professionnels de santé interviennent dans le cadre de l'assurance maladie, sauf pour certaines prestations à domicile.

Florence HERRY Dans le cadre du marché, nous allons mobiliser des infirmiers, des kinésithérapeutes, des sages-femmes, mais aussi du service à la personne, financé sur d'autres pôles de financement. Si le reste à charge est trop élevé pour le patient, nous allons nous efforcer de trouver une autre solution avec un autre prestataire, sachant que l'objectif est bien de réduire autant que possible le reste à charge pour le retour à domicile.

La question des déserts médicaux est particulièrement prégnante, notamment pour la kinésithérapie à domicile. Nous en discutons régulièrement avec les URPS et les syndicats, étant entendu que les kinésithérapeutes ne souhaitent pas se déplacer à domicile – ce n'est pas avantageux. Nous parvenons toujours à trouver une solution, en nous appuyant sur des SSIAD pour l'aide à la toilette et les soins, ou sur des infirmiers qui vont multiplier les kilomètres pour répondre aux besoins de soins à domicile.

Sidi-Mohammed GHADI *Votre démarche est particulièrement innovante et intéressante, car la sortie d'hôpital n'est pas toujours accompagnée. Permet-elle de sortir à l'heure avec le compte-rendu d'hospitalisation ? Permet-elle de régler le problème de l'assistante sociale ? Parfois, l'on dit à une personne qui peine à se déplacer ou à se préparer à manger qu'une solution sera trouvée pour l'accompagner à son domicile, sans que cela soit suivi d'effets.*

Dr Sophie de CHAMBINE Nous sommes loin d'avoir résolu tous les problèmes. Le travail sur la mise à disposition du compte-rendu d'hospitalisation se poursuit, mais ce n'est pas nécessairement cette coopération qui emportera un impact direct sur ce document. Au sein de l'AP-HP, les assistantes sociales étaient très fortement impliquées dans les sorties. Nous avons surtout fait appel à Libheros et à notre second partenaire pour les professionnels de santé, comme les infirmiers et les kinésithérapeutes. Lorsqu'un accompagnement social complexe était en place, nos aides-soignantes ont majoritairement préféré conserver l'organisation en place pour respecter le droit du patient.

Télésurveillance, téléconsultation au service des patients âgés

Dr Christine CHANSIAUX-BUCALO Gériatre, CH Rives-de-Seine
Régis CAUDARD Directeur général d'Epoca

Régis CAUDARD Epoca est une start-up fondée par le Dr Élise Cabanes, gériatre et urgentiste, et Mariana Fernandez, infirmière. Durant leur carrière en gériatrie ou en services d'urgence, elles ont constaté qu'un certain nombre de personnes âgées n'avaient rien à faire aux urgences ou à l'hôpital. Elles étaient alors persuadées que les nouvelles technologies permettraient un jour de résoudre ces problèmes. Epoca est ainsi née de ce constat en 2019. Notre société met à disposition des objets connectés – dispositifs médicaux – au domicile du patient. Elle a aussi développé une plateforme numérique à visée d'intelligence artificielle, qui analyse les données médicales remontées par les objets connectés, ce qui permet de générer des alertes et de suivre le dossier médical du patient. Nous avons aussi mis en place une plateforme humaine composée de médecins et d'infirmiers, qui analyse les données, gère les alertes et coordonne les interventions. Nous sommes un peu plus qu'une entreprise de télésurveillance, puisque le prestataire de télésurveillance au sens du programme ETAPES se charge uniquement de surveiller le patient et de générer des alertes transmises au médecin traitant, qui n'est pas toujours disponible pour y répondre dans l'immédiat, ce qui est évidemment inconcevable pour les patients âgés. L'objectif d'Epoca est donc bien d'éviter les passages aux urgences et les hospitalisations.

En 2020, nous nous sommes lancés dans le projet VIGI-AGE avec le centre hospitalier Rives-de-Seine et des SSIAD locaux. Ce projet a été financé par l'ARS Île-de-France entre 2020 et 2021 et évolue désormais dans le cadre de l'article 51, avec deux autres territoires (Grand Versailles et Paris 14/15). En plus des effecteurs habituels de prise en charge, le patient âgé peut accéder, via Epoca, à un médecin spécialiste en gériatrie (accessible en permanence) et à une infirmière mobile intervenant sur des soins non programmés.

Dr Christine CHANSIAUX-BUCALO En gériatrie, nous sommes confrontés à des populations parfois atteintes de troubles cognitifs, qui ne sont pas toujours capables de dire qu'elles ne vont pas bien et qui tardent souvent à demander une prise en charge, au point qu'elles sont généralement envoyées aux urgences. L'idée du dispositif VIGI-AGE est donc de disposer d'une équipe opérationnelle capable de répondre aux alertes et de se déplacer 24h/24. La nuit,

nous nous appuyons sur des infirmières de nuit en EHPAD et sur des gériatres hospitaliers de garde intervenant en téléassistance pour les infirmières se déplaçant à domicile.

Lorsque j'ai rencontré Élise Cabanes, l'ARS m'avait demandé de réfléchir à de l'EHPAD et du long séjour à domicile. Je lui avais alors répondu que ce n'était pas possible, parce que les patients seraient très souvent envoyés aux urgences. En rencontrant Élise, je me suis dit que nous pourrions peut-être tenter le coup, sachant que les nouvelles technologies et l'IA peuvent nous aider à prédire les futures décompensations et éviter un certain nombre d'hospitalisations.

Notre système s'articule autour de deux types de prise en charge. Nous distinguons d'abord la gériatrie aiguë à domicile (GAD) qui se déclenche aux urgences pour éviter une hospitalisation, sachant que certains patients âgés arrivant en urgence et qui pourraient être maintenus à domicile sont parfois hospitalisés pour des raisons sociales, d'isolement, de fatigue dans l'entourage, d'impossibilité de mise en place d'une aide à domicile. Notre équipe opérationnelle a ainsi pour mission de faire le lien entre la sortie d'hospitalisation. Notre infirmière peut prodiguer des soins avant qu'une infirmière libérale ou un SSIAD prenne en charge le patient, tandis qu'un médecin est en capacité de répondre au patient. Nous savons que l'hospitalisation d'un patient âgé sera d'autant moins impactante sur son autonomie qu'elle sera de courte durée. Il s'agit donc de redonner un maximum d'autonomie aux patients.



Nous distinguons ensuite la prise en charge AMAD, qui concerne les patients enchaînant les décompensations et que les services de soins à domicile ne peuvent plus prendre en charge. Je pense notamment à un patient affecté par des pneumopathies de déglutition sur une démence très sévère, qui avait été hospitalisé 160 jours l'année précédant sa prise en charge par notre dispositif, et qui n'a été hospitalisé que 5 jours durant l'année de prise en charge, les sept décompensations survenues dans l'intervalle ayant toutes été prises en charge à domicile.

Durant huit mois, nous avons conduit une expérimentation auprès de 120 patients GAD et d'une centaine de patients AMAD ; 80 % d'hospitalisations ont pu être évitées, celles-ci ayant été comptées à partir des sorties d'urgence sans hospitalisation et des décompensations traitées à domicile. En outre, 80% des patients AMAD ne sont pas allés aux urgences. Par ailleurs, le taux de satisfaction est significatif pour 97% des patients. Pour notre expérimentation, nous nous sommes inspirés du modèle danois, qui s'appuie sur des technologies de pointe. Ce modèle de soins doit être complété, dans un second temps, avec des prises en charge sociales. Au départ, le coût du maintien à domicile est toujours plus cher que le coût de l'hôpital, mais sur le long terme, nous coûtions beaucoup moins cher que des hospitalisations, dans le sens où les hospitalisations évitées couvrent largement le prix du dispositif.

À cause de la crise sanitaire, notre article 51 n'a démarré qu'en octobre 2020. Nous avons pris en charge des patients Covid-19 avec des outils connectés permettant de remonter des données. Nombre de patients âgés, affectés par la Covid-19 et en comorbidité, ont pu rentrer chez eux, ce qui a permis de libérer des lits pour les patients les plus gravement affectés. L'objectif est bien que les patients les plus légers à risque de décompensation soient maintenus à domicile dans de bonnes conditions. Le bon niveau de prise en charge est certainement du côté des filières gériatriques, avec des territoires de petite taille permettant de disposer d'équipes opérationnelles efficaces. Cela doit être adossé à des services de gériatrie et à des services pouvant aider en cas de problème.

Sidi-Mohammed GHADI *Je vois deux limites à cette expérimentation. Je pense d'abord à la notion de parcours global, dans la mesure où la santé globale ne se limite pas à son volet sanitaire. La qualité de vie est tout aussi importante, et l'accompagnement au domicile doit à la fois couvrir les aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Dans l'innovation telle qu'elle est aujourd'hui conçue, nous devons prévoir des étapes, et peut-être penser à la forfaitisation, en intégrant le médico-social, le social et la ville. Plus l'on s'orientera vers un type de forfaitisation, plus l'on impliquera l'hôpital, la ville et ses structures autour du patient.*

Dr Christine CHANSIAUX-BUCALO Nous sommes en article 51 pour définir des forfaits de prise en charge au long cours de type AMAD ou de prise en charge GAD. Si l'on décompense plusieurs fois en AMAD, l'on reste dans le même forfait, sans forfait qui se surajoute. Pour autant, les gestionnaires de cas d'Epoca s'occupent déjà des volets sociaux et médico-sociaux : mise en place des APA, demandes sociales et médico-sociales, mise en place d'aide à domicile, etc. Bien souvent, les personnes âgées veulent rester à domicile mais elles se trouvent à des étages élevés ou dans des appartements non adaptés. Des adaptations devront donc être mises en œuvre au niveau des villes, même si beaucoup de dispositifs existent déjà sans que les personnes en profitent pleinement. Il s'agit bien d'utiliser tous les moyens disponibles pour améliorer le quotidien des patients souhaitant rester à domicile, qui font parfois le choix de l'institution parce qu'il ne leur est pas possible de rester à domicile.

Sidi-Mohammed GHADI *Dans ce contexte, doit-on assurer une coordination de cas ? Que fait-on pour les patients polypathologiques ? En tout cas, la mise en place d'un suivi personnalisé avec un coordinateur pourrait être une évolution intéressante pour votre projet. Si je comprends bien, l'idée est de recueillir régulièrement le consentement du patient pour savoir si le maintien à domicile lui paraît préférable à l'hospitalisation, tout en s'interrogeant sur les limites de la famille*

Dr Christine CHANSIAUX-BUCALO Tous nos patients sont polypathologiques, et les gestionnaires de cas sont les personnes référentes pour les patients. Reste à déterminer le dimensionnement de ces coordinateurs. Nous avons déjà mené des réflexions à ce sujet, et les réponses apportées ont plus ou moins été utilisées en fonction des endroits.

Dans notre dispositif, l'infirmière, le médecin et le gestionnaire de cas se coordonnent avec le patient et la famille pour les soins, les consultations, les hôpitaux de jour, etc. Cela fonctionne plutôt bien, mais reste à voir jusqu'à combien de patients nous pouvons monter en charge sans que cela crée des difficultés.

Régis CAUDARD Notre objectif est de convaincre les aidants que l'hospitalisation n'est pas la meilleure solution et que le maintien à domicile peut s'organiser de manière sécurisée. En parallèle, nous devons gérer au quotidien le stress généré par la maladie.

Dr Christine CHANSIAUX-BUCALO Cette aide remobilise également les médecins traitants en leur permettant de ne pas se sentir seuls face à des patients complexes.

L'appui des IPA et des patients pairs : exemple en néphrologie

Dr Xavier BELENFANT Président du collège médical Grand Paris Nord Est
Odile BASSE Présidente de France Rein Paris Île-de-France

Dr Xavier BELENFANT En France, 3 millions de personnes présentent une maladie rénale chronique, dont 90 000 traités par dialyse (55%) ou transplantation (45%). Alors qu'ils passaient autrefois sous les radars au prétexte qu'ils étaient peu nombreux, les insuffisants rénaux sont devenus une urgence thérapeutique de santé publique au regard du coût de cette pathologie (en 2017, 4,5 milliards d'euros pour 40 000 patients dialysés). La spécialité néphrologique présente la particularité d'être uniquement développée dans les établissements de santé, avec 1800 néphrologues capables de répondre à la demande.

En 2019, l'insuffisance rénale au stade d'avant-dialyse ou transplantation a été rendue éligible à la prise en charge ambulatoire au forfait. Ce paiement au forfait s'est substitué au paiement à l'acte et a solvabilisé des prestations telles que la diététique ou l'éducation thérapeutique. L'objectif est de réduire le nombre de personnes arrivant au stade de suppléance, de diminuer l'initiation de la dialyse en urgence, d'assurer l'accès précoce à la transplantation rénale, de développer le don vivant et de réduire les hospitalisations.

Pour profiter de ce dispositif, le patient doit présenter un certain seuil de maladie rénale et bénéficier d'une prestation de l'assurance maladie. De son côté, l'établissement de santé doit être capable de démontrer qu'il suit suffisamment de patients pour être labellisé, avec un agrément portant sur la capacité à mettre en place différentes prestations : consultations médicales ; prestations infirmières ; prestations diététiques ; autres prestations utiles non comptées dans le forfait (psychologue, assistante sociale).

Un parcours de vie de maladie rénale ne mène pas nécessairement à la dialyse. Néanmoins, lorsque l'on s'en approche, il convient d'être informé. Or, les patients ne sont pas correctement informés et n'ont pas nécessairement accès à l'information relative à la transplantation ou aux dialysés autonomes, alors qu'ils disposent au contraire de nombreuses informations sur la dialyse assistée. Pour coordonner ces parcours, nous aurons besoin de professionnels de santé, à commencer par les IPA (infirmière de pratiques avancées). Avec les médecins et les patients, les infirmières de coordination doivent participer à la construction des parcours, des modélisations des entretiens, des ateliers, de leurs objectifs pédagogiques et de leur évaluation. Les pairs doivent quant à eux participer à la création du parcours, à la coanimation des ateliers et à l'évaluation quantitative, d'autant que les usagers sont souvent plus satisfaits des échanges entre pairs que des entretiens d'information jugés trop descendants.

En conclusion, il s'agit d'un premier modèle dans lequel l'assurance maladie demande aux établissements de santé d'organiser non pas des actes ou de l'hospitalisation, mais de l'ambulatoire, traduisant ainsi un changement de paradigme. C'est aussi la première fois qu'une pathologie chronique est éligible au forfait. Ce modèle expérimental est en cours d'évaluation et pourra être revisité tous les ans en fonction des critères de qualité. Il offre de nouveaux métiers et champs d'action aux IDE (hospitalisation/acte technique + soins en ambulatoire) et IPA (coordination). L'on peut d'ailleurs se demander si la prise en charge ambulatoire des patients néphrologiques ne permet pas aux infirmières d'éviter l'épuisement professionnel. Pour les patients, au-delà de l'amélioration de la qualité de vie, ce nouveau paradigme les inclut dans la définition de leur parcours de soins.

Odile BASSE Présidente de France Rein Paris Île-de-France, je suis moi-même patiente sous dialyse depuis trente-cinq ans. J'échange d'ailleurs régulièrement avec le Dr Belenfant pour partager nos idées et travailler pour les patients. En tant qu'association de patients, nous cherchons toujours à améliorer la qualité de vie du patient et à l'aider dans la construction de ses projets. Nous travaillons depuis des années avec la néphrologie pour disposer d'une vue d'ensemble entre patients et médecins. Nous nous efforçons désormais d'améliorer le parcours de soins, qui n'est pas encore tout à fait au point.



Sidi-Mohammed GHADI *Nous savons que la dialyse impacte fortement les patients. Si je comprends bien, vous mettez en pratique une coordination qui permettra, à terme, la dialyse à domicile.*

Odile BASSE La dialyse à domicile existe depuis 2005. Néanmoins, le patient doit voir avec son néphrologue si cette solution est pertinente et envisageable. Malheureusement, les néphrologues orientent peu les patients vers cette technique encore peu connue. Pour notre part, en tant qu'association, nous nous efforçons de renseigner toutes les personnes qui nous contactent à ce sujet, en les orientant vers leur néphrologue pour qu'il puisse compléter l'information.

Sidi-Mohammed GHADI *Dr Belenfant, en quoi l'intégration d'une IPA permet-elle d'améliorer le travail des équipes et la qualité de vie du patient ?*

Dr Xavier BELENFANT Les IPA n'ont pas vocation à gérer l'intégralité d'un parcours. Elles n'ont pas non plus pour

fonction d'examiner toutes les consultations individuelles, tous les entretiens et toutes les évaluations thérapeutiques. Leurs compétences doivent surtout être mobilisées sur la coordination et la construction de parcours, de même que sur l'animation d'ateliers. Pour compléter les propos d'Odile Basse, nous nous sommes servis du réseau de soins pour accompagner les établissements de santé sous forme d'une formation d'éducation thérapeutique, en assurant des *benchmarks* deux fois par an sur ces retours d'expérience. Nous nous servons donc de ce qui existe à l'extérieur pour améliorer la qualité dans les établissements de santé.

Odile BASSE Le réseau Relief est très positif pour les patients, qui ont accès à différents ateliers : psychologie, diététique, etc. Cela permet aux patients qui n'en sont pas encore au stade de la dialyse d'obtenir des informations en amont et de se prendre en charge. Si le patient n'est pas informé, il risque de se tourner vers Internet et de trouver tout et son contraire.

Regard d'un usager sur ces innovations

Sidi-Mohammed GHADI Représentant des usagers, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, membre de la CRSA d'Île-de-France



Ces quatre expériences interrogent le concept de santé globale, qui ne se limite pas au soin, mais qui s'étend à l'accompagnement au soin, jusqu'au domicile. De plus, j'observe que les lignes qui séparaient traditionnellement la ville et l'hôpital sont progressivement en train d'éclater, dans la mesure où l'on est obligé de se rendre au plus près du patient. *In fine*, nous changeons progressivement de système de santé, avec une prime accordée au dialogue entre parties prenantes.

Les quatre expériences présentées incarnent des innovations organisationnelles ou technologiques, mais aussi une innovation dans le rapport ville/hôpital. Si les professionnels changent, les usagers changeront également, parce qu'ils disposeront de plus de temps pour réfléchir avec vous. Le patient et l'équipe médicale doivent former un tout, dans la mesure où le patient apporte son expérience et sa qualité de vie. À cet égard, nous constatons que la qualité de vie des professionnels influe fortement sur la bienveillance ou la maltraitance. D'un point de vue éthique, la relation et le système sont en train d'évoluer, et le dialogue est en train de s'instaurer. Continuons ainsi !

TABLE RONDE

Construire des parcours intégrés tout au long de la vie

Animation : Dr Michèle GRANIER

Antoine MALONE Responsable du pôle Prospective, Europe, international de la FHF

Dr Yannick COSTA Président de la conférence régionale des PCME de CH

Isabelle BILGER Directrice de l'autonomie de l'ARS Île-de-France

Dr Sophie de CHAMBINE Directrice du département Organisations innovantes-Parcours ville/hôpital, direction de la stratégie et de la transformation, AP-HP

Dr Olivier RICHARD Urgentiste, expérimentateur du SAS 78

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU Vice-président de l'URPS médecins Île-de-France

Hervé PIGALE Directeur de l'Institut Le Val Mandé

Dr Michèle GRANIER Comme le soulignait Laurent Chambaud, nous devons refonder l'ensemble du système de santé, sans nous limiter à l'hôpital. Nous parlons tous de parcours, mais nous devons réfléchir à ce que nous entendons par ce terme de « parcours », car nous n'y donnons peut-être tous la même signification. Nous souhaitons tous améliorer le chemin et la prise en charge des patients, mais comment devons-nous procéder et comment pouvons-nous nous en emparer au sein de notre territoire et avec nos patients ?

Antoine MALONE Il n'est pas si aisé d'ouvrir cette table ronde sur les parcours intégrés et territorialisés. Je commencerai néanmoins par poser plusieurs questions. Pourquoi les parcours sont-ils importants ? Pourquoi des parcours non hospitaliers sont-ils importants pour l'hôpital ? Comment concilier des standards de prise en charge et de qualité pour chaque patient avec l'hétérogénéité des territoires, des acteurs et des besoins ?

Historiquement, nos systèmes de santé ont tous été conçus pour des épisodes aigus et des maladies infectieuses. Aujourd'hui, deux dimensions les structurent : les pathologies chroniques et le vieillissement. En France, 24 millions de personnes sont atteintes d'au moins une pathologie chronique, tandis que 6,3 millions de personnes avaient plus de 75 ans en 2019, dont la moitié souffrait d'au moins deux pathologies chroniques. Les pathologies chroniques représentent 61% des dépenses de l'assurance maladie, avec des

patients consommant davantage que la moyenne. En 2019, parmi les diabétiques, une personne sur deux s'est rendue à l'hôpital au moins une fois dans l'année, pour un total de 2 millions de séjours, dont un tiers provenant directement des urgences, et pour un coût d'hospitalisation de 12 milliards d'euros. Le vieillissement de la population est une autre réalité structurante, avec 5,5 millions de personnes ayant plus de 75 ans et près de la moitié ayant effectué un séjour à l'hôpital en 2021, pour un total de 4 millions de séjours, dont un tiers provenant directement des urgences. Or, la solution aux problèmes de santé des personnes âgées et des pathologies chroniques n'est pas seulement à rechercher du côté de l'hôpital.

Toutes ces personnes nécessiteront plus de services tout au long de leur vie. Dans ce contexte de demande continue, les ratés généreront des conséquences catastrophiques et plus de consommation de soins. Avec un tel volume de population, comment concilier une qualité de prise en charge avec l'hétérogénéité des ressources disponibles sur un territoire donné ? Comment s'assurer que les ressources soient positionnées au bon endroit et que les services soient effectivement rendus ? Comment garantir la qualité sur de très gros volumes de population tout en assurant un bon service pour chaque personne ?

La stratification que nous avons construite pour le diabète montre que le Français moyen va générer à peu près

3000 euros de dépenses d'hospitalisation tous les cinq ans. S'il est atteint d'un diabète, ces dépenses sont amenées à tripler. Si son état dégénère, ces dépenses sont encore amenées à doubler, et ainsi de suite. Nous nous retrouvons ainsi avec de grands volumes de populations qui consomment beaucoup de soins. Dans ce contexte, l'objectif de notre système de santé doit nécessairement être d'éviter que les gens ne tombent malades ou d'éviter que leur état ne se dégrade.

Lorsque l'on connaît les besoins de santé des populations au niveau d'un territoire, l'on peut commencer à réfléchir à une organisation locale et aux moyens de garder les populations en santé. Avec la rapidité du progrès médical et la quantité d'éléments qu'un acteur de santé doit connaître, un autre enjeu consiste à savoir facilement que faire pour chaque personne. Ensuite, conserver une population en santé nécessite de réunir autour de la table toutes les personnes touchant à cette population, incluant les patients ou les citoyens. C'est ce travail qu'il convient de réaliser localement pour créer des parcours locaux fonctionnels. Une fois la stratification établie, l'important est que le service soit rendu sur la base de standards solides et de répondre aux besoins de la population, indépendamment des acteurs en charge de l'action. Dans ce cadre, les patients doivent être considérés comme des partenaires opérationnels de la démarche.



Ce modèle pose plusieurs questions : la capacité à avoir une vision collective et homogène de l'état de santé et des besoins du patient ; des modèles de financement à revoir, sachant que le cloisonnement total des modes de financement nuit au patient (concept de rémunération collective à l'étranger) ; l'interdépendance de la ville et de l'hôpital ; la nécessité de passer d'une vision en silos à une vision systémique.

Dr Michèle GRANIER *Ce modèle de parcours paraît évident et séduisant. Pourtant, nous n'y parvenons pas, car nous ne savons pas comment nous y prendre. En Essonne, lorsque nous avons réfléchi à la question du parcours en bronchopneumopathie, nous nous sommes trouvés confrontés à la difficulté de la communication. Comment pouvons-nous communiquer ?*

Antoine MALONE C'est tout l'intérêt de la capacité à avoir une vision homogène des besoins du patient. Les différents acteurs réunis autour de la table doivent naturellement pouvoir se parler. Le numérique a beaucoup progressé ces cinq dernières années, mais le chantier reste conséquent. Heureusement, la technologie pour ce faire existe et est largement déployée à l'étranger. Plus le modèle avance, plus l'effet boule de neige se vérifie. Il est toujours difficile d'inclure le premier patient, mais plus l'on élargit plus la démarche, plus celle-ci s'accélère et plus l'on augmente le nombre de patients suivis dans le cadre du programme.

Dr Michèle GRANIER *En réalité, nous réfléchissons tous dans notre coin, puisque nous sommes tous confrontés à différentes problématiques. Nous mettons en place des dispositifs expérimentaux, mais nous devons veiller à généraliser notre expérience et à l'appliquer au moins au niveau de notre région, pour éviter les expérimentations chacun de son côté.*

Antoine MALONE Absolument. Dans notre modèle, l'impact des données est significatif. Si vous présentez les données aux parties prenantes, celles-ci vont trouver des solutions, car les données agissent généralement comme une révélation. Comment s'organiser collectivement pour trouver une solution ? En nous appuyant notamment sur la donnée.

Dr Michèle GRANIER *Docteur Olivier Richard, pourriez-vous nous faire part de votre expérience avec le service d'accès aux soins (SAS) dans les Yvelines ?*

Dr Olivier RICHARD Le SAS 78 a été déployé suite au Ségur de la santé. Entre 1996 et 2019, la France est passée de 10 à 22 millions de passages aux urgences. Entre 2000 et 2021, le Samu des Yvelines est passé de 120 000 à 262 000 dossiers

de régulation. Alors que 6,4 millions de Français avaient plus de 75 ans en 2020, nous en compterons 8,6 millions en 2030. Le vieillissement de la population et la complexification de leur état de santé modifient totalement la charge en soins. En parallèle, nous dénombrons 23 instances de coordination territoriale de soins, dont certaines sont illisibles ou inaccessibles. La loi HPST a introduit le concept de maison commune de la régulation, faisant travailler ensemble hospitaliers et libéraux. Nous travaillons ensemble non seulement parce qu'il s'agit d'un devoir, mais aussi parce qu'il s'agit d'un plaisir. Je ne prétends pas que nous désengorgerons les urgences, mais nous allons travailler sur un parcours pertinent du patient, avec des conséquences positives pour tout le monde en cas de réussite du projet.

Notre projet d'article 51 a obtenu l'appui de l'ARS. Il s'agit d'un projet ville/hôpital, cosigné par le directeur général de l'hôpital de Versailles et l'association des plateformes territoriales d'appui du 78, qui va coordonner notre action commune. Ce dispositif vise à améliorer le parcours de soins pour des patients complexes ou en demande de soins non programmés urgents sur le territoire des Yvelines, par le co-exercice hospitalier et libéral, ainsi que la formation des jeunes médecins. Nous ne nous inscrivons donc pas dans une vision hospitalo-centrée, mais dans une vision de collaboration, avec l'objectif de lutter contre les ruptures de parcours et les séjours par défaut à l'hôpital. Dans ce cadre, nous considérons que le médico-social doit nécessairement œuvrer à ce parcours, avec l'idée de sanitiser le médico-social. Lors de la crise Covid-19, nous avons mis en place, avec les médecins libéraux, une structure de coordination et de prise en charge, qui a très bien fonctionné.

Dans le Ségur de la santé, le chapitre consacré au SAS s'intitule : « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires, au service des usagers ». C'est justement ce à quoi nous nous attelons. Le SAS est un guichet d'entrée unique assurant une prise en charge globale, sachant que nous devons médicaliser la décision dès que possible pour assurer une bonne orientation et une bonne prise en charge des patients. De même, nous avons besoin de laisser les patients chroniques en ville pour définir des parcours pertinents et sans rupture. Avec notre dispositif, nous avons pu améliorer la réponse de la médecine de ville s'agissant des soins non programmés. À ce jour, 421 patients ont été orientés en ville. Pour décloisonner les parcours, nous avons abattu toutes les barrières et nous nous sommes fédérés avec et autour du patient. La semaine prochaine, nous nous réunirons pour discuter de la maison commune du parcours intégrant le domicile, l'hôpital et le médico-social, l'idée étant de compléter le SAS avec cette partie parcours.

En conclusion, sachez que l'offre de soins en médecine libérale se réduira de 50 % ces cinq prochaines années et que 27 % des médecins libéraux franciliens partant à la retraite ne sont pas remplacés (41 % dans les Yvelines). Je refuse néanmoins la fatalité, et je suis persuadé que nous réussirons ensemble.

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU Il est vrai que tous nos patients sont soignés en ville et qu'ils doivent avoir accès à l'hôpital lorsque cela s'avère nécessaire. Les médecins de ville sont essentiellement libéraux. Ils sont la ressource médicale au plus proche du domicile et immédiatement disponible pour la population. Traditionnellement, ils s'organisent en réseaux professionnels basés sur la confiance et les retours de leurs patients. Chaque médecin construit ainsi sa propre coordination, et il existe autant de parcours que de pathologies. Ce système très large se développe par territoire. En 2004, l'assurance maladie et la médecine libérale ont conventionnellement défini un parcours privilégié visant à mettre de l'ordre en incitant les patients à opter pour un médecin traitant. En ville, le médecin est entouré de ressources paramédicales, qui peuvent être directement sollicitées par les patients ou par les médecins traitants. Traditionnellement, ces médecins communiquent par téléphone, courrier ou mail. Le Règlement général de protection des données de santé a toutefois mis un frein au développement du partage des données, et tout n'est pas encore correctement paramétré pour sécuriser les données médicales. L'accès à l'hôpital s'opère de la même manière. Avec les mêmes moyens, nous pouvons appeler nos correspondants hospitaliers pour obtenir des rendez-vous dans des filières d'excellence. Ces moyens traditionnels servent aussi à faire circuler l'information au moment de la sortie de l'hôpital.

Sur ce modèle se greffe un bouleversement majeur : la pénurie de médecins. Cette pénurie a été organisée et votée par le Parlement à chaque loi de financement de la sécurité sociale. Faute de trouver des ressources locales, les patients se tournent vers les urgences hospitalières. Dans la mesure où notre système a concentré les urgences à l'hôpital public, ces services se retrouvent frappés d'embolie. Face à cette situation, le gouvernement a travaillé sur l'organisation territoriale et a promu le développement des CPTS, organisations rassemblant l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire. Financées et contrôlées par les ARS, ces CPTS assument des missions socles, parmi lesquelles fournir un médecin traitant, assurer les soins non programmés en ville, coordonner les soins, faire de la prévention. Curieusement, la qualité et la sécurité des soins ne leur ont été confiées qu'en option. À cela s'ajoute, depuis la pandémie de Covid-19, une mission de santé publique de réponse en cas de grande crise sanitaire.

Les CPTS fonctionnent aujourd'hui avec des moyens de communication innovants, puisque les moyens de communication traditionnels ne sont plus adaptés au RGPD. Ces nouveaux moyens de communication en cours de mise au point doivent permettre aux acteurs de l'hôpital et de la ville de se parler et de se coordonner, permettant ainsi l'accès fluide des patients aux ressources hospitalières et le retour en ville, sans rupture de contrat et de parcours. Pour réussir, l'URPS considère que ces solutions doivent être multiples, territoriales et interopérables. Nous ne croyons pas à une plateforme unique, telle que proposée par l'ARS, parce qu'elle ne correspond pas à la demande des professionnels de ville et ne s'intègre pas dans leur logiciel, sans compter qu'elle nécessite des actions supplémentaires dans la gestion du malade alors que les médecins ont besoin de temps pour le soin des patients. Nous appelons ainsi à une coordination et à un accueil positif de tous les moyens de communication innovants afin d'échanger et de sortir de l'ornière, compte tenu du nombre important de médecins libéraux s'appropriant à partir en retraite.

Dr Sophie de CHAMBIÈRE Mes trois prédécesseurs ont évoqué les parcours au long cours tout au long de la vie. Lorsque l'on est à l'hôpital, l'on peut travailler sur des moments clés du parcours, qui vont concerner l'ensemble des prises en charge, avec l'idée de résoudre certaines questions et d'améliorer certaines prises en charge transversales. Je pense ici à l'entrée en hôpital et à la sortie de l'hôpital.

L'accès à l'hôpital est un besoin largement exprimé par les médecins de ville, qui ont souvent besoin de joindre leurs confrères hospitaliers pour obtenir rapidement un avis médical. Après avoir élaboré des carnets par service au format PDF, nous avons déployé, depuis juillet 2019, l'application Direct APHP, dans laquelle figurent les numéros de téléphone de 250 médecins seniors de l'AP-HP. Trois mille médecins de ville sont inscrits sur l'application, qui génère à peu près 3500 appels par mois. Le dispositif est loin d'être parfait, mais nous sommes bien dans l'objectif de rendre l'hôpital accessible. Au-delà du téléphone, nous réfléchissons à l'élargissement des modalités de demande d'avis et de contact, notamment pour les besoins moins urgents. Au-delà de répondre aux besoins des patients, ce dispositif pourrait d'ailleurs transformer un passage par le SAU en hospitalisation programmée à délai court dans certains services, même si cela prend du temps pour les médecins hospitaliers.

Le deuxième point concerne l'organisation de la sortie et la continuité des soins après la prise en charge hospitalière. Plusieurs expérimentations ont été menées, dans la mesure où il n'existe aucune organisation susceptible de répondre à

tous les besoins dans toutes les situations. Nous travaillons donc sur les PRADO thématiques avec l'assurance maladie. Nous développons aussi les coopérations avec les CPTS, les associations de médecins libéraux et les centres médicaux de santé pour identifier des médecins traitants pour les patients qui en sont dépourvus et les réinsérer dans un parcours de soins. Nous commençons également à expérimenter, avec des CPTS, les travaux sur l'organisation des sorties, sur le lien avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé. Pour les sorties complexes, nous travaillons à expérimenter la mise en place d'IDE de sortie venant aider les services à organiser la sortie et à mettre en place tous les éléments. Nous travaillons également à évaluer la satisfaction des patients s'agissant des organisations mises en place, afin de déterminer si elles répondent ou non à leurs besoins. Nous cherchons également à évaluer si nous améliorons le travail des professionnels de santé et si nous parvenons à un juste emploi des fonds publics.

En conclusion, je citerai le dispositif des médecins en poste partagé ville/hôpital, qui aide véritablement la ville et l'hôpital à se comprendre et à se coordonner, et qui apporte une grande valeur ajoutée pour les patients.

Dr Michèle GARNIER *Nous poursuivons notre table ronde avec un sujet qui nous est cher, à savoir ce qui a été mis en place pour les personnes handicapées.*

Hervé PIGALE Les personnes handicapées ne forment aucunement une famille homogène, et les approches du handicap sont marquées par une grande diversité. Pourtant, plusieurs points communs sont à relever : une difficulté d'accès aux soins caractérisée par des pathologies plus nombreuses ; des consultations plus tardives ; des situations d'urgence plus fréquentes ; des situations plus complexes ; des populations plus difficilement touchées par les campagnes de prévention. Il s'agit donc de populations vulnérables pour lesquelles la question de l'accès aux soins est particulièrement prégnante.

Nous pouvons aborder l'accompagnement du handicap sous trois grands axes. D'abord, en tant qu'établissement médico-social, nous avons un rôle à jouer dans le rapprochement entre les structures médico-sociales et les structures sanitaires, en élaborant des conventions de partenariat visant à fluidifier le parcours de soins des personnes handicapées. Nous devons réaliser ce travail avec la médecine de proximité, sachant qu'un mail ou un coup de téléphone suffit parfois pour accélérer la prise de rendez-vous. Les structures doivent aussi travailler sur une complémentarité entre sanitaire, médico-social, hôpital, etc. L'hôpital doit accueillir en priorité nos résidents et nous devons parallèlement jouer le jeu en

les récupérant à la sortie. Nous avons également vocation à apporter notre expertise aux structures sanitaires, notamment en matière de communication avec les personnes en situation de handicap. Nous devons accompagner les soignants hospitaliers et leur montrer qu'il est possible de communiquer facilement avec ces personnes si l'on met en place des outils de communication adaptés.

Le deuxième axe consiste à renforcer le partenariat entre les structures médico-sociales et la médecine de ville. Nos structures doivent s'impliquer dans les CPTS, les dispositifs d'appui à la coordination et les CPTA, et être perçues comme des structures ressources par les libéraux. Je ne m'attarderai pas davantage sur ce sujet déjà débattu.

Le troisième axe concerne les réponses spécifiques pour faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées. En Île-de-France, l'Institut Le Val Mandé est un centre de santé dédié pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Au total, trois dispositifs de ce type existent en Île-de-France, sous des formes administratives différentes. Ces dispositifs permettent d'apporter des réponses concrètes à des besoins concrets à des personnes en situation de handicap en rupture dans leur parcours de soins, en s'appuyant sur le maillage territorial. Une consultation pour personne handicapée est longue et ne fonctionne pas à tous les coups. Or, le facteur temps, bloquant en médecine de ville, n'est pas bloquant dans le cadre des Handiconsult, qui prévoient un temps suffisant pour préparer le patient et nous adapter à ses besoins spécifiques. Je tiens d'ailleurs à saluer l'ARS Île-de-France, qui nous apporte son écoute et un soutien financier.

Isabelle BILGER En gériatrie, le système ne pourra tenir qu'avec un fonctionnement très intégré entre EHPAD, domicile, hôpital et ambulatoire. Durant la crise, l'hôpital a su se projeter vers les EHPAD pour les étayer, via les filières gériatriques, la HAD ou les différents systèmes de soins palliatifs. Les tensions sont aujourd'hui tellement fortes que nous devons éviter le passage des personnes âgées aux urgences ou à l'hôpital, et à défaut accélérer leur sortie, ce qui n'est possible qu'avec une coordination des trois piliers de la prise en charge. Nous devons proposer, aux médecins libéraux mobilisés dans les EHPAD, un cadre d'intervention, de rémunération et de présence qui soit à la hauteur de leurs attentes. Au titre des filières gériatriques, l'hôpital est responsable d'un panel d'EHPAD et leur donne une supervision gériatrique, en les conseillant sur des situations individuelles et des process globaux. L'hôpital peut aussi dépêcher des ressources médicales et paramédicales pour prendre en charge les personnes et éviter leur hospitalisation ou l'organiser en circuit direct. Nous croyons beaucoup en cette dynamique et encourageons les acteurs à la déployer du mieux possible.

Concernant le handicap, l'imbrication est tout aussi importante. Si les résidents des établissements médico-sociaux n'ont pas la possibilité d'accéder à des soins somatiques ou plus spécialisés, la prise en charge globale sera en échec. À titre d'exemple, nous cherchons à identifier, en Île-de-France, des blocs opératoires d'odontologie capables de prendre en charge des enfants handicapés pour leur prodiguer les soins nécessaires sous anesthésie générale. Pour ce qui est de la gynécologie, nous mobilisons les sages-femmes pour



des interventions en établissements médico-sociaux afin d'aborder les sujets de vie affective et sexuelle, de violences sexuelles, etc. De leur côté, les plateformes Handiconsult favorisent l'accès des personnes en situation de handicap aux soins somatiques généralistes ou spécialisés, et nous avons d'ailleurs approché plusieurs hôpitaux pour développer ces dispositifs.

Dr Yannick COSTA Qui doit assurer la coordination ? En France, nous avons tendance à attendre beaucoup de l'ARS. Celle-ci peut nous aider à structurer les parcours patients, mais il appartient d'abord aux acteurs de santé de les coordonner. Si l'on aborde le parcours patient sous le seul angle hospitalier, nous risquons d'aller au-devant de grandes déconvenues. Le corps médical et les directeurs doivent sortir de l'hôpital et coopérer avec le monde libéral et l'ensemble des acteurs. Je pense aussi au conseil de l'Ordre des médecins, sachant qu'il peut être intéressant de travailler avec l'ensemble des ordres.

Les parcours patients doivent aussi être abordés avec méthodologie : ces parcours ne sont pas pareillement abordés suivant que l'on parle d'hospitalisation de jour, complète ou à domicile, ou que l'on parle de pathologies chroniques. Nous devons aussi tenir compte des parcours liés aux établissements médico-sociaux. La crise Covid-19 a été un formidable accélérateur de travail avec les EHPAD, mais nous oublions souvent le secteur du handicap, alors que nous avons beaucoup à apprendre de ce dernier. Nous devons aussi réfléchir à la prise en charge des malentendants et des malvoyants.

En matière de coordination, nous avons parlé de connexions difficiles à mettre en place : la connexion informatique ; les connexions interhumaines. En matière d'informatique, nous n'allons pas réinventer la roue, et les messageries sécurisées me semblent suffisantes pour communiquer sans difficulté. La communication entre médecine de ville et hôpital passe évidemment par des appels téléphoniques, mais aussi par des comptes-rendus d'hospitalisation et des fiches de liaison accessibles en temps réel. Enfin, sur le plan interhumain, le rôle des présidents de CME est bien de sortir de l'hôpital pour aller à la rencontre des acteurs.

Discours de clôture

Amélie VERDIER Directrice générale de l'ARS Île-de-France

En préambule, je tiens à rendre hommage à l'ensemble des soignants et adhérents de la FHF pour tout le travail accompli depuis deux ans et demi. Même si l'on dit souvent qu'une crise chasse l'autre, nous devons considérer que la crise Covid-19 fut une crise centennale. En tant que directrice générale de l'ARS Île-de-France, je reste frappée de l'engagement du service hospitalier et médico-social, de la combativité des acteurs de la santé. Il me semble que nous avons tiré de nombreux enseignements de cette crise, ce qui devrait nous permettre de nous transformer plus facilement.

L'ARS a elle-même changé sous l'effet de la crise. Nous conservons notre rôle de régulateur, mais nous sommes conscients de la nécessité d'accélérer nos transformations et de changer nos méthodes. Vous pourrez constater, dans la durée, que nous avons pris de bonnes habitudes durant la crise, et que celles-ci seront amenées à perdurer. Cette crise nous a appris que l'on ne pouvait s'en sortir que dans le respect des principes de transparence totale, d'équité, de solidarité entre secteur public et secteur privé. À l'échelle de l'Île-de-France, cette collaboration se déroule plutôt dans un climat de confiance.

Nous sommes persuadés que cette crise nous a fait gagner en réactivité, dans nos méthodes de travail, dans notre organisation interne. En tant qu'agence, nous avons pris conscience que nous ne pouvions plus seulement nous inscrire dans une conception descendante d'offreur de soins. Avec la crise, nous sommes sans doute passés à une autre ère centrée sur l'écoute des acteurs, l'agilité et l'adaptation. Ce ne sont pas des propos de principe. La crise nous a montré que l'écoute et le partage permettaient d'aboutir à de vrais résultats, avec une vraie confiance dans la puissance des outils de coopération, dont l'utilisation a été accélérée par la crise.

Je souhaite à présent revenir sur les défis qui nous font face et que l'ARS appréhende dans le cadre d'une approche renouvelée, tout en restant fidèle à ses objectifs et principes. À court terme, les semaines à venir s'annoncent particulièrement difficiles. Des mesures nationales ont été annoncées, comme la rémunération majorée du temps de travail additionnel en période estivale, le renfort d'étudiants et de jeunes retraités, etc. Bien entendu, nous nous montrerons à l'écoute des besoins, notamment par rapport à la périnatalité et en gériatrie, qui nécessitent une forte régulation régionale.

À moyen terme, les enjeux portent sur la construction de parcours, mais aussi sur la meilleure intégration de



Discours de clôture

la parole des usagers. À l'heure où débutent les travaux d'élaboration du plan régional de santé, nous avons une responsabilité collective à assumer en repensant nos systèmes – qui pâtissent clairement de carences en matière de ressources humaines – pour apporter de la valeur ajoutée aux patients. Pour ce faire, nous devons saisir les opportunités de transformation qui s'offrent à nous. Nous devons repartir des objectifs des réformes de financement et examiner comment elles s'adaptent en réunissant les instances de concertation idoines. Vous le savez, le principe est celui d'un financement mixant mieux activité et dotation populationnelle régionale. Les éclairages stratégiques apportés ce jour me font dire que nous allons dans le bon sens, même si ces modèles continuent de poser un certain nombre de difficultés. Ces concertations seront utiles, dès lors que les acteurs les abordent avec des propositions, sans se cantonner à une approche de risque.

Un autre enjeu me paraît central pour les années à venir : améliorer l'attractivité pour nos ressources humaines en santé. Le Ségur ouvre la voie à l'élaboration de solutions locales, dans le cadre du dialogue social, et certains établissements de la région s'en sont déjà emparés. L'objectif est bien de redonner de l'autonomie aux acteurs de terrain pour leur permettre de s'adapter à leurs problématiques territoriales. Pour ma part, j'ai demandé que chaque projet d'investissement fasse l'objet non seulement d'engagements sur la trajectoire financière et les jalons à respecter, mais aussi d'un projet social combinant diagnostic de situation et préconisations pour attirer et fidéliser les professionnels. L'ARS prend évidemment toute sa part, via le financement des contrats d'allocation d'études, mais aussi via la convention que nous signerons avec Pôle emploi pour recruter des compétences. Nous devons en effet accepter que le recrutement en sortie d'IFSI est terminé, mais aussi transformer la manière de former les personnes plus éloignées de l'emploi.

La question du logement me tient également à cœur, et j'ai d'ailleurs choisi de réserver une partie du Ségur de la santé pour aider à l'attribution de logements aux soignants. C'est une manière de dire que nous transformons notre conception de l'hôpital comme un parcours

d'ensemble de la vie. Nous peinons de plus en plus à attirer des professionnels disposés à effectuer des gardes de nuit et à travailler selon différents rythmes. Nous devons donc réfléchir à l'attractivité de nos hôpitaux et de nos cliniques, et je suis convaincue que le logement a tout son rôle à jouer dans ce domaine.

Nous misons aussi beaucoup d'espoir sur le SAS, le service d'accès aux soins, qui associe la ville et l'hôpital, la médecine libérale et le service public. Nous scrutons attentivement l'expérimentation menée dans les Yvelines, en espérant que le dispositif s'étende aux autres départements.

Le Ségur Investissement constitue lui aussi une formidable occasion de se transformer, ainsi qu'un effort tout à fait considérable dans la concentration. À l'échelle régionale, plus de 1,2 milliard d'euros est dédié au financement de projets prioritaires, avec un changement complet de philosophie : une déconcentration complète de l'instruction et de la gestion des investissements ; une démarche d'aménagement globale ; une invitation à ce que les CPTS et les acteurs de ville soient associés à la démarche. L'hôpital doit être considéré comme un acteur global et fédérer les parties prenantes, sans pour autant organiser pour les autres, ni servir de lieu de prise en charge par défaut. Avec la crise, nous avons compris l'intérêt d'avoir des hôpitaux plus modulables, ne serait-ce que parce que les besoins évoluent. C'est un point auquel nous serons particulièrement attentifs dans l'examen détaillé des projets.

Je n'oublie pas la question des EHPAD. Nous avons pris du temps pour délivrer une stratégie d'ensemble, pour 2022-2024. Nous avons pris ce temps pour garantir des stratégies coordonnées avec les départements, autour des deux axes que sont l'humanisation et l'innovation.

Nous devons aussi transformer notre organisation territoriale, en accélérant dans la conception de modèles différents. Concrètement, nous devons inventer un modèle d'hôpital de proximité francilien. Un accent important doit être mis sur la prévention et l'ambulatoire, sans pour autant réduire la palette de services à la portion congrue. Ce modèle est incitatif, puisqu'il permet d'enlever une part du stress lié à la

contrainte T2A, tout en clarifiant la réponse à l'offre de soins. Le modèle devient attractif, et nous avons tout notre rôle à jouer pour montrer sa pertinence et sa complémentarité avec le reste. Par ailleurs, nous devons préparer l'an II des GHT, en renforçant notamment la gouvernance médicale, sachant que ces projets sont plus ou moins avancés selon les territoires. Nous devons aussi en profiter pour poser la question de l'évaluation des GHT, en réfléchissant à la fusion des instances de gouvernance et à ce que l'on peut attendre d'un GHT en termes médicaux et de parcours de soins, au-delà de la mutualisation des fonctions supports. En tout cas, l'ARS est disposée à porter une vision d'ensemble et à soutenir des innovations.

Soyez donc confiants dans le fait que l'ARS a vocation à accompagner les restructurations, et non à imposer un modèle. La gestion de la pénurie nous oblige à nous montrer créatifs. Nous vous invitons donc à oser. Nous pouvons d'ailleurs prendre l'exemple du secteur médico-social, qui a sérieusement accéléré sa transformation : déploiement d'équipes mobiles de gériatrie, dispositifs d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, astreintes d'IDE en EHPAD, etc. Quoi qu'il en soit, nous n'avons aucune raison d'encombrer l'hôpital et d'y maintenir les patients plus longtemps que nécessaire.

Nous avons conscience d'être dans une situation très difficile, mais nous sommes également confiants dans la ressource des hospitaliers. Nous devons parler des initiatives formidables déployées dans cette région, qui sont soutenues par l'ARS, sachant que celle-ci favorisera toujours les solutions de coopération plutôt que les conflits entre projets.



Remerciements au comité d'orientation

Sophie Albert *Directrice, EPS de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne*
 Dr Xavier Belenfant *Président du collège médical Grand Paris Nord Est*
 Dr Yannick Costa *Président de la conférence régionale des PCME de CH*
 Emmanuelle Gard *Directrice de l'EHPAD Les Marronniers et de la Fondation Aulagnier*
 Chloé Leblond *Directrice, EHPAD Lasserre, Issy-les-Moulineaux*
 Luce Legendre *Directrice, CASH de Nanterre et EPS Roger-Prévot*
 Nicolas Péju *Directeur général du centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts*
 Emmanuel Sys *Directeur général, GCSMS Les EHPAD publics du Val-de-Marne*
 François Venutolo *Président de CME du CH de Gonesse*

Ainsi qu'à la délégation régionale de la FHF Île-de-France : Serge Blisko, Alice Jaffré, Eric Clapier, Fatima Aïchouch

Merci à nos partenaires

AIA Life Designers, Casden-Banque populaire, CGOS, Chabanne Architecte, CPage, GMF Assurances, Lifen, Maincare, MGEN-Groupe VYV, MIPIH, Mutuelle nationale des hospitaliers, Novartis, Posos, Relais H, Sodexo