

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

## Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire

---

### Laurent Chambaud

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

---

**Au sein de l'EHESP, vous formez les futurs cadres de santé, vous menez une double mission de formation et de recherche en santé publique. Et récemment, vous vous êtes exprimé dans la presse régionale en estimant que nous étions dans un pays trop hospitalo-centré. Vous insistez sur le fait que la santé ne se résume pas au système de santé et préconisez une plus grande flexibilité dans les parcours et le développement des pratiques plus collectives (comme les Maisons de Santé Pluridisciplinaires).**

**Quelles sont les attentes des étudiants de demain et quelles pistes de réforme vous semblent pertinentes pour apporter une réponse efficiente aux besoins de notre système de santé français ?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Laurent Chambaud**