**Les comptes de Ségur**

« Médecine fondée sur l’épreuve » m’a récemment écrit un ami rhumatologue pour décrire sa traversée du COVID. « Apoptose » et « entropie » tiennent depuis longtemps une bonne place dans les salles de staff. Les professionnels de santé ont le goût de la métaphore. Pour y répondre, le Ségur de la santé a mobilisé plus que des mots.

Revaloriser les salaires des personnels hospitaliers, et particulièrement ceux de l’hôpital public, était une nécessité peu contestée : un infirmier hospitalier gagne 5% de salaire en moins que les autres actifs en France, à comparer avec les autres pays développés, où il gagne 14% en plus en moyenne (13% en Allemagne, 24% aux Etats-Unis). Rattraper ce retard était un point de passage obligé, mais cette démarche a conduit à des impensés et mérite d’être complétée.

Un premier complément devra concerner l’évolution de l’hôpital lui-même. Depuis 1958, un peu comme le théâtre classique, le modèle du CHU impose une règle des 3 unités : plateau technique, compétences universitaires et recherche. Ce modèle est devenu un carcan trop étroit. Le COVID a révélé le besoin d’une médecine translationnelle, qui enrôle les patients dans des cohortes dès leurs premiers contacts avec le système de santé. L’émergence de services digitaux de navigation, de téléexpertise et de télémédecine nous dispensent de la règle de l’unité de lieu. Envisager ces évolutions sous le vocable paternaliste de « parcours » est un contre-sens. Le patient est justement mis en situation de tracer lui-même son chemin. Il faut lui permettre de se saisir de cette capacité, repenser la relation clinique dans une logique multicanal et continue et permettre des stratégies plus graduées entre les soins « non programmés » et les soins programmé.

Un deuxième impensé du Ségur est l’évolution des métiers. Un radiologue, un radiothérapeute, un anapath ne savent pas dire aujourd’hui ce que sera leur spécialité dans 5 ans. Certaines Intelligences Artificielles qui complètent le diagnostic par l’image sont déjà à maturité. D’autres IAs émergent qui favoriseront l’accès à un savoir médical devenu plus volatil et complexe. A l’heure du séquençage de nouvelle génération, la révolution génétique devient un facteur commun à toutes les spécialités de médecine. L’hyperspécialisation est une tendance naturelle face à ces évolutions. Tendance à contresens, alors que les spécialités doivent toutes se réinventer, offrir plus de modularité et créer des ponts avec les autres disciplines, en particulier les sciences humaines. Une recertification des compétences tout au long de la vie gagne à être envisagée, comme l’a proposé le rapport de Serge Uzan, ce qui implique de disposer d’une académie digitale d’envergure. Au Royaume-Uni, ces options ont émergé dans le cadre d’une revue systématique des métiers au sein du *National Health Service*. Réalisée par une commission présidée par le professeur Eric Topol, ce travail gagnerait à être conduit en France.

Un troisième complément du Ségur devra permettre de redonner aux agents une capacité de projection dans l’avenir. Une grande étude conduite par la Mayo Clinic en 2015 a montré que le risque de *burn out* des médecins américains est deux fois plus élevé que la moyenne des autres professions. Lorsqu’on décompose ses résultats (le Masslach Index), il apparaît que cette épidémie de burn out a pour cause de la difficulté à se projeter dans le futur, elle-même liée au débordement technologique, à l’accélération des savoirs et à la croissance des tâches dites cléricales, c’est-à-dire le temps passé à entrer des informations dans des ordinateurs. Relayée dans de nombreuses revues scientifiques, cette étude a créé un électrochoc que la France a jusqu’à présent ignoré.

Une autre étude réalisée par les équipes d’Harvard a comparé la qualité des soins hospitaliers dans cinq systèmes hospitaliers (dont la France), tel que mesuré à travers le risque de réhospitalisation après un infarctus en le reliant à un score managérial. Elle a montré de façon spectaculaire qu’un déterminant de la qualité des soins est tient à la capacité des managers à prendre des décisions et à les expliquer. Le récit collectif doit reprendre droit de cité dans les salles de staff, peu importe les métaphores que l’on y emploiera. L’hôpital a besoin de personnes dépositaires de ce récit.

Etienne Grass est professeur à Sciences Po, membre du comité exécutif de Capgemini Invent