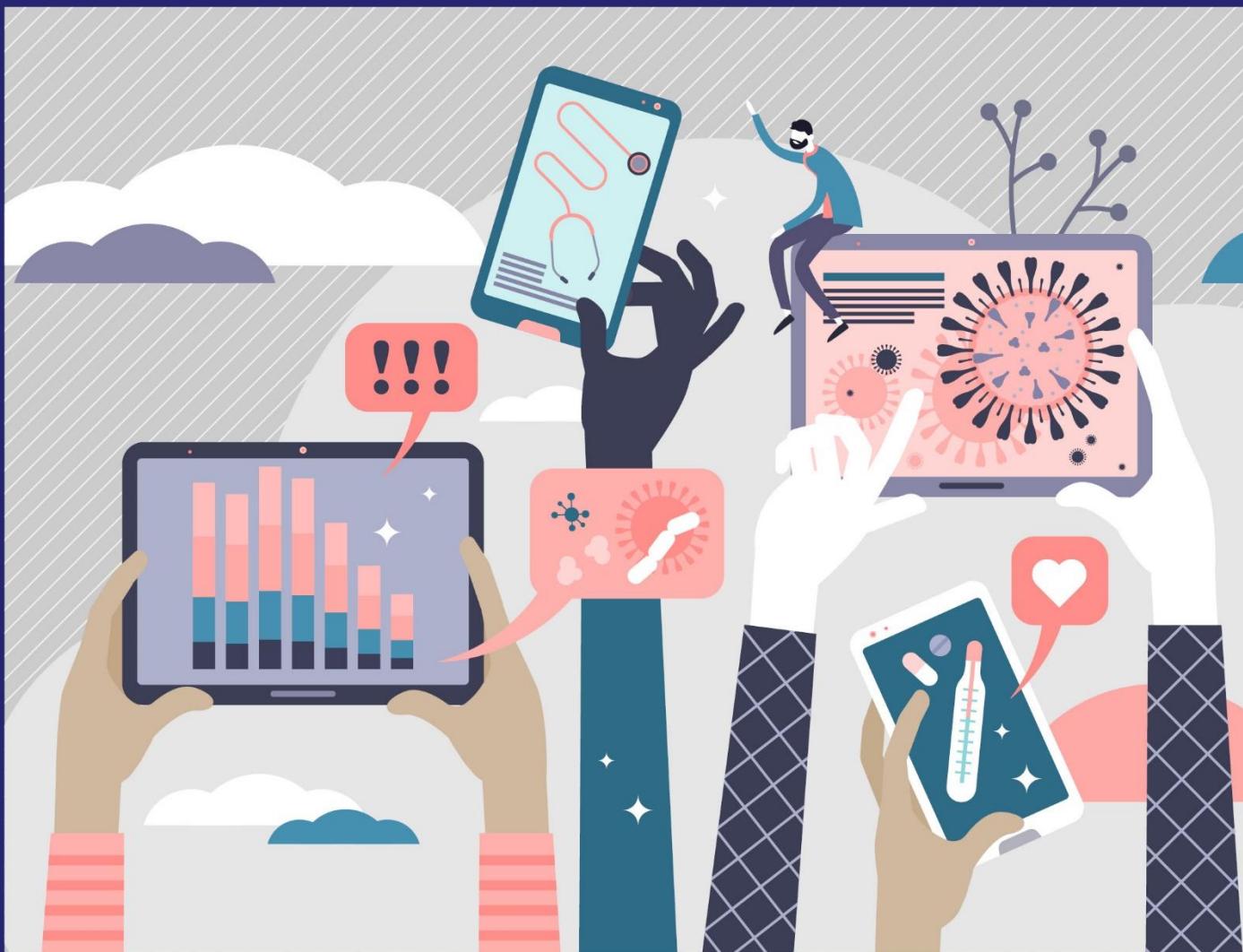


CRÉATION ET DIFFUSION DE CONTENUS

destinés aux professionnels de santé en cas de nouvelle urgence sanitaire

DISPOSITIF OPÉRATIONNEL



Avant-propos

Nul ne peut se préparer à l'urgence, mais chacun peut développer des réflexes à la gestion de l'inconnu. Pris de court par la pandémie (la période de "sidération"), les professionnels de santé (PdS) manquent en février 2020 d'instructions et d'informations claires sur un virus détecté trois mois auparavant dans la province de Wuhan. Progressivement et sous la contrainte des événements, une communication officielle s'organise et des initiatives locales foisonnent dans le public comme dans le privé.

Ces initiatives démontrent aujourd'hui cette *résilience* et sont la preuve explicite de l'implication des personnels de la santé, de leur ingéniosité et de leur générosité dans leur mission de santé publique.

Cette crise installe désormais la population dans la conscience de la réalité des futures urgences sanitaires (les menaces Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques, dites NRBC) auxquelles nous risquons d'être confrontés.

La mission CREA-DIFF, nommée par le Ministre de la Santé M. Olivier Véran en mai 2021, a pour objectif d'organiser un plan de gestion - efficace et immédiat - face à une nouvelle urgence sanitaire, par la diffusion d'information et de modules de formation "Flash" destinés aux Professionnels de Santé.

La mission a enquêté auprès des PdS et puise ses enseignements dans plus de 160 consultations menées auprès des principaux acteurs du système de santé, ainsi que les résultats (654 réponses) d'un questionnaire envoyé aux PdS.

Elle conduit à 10 recommandations et 53 mesures, déclinées en 2 sections principales : Former et Anticiper, Diffuser et Partager.

Ces 10 recommandations requièrent un pilotage par une cellule restreinte de personnes aux compétences particulières, adaptées et reconnues sous l'égide d'un CDO (Chief Digital Officer).

Les codes de consommation de l'information ont profondément changé depuis l'avènement des réseaux sociaux. Ce qui prévaut pour la population générale s'applique également à l'ensemble des 2,5 millions de PdS. La stratégie de communication du ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) doit désormais intégrer ce "new deal" et intégrer en son sein les compétences spécifiques et adaptées à ces nouveaux modes de consommation de l'information.

Il s'agit d'ores et déjà d'identifier les interlocuteurs et les canaux de communication multiples qui, couplés à une véritable stratégie de diffusion traceront le plan d'attaque lors du prochain «brouillard de guerre», commun à tous les débuts de crise.

Il convient également de créer un dispositif opérationnel permettant de développer des modules de formation dès les premiers instants d'une crise. Ces modules "Flash" doivent aujourd'hui répondre aux nouveaux formats de la formation médicale (mobile first, micro-learning).

Forts de ces témoignages, l'éventail d'outils proposés par les 10 membres de l'équipe se fixe d'atteindre de manière massive, ciblée, sécurisée et *instantanée* les 2,5 millions de professionnels de la santé français :

- En modernisant le DGS urgent et comblant les lacunes par des canaux moins conventionnels inspirés du peer-to-peers et l'utilisation des ressources territoriales,
- En unifiant et centralisant la communication ministérielle, s'assurant de sa fiabilité autant que possible en contexte de crise.

Pour encourager l'autonomie et consolider les initiatives repérées chez les professionnels de la santé, nous proposons également des ressources pédagogiques innovantes et des outils spécialisés pour faciliter le partage entre professionnels, ainsi que la remontée du terrain vers les organes décisionnels.

Enfin, et surtout, basée sur l'approche de nombreux corps spécialisés (les militaires, les pompiers, les groupes d'intervention) mais aussi sur celle des sites sur zones dangereuses (hôpital à San Francisco), la mission propose de développer une culture du "*We train as we fight together, we fight together as we trained*" qui intègre dans la formation continue de tous les professionnels de santé les réflexes de la gestion de crise, rendus obligatoires dans le cadre de la recertification en cours de réflexion des Pds.

L'équipe de la Mission "Créa-Diff"

co-dirigée par **Julien Delpech** (Entrepreneur, fondateur Invivox) et le **Pr. Eric Vibert** (Chirurgien, AP-HP)

avec :

- **Catherine Holué** (Journaliste Santé)
- **Tiphaine Liu** (Chercheuse en sciences sociales, Docteur en sciences de l'Éducation)
- **Emilie François** (Responsable ingénierie de Projet)
- **Jeanne Errard** (Médecin Généraliste)
- **Mehdi Benchoufi** (Docteur en mathématiques, Médecin de Santé Publique, fondateur d'Echopen)
- **Abdelaali El Badaoui** (Infirmier, fondateur de Banlieues Santé)

et les stagiaires de la mission :

- **Antoine Bland** (IAE Bordeaux)
- **Inès van der Winckel** (Paris Sciences Lettres, médecine)
Colombe Lorne (Sciences Politiques, Kings College)
Caroline Lauer (Sciences Politiques, Kings College)
- **Mahault Reffait** (Faculté de Droit de Paris-Nanterre)
- **Clément Sarfati** (EDHEC Lille)
- **Angela Dalmonte** (Sciences-Po Paris, Université de Bologne, Italie)

Constat Général

La crise liée au COVID-19 a fait prendre conscience à la population française ainsi qu'aux Professionnels de Santé de notre vulnérabilité face à une urgence sanitaire

- La formation des PdS n'est pas adaptée (absence d'outils, de compétences et de réflexes) à l'urgence qu'implique un état d'urgence sanitaire.
- La diffusion de l'information et des premiers modules de formation ("Flash") n'est pas adaptée aux modes protéiformes de consommation de l'information par les PdS

Résultat du questionnaire envoyé aux PdS, à propos de l'information fournie par le MMS.



La question de la formation des personnels de santé en temps de crise est indissociable de la question de la communication auprès de ces acteurs.

En effet, dans l'urgence d'une nouvelle menace sanitaire, la recherche d'informations devient cruciale. Il est dès lors logique de voir fleurir une multiplicité d'intervenants, sachants ou non, croyant détenir des informations et les distillant via tous les canaux possibles (grands média généralistes, presse, chaînes d'information continue, groupes de discussion privés (Whatsapp), réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Snapchat...)).

A la frénésie de la demande d'information répond ainsi la frénésie des offres.

Dans ces conditions et au vu des enjeux de cette "guerre de l'information", le message du ministère de la Santé doit s'imposer et, pour être audible se défier des trois écueils suivant :

CONSTAT : 3 écueils rencontrés

- 1. Multiplicité des canaux et des intervenants (officiels et non officiels)**
- 2. Inadaptation du message (tant au niveau du contenu que de la forme)**
- 3. Manque de fiabilité du message (défiance des destinataires)**

Et avoir trois priorités dans sa communication pour informer et former :

CONSTAT : 3 priorités

- 1. Unifier -> développer une stratégie de communication cohérente et pérenne.**
- 2. Clarifier -> Moderniser et sanctuariser les différents formats et contenus.**
- 3. Instaurer une relation de confiance -> stratégie circulaire (top-down et bottom-up)**

Méthodologie

Notre étude a consisté en une enquête de terrain polymorphe pour garantir la représentativité des données¹.

La démarche d'étude suivie a été tant quantitative (questionnaire) que qualitative. Le choix de coupler à un questionnaire une approche qualitative (recueil de données par entretien) a été décidé car cette approche était la seule apte à rendre compte de manière fine des différentes pratiques et retours des acteurs concernés. Comprendre la façon dont les professionnels se sont concrètement débrouillés pour rechercher, trier et partager les informations pertinentes (ou non !) demandait une étude longitudinale et de multiples sources de données.

En effet, l'enquête par questionnaires menée auprès des professionnels de santé produit des informations **circonscrites** et **codables** sur la base d'échantillons raisonnés et dotés de critères de représentativité statistique, mais elle se prête moins à l'*itération* : ce va et vient permanent entre recueil de données et interprétations permet de réajuster les questions, de les adapter aux acteurs rencontrés et ainsi d'affiner les analyses.

Les entretiens réalisés auprès d'un large panel d'acteurs du système de santé, sont les éléments centraux de toute recherche de terrain. Ils donnent accès aux représentations des acteurs locaux, représentations indispensables à la compréhension du niveau organisationnel et social.

Recueil de données

Il a combiné trois sources de recueil de données :

- Un questionnaire adressé à l'ensemble des catégories de professionnels de santé : (diffusé sur le mois de septembre 2021), 650 personnels de santé, toutes catégories représentées y ont répondu (voir résultats questionnaire, Annexe I)
- Des entretiens : 160 entretiens réalisés d'une durée moyenne d'une heure sur une période de 5 mois, de mai à septembre 2021. Chaque entretien, conduit au minimum par deux interviewers, a donné lieu à une synthèse des idées/apports principaux, validés par les deux présents. Un entretien de groupe en fin de mission a également permis de réunir 6 participants afin de leur soumettre les premières recommandations imaginées par l'équipe de la mission
- Des sources documentaires écrites et vidéo : rapports généraux ou particuliers, vidéos/modules de formation créés pendant la crise, livres sur le sujet, provenant de différents acteurs. Ces sources documentaires ont permis de croiser les données entre les paroles individuelles recueillies, questionnaires et sources synthétisées d'experts.

Une analyse avec croisement des données a été effectuée grâce aux différents modes de recueil combinés pour garantir leur fiabilité. La saturation du terrain, critère de validation des résultats au même titre que la triangulation des données, a été atteinte lorsque les membres

¹ Olivier de Sardan, J.-P., *La rigueur du qualitatif*, 2001, Academia Bruylant, Louvain.

de l'équipe mission se sont mis à obtenir de moins en moins d'informations nouvelles à chaque nouvelle source étudiée (entretiens, documents...).

Questionnaire

Le questionnaire a été conçu sous l'autorité d'une chercheuse en sciences sociales. Ses résultats sont explicités en Annexe 1.

Guide d'entretien

Les questions du guide d'entretien, conçues et validées par une chercheuse en sciences sociales, sont placées en Annexe XI.

Les 10 recommandations de la Mission “Créa-Diff”

Internaliser une équipe - pilotée par un CDO - chargée du développement de formation “Flash” et de la diffusion omnicanale des contenus vers les PdS

FORMER et ANTICIPER

- 1 **Développer** des formats de contenus en adéquation avec l'attente des différentes catégories de PdS [page 10-12](#)
- 2 **Formaliser** le partenariat avec des plateformes de contenu pour la création et la validation de formations “FLASH” [page 13-14](#)
- 3 **Favoriser** le développement de formations en mode Peer-to-PeerS [page 15](#)
- 4 **Disposer** d'un pool d'experts prêts à intervenir [page 16](#)
- 5 **Investir** dans des algorithmes de Push de contenu [page 17](#)

DIFFUSER et PARTAGER

- 6 **Centraliser** l'ensemble des contenus sur une plateforme d'hébergement sécurisée [page 18](#)
- 7 **Déclencher** une stratégie de diffusion omnicanale pour atteindre un maximum de PdS de manière ciblée et sécurisée [page 19-21](#)
- 8 **Intégrer** les territoires et les élus locaux [page 22](#)
- 9 **Créer** une Newsletter quotidienne destinée aux Pds [page 23](#)
- 10 **Moderniser et Sanctuariser** les DGS urgents [page 24-25](#)

Préalable aux recommandations

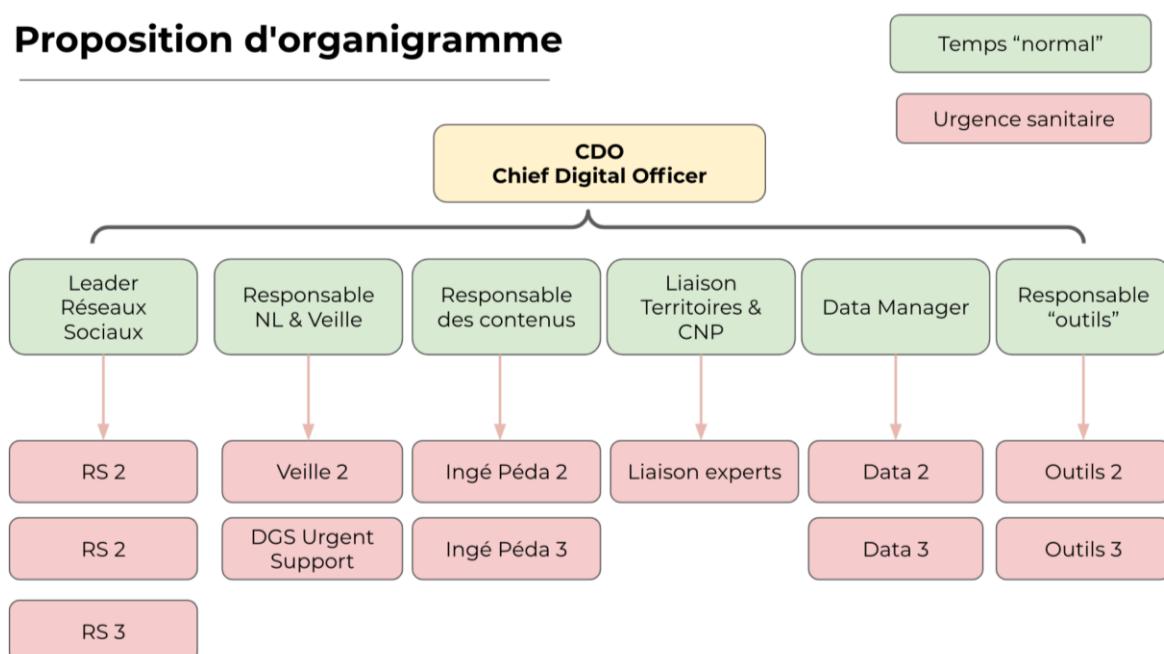
INTERNALISER une équipe dédiée, PILOTÉE par un CDO (“Chief Digital Officer”), aux compétences spécifiques à la création de contenu et à leur diffusion

Il ressort de l'étude réalisée² que la communication de début de crise a souffert d'un manque de cohérence des messages, rendant souvent perplexes les PdS quant à l'attitude à adopter face à leurs patients. D'où la nécessité d'aligner les messages entre les différents organes du MSS.

Mesure 1 → Création d'une cellule dédiée

Sous la responsabilité d'un Chief Digital Officer (CDO), cette équipe restreinte pourra être étoffée en temps d'urgence sanitaire, comme le propose l'organigramme ci-dessous.

Proposition d'organigramme



FORMER ET ANTICIPER

1a - en cas d'urgence

1b - à la gestion de crise

DÉVELOPPER

des formats "flash" adaptés aux besoins et attentes des professionnels de santé

1a

² Questionnaire auxquels ont répondu 650 PdS entre le 1er septembre et le 30 septembre 2021 (Annexe I)

L'urgence nécessite des formats immédiatement assimilables par les PdS afin:

- d'expliciter les premiers réflexes à adopter face à l'urgence
- de permettre de valider l'acquisition des compétences ("tracking")
- d'être disponibles à tout moment et en tout lieu ("mobile first") et partageables (Messagerie Instantanée)

Mesure 1 → Développer du contenu basé sur le "micro-learning"

En situation d'urgence sanitaire, le micro-learning (module interactif sur téléphone d'une durée de 5 à 10 minutes) permet d'assurer la formation élémentaire à une menace identifiée, et de s'assurer de l'acquisition des connaissances.

Mesure 2 → Faire appel à des sociétés spécialisées dans la création de modules spécifiques basés sur le micro-learning

Le micro-learning nécessite des compétences particulières et doit être confié à des ingénieurs pédagogiques spécialisés. La mission a identifié les organes publiques et sociétés privées (via leur "Content Factory") capables de répondre à ce besoin dès les premiers instants d'une urgence.

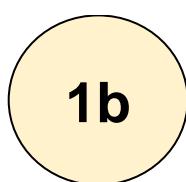
Mesure 3 → Associer des outils de traçabilité à tous les modules "Flash" diffusés vers les PdS

La traçabilité des PdS ayant réalisé un module de micro-learning permet ensuite de développer des parcours et faciliter la création des algorithmes décisionnels en cas de menace longue.

Mesure 4 → Développer un tableau de bord remontant les informations liées à la réalisation des modules par les PdS

Un tableau de bord vient parfaire ce dispositif, remontant toutes les informations clefs (les KPIs') afin d'optimiser le pilotage d'une urgence sanitaire.

FORMER ET ANTICIPER



ANTICIPER

la prochaine urgence sanitaire par la formation
à la gestion de crise

On ne peut prévoir la prochaine urgence sanitaire mais il est cependant possible de développer les réflexes à la gestion d'un nouvel épisode d'urgence sanitaire:

- Par la formation continue des PdS
- Par l'obligation pour tous les PdS d'acquérir les réflexes nécessaires
- Par la culture du "travailler ensemble", basé sur la culture de "l'exercice"
- Par la formation aux "facteurs humains"

Mesure 5 → Préparer les PdS à la gestion de la prochaine urgence sanitaire, en l'inscrivant dans le processus de "recertification" en cours des PdS.

L'ordonnance³ du 19 juillet 2021 inscrit la recertification des PdS dans une nouvelle logique, qui doit entrer en vigueur le 1er janvier 2023.

Les 41 CNP travaillent aux grandes orientations, qui doivent être complétés par des orientations transversales, communes à tous les PdS.

Nous proposons de rendre obligatoires certains modules de formation, communs (mais pas identiques) à tous les PdS, spécifiques à la gestion d'une crise sanitaire.

Mesure 6 → Développer des modules favorisant le "Travailler Ensemble"

Lors des différentes auditions réalisées, nous avons pu constater qu'un des aspects de la réussite de la gestion de la crise dépend de la capacité des équipes à travailler ensemble.

Mesure 7 → Instaurer la culture de l'exercice (sur le principe du "We fight as we train")

La résistance face à une crise est indubitablement corrélée à la préparation des équipes à travailler ensemble.

La crise liée à la COVID 19 a permis une conscientisation de la population de PdS de la réalité d'une épidémie. Il convient de transformer cette conscientisation en une somme d'exercices réguliers qui permettront aux équipes de PdS d'acquérir les réflexes fondamentaux. C'est ainsi que les forces d'intervention armées se préparent, c'est ainsi que les hôpitaux de San Francisco anticipent le "Big One", c'est ainsi que la population japonaise se prépare face aux tremblements de terre fréquents.

Il convient de transférer aux territoires (couple Préfet-ARS) l'organisation de ces exercices, qui doivent devenir routiniers.

Mesure 8 → Développer des modules spécifiques à la "Gestion de crise"

Nous proposons une liste de modules (non exhaustive, à compléter) dans les domaines suivants:

- Utilisation des données l'Open Source,
- Formation aux grades de la HAS
- connaissances des BdD existantes,
- reconnaissance & lutte contre les fake news,
- Utilisation des Réseaux Sociaux,
- Formation à la e-santé et ses outils via les GRADeS⁴
- Media Training
- lecture critique de publications
- Gestion de l'Infodémie (formation proposée par l'OMS)
- Facteur humain en tant de crise (gestion de la sidération, de la panique...)
- ...

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/IORFTEXT000043814566>

⁴ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/acteurs/fiches-acteur/groupement-regional-dappui-au-developpement-de-la-e-sante-grades>

NB: à noter le rapport établi par le Conseil Économique de la E-Santé sur la formation au digital des PdS⁵.

Extrait de l'annonce de la ventilation des 650 millions d'euros (M€) injectés dans la stratégie d'accélération du numérique en santé, le 18 octobre à l'incubateur Station F à Paris.

"Dans le détail, l'axe formation à la santé numérique est doté de 81 M€."⁶

Il est à noter également les formations existantes, souvent sous forme de DU, listées en Annexe VIII

⁵ https://www.researchgate.net/publication/343976524_La_formation_des_Professionnels_de_Sante_a_la_e-sante#fullTextFileContent

⁶

https://www.ticpharma.com/story.php?story=1763&utm_source=apmnews&utm_medium=email&utm_campaign=qutodienne&utm_term=blocpartenaire

2**ORMALISER**

le partenariat avec des plateformes de contenus

La clef de voûte de la création de modules "Flash" tient à la rapidité de l'exécution de la création de contenus, à leurs validations par des organismes reconnus et compétents, ainsi qu'à leur diffusion et partage (Recommandations 6, 7, 8, 9 et 10)

Mesure 9 → Recours aux CNP pour la définition du cahier des charges et la validation des contenus

Nous recommandons de passer par des experts identifiés par chacun des 43 CNP pour définir:

1. Le cahier des charges du contenu nécessaire, dans l'urgence puis dans la suite d'une crise sanitaire.
2. La validation des contenus créés afin de leur donner une autorité reconnue.

Mesure 10 → Sélection et adaptation des contenus appropriés

La plupart des contenus existent au sein des organismes identifiés ci-dessous. Il convient de s'adresser à l'organisme idoine en fonction de la menace identifiée:

- L'UNESS pour du contenu médical.
- L'ANCESU pour tout ce qui concerne les gestes d'urgence.
- L'HEHESP pour du contenu destiné à un public administratif hospitalier.
- Les grandes centres de formation au sein des CHU comme ceux de Bordeaux ou de l'AP-HP
- Les Sociétés Savantes

Mesure 11 → Développer du contenu

Une fois le contenu identifié, il convient de transformer ce contenu dans un format adapté à la menace et à l'urgence:

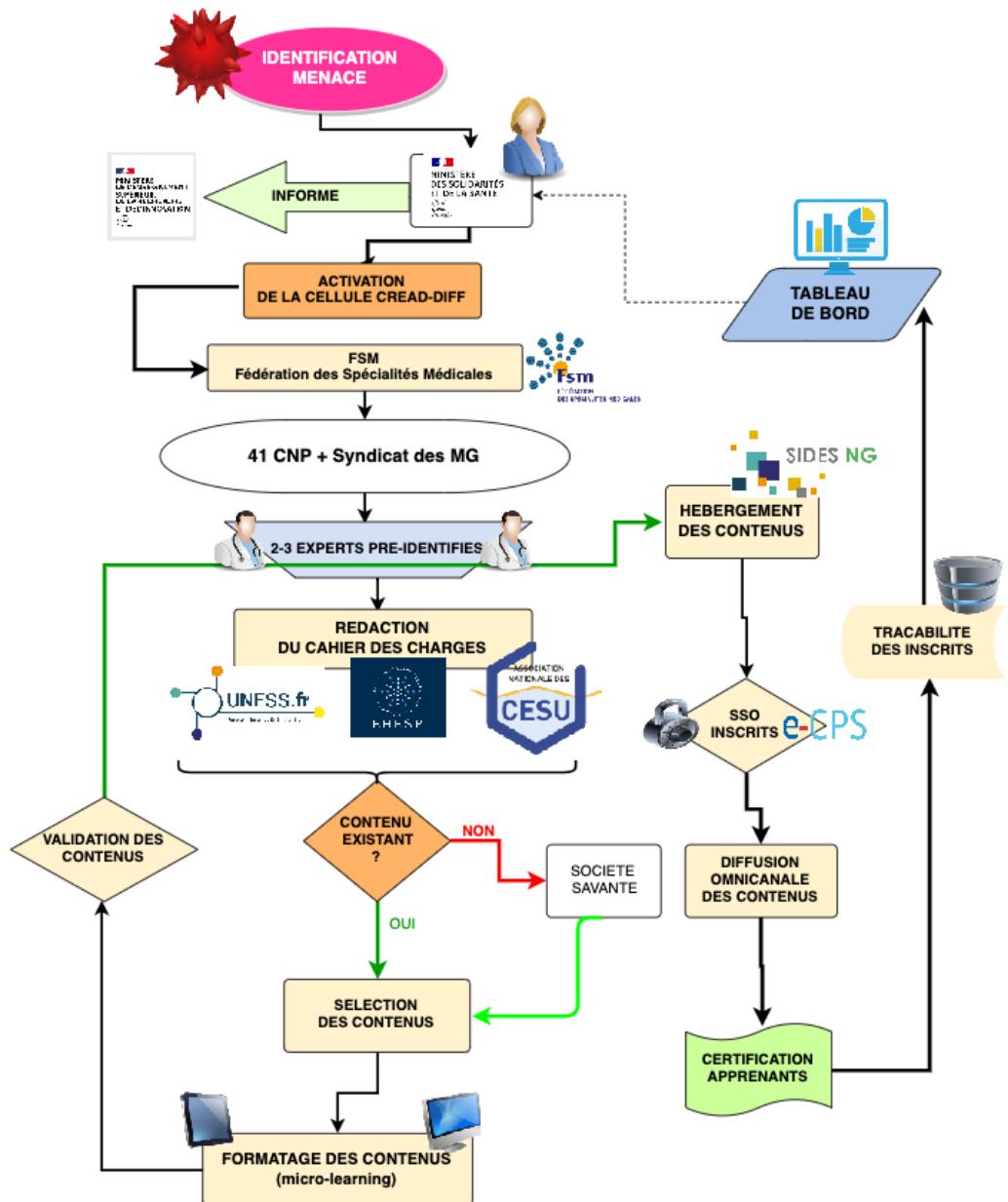
- Module de e-learning/micro-learning disponible sur téléphone mobile afin de faciliter les premiers réflexes face à la menace.
- Formations plus longues et présentielles (dans la mesure du possible) au fil du déroulement de la crise.

Mesure 12 → Centraliser le contenu sur une plateforme unique (cf. reco 6)

Mesure 13 → Tracking des inscrits aux contenus

Tous les formats doivent permettre de suivre les inscrits afin de pouvoir développer de nouveaux modules en fonction de la progression des inscrits. Le tracking est donc un élément essentiel de la stratégie mise en place, ainsi qu'un tableau de bord qui synthétise l'ensemble des données.

Algorithme de création de modules "FLASH" en cas d'urgence



Ce logigramme décisionnel implique en amont l'identification de 2 à 3 experts au sein de chaque CNP.

Ce "pool" d'experts pré-identifiés (**cf recommandation 4**) est formé régulièrement à la gestion de crise à travers les modules suggérés par la mission.

3**FAVORISER
le Peer to PeerS**

Lors de la crise liée au COVID-19, une grande partie de la transmission de l'information et de l'expérience s'est faite de manière ad-hoc par les professionnels de Santé, le plus souvent à travers des nouveaux outils de formation distancielle comme les webinaires, mais aussi à travers les messageries instantanées.

Mesure 14 → Mettre à disposition des outils facilitant la transmission d'expérience

Les webinaires ont fait florès tout au long de la crise actuelle, devenant un réflexe pour de nombreux PdS souhaitant partager leur expérience avec leurs pairs.

Nous recommandons d'intégrer dans le bouquet de services proposés aux PdS un accès facilité à un logiciel de webinaires ainsi qu'à une "hotline" pour faciliter l'organisation de ces webinaires.

Couplés à des outils de diffusion vers des communautés ciblées, l'utilisation de ces outils assure une diffusion large, quasi instantanée, et interactive, facilitant le dialogue et les questions.

Ces outils sont entrés dans les us et coutumes des PdS, il convient d'en formaliser l'utilisation.

Mesure 15 → Favoriser le compagnonnage

De manière générale, et hors période de crise, la formation en mode compagnonnage reste plébiscitée par de très nombreux PdS. De très nombreux outils permettent de faciliter la formation en compagnonnage, il convient d'ajouter la formation à l'utilisation de ces outils pour les rendre évidents, tels des réflexes.

Mesure 16 → Intégrer le compagnonnage dans les formations proposées par l'ANDPC

Nous recommandons à l'Agence Nationale du DPC d'accélérer l'intégration des formations proposées en mode compagnonnage.

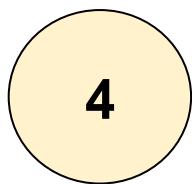
Ces formations assurent une formation pratique des PdS.

Ces formations assurent également une manne financière pour les hôpitaux, publics ou privés.

Mesure 17 → Implication et formation prioritaire pour les PU-PH

Professeurs des Universités et Praticiens Hospitaliers, (les PU-PH) entrent par définition au cœur du système de formation.

Nous préconisons d'allouer des formations spécifiques à l'usage des outils numériques aux PU-PH ainsi que de doter les Organismes de Formation des CH des outils et des moyens nécessaires à l'intégration des formations proposées par les PU-PH vers leurs pairs.

**FORMER****4**

un pool d'experts prêts à intervenir

Mesure 18 → Disposer d'un pool d'experts formés aux techniques de communication, mobilisables pour les médias.

Les experts médicaux ont bien souvent été malmenés sur les plateaux de télévision, ou sont tombés dans des pièges d'audience, entraînant dans leur chute leurs institutions et brouillant le message vers le grand public.

Nous recommandons de mandater chacun des 43 CNP avec pour objectif d'identifier et de désigner 2 à 3 experts par CNP qui seront les personnes clefs à contacter en fonction de l'urgence sanitaire identifiée, et responsables:

- de l'établissement du cahier des charges des modules "Flash" à développer
- de la validation du contenu "Flash" développé

Caractéristiques de ce pool d'experts:

- Paritaire H/F et intégrant des experts du privé
- Parité Paris/Province

Mesure 19 → Savoir communiquer le "on ne sait pas"

A ne pas confondre avec l'aveu d'impuissance, la communication sur la notion du non connu, du non maîtrisé, repose sur une transparence affichée et assumée avec les professionnels de santé.

Mesure 20 → Utilisation des grades A,B,C recommandés par la HAS pour appuyer le niveau de preuve des éléments avancés.

La HAS a développé depuis de nombreuses années 3 grades dont l'objectif est de faciliter la compréhension du niveau de preuve des informations scientifiques publiées. Ces grades sont enseignés en Santé Publique, mais peu diffusés au sein de la population des Professionnels de Santé. Il conviendrait de les intégrer à la formation initiale et continue des Professionnels de Santé afin de rétablir la confiance en l'information scientifique.

Mobilisables immédiatement selon la menace NRBC identifiée, **ces experts constitueront une cellule dormante, formés régulièrement, habitués à travailler ensemble avec les organes du MSS, (dont le CDO), prêts à intervenir dès les premiers instants.**

5**INVESTIR**

dans des algorithmes de push de contenu

Il convient de considérer les médias sociaux dans une acceptation large : les plates-formes classiques de partages de contenus, les outils de mail ou de VoIP, ainsi que les outils de search du fait des algorithmes de référencement qui les rendent sociaux par nature.

Il convient de mobiliser la remarquable puissance logicielle dont notre époque dispose, à une triple fin d'Observation, d'Analyse et d'Action

Mesure 21 → Développer nos capacités d'observation des signaux

L'exercice de veille des média spécialisés, des réseaux sociaux généralistes, la curation de contenu sur le web permet d'avoir un instantané des contenus de formation en circulation. Il existe aujourd'hui sur le marché de nombreuses solutions de social listening... Ces outils permettent de détecter tôt les tendances, de les géolocaliser, d'identifier les influenceurs

Mesure 22 → Accélérer l'analyse des signaux identifiés

Dans le cadre de ce qui est appelé l'économie de l'attention, le monitoring de nos interactions web permettent de mieux mesurer et comprendre comment les contenus sont consommés et comment ils peuvent être générateurs d'action.

Mesure 23 → Transformer l'analyse en recommandations

Le développement d'algorithmes est un processus sur le long terme qui doit intégrer de nombreuses composantes, comme par exemple l'évolution de nos habitudes de consommation de l'information.

Il requiert des compétences particulières, qui s'échelonnent sur des périodes longues qui participent à affiner la qualité des algorithmes.

Ces trois dimensions d'Observation, d'Analyse et d'Action ne sont pas trois temps différents tant ils sont dépendants. En effet, le comportement en ligne de consommation et de partage d'information renseigne efficacement les algorithmes de recommandations afin de proposer le contenu accessible à des destinataires ciblés définis .

6**CENTRALISER**

les contenus sur une plateforme d'hébergement unique

La centralisation de l'intégralité des contenus sur une seule et même plateforme, accessible uniquement aux PdS et sécurisée est fondamentale.

Mesure 24 → Sélectionner un outil sécurisé bicéphale plateforme/appli, centralisant l'ensemble des contenus du MSS à l'attention des PdS.

Caractéristiques de la plateforme

- a. Accès sécurisé via un SSO "Pro Santé Connect" / E-CPS
- b. Intégrer des outils assurant une traçabilité des contenus
- c. Permettre à chaque PdS d'accéder à son espace personnalisé de formation
- d. Associer les algorithmes de push de recommandation à cette plateforme
- e. Fil d'actualités réactif
- f. Associer une appli ("Business Continuation Plan") pour faciliter l'accès

La plateforme SIDES développée par l'UNESS répond aux principaux critères énoncés ci-dessus et bénéficie de côté opérationnel immédiat.

Mesure 25 → Offrir aux contenus d'autres fenêtres de visibilité

Le plus important demeurant que l'accès au contenu soit redirigé vers la plateforme unique

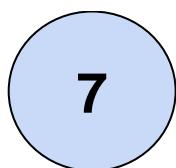
Mesure 26 → Transformation/Evolution de l'application TousAntiCovid

Nous conseillons de transformer l'application TousAntiCovid en 2 applications distinctes :

- "TousPourLaSanté" destinée au grand public,
- "TousProfessionnelsdeSanté" dédiée aux PdS

L'objectif est de capitaliser sur le succès de l'application existante et de la transformer en site et en application de gestion des crises sanitaires dès que la crise du COVID sera derrière nous.

L'application permettra d'envoyer des notifications vers les PdS en cas de nouvelle urgence sanitaire et d'assurer ainsi un BCP ("Business Continuation Plan") tel que le font la plupart des organisations privées (banques, informatique, laboratoires pharmaceutiques, etc). Les notifications renverront de l'information immédiatement disponible en cas d'urgence mais aussi des liens vers les premiers modules de formation (hébergés sur cette plateforme centralisée).



DÉCLENCHER

une stratégie omnicanale de diffusion

La consommation de l'information diffère d'un PdS à l'autre (résultats du questionnaire), c'est pourquoi nous conseillons une stratégie omnicanale assurant de cibler les différents canaux privilégiés par les catégories de PdS.

Mesure 27 → S'assurer de l'homogénéité du message

Toute communication repose sur la répétition d'un message, à la condition sine qua non que ce message soit homogène.

Mesure 28 → Consolider les bases de données des PdS

Il semble indispensable de continuer le travail actuel de consolidation des bases de données (le RPPS) afin de disposer d'un fichier le plus large possible et mis à jour régulièrement.

Mesure 29 → Diffusion via les réseaux généralistes

Les réseaux sociaux généralistes sont une source extrêmement puissante de diffusion d'un message, notamment via la promotion payante adressée à une audience. Il est par exemple possible d'envoyer un message sur Instagram uniquement destiné à l'audience d'infirmier.es. Le format du message doit impérativement être adapté à l'audience qu'il veut toucher (sur Instagram comme sur les autres réseaux sociaux, le message principal doit être diffusé dès les premières 7 secondes d'une vidéo).⁷

NB: certains de ces grands réseaux, en cas de crise, proposent notamment des crédits gratuits afin de participer à l'effort collectif de crise.

Mesure 30 → Diffusion via les Bases des Ordres, des Sociétés Savantes et de la CNAM

La recherche de l'effet "boule de neige" passe également par le relais des bases de données déjà disponibles.

Mesure 31 → Diffusion via les réseaux spécialisés

L'ingéniosité des PdS n'est plus à démontrer. Nous citons à ce propos les deux applications développées par le Dr Sacha Rozencwajg de l'AP-HP (Team Doc ®) et le Dr Aurélien Lambert du CHU de Nancy (Panda Labs ®) qui ont tous deux lancé des applications permettant de partager de manière pertinente, intelligente et sécurisée des informations entre PdS. En attendant la Messagerie Instantanée Sécurisée dédiée aux PdS annoncée pour 2022 par l'Agence du Numérique en Santé.

⁷ Recommandation faite par les équipes Facebook (audition du 15 septembre en présence de 3 membres de Facebook France)

Mesure 32 → Relais via des influenceurs "validés"

L'accès aux différentes communautés de professionnels de santé passe également vers des influenceur.ses.

La mission a identifié des influenceurs Santé dans les grandes catégories de PdS.

Le travail de la cellule de crise consiste à trier les influenceurs afin d'éviter l'effet inverse recherché: la diffusion de fake news ou d'informations remaniées insidieusement par des influenceurs.

Mesure 33 → Relais via les élus locaux (Voir Recommandation 8)

Mesure 34 → Relais via les industriels (SNITEM, LEEM, ACIP)

Les industriels du Médicament (LEEM) comme ceux du dispositif médical (SNITEM) sont eux aussi susceptibles de participer à la diffusion d'un message. Selon les besoins, ils sont capables de mobiliser leurs bases de données de professionnels de Santé pour diffuser un message ou un module de formation.

Mesure 35 → Utilisation renforcée des QR codes

L'affichage d'un QR code dans un hôpital assure plusieurs bénéfices (dont le coût: insignifiant):

- les SmartPhones lisent immédiatement l'information disponible, cachée derrière un QR code (comme par exemple un DGS urgent ou un module de e-learning)
- L'information disponible est mise à jour depuis une cellule centralisée, identique pour tous les PdS

NB: Les liens doivent s'ouvrir sur une plateforme sécurisée, accessible via la carte CPS ou via ProSanté Connect

Mesure 36 → Campagnes de SMS

Le taux d'ouverture moyen d'un SMS est de 96%, supérieur à n'importe quel autre canal de communication. En cas d'urgence sanitaire, des campagnes de SMS ciblées peuvent permettre de diffuser efficacement un module (en associant un lien renvoyant vers la plateforme sécurisée d'hébergement du contenu)

Mesure 37 → Utilisation du courrier

Parce que de très nombreux PdS ne sont pas forcément sur les réseaux sociaux, ni des lecteurs assidus de leur messagerie, mais aussi parce que le réseau de la Poste en France reste extrêmement efficace, nous conseillons de ne pas sous-estimer la pertinence d'un courrier, avec le logo du MSS sur l'enveloppe.

NB: en cas de panne générale du réseau Internet, le courrier classique assure une alternative intéressante à l'effort de crise.

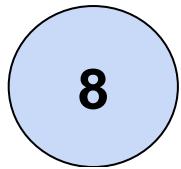
Mesure 38 → Développement d'une check-list

Le CDO que nous recommandons se doit d'intégrer une check-list afin de s'assurer de la diffusion omnicanale d'un message homogène.

Le déroulement de cette check-list, associé à des outils de tracking, permettra de créer un tableau de bord qui pourra remonter les informations sous forme de données agrégées (KPIs)

Mesure 39 → Ouvrir le contenu au niveau international

- Développer les partenariats de veille extérieure avec l'OMS et la nouvelle structure de formation de l'OMS: L'academy (NDLR: installée à Lyon d'ici 2024)
- Veille européenne avec le CDC européen (benchmarks réalisés en Italie, Portugal en annexes VII et VIII)
- Intensifier le dispositif ERASMUS pour les 1er cycles, et le développer pour les 3èmes cycles afin de nouer des relations durables entre les médecins de différents pays.



INTÉGRER les élus & territoires

Les élus locaux constituent une aide précieuse et fondamentale dans la communication du dernier kilomètre. Au contact direct de la population ("à portée d'engueulade), ils manifestent la volonté de participer activement à la diffusion d'un message. Leur désir d'implication à la lutte contre une crise sanitaire est ancré dans leur fonction, et dans leur ADN.

Mesure 40 → Accélérer la collaboration PDS - Établissements - ARS - Territoires

Le fonctionnement en silo est incompatible avec une gestion de l'urgence efficace. La désignation d'un référent "crise sanitaire" dans chaque département, identifié par tous les acteurs, pourrait être une solution.

Le délégué départemental de l'ARS serait la personne idoine.

Mesure 41 → Accélérer le déploiement des CPTS

Organes hybrides par définition, les CPTS incluent l'hôpital et la ville, en y associant les élus, au cœur du mécanisme. Ils contribuent au "Travailler Ensemble" qui est un élément primordial en cas de nouvelle urgence sanitaire.

Mesure 42 → Réserve Territoriale de Santé

Lancer une force d'appui: "la réserve territoriale de Santé (cf détail en Annexe III)

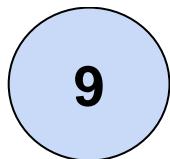
Mesure 43 → Mobiliser le tissu local

Mobiliser les associations locales (Croix Rouge, secours Populaire, Protection civile) + corps des Pompiers (ex: les Marins-Pompiers à Marseille) + Médecins du travail (épidémiologie de terrain)

Mesure 44 → Développer un canal avec l'AMF

L'AMF est également capable de créer des contenus spécifiques à l'attention des maires des 35,000 communes de France, et de diffuser le message.

Mesure 45 → Intégrer les élus dans la Newsletter quotidienne (reco 9 ci-après)



LANCER
une newsletter quotidienne

Le DGS Urgent reprenant son caractère urgent, nous conseillons de créer une NewsLetter pour informer systématiquement les PdS, en temps de crise comme en temps normal.

Mesure 46 → Créer une NL quotidienne (sur le modèle de TTSO)

Nous conseillons de suivre ces 4 principes de base qui participent au succès d'une NL :

- **Brièveté** : un résumé pertinent (avec un lien vers l'information complète)
- **Clarté** de l'analyse
- **Régularité** de la NL afin de créer une intimité avec l'audience
- **Qualité** de la prose : le plaisir de lecture ne doit jamais être secondaire.

NB: benchmark de la NL au plus grand taux d'ouverture en France: TTSO⁸

Mesure 47 → Faciliter le partage des informations diffusées par la NL

Sur le même principe que le DGS Urgent, il conviendra d'associer aux informations diffusées les outils de partage, à la fois vers des réseaux généralistes (Facebook, Twitter, etc) mais aussi vers des réseaux spécialisés de PdS.

Mesure 48 → Faciliter la remontée d'informations du terrain par les PdS

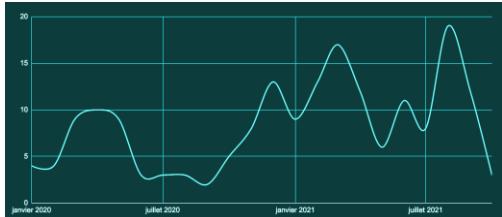
Une NL est une occasion unique de donner l'opportunité aux PdS de s'exprimer et de remonter des informations du terrain.

Nous conseillons donc de permettre aux lecteurs de la NL de pouvoir rebondir sur des sujets, et de créer des discussions adjacentes aux sujets évoqués (cf. relation de confiance).

⁸ <https://tts0.paris/2021-10-26>

10

MODERNISER & SANCTUARISER le dgs urgent



Le DGS a été tout au long de la crise l'alpha et l'omega de la communication, n'atteignant finalement que peu de PdS, qui se sont lassés petit à petit de cet outil intéressant mais d'un format dépassé..

Graphique ci-dessus : nombre de DGS urgents envoyés tout au long de la crise liée au COVID19. L'urgence est devenue la normalité.

Mesure 49 → L'urgence doit demeurer l'Urgence (et non le quotidien)

Avant la pandémie causée par le COVID, le DGS Urgent était utilisé à bon escient, respectant la notion d'Urgence (2 à 3 fois par an). Pendant la crise, le DGS Urgent a été envoyé jusqu'à 16 fois par mois.

Mesure 50 → Développer des formats adaptés

Le DGS repose actuellement sur de longs textes (jusqu'à une dizaine de pages). Il est illisible pour une bonne partie des PdS.

Nous conseillons de varier les formats, et d'intégrer notamment des formats vidéos, des modules téléchargeables, des infographies, des algorithmes décisionnels afin d'en faciliter la lecture et d'augmenter l'efficacité pédagogique.

Mesure 51 → Intégrer le "Social listening" pour créer des DGS Urgent en adéquation avec les attentes des PdS, exprimées sur les RS

Le "social listening" est un outil permettant de structurer des données qualitatives publiées sur les réseaux sociaux.

Nous conseillons ainsi fortement, en amont de l'envoi des DGS Urgent de valider que le contenu du DGS soit en adéquation avec les préoccupations des PdS publiées sur les réseaux sociaux. De nombreuses sociétés (dont certaines sont déjà utilisées par le MSS) proposent des services de très grande qualité.

Mesure 52 → Faciliter le partage des informations via des outils spécifiques, déjà utilisés par les PdS

Toute information doit être facilement partageable avec des communautés de PdS, en utilisant des outils sécurisés (des solutions existent en dehors de WhatsApp: "Team Doc", "Panda Labs", "Tchap"). Il conviendra également de pister ("tracking") les clics sur les différents éléments diffusés afin de saisir l'intérêt des PdS et développer du contenu supplémentaire en fonction des clics exprimés.

Mesure 53 → Rendre le DGS discriminant

Le DGS est envoyé aujourd’hui de manière globale, sans prendre en compte ni la catégorie de PdS visée ni la géographie.

Structurer le DGS urgent sur le principe suivant :

- Un tronc commun à l’attention de tous les PdS
- Une deuxième partie spécifique à des catégories de PdS.

Annexes

Annexe I - Résultats du questionnaire

Annexe II - Encadré sur les CPTS

Annexe III - Encadré sur le Push de contenus

Annexe IV - Réserve Territoriale : description et détails

Annexe V - "Best Practices" de création de contenu

Annexe VI - Liste des personnes auditionnées

Annexe VII - Benchmark Italie

Annexe VIII - Benchmark Portugal

Annexe IX - DU spécialisés dans la Gestion de Crise

Annexe X - Remerciements

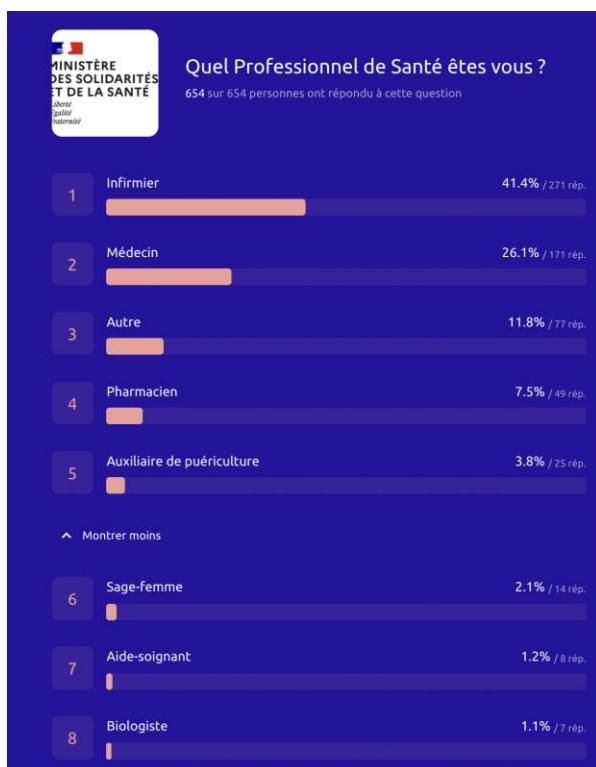
Annexe I - Résultats du questionnaire

RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

L'analyse développée ici est le fruit de plusieurs démarches : de longues recherches bibliographiques, les réponses apportées lors des plus de 150 auditions réalisées (démarche qualitative), mais aussi un appui de poids qui a suivi l'élaboration du présent rapport : une étude quantitative.

Ce questionnaire d'une quinzaine de questions avait pour but de nous informer sur les difficultés rencontrées par les professionnels de santé pendant cette crise, sur 2 thématiques précises qui sont au centre de ce rapport : la formation et l'information.

Les résultats sont d'une rare éloquence, et ce pour deux raisons. La première est le nombre de répondants, 653 au total.



La deuxième, la proximité des profils des répondants avec la réalité : Les infirmiers, 1ère profession du médical en nombre, représentent environ 58% des professionnels de santé en 2019 selon l'Insee, nos répondants eux représentent 52% des réponses.

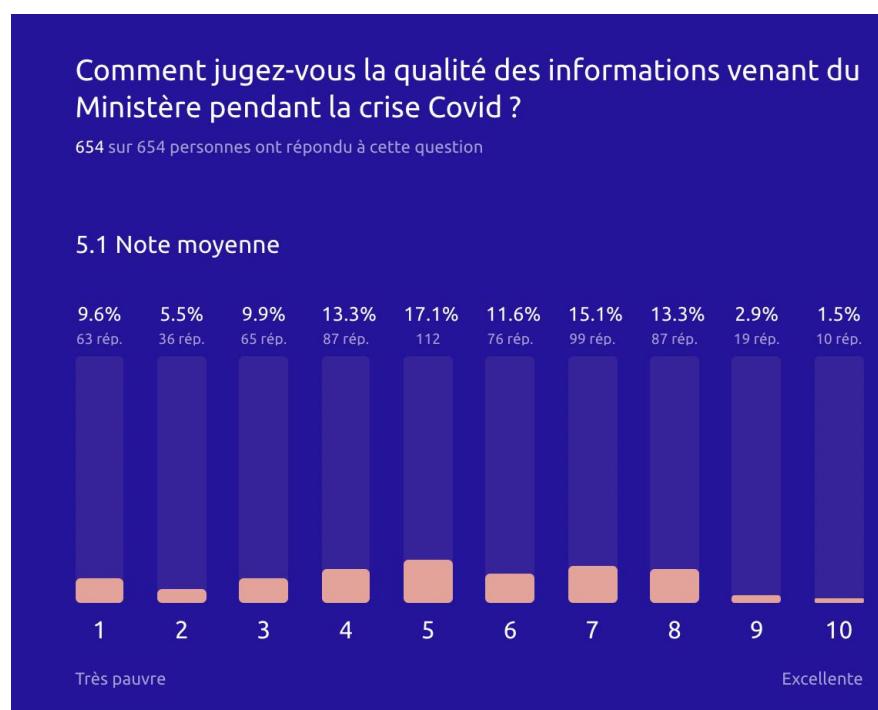
Le nombre de pharmaciens connaît un delta de 3 points, celui des sages-femmes de 0,9. Certaines professions sont plus mal représentées que d'autres dans notre questionnaire (les opticiens-lunetiers, les chirurgiens-dentistes et les manipulateurs ERM par exemple), d'autres

sur-représentées (les médecins) mais, globalement, nous pouvons jouir de ces résultats avec une aisance assumée.

Pour avoir un résultat complet et pour avoir toute la chaîne médicale dans la boucle de nos réponses, nous avons ouvert le questionnaire à des professionnels de la santé (les aides-soignants ou les auxiliaires de puériculture par exemple)

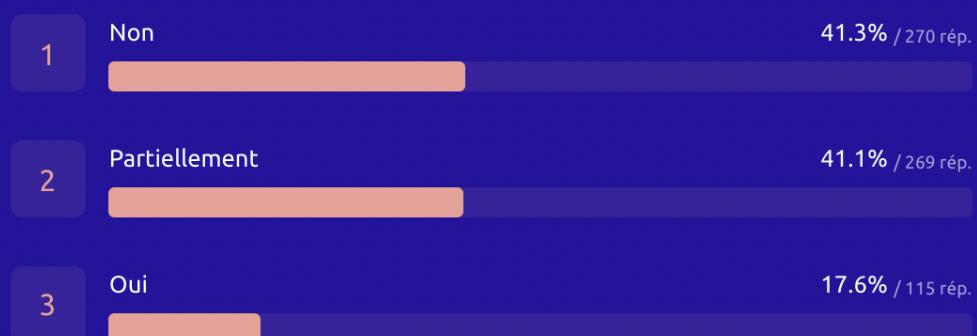
Les premières questions de ce questionnaire concernent la formation et les réponses sont assez perturbantes : le canal privilégié par les professionnels de santé dans leur ensemble pour se former n'est autre qu'Internet. Cela montre l'importance d'avoir des sources fiables accessibles depuis un ordinateur.

Cela étant, la formation des PdS est très souvent multicanale, et certaines professions du monde de la santé (comme les auxiliaires de puériculture), n'auraient, en tout état de cause, pas pu répondre qu'ils se formaient via les congrès ou le DPC.



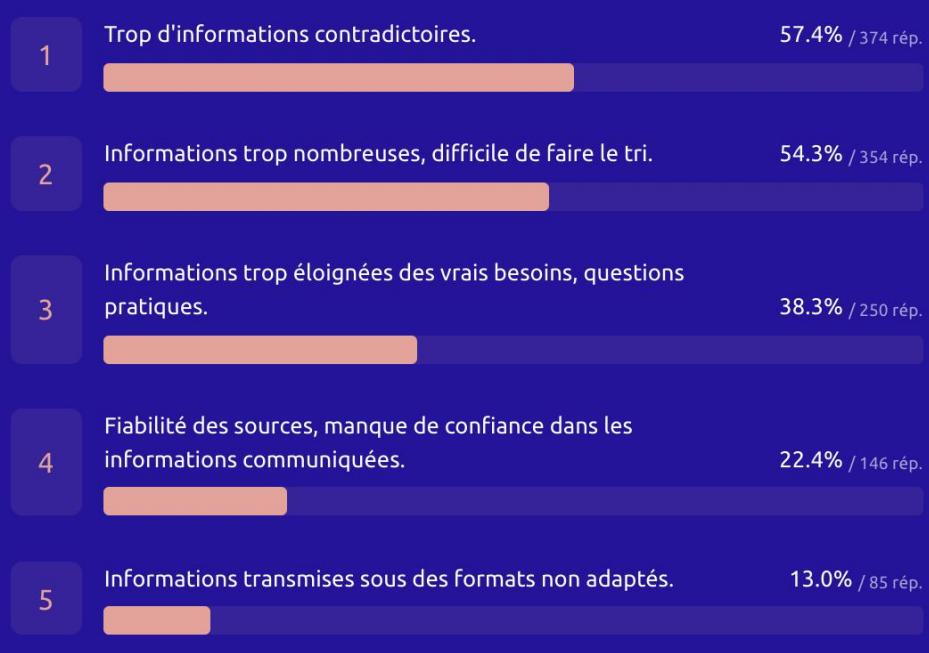
Les informations délivrées par le Ministère des Solidarités et de la Santé ont-elles suffi au bon exercice de vos fonctions pendant la crise?

654 sur 654 personnes ont répondu à cette question



Quelles sont les difficultés majeures auxquelles vous avez été confronté pour vous informer pendant la crise ?*

652 sur 654 personnes ont répondu à cette question



Quelles ont été vos sources d'information pendant la crise ?

654 sur 654 personnes ont répondu à cette question



Les professionnels de santé estiment dans la grande majorité les sources institutionnelles plus fiables que les sources plus informelles. En effet, les informations contenues dans les DGS-Urgent (46,4%), ainsi que les informations provenant des ARS (40,3%) ou du Ministère des Solidarités et de la Santé ou de ses directions (40,3%) sont perçues comme les plus fiables, loin devant les réseaux sociaux (6,3%), internet (6,6%), la radio (4,6%) ou la télévision (3,5%). Pourtant, la note attribuée à la qualité des informations provenant du Ministère est très moyenne (5,1/20), et les commentaires au sujet des DGS-Urgent et de leur emploi à la fois trop régulier et sous une forme difficilement lisible sont légion. De ces observations naît la nécessité de préserver l'intégrité de l'outil DGS-Urgent, et des recommandations à son sujet.

ANNEXE III

L'Impact des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

par Catherine HOLUE

Encadré

Soutenir les dynamiques territoriales

Les professionnels ont su, dans de nombreux territoires, s'organiser pour faire face à la pandémie. Au-delà d'une approche autour de leur propre patientèle, et parallèlement à une forte baisse d'activité « classique », les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles se sont autant que possible investi dans l'intérêt général. Exemple : pharmacienne à la MSP Faubourg Santé à Douai, le Dr Saliha Grévin a témoigné lors des Rencontres nationales AVECSanté (20 et 21 septembre 2021) d'une telle dynamique territoriale. Lors du premier confinement, sur les quatre maisons de santé du territoire, deux ont porté un centre d'appels où se relayaient les professionnels paramédicaux dont les cabinets étaient fermés.

Puis les MSP sont devenues « centres Covid » de 8h à 20h pendant deux mois, puis centres de dépistage. Finalement elles ont permis la mise en place du vaccinodrome à Gayant Expo Concerts, porté par la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Grand Douai. « *Cette mobilisation face au Covid a été l'acte fondateur de la CPTS, qui couvre 21 communes et 130 000 habitants et dont le projet de santé a été validé en février 2020* », a précisé le Dr Grévin, devenue responsable du vaccinodrome.

Les MSP ont aussi agi main dans la main avec l'hôpital dans de nombreux endroits, a pour sa part souligné Zaynab Riet, déléguée générale de la Fédération hospitalière de France, citant en exemple le Covid center de Villepinte en Seine-Saint-Denis (centre de régulation pour l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois), la MSP de Morhange en Moselle (poste avancé contre le Covid) ou encore le centre de vaccination « Riom Ville-Hôpital » dans le Puy-de-Dôme.

Avec pour missions l'optimisation de l'accès aux soins, des parcours de soins et de la prévention au niveau territorial, 1000 CPTS doivent être créées d'ici 2022 ("Ma Santé 2022").

ANNEXE III

Détails sur la méthodologie de "Push de contenus via des algorithmes"

Par Medhi Benchoufi

Dans ce qui suit, nous considérons les media sociaux dans une acception large : les plates-formes classiques de partages de contenus, les outils de mail ou de VoIP, ainsi que les outils de search du fait des algorithmes de référencement qui les rendent sociaux par nature.

Il nous semble qu'il faut mobiliser la remarquable puissance logicielle dont notre époque dispose, à une triple fin d'Observation d'Analyse et d'Action

Observer

L'exercice de veille des media spécialisés, des réseaux sociaux généralistes, la curation de contenu sur le web permet d'avoir un instantané des contenus de formation en circulation.

Insistons sur l'intérêt de repérer et valoriser les contenus "spontanés", produits par les communautés de praticiens ou de citoyens engagés. On y trouvera des contenus qualitatifs mais aussi des contenus erronés voire intentionnellement faux.

Il existe aujourd'hui sur le marché de nombreuses solutions de social listening : radarly, visibrain... Ces outils permettent de détecter tôt les tendances, de les géolocaliser, d'identifier les influenceurs. De plus, les outils de Dashboarding basée sur la curation algorithmique de contenus sociaux doivent permettre d'éviter les effets "chambres d'échos" qui masquerait la visibilité de populations cibles pertinentes. Ces effets sont liés à des algorithmes de recommandations dont il faut rappeler qu'ils sont en constante évolution et qu'il faut donc les appréhender de façon continue.

Notons que l'épidémie actuelle nous fait constater que certains type de contenus peuvent circuler rapidement, à mesure qu'ils s'opposeraient à une version qualifiée d'officielle. Il est alors utile de pouvoir les détecter au plus tôt et pouvoir contrer ce type de communication.

Sur un autre plan, il n'existe pas à notre connaissance d'outils de curation de contenus de la littérature scientifique, permettant de rechercher un contenu pertinent, d'en côter la fiabilité. Mais les progrès de l'Intelligence Artificielle dans le domaine sont telles que l'horizon de disponibilité de tels outils semble accessible dans les années qui viennent.

Analyser

Dans le cadre de ce qui est appelé l'économie de l'attention, le monitoring de nos interactions web permettent de mieux mesurer et comprendre comment les contenus sont consommés et comment ils peuvent être générateurs d'action. Les techniques de Natural Language Processing ont fait des progrès sensibles ces dernières années. Leur bonne utilisation permet d'étudier finement les conditions dans lesquelles les contenus de formation diffusent et sont reçues et appropriées. En particulier, les technologies de "sentiment analysis" permettent de doter ??nos systèmes?? des moyens d'analyse fine et possiblement à grande échelle de l'appréciation positive, méliorative ou péjorative du contenus diffusés.

Ainsi, De nombreuses plate-formes font usage d'algorithmes d'assistance à l'usages des media sociaux et permettent de disposer de métriques fines quant à la qualité de la présence en ligne de l'institution qui diffusent les contenus et permettent de préparer dans les bonnes conditions toute action de type push: hootsuite, sprout, etc

Agir

Nos systèmes doivent être attentifs à l'évolution constante de modes de consommation de l'information sociale, étant donnés la multiplicité des plates-formes, les "codes culturels" qui entourent la diffusion de contenus sur celles-ci (format d'expression, type de tagging, challenges, etc), la typologie des communautés d'utilisateurs en particulier la stratification par âge, profession etc, et ce afin d'augmenter ce qu'on qualifie de "reach", soit la portée de la communauté cible que l'on souhaite sensibiliser. Dans le même temps, pour une communication institutionnelle, les contenus déployés sur les plates-formes sociales doivent être pensés de façon "trans-media" ou en "cross-posting" mais spécifiés selon la typologie des professionnels visés.

La stratégie de push de contenus doit donc être conçue en analysant soigneusement le milieu social de diffusion de l'information, lui-même fortement régi par des règles algorithmiques de recommandations. Par exemple, les algorithmes de recommandations dépendent de l'émetteur, de sa fréquence d'usage, des followers et des contenus qui font leur intérêt, etc. Il nous semble qu'ici aussi l'usage de plates-formes d'algorithmes d'assistance à la bonne formalisation des push est d'intérêt. // proposition que l'Etat se dote ??? //

Il nous semble particulièrement important que les autorités construisent une présence dans ces médias dans les périodes intercurrentes, laquelle peut être assistée par des algorithmes d'optimisation du "taux d'engagement" : ciblage du contenu, régularité et momentum de diffusion, etc

Les périodes intercurrentes forment le temps de la construction de la réputation, de la confiance et d'une communauté "grass-root" engagée. Les périodes d'acutisation par temps de pandémie sont alors les moments de mobilisation de ce capital de confiance. Aussi, nous pensons que ces périodes intercurrentes sont l'occasion de mettre en place et en cohérence les comptes d'institutions homologues d'identifier les influenceurs, de mieux

connaître les communautés-cibles en ligne et d'adapter au fur et à mesure des retours des utilisateurs la stratégie de push de contenus.

Enfin, indiquons que ces trois dimensions d'Observation, d'Analyse et d'Action ne sont pas trois temps différents tant ils sont dépendants. En effet, le comportement en ligne de consommation et de partage d'information, donne des informations précieuses aux algorithmes de recommandations pour proposer le contenu accessible et aussi bien participe de la définition du périmètre des cibles qui vont être les destinataires effectifs des pushs."

ANNEXE IV

RÉSERVE TERRITORIALE DE SANTÉ

Dr Florian Laurent

Création d'une réserve territoriale de santé

La crise sanitaire que nous vivons depuis le début de l'année 2020 a fortement impactée notre système de santé en général et le secteur hospitalier en particulier. Concernant ce dernier, un constat peut d'ores et déjà être réalisé concernant les ressources humaines disponibles pour faire face à la crise.

Face à l'augmentation des besoins en lits de réanimation, il a été possible de créer des nouvelles places de soins intensifs, notamment en adaptant des services d'hospitalisation ne faisant pas ce type de soins ou en mettant en place des structures modulaires. A contrario, il a été plus difficile de trouver suffisamment de personnels formés et disponibles pour prendre en charge ces patients supplémentaires. Nous avons pris conscience que les ressources en médecins, infirmiers, aides-soignants et agents hospitaliers présents à l'hôpital sont une ressource finie, et que lors d'une crise majeure impactant l'ensemble du territoire, il n'est pas possible de transférer du personnel formé d'un département à un autre (principe de la réserve sanitaire).

Face à ce constat, il apparaît qu'une ressource existante semble jusqu'alors négligée: **les professionnels de santé libéraux exerçant autour de ces hôpitaux** ou établissements de santé (dans le bassin de vie, d'exercice, de population...). Ces professionnels de santé pourraient être regroupés au sein d'une *réserve territoriale de santé* qui pourrait être déclenchée dans le cadre du plan blanc des établissements.

On peut identifier deux groupes de professionnels de santé libéraux concernés :

1/ Des professionnels correspondant déjà au cadre d'emploi recherché : médecins, infirmiers, aides-soignants libéraux. Cependant, certains de ces professionnels peuvent être, de par leur activité libérale, assez éloignés des « soins courants ».

2/ Des professionnels de santé dont le cadre d'emploi habituel ne correspond initialement pas aux profils recherchés à l'hôpital, mais qui de par leur formation initiale (médicale ou paramédicale) et leur activité dans le domaine du soin peuvent intervenir en tant que « faisant-fonction » : chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, masseurs-kinésithérapeutes, auxiliaires de vie etc...

Dans certains territoires, durant la première partie de la crise sanitaire (mars à mai 2020), des professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, étudiants en médecine ou en soins infirmiers, médecins libéraux, masseurs-kinésithérapeute...) ont ainsi été formés pour être « faisant-

fonction d'infirmier », ou ont été employés comme « faisant-fonction d'aide-soignant ».

Cette solution « hors-cadre » a ainsi déjà été mise en application. La mise en œuvre de cette solution, dans l'urgence de la situation, a été faite sans prendre en compte les différents profils des professionnels de santé, notamment leurs compétences propres. Un retour d'expérience global sur l'aide que cette initiative a permis d'apporter au secteur hospitalier semble nécessaire. Un retour d'expérience auprès des chirurgiens-dentistes est en cours.

Ainsi, il semble pertinent de travailler sur la possibilité de créer une *réserve territoriale de santé*, qui pourrait avoir les caractéristiques suivantes :

- 1/ Composée de professionnels de santé en exercice où récemment retraités.
- 2/ Rattachement des professionnels de santé à un établissement de proximité. Cette proximité permettrait de nouer une relation pérenne entre le professionnel et l'établissement notamment vis- à-vis de la connaissance des équipes, des locaux et des procédures mais également dans un but d'entretien des compétences.
- 3/ Formation ad hoc de ces professionnels en fonction de leurs compétences propres et des missions qui leurs seraient dévolues en cas de mobilisation. Missions qui permettrait notamment au personnel de l'hôpital de réaliser des missions nécessitant un haut niveau de compétence.
- 4/ Création d'un statut reconnu, par exemple *Auxiliaire sanitaire territorial* qui pourrait avoir plusieurs niveaux de compétences en fonction de la formation initiale des professionnels de santé. La création d'un statut, avec des missions dévolues bien identifiées, permettrait d'éviter le glissement de tâches et permettrait aux équipes en place de savoir ce qu'elles peuvent attendre du dit *Auxiliaire sanitaire territorial*.

ANNEXE V

BEST PRACTICES DANS LA CRÉATION DE CONTENUS

par Sabrina Amir et Cédric Lima (ingénieurs pédagogiques spécialisés Santé)

2 phases :

Froide (entre 2 crises)

Aiguë (en pleine crise)

Phase froide :

Quoi ?	<ul style="list-style-type: none">• Définir les thématiques, les situations, les plus susceptibles de se produire• Définir par cible les objectifs de formation ainsi que les objectifs pédagogiques (savoir/savoir faire/savoir être)• Inventorier les contenus existants• Trier, mettre à jour, dépoussiérer afin de mettre sous des formats courts, percutants et pragmatiques• Privilégier le mobile learning, les formats vidéos commentées et sous titrées et les formats audio type podcast (avantage peut être téléchargé hors connexion)• Varier, pour les contenus théoriques notamment, les supports (vidéos et audio). Ainsi possibilité de recevoir plusieurs fois une information et de la mémoriser• Définir des groupes de testeur de contenu Il est important d'avoir un feedback sur la clarté, la compréhension, la mise en application, le côté pratique (temps de chargement, lecture...)• Une fois le contenu validé, déploiement• Prévoir un canal de contact avec les PDS pour les feedbacks sur les contenus et les questions qu'ils pourraient se poser• Des mesures d'évaluation de la clarté et surtout de l'efficacité du contenu doivent être mises en place.
Pourquoi ?	Sensibiliser, distiller des savoirs fondamentaux Se préparer S'entraîner/Répéter/mémoriser Tester/Retour d'expérience
Pour Qui ?	<ul style="list-style-type: none">○ Tous les PDS concernés y compris les étudiants en dernière année
Avec Qui ?	<ul style="list-style-type: none">○ Concepteurs : acteurs de terrain, experts, concepteurs elearning ou multimedia, ingénieurs pédagogiques, vidéastes○ Groupe de testeurs : pluridisciplinaires, de différents âges, du privé, du public, grandes villes, campagnes○ Les équipes dédiées au canal de communication○ Une équipe de maintien des performances et de debuggage de la plateforme

Avec Quoi ?	Outils de conception et de production Outils de prise de vue Plateforme de communication Outil d'évaluation
Quand	Entre 2 périodes chaudes

Phase aiguë

Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> ● Définir par cible les objectifs pédagogiques (savoir/savoir faire/savoir être) en fonction de la situation à laquelle il faut faire face ● Utiliser masques/templates anticipés, développés en phase froide ● Privilégier le mobile learning, les formats vidéos commentées et sous titrées + favoriser les formats très courts (messages impactant, peu importe la forme, seul le fond importera) ● Développer le contenu selon le protocole établi, le faire valider et le diffuser ● Une équipe formée doit être dédiée à communiquer, rassembler et analyser les feedbacks afin de transmettre d'éventuels changement à faire dans les contenus. Pour leur faciliter le travail, le canal doit prévoir des fonctionnalités qui permettent de suivre les remontées, de voter pour des idées afin de faire rapidement remonter celles qui reviennent le plus fréquemment ● Des mesures d'évaluation de la clarté et surtout de l'efficacité du contenu doivent être mises en place. 2 à 3 questions maximum (dans les grands établissements, le cadre de service peut se charger de compléter le questionnaire afin de libérer les équipes opérationnelles). Type de questions possibles : <ul style="list-style-type: none"> ○ Clarté du contenu ○ Application du contenu (avez-vous eu l'occasion de l'appliquer ? combien de procédures ?) ○ Ce contenu pourrait-il être amélioré : cas de figure oublié, cas particulier, méthode terrain optimisée auquel cas le canal de communication avec la cellule experte doit prévoir la possibilité de transmettre des formats mp3, mp4, et documents. ● Il peut être judicieux de prévoir de courtes fiches de conseil de comment faire une vidéo efficace avec son smartphone (pour les PDS terrain). ● Une communication bilatérale est fondamentale. Toute remontée et suggestion d'amélioration doit être encouragée ● Une équipe dédiée au maintien des performances de la plateforme doit être dédiée H24, 7/7
Pourquoi ?	Sensibiliser, distiller des savoirs fondamentaux Se préparer S'entraîner/Répéter/mémoriser Tester/Retour d'expérience
Pour Qui ?	Les PDS et leurs encadrants
Avec Qui ?	Le comité de conception/développement, les équipes dédiées au canal de communication, les PDS et leurs encadrants, une équipe de maintien des performances et de debuggage de la plateforme

Avec Quoi ?	Outils de conception et de production Plateforme de communication Outil d'évaluation
Quand ?	Pendant toute la période chaude

Actions subsidiaires :

- Prévoir des simulations pour tester chaque étape du process en urgence :
- Détection ↗ Cadrage ↗ création et mise en forme du contenu ↗ validation ↗ diffusion ↗ feedback ↗ mise à jour
- Il nous semble également nécessaire de former « les sachants » qui auront été définis en amont (période froide) par discipline/risque à créer un contenu basique multimédia et audio dans le cas où il y aurait rupture d'internet et donc impossibilité de communiquer avec l'équipe de conception.

ANNEXE VI

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Nous tenons à adresser nos remerciements à tous les participants qui ont accepté de nous accorder leur temps précieux et de partager leur expérience avec la Mission.

- [AISSAI OUNadia](#) - Médecin et professeure en réanimation.
- [ALLARD COUALAN Béatrice](#) - Médecin généraliste en MSP* et CPTS** + Responsable pédagogique gestion établissement de santé et CPTS à l'EHESP
- [AMIOT Félix](#) - Cofondateur et CEO de EchoFirst + Médecin urgentiste aux hospices de Lyon
- [AMOUR Julien](#) - Anesthésiste-Réanimateur-Perfusionniste en Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique, Directeur de l'IPRA
- [APPELHAEUSER Michèle](#) - Présidente du Comité d'Entente de Formation d'Infirmières et Cadres
- [AUGIER Patrick](#) - Contre-Amiral du Bataillon de Marins Pompiers de Marseille
- [AVISSE Valérie](#) - Chargée de la mission "gestion et formation des professionnels de santé " dans le cadre de "MA Santé 2022" à l'ARS Hauts-de-France
- [BALBI Thomas](#) - Chirurgien-dentiste HDF (Sainghin en Weppes) et président URPS Hauts-de-France
- [BARATA Luis Filipe](#) - Infirmier-directeur à l'Hospital da Luz - Oeiras
- [BARLESI Fabrice](#) - Directeur Médical CLCC Gustave Roussy
- [BATAILLON Rémy](#) - Professeur à l'EHESP
- [BAUGNON Thomas](#) - Anesthésiste Réanimateur Pédiatrique (APHP) + Conseiller Médical Ministère de la Santé
- [BAYEN Dominique](#) - Consultant chez medTandem
- [BEAUFRET Raphaël](#) - Directeur de projet à la délégation du numérique en Santé
- [BEAULANT Fadhila](#) - Infirmière de nuit (AP-HP)
- [BEAUPÈRE Sophie](#) - déléguée général UNICANCER
- [BEDOUCH Pierrick](#) - PU-PH à l'Université Grenoble Alpes + Président du collège des pharmaciens + Chef du département pharmacie au CHU Grenoble Alpes
- [BENHABIB Sofiane](#) - Président-Directeur Général de SYNLAB Provence
- [BERTOYE Pierre-Henri](#) - Directeur des Affaires Réglementaires, Qualité et Pharmacovigilance d'Unicancer
- [BESSET Philippe](#), Président de la FSPF et pharmacien d'officine
- [BEYLACQ Lucie](#) - Anesth-rea et CEO chez MedTandem
- [BISERTE Marie](#) - Chirurgien-dentiste et Vice-présidente URPS Hauts-de-France
- [BLANCHECOTTE Francois](#) - Président national du Syndicat des biologistes
- [BLAY Jean-Yves](#) - Président Unicancer et directeur général du Centre Léon Bérard
- [BOCHER Rachel](#) - Présidente INPH
- [BOREL Thomas](#) - Directeur des Affaires Scientifiques & Responsabilité Sociétale des

Entreprises au LEEM

- **[BOUILLOU Christophe](#)** - Président APVF, Maire de Barentin
- **[BOURY Béatrice](#)** - Directrice UNESS.fr + Ex-Secrétaire Générale du réseau CANOPÉ + Ex-Directrice générale par intérim du CNED
- **[BOUSSEMART Pierre](#)** - Directeur de l'offre de soins à l'ARS Hauts-de-France
- **[BOYER Bruno](#)** - Médecin spécialiste à l'Institut de Cancérologie de Lorraine Président de la section Santé Publique du CNOM
- **[BROCKER Laurent](#)**, Digital Learning Manager, AP-HP
- **[BRASSEUR Patrick](#)** - Chef de mission communication et information de la DGS
- **[CAKSA Anda](#)** - Ex-Ministre de la Santé Letton
- **[CANOVAS Michaël](#)** - Directeur de cabinet d'Unicane
- **[CARTEAUX Guillaume](#)** - Professeur en réanimation ventilation (AP-HP)
- **[CASTOLDI Nicolas](#)** - Directeur délégué auprès du directeur général de l'AP-HP
- **[CAYRÉ Virginie](#)** - Directrice ARS Grand-Est
- **[CECCHINI Franck](#)** - Infirmier hospitalier (CHU Nice) en service d'anesthésie
- **[CHAMAYOU Cédric](#)**, Directeur Marketing et Digital, ENOVACOM
- **[CHAMBAUD Laurent](#)** - Directeur EHESP
- **[CHARNALLET Hervé](#)** - Maire d'Orgevac
- **[CHAUVIN Franck](#)** - Président du Haut Conseil de Santé Publique
- **[CHEREAU Frédéric](#)** - Maire de Douai
- **[CHOQUET Christophe](#)** - Chef de Service des Urgences de Bichat
- **[CLOUET Sandrine](#)** - Director Strategy and Education Solutions à Johnson & Johnson
- **[COATANLEM Yann](#)** - président du Club Praxis
- **[COLLET Frédéric](#)** - Président du LEEM
- **[CONSTANTIN Jean-Michel](#)**, Secrétaire Général de la SFAR (Société Française d'Anesthésie-Réanimation)
- **[COTTEN Anne](#)** - Chef de service au CHU de Lille et secrétaire générale de la SFR
- **[COURCIER Valérie](#)**, Directrice de la communication, Medtronic France
- **[CREPEY Pascal](#)** - enseignant-chercheur en épidémiologie et biostatistiques à l'EHESP
- **[CROUAN Antoine](#)** - Directeur exécutif de l'Ecole des Sciences du Cancer / Gustave Roussy
- **[DEBEAUMONT Sébastien](#)** - Directeur général adjoint de l'ARS PACA
- **[DEBROUCKER Frédérique](#)**, économie de la Santé
- **[DE MESTER Philippe](#)** - Directeur général de l'ARS PACA
- **[DE MONTALEMBERT Pierre](#)** - DGA de l'ANFH
- **[DE SOUSA MENDES Silvério](#)** - International Marketing and Business Development Director à Body Interac
- **[DELECLUSE Sébastien](#)** - Conseiller formation et enseignement supérieur du Ministre des Solidarités et de la Santé #SantéPublique #Politique
- **[DENRY Philippe](#)** - Président du FIF PL, Vice-président de la FSPF et pharmacien d'officine
- **[DESMARCHELIER Philippe](#)**, Médecin généraliste à Petite-Ile (La Réunion)
- **[DESSAL Romain](#)** - CEO Time To Sign Off (TTSO)
- **[DEVOIS Agnès](#)** - Présidente d'ACIP Santé
- **[DIOT Patrice](#)** - Doyen Université de Tours
- **[DOMERCQ Alain](#)** - Médecin généraliste et président du CNGE de l'Océan Indien
- **[DONINI Bruno](#)** - Directeur des affaires publiques à Sanofi Pasteur
- **[DU CHAFFAUT Guillaume](#)** - Directeur Général Adjoint des Hospices Civils de Lyon
- **[DUBOIS Clémence](#)** - Government, Politics & Nonprofits Partner Manager à Facebook

- **DUBUIS** Julien - SVP de Nym
- **DUHAYER** Christophe - Président de Johnson & Johnson
- **DUPRE** Florence, Présidente Medtronic France
- **DURIEZ** Rachel - Adjointe à la Déléguée au Service Public d'Information en Santé
- **EL-ELEYWA LE CORFF** Yara - Coordinatrice des Relations Internationales de la commission des DG de CHRU
- **EPELBOIN** Fabrice - Entrepreneur spécialisé dans les médias sociaux et le web social :
- **FABRIES** Stéphane, AP-HM, Directeur chez PRATIC Santé & ILHUP :
- **FAURE** Matthieu - Expert médico-social chez Délégation Ministérielle au Numérique en Santé
- **FARIAS** Filipa, interne en année commune de médecine à l'Hospital de Vila Nova de Gaia e Espinho,
- **FARIAS** Maria João, médecin ophtalmologue à l'Hospital Amadora Sintra Fernando Fonseca
- **FAZILLEAU** Claire, Cadre supérieure de Santé, département d'anesthésie-Réa, AP-HP, Pitié Salpêtrière
- **FEVRE** Mariek - « amours de vieillesse » aux Presses de l'EHESP et présidente de l'IREPS Bretagne
- **FLAGEUL** Christophe, Coordonnateur pédagogique IFCS AP-HP
- **FONSECA** Gabriela, fondatrice et CEO de Prinovhelp
- **FRENKIEL** Jérôme - Directeur de l'Information Médicale chez Groupe UNIVI Santé
- **FRICHE** Corinne - Masseur-kiné, présidente de l'URPS kinés du GE, Vice-Présidente de la caisse des paramédicaux et élue au Conseil Régional de l'Ordre des kinés
- **GAGNIERE** Thomas - Rédacteur à Time To Sign Off (TTSO)
- **GAERTNER** Alexandra - Secrétaire générale de l'UTIP Association et pharmacien d'officine
- **GAINZA** Laurent - Directeur des affaires publiques du LEEM
- **GENDRON** Jean-François - Président de la CCI Pays de Loire / Président de FrenchHealthcare
- **GERALDES** Nina - Médecin de santé publique, cadre administratif, Ministère de la santé
- **GHENO** Gaël, Urgentiste, Président ANCESU
- **GIRARD** Frédéric - Vice-président DBV Technologies et Conseiller du commerce extérieur
- **GODDAT** Emmanuel, Directeur chez Jeunes Médecins
- **GOEAU-BRISONIERE** Olivier - Président de la FSM
- **GOMES** Carla - Responsable communication à l'ANFH
- **GOUEL** Christophe - Médecin généraliste et chargé de relation avec les professionnels de santé à l'ANS
- **GOIJON** Charlotte - Maire du Petit-Quevilly
- **GOURRAUD** Pierre-Antoine - Professeur des Universites, Praticien Hospitalier in France
- **GRASS** Etienne - VP exécutif à Capgemini
- **GUERREIRO** João, infirmier-directeur au Centro de Saúde de Moura
- **GUETTA** Nathan - VP de la crypto-monnaie à Jellysmack
- **GUEZ** Fabien - Cardiologue et journaliste

- **GUILLERM** Daniel - Président de la FNI
- **GRUFFAT** Jean-Claude - membre du Conseil d'administration de l'Hôpital Américain de Paris.
- **HEMERY** Pia - Rédactrice en chef de Hospimedia
- **HERRY** Florence - Co-fondatrice de Libheros
- **HOUSSIN** Didier - Président du Comité d'urgence Covid-19 de l'OMS
- **IHAMOUCHENE** Nasser - Directeur adjoint du pôle développement des services à l'ANFH
- **JACOB** Nicolas - Directeur stratégie et marketing à H4P
- **JARDY** TRIOLA Céline - Médecin et cofondatrice de URGENCES CHRONO
- **JARRAYA** Michèle, Directrice du CFDC chez AP-HP
- **JAULIN** François - Mathématicien, anesthésiste-réanimateur, Co-fondateur et Directeur Général de SafeTeam Academy et Patient Safety Database
- **JOSEPH-HAWLY** Maya - Global KOL Manager chez Vyaire Medical
- **LACROIX** Jean-Marc - Directeur qualité produit Sanofi
- **LAJONCHERE** Jean-Patrick - Directeur général au groupe hospitalier Paris Saint Joseph
- **LAMBERT** Aurélien - Médecin oncologue à Nancy et fondateur de PandaLab
- **LAMHAUT** Lionel - Anesthésiste-Réanimateur
- **LAMOUREUX** Philippe - Directeur général du LEEM
- **LAURENT** Florian, chirurgien dentiste, directeur de cabinet du Préfet de l'Essonne
- **LAZARUS** Clément - Adjoint au sous-directeur de la veille et de la sécurité sanitaire (DGS)
- **LE BORGNE** Caroline - Cheffe du CORRUSS
- **LE BORGNE** Valérie - Déléguée générale de la FSM
- **LEÃO** Margarida, infirmière spécialiste en santé publique à l'Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte
- **LECOCQ** Jean-Yves - Fondateur dirigeant de Vertical Partner
- **LEGLISE** Patrick - Pharmacien des hôpitaux chez Hôpitaux Universitaires Henri MONDOR AP-HP
- **LEJEUNE** Pascale - Secrétaire générale de la FNI
- **LELEU** Jérôme - Président Interaction Healthcare & CEO de SimforHealth
- **LEMAITRE** Philippe - Chirurgien Thoracique
- **LENAIN** Claire - Directrice Territoires et expérience clients de l'ANS
- **LENOIR-SALFATI** Michèle - DG ANDPC
LinkedIn: <https://www.linkedin.com/in/mich%C3%A8le-lenoir-salfati-a0599030/?originalSubdomain=fr> (URL invalide)
- **LERPINIERE** Achille - Chef de Mission DGS (covid trackers, QR code vaccination)
- **LETOURNEAU** Laura - Déléguée ministérielle au numérique en santé
- **LEVY** Albert - Médecin généraliste à NY ; Professeur-assistant en *family medicine* (Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Albert Einstein College in Medicine, NY Medical College)
- **LEYGUES** Jessica - Déléguée générale Medicen
- **LONGCHAMPT** Michel - ancien chairman de Macsteel International USA.
- **LOEB** Emanuel, psychiatre, président du syndicat des Jeunes Médecins
- **LONGO** Célineaël, CHU Nantes, urgentiste, ANCESU

- **LONGUET** Bertrand - DG ANFH
- **LUCAS** JAcques - Président de l'Agence du Numérique en Santé
- **LUCIANI** Alain - PUPH / Directeur Médical du DMU FixIT au GHU Henri Mondor
- **LUSSIEZ** Cédric - Directeur Général chez Groupe Hospitalier Nord Essonne
- **MAISONROUGE** François - Senior Managing Director de Evercore Partners
- **MALLET** David - Directeur MTC Rouen
- **MALVY** Denis - Responsable d'unité des maladies tropicales au CHU de Bordeaux, membre du conseil scientifique
- **MANSO** Maria, médecin anesthésiste-réanimateur à l'Hospital Beatriz- Ângelo
- **MARCELLE** Julien - Directeur opérationnel de la SFR
- **MARIOTTE** Olivier (et les soutiers de la crise) - Président de Nile et médecin généraliste
- **MARSICO** Giovanna - Déléguée au Service Public d'information en santé
- **MARTIN** Dominique - Médecin conseil national de l'Assurance maladie
- **MATHES** Grégory - Directeur des Systèmes d'Information de l'UNESS
- **MAUDOUX** Constance - Affaires publiques à Doctolib
- **MAUGENDRE** Philippe - Directeur général Sanofi
- **MEDER** Jean-François - Président de la SFR
- **MENDONÇA** Maria Lúcia, directrice Prinovhelp
- **MINA** Paula, infirmière spécialiste en médico-chirurgie et prévention-contrôle d'infection à l'Hospital Cruz Vermelha.
- **MONDOLONI** Loïc - Directeur du CH de Martigues
- **MOREELS** Charlotte - Coordinatrice à l'URPS Hauts-De-France
- **MORIN** Gabriel, Conseiller collectivités et institutions locales Cabinet de Mme Jacqueline GOURAULT
- **MORLAT** Philippe - PUPH CHU Bordeaux + Ex doyen + Conseiller Formation Recherche et sujets hospitalo-universitaires au cabinet d'Olivier Véran
- **MORVAN** David - Chirurgien-dentiste libéral à Saint-Malo
- **MOUZIN** Eric - Epidémiologiste
- **NABET** Norbert - Conseiller santé publique du Ministre des Solidarités et de la Santé
- **NAUD** Julien, CHU Bordeaux & ANCESU, coordinateur Médical
- **OEUVRARD** Béatrice - Directrice des affaires publiques de Facebook
- **OUKKAL** Myriam - Directrice secteur santé et life science at Qwanza + Présidente du conseil de la e-Santé
- **PALOMBI** Olivier - Vice-Président Santé chez Université Grenoble Alpes Membre du CESRESS
- **PARENT** Bertrand - Professeur à l'EHESP
- **PASSY** Iris - Chargée de mission performance et RH à l'ARS Auvergne-Rhône Alpes
- **PECAULT-CHARBY** Rémi - Médecin conseil de l'Assurance maladie
- **PEIFFER-SMADJA** Nathan - Chef de Clinique Assistant (CCA) (AP-HP)
- **PHILIPPE** Jean-Marc - Conseiller médical pour les urgences et la sécurité sanitaire auprès du DGS
- **PINHO VALENTE** António, Centro de Saúde de Moura, médecin généraliste.
- **POLLET** Eric - Directeur sécurité sanitaire et santé environnementale à l'ARS Hauts-de-France
- **POMMIER DE SANTI** Pascale - Journaliste Santé, Le Monde
- **PRÉVOT** Annie - Directrice à l'ANS
- **RAYNAL** Franck - maire de Pessac et DA du CHU de Bordeaux
- **REBELO** Fernando, Hospital da Luz Oeiras, directeur.

- **REILLY** Sarah - AMF
- **RIMATTEI** Frédéric - Directeur adjoint CHU Rennes
- **ROCHE** Pascal - Directeur général chez Ramsay Santé
- **RIET** Zaynab - Déléguée générale chez Fédération hospitalière de France (FHF)
- **RODRIGUEZ** Daniel - Directeur France Elsevier
- **ROQUES** Vincent - Directeur de cabinet chez Fédération hospitalière de France (FHF)
- **ROSSINOT** Hélène, médecin de Santé Publique
- **ROUX** Amélie - Responsable du pôle RH chez Fédération hospitalière de France (FHF)
- **ROZENCWAJG** Sacha - Fondateur Team'Doc + Chef de clinique, Département d'Anesthésie-Réanimation à l'AP-HP
- **SANTOS** Maria Manuel, Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte, interne en médecine spécialiste en santé publique
- **SERGEANT** Marc-Antoine - CEO et cofondateur de H4P
- **SIEGWALD** Claudia - Directrice de la communication aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- **THÉBAUT** Jean-François - Ancien Président du Haut Conseil de l'ANDPC
- **THIERY** Clarence - Dirigeante de Sydo
- **TESNIERE** Antoine - Directeur Général de ParisSanté Campus
- **TESTON** Rémy - Co-leader Club Digital Santé / Consultant digital expert en santé
- **TILLON** Sylvain - Fondateur Le Bahut
- **TOURTIER** Jean-Pierre, médecin général à l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin
- **TREBUCQ** Alain - DG global média santé
- **TRIFANESCU** Letitia - Responsable du développement de la formation et des compétences à l'ANFH
- **TUFFIER** Capucine - Public Policy Manager Facebook
- **UTUNEN** Heini - Chef d'unité à l'Organisation Mondiale de la Santé
- **Pr. UZAN** Serge - Conseiller de l'Ordre des Médecins
- **VALLANIEN** Guy - membre Academie de médecine + Conseil scientifique de l'Office parlementaire de l'évaluation des choix scientifiques et technologiques
- **VALLET** Benoit - Directeur ARS Hauts de France
- **VAN DE LINDE** Christophe - Enseignant Chercheur à l'Institut du management de l'EHESP
- **VINCENT** Cyprien - Agora social club (A VÉRIFIER)
- Pr. **VILLANI** Patrick, AP-HM, chef de médecine interne et gériatrie :
- **VIARD** Anne - chargée de communication à SYNLAB

ANNEXE VII

BENCHMARK ITALIE

L'information et la formation des Professionnels de Santé pendant l'urgence sanitaire Covid-19 sur le territoire italien

Méthodologie

- **Information concernant les sources utilisées**

Toutes les sources officielles utilisées pour la rédaction du *benchmark* ont été reportées dans les notes de bas de page du document.

- **Informations détaillées sur la modalité des Auditions**

Caractéristiques

- **Auditions libres et diversifiées:** après avoir expliqué le sujet de recherche et le but de la Mission, la personne a été libre d'exprimer son argumentation selon sa propre expérience, sa position professionnelle et ses volontés pour l'avenir. Les auditions ont été utilisées pour conduire et enrichir l'activité de recherche.

Période/lieu

- De août 2021 à octobre 2021
- Region Emilia-Romagna: Bologna, Ravenna, Faenza, Ferrara
- Region Veneto: Udine

1. La diffusion de l'information vers les PdS pendant l'urgence sanitaire

La stratégie de communication pendant l'urgence sanitaire en Italie a été dirigée par quatre entités principales au niveau national : le Ministère de la Santé, l'Institut Supérieur de la Santé et la Protection Civile, coordonnée par la Présidence du Conseil des Ministres.

- **Informations générales sur l'épidémie accessibles au grand public**
 - **Bilan national quotidien:** pour informer quant à la situation des hôpitaux au niveau national et donner les chiffres des cas d'hospitalisation journaliers, la Protection Civile a conduit, du 23 février au 7 avril, des conférences de presse quotidiennes sur les principales chaînes télévisées;
 - **Communication de l'ISS:** sur le site : mise à disposition des rapports hebdomadaires de monitorage (en collaboration avec l'Institut National de Statistique et l'OMS), section dédiée à la clarification des fake-news et création de FAQ dédiées aux nouveaux sujets (variantes, vaccins etc.);
 - **Communication du Ministère de la Santé:** à travers le site, section dédiée au "Nouveau Coronavirus", raports de surveillance hebdomadaires sur l'évolution de l'épidémie, possibilité de télécharger un "bulletin quotidien" avec des données pour chaque Région (nombre d'hospitalisations, de personnes en isolement, de tests différenciés, de cas actuellement positifs, de cas au total etc...), dashboard consultable avec l'évolution des données en temps réel (fournies par le Ministère et élaborées par le Département de la Protection Civile), section réservée aux fake-news et aux FAQ.
- **Informations spécifiques pour les PdS**
 - **Site de l'ISS:** rapports techniques fournissant en continu des informations précises et officielles aux PdS (*Reports ISS COVID-19*), webinars réguliers sur des thématiques spécifiques au Covid-19 pour les PdS pendant la crise;
 - **AIFA (Agence Italienne du Médicament):** informations officielles et pertinentes sur les thérapies et les expérimentations. Informations sur les essais cliniques de médicaments en cours, sur les études observationnelles corrélées au Covid-19 et sur la correcte utilisation des médicaments dans la population, information sur les Vaccins Covid-19 et signalement des effets secondaires;
 - **Service d'Information Continue sur les médicaments institué par l'AIFA pour tous les PdS:** liste des expérimentations en cours et recensement des "*informations sur les médicaments mises à jour selon les évidences progressivement disponibles*". Il permet aux acteurs sanitaires de s'orienter rapidement en fournissant un contenu mis à jour en temps utile;
 - **Unité de crise** créée au sein de l'Agence, dans laquelle collaborent techniciens et communicants pour donner des informations correctes et compréhensibles.
- **Gestion et diffusion des données**
 - **ISS:** il possède un système de surveillance et d'intégration des données en provenance des Régions et des Provinces autonomes. Il définit la communication en collaboration avec le Ministère de la Santé.
- **Contacts dédiées à l'urgence:** instauration d'un numéro national d'utilité publique, de numéros verts régionaux (propres à chaque région), et d'un numéro spécifique d'assistance EU Digital Covid Certificate.

L'information à caractère pratique vers les PdS provenait en même temps du **Ministère** avec les **lignes directrices** (par exemple, au début, des indications ont été données sur l'utilisation

des présides, avec des spécifications par rapport à l'intensité de soins et aux différents départements), encadrées et interprétées par les **directions sanitaires** des entreprises sanitaires locales (directions de l'ASL), mais aussi des **Ordres**, via des moyens formels (email, etc.) à l'attention de chaque catégorie professionnelle.

À travers les auditions, on a pu observer une recrudescence des sources d'information plus informelles surtout pendant la **première** phase de la crise, avant que soit structurée une organisation nationale institutionnalisant la diffusion d'information. Par exemple, on a vu la formation d'un groupe composé de médecins provenant de tout le territoire national sur les **réseaux sociaux** (100 000 participants, accès limité, bien contrôlé et modéré par des médecins) pour échanger des informations au tout début de la crise (février 2020) entre différentes zones du pays. Des phénomènes imprévisibles qui ont eu lieu surtout pour échanger des informations **en temps utile** pendant les fortes urgences. Ainsi, et dans toutes les régions du pays, les réseaux sociaux (groupes Facebook de spécialistes, communications sur Whatsapp entre collègues - notamment les médecins infectiologues - et personnels à l'intérieur des hôpitaux les plus touchés) se sont révélés des moyens adaptés pour la communication en temps utile. Au début de la crise en particulier, ils ont permis de faire face aux exigences de rapidité. Après cette première phase, les principaux moyens d'information nationaux et régionaux ont été structurés.

2. À propos du système sanitaire italien: identification des entités clefs

La santé publique: une compétence partagée

Art.32, Constitution: " *La République tutelle la santé comme droit fondamental de l'individu et intérêt de la communauté [...]*"

La protection de la santé au niveau législatif et administratif en Italie est une compétence **partagée** (donc objet de législation concurrente, la compétence étant en même temps régionale et nationale) entre l'Etat et les Régions, en produisant un décentrement régional de la santé.

Le **Service Sanitaire National (SNN)** se base sur des principes fondamentaux d'universalité, d'égalité et d'équité, et sur des principes d'organisation qui comprennent la centralité de la personne, la responsabilité publique pour la protection du droit à la santé, la collaboration entre les différents niveaux du gouvernement (pour "assurer des conditions de santé uniformes sur tout le territoire national"), la valorisation du professionnalisme du personnel sanitaire et l'intégration d'une assistance sociale et sanitaire.

Le **gouvernement** est responsable de la programmation de la politique sanitaire, à travers la rédaction du **Plan Sanitaire National (PSN)**, qui, pour une durée de 3 ans, dessine les lignes directrices du SNN. Il s'occupe également de définir les "niveaux essentiels d'assistance" et du financement SNN. Les **régions** ont, de leur côté, des **fonctions législatives et administratives** dans l'assistance sanitaire et hospitalière, notamment à travers la redistribution des fonds parmi les ASL (Autorités Sanitaires Locales) du territoire, l'identification des besoins sanitaires, la définition des niveaux du service et la politique des investissements. Les entités qui

s'occupent de l'approvisionnement et de la production des services sont les Autorités Sanitaires Locales (en italien, ASL). Il s'agit d'entités publiques, intégrées à l'administration publique, et leur tâche consiste à garantir la mise en place des services sanitaires sur le territoire - elles possèdent un certain nombre de caractéristiques, telles que la personnalité juridique publique, une autonomie aux niveaux organisationnel, de gestion, technique, administratif et patrimonial. Elles sont organisées en "services sanitaires territoriaux", "départements" (par exemple un département de prévention, des médecins généralistes conventionnés, des cliniques spécialisées, une assistance à domicile, un service de continuité d'assistance, etc..) et hôpitaux - ce à quoi s'ajoutent les tâches de production. Ces entités sont organisées en services sanitaires territoriaux, départements et hôpitaux. Pendant l'urgence sanitaire, les départements de prévention, dont font partie le Service vaccinations, le Service Santé Publique et le **Service d'Hygiène**, ont joué un rôle crucial surtout dans le cadre de la gestion territoriale.

De plus, le gouvernement est flanqué d'organismes de consultation et recherche tels que **l'Institut Supérieur de la Santé (ISS)**, qui assure des fonctions diverses allant de la recherche au contrôle en passant par des activités de formation, et qui fût responsable de la gestion des données pendant la crise.

L' "ISS", le "Conseil Supérieur de la Santé" et la "**Conférence permanente pour les rapports entre l'Etat, les régions et les provinces autonomes**" étaient des organismes importants pendant la gestion de la crise, avec un rôle de mise en relation entre les différents niveaux d'administration de la santé. S'y ajoute l'Agence italienne du médicament (AIFA), centrale pour l'information des PdS.

En plus, à côté des administrations centrales et régionales, des techniciens et scientifiques ont été nommés task-force comme le Comité Technico Scientifique (CTS), institué par un décret du chef du Département de la Protection Civile (5 février 2020), avec un rôle de consultation et de support aux activités de coordination pour surmonter l'émergence épidémiologique.

3. Le rôle déterminant des Régions

Sur le plan sanitaire, les régions sont **directement responsables** de la constitution d'un gouvernement et de la **gestion du budget** pour atteindre les objectifs de santé du pays. Elles ont donc la **compétence exclusive dans la réglementation et l'organisation des services et des activités** destinées à la tutelle de la santé, des critères de financement des *Entreprises Sanitaires Locales* (ASL) et des entreprises hospitalières. Elles ont aussi un rôle de contrôle de **gestion** et d'évaluation de la qualité des prestations sanitaires au regard des principes généraux définis par l'Etat. Donc, sur la matière sanitaire, en général, l'**Etat** définit les **niveaux essentiels d'assistance** qui doivent être garantis (dont les chiffres du personnel, le budget pour les régions, etc.) et les régions ont le rôle de gestion des structures sanitaires, du personnel hospitalier, de **planification** de la médecine sur le territoire, etc..

Stratégies d'information

Le rôle des Régions a donc également été déterminant au niveau de la diffusion d'information pendant l'urgence sanitaire: l'accessibilité, le type de contenu (les chiffres par exemple) et la

gestion des données ont été différents selon les choix des régions, particulièrement pendant la première phase de l'épidémie.

La communication vers la population s'est faite par le biais de **sites web régionaux**, sur lesquels les données étaient structurées et mises à disposition pour la citoyenneté (infographiques, tableaux ou communiqués de presse, etc.).

Les stratégies régionales différaient aussi dans l'utilisation des **réseaux sociaux**. Par exemple, la Région Emilia-Romagna (Nord-Centre de l'Italie), en complément des données sur le site, a mis en place un bilan informatif quotidien pour la population via une vidéo informative en direct depuis le profil Facebook officiel de la région (tenue au début par l'Assesseur de Santé, puis par le Commissaire pour l'émergence), pour donner des chiffres mais en cherchant un contact plus "direct" avec la population, et une communication des informations en temps utile.

Plan organisationnel et pratique

Sur le plan pratique, il s'est opérée une **coordination spécifique** entre entités hospitalières et médecins sur le territoire (médecins généralistes, de famille), et certaines provinces ont **augmenté** leur quantité de médecins sur le **territoire**, par exemple au travers d'"**Unités spéciales de continuité des soins**" (USCA, unités des médecins instituées à travers le décret loi du 9 mars 2020, dédiées spécifiquement à l'assistance à **domicile** des patients Covid-19, qui n'avaient pas nécessairement besoin d'être hospitalisées) pour pouvoir garantir une meilleure prise en charge des patients COVID-19 à domicile et **alléger la charge des hôpitaux**.

Le **Département d'hygiène et de santé publique** sur le territoire (un service de l'ASL) a été crucial dans la gestion organisationnelle des patients à domicile, en coordination avec les hôpitaux pour s'occuper du traçage sur le territoire et de la communication entre les hôpitaux et les structures de médecine territoriale. Cet aspect de coordination entre les différents niveaux de l'administration sanitaire s'est révélé être l'aspect le plus complexe, particulièrement pendant la phase d'émergence épidémique.

3. La Formation Continue des PdS en Italie

La formation continue des PdS en Italie consiste en une **obligation** aux niveaux **déontologique, légal et contractuel**. L'accès à la formation continue est un droit de chaque professionnel et les régulateurs institutionnels du système de formation ont la tâche d'adopter les mesures nécessaires pour éliminer les obstacles d'ordre économique, social et géographique qui limitent l'accès à celle-ci. Elle comprend des activités de **mise à jour professionnelle** et de **formation permanente**, ainsi que des activités de **qualification spécifique** pour les différents secteurs. Les parcours de formation consistent en des programmes établis selon les objectifs du PSN et des plans régionaux, dans les formes et les modalités définies par la Commission Nationale pour la Formation Continue, organisme gouvernemental du système ECM (*Éducation Continue Médicale*), de compétence de Age.na.s (Agence Nationale pour le Services Sanitaires Régionales), qui s'occupent de la gouvernance de la formation.

Les activités de formation consistent en un **système intégré entre les différents niveaux** (national, régional, prenant compte des exigences formatives territoriales) pour assurer une homogénéité sur le territoire national.

La formation des PdS se mesure par **l'attribution de crédits formatifs** qui sont assignés aux activités de formation, en considérant des critères de sélection et de certification par des **sujets accrédités** proposant les formations (nommées "providers" des activités - "fournisseurs"

- notamment Universités, Institut Scientifiques du SSN, Institut du conseil national des recherches, sociétés savantes, Ordres, Fondations à caractère scientifique etc..), et la Commission définit les crédits formatifs qui doivent être approfondis par les PdS dans une période de temps (**triennat formatif, 150 crédits**).

Elle produit une programmation pluriannuelle sur consultation de la Conférence État-Régions, des Ordres et des Collèges professionnels intéressés. Elle définit les objectifs de formation nationaux, les lignes directrices et les parcours diagnostic et thérapie, en s'occupant en plus de l'évaluation des expériences formatives et de la définition des requis pour l'accréditation de sociétés savantes.~~soc~~ Elle est soutenue par des organismes dédiés à la **vérification et au contrôle de l'action des providers** (Observatoire National de la Formation Continue en Santé, Comité de Garantie pour l'indépendance de la formation continue du système de sponsorisation - par exemple, dans le processus d'évaluation du provider et des activités proposées, la transparence du système des sponsorisations et l'absence des conflits d'intérêts sont considérées comme requis indispensables, etc.).

Sur la base des critères définis, il y a deux catégories de formation: une formation organisée par les providers (formation présentielles, sur le terrain, en distanciel, etc.) et une formation individuelle (activité scientifique, tutorat, autoformation, etc.). Les providers qui vont monter des activités formatives doivent **individuer les objectifs formatifs** selon la liste définie par la Commission, entre trois macro-areas (obj. technico-professionnels, de processus et de système en plus des objectifs "d'intérêt actuel pour la tutelle de la santé" éventuellement ajoutés par la Commission).

- **Outils spécifiques**

- **Dossier Formatif (DF):** informatique, individuel ou collectif. Il est l'expression de la **programmation**, de la mise à jour et de la cohérence de la formation, avec à la fois pour but d'identifier les besoins formatifs des PdS et de qualifier l'offre des providers. L'identification des formations a lieu à travers un système de **codification** (code événement, code provider, code edition, code organisme accréditant, etc.); il y a aussi un système de **bonus** sur la base de la réalisation du dossier;
- **Site ECM (Éducation Médicale Continue):** portail officiel avec les informations de base sur la formation accréditée (obligations, références normatives, requête d'accréditation, etc.).

- **Contrôle et vérification**

- Les **Ordres** et les **Registres** surveillent les inscrits et opèrent des **sanctions disciplinaires** (grades de gravité) au regard des obligations contenues dans la norme nationale, régionale et contractuelle (contrôle de l'accomplissement des obligations, assignation de crédits, proposition des objectifs formatifs, etc.).

Dispositif de formation mis en place pendant la crise sanitaire

- Insertion de nouveaux **objectifs spécifiques** “intérêt actuel pour la tutelle de la santé” nationale par la Commission;
- Modules de formation obligatoires pour le personnel de **vaccination** (médecins, pharmaciens, etc.);
- Formation par les entreprises - avec une reconnaissance horaire (les formations peuvent être considérées comme des heures travaillées, par exemple) par un gain de crédits de formation - sur l'utilisation des **dispositifs de protection** individuelle, habillage/déshabillage, oxygénation/ventilation etc., en plus à la formation spécifique à l'intérieur des départements;
- En 2020, ont été considérés comme “acquis” 50 crédits formatifs ECM par les médecins, dentistes, infirmiers et pharmaciens qui ont continué à exercer leur activité professionnelle pendant l'urgence COVID-19;
- Information et formation *informelle et autonome* de PdS par le biais de consultations de **collègues spécialisées** (sur le lieu de travail - hôpital - ou dehors, notamment infectiologues) avec un échange d'informations **transversal** (entre PdS) très significatif, surtout pendant la première phase de l'urgence, à l'intérieur des hôpitaux, et consultation du site de SIMIT (Société Italienne Maladies Infectieuses et Tropicales).

ANNEXE VIII

BENCHMARK PORTUGAL

Création et transmission d'information vers les Professionnels de Santé lors de la crise du COVID-19

Période/lieu

- Septembre 2021-Octobre 2021
- Paris-Lisbonne

1. Création et diffusion de contenu d'information par le ministère et les partenaires institutionnels

1.1. Le rôle prépondérant de la Direction Générale de la Santé (DGS)

La DGS devient le porte-parole en réponse à sa mission "**d'alerte et de réponse appropriée aux urgences de santé publique au niveau national et la respective contribution à l'échelle internationale**". Au-delà d'assurer l'élaboration et l'application du Plan National de Santé, des normes et orientations cliniques et organisationnelles pour l'amélioration des soins, il est dans son devoir de produire et divulguer une **information statistique en santé adéquate**, de paire avec l'Institut National de Statistiques, I.P.

Lors de l'épidémie et pour toucher l'ensemble de la population, elle multiplie les sources d'information en divulguant, en plus des normes et orientations, des communiqués plus médiatiques. Elle s'articule avec des partenaires institutionnels tels que le SNS et le Ministère de la Santé pour amplifier leur diffusion.

• Communication grand public

Les professionnels de santé s'inscrivent dans la sphère publique, ils accèdent à un discours régalien (organisationnel et informatif) sous divers formats :

- **Conférences de presse quotidiennes** menées par la Ministre de la Santé Marta Temido et la Directrice Générale de la Santé DGS Graça Freitas entre mars et janvier 2021, annonçant les principales informations statistiques et mesures organisationnelles (échelles nationale, régionale et territoriale) et suivies de questions des journalistes. Elles sont diffusées par les chaînes télévisées publiques, en direct ou différé sur les comptes Facebook et Twitter de la DGS et le site du SNS;

(Vivement critiquée pour "déballer" du contenu en masse, la DGS interrompt ses conférences afin de repenser sa communication sur la pandémie: "*Si on multiplie les conférences de presse, c'est qu'on multiplie les conférences de presse et qu'on est trop exhaustifs. Si on ne le fait pas, c'est qu'on ne le fait pas. Nous sommes toujours à la recherche du meilleur chemin.*")

- Les **rapports de situation quotidiens** de la DGS/ INSA (Institut National de Santé Dr Ricardo Jorge), bulletins iconographiques avec les statistiques par région, la courbe épidémiologique nationale et l'indice de transmissibilité (page d'accueil sur le site officiel DGS sur le Nouveau Coronavirus COVID-19).
- Publications régulières sur les **réseaux sociaux de la DGS** (Facebook, Twitter, Instagram) avec les rappoports de situation quotidiens et des infographies de bonnes pratiques (gestes barrière notamment). Au début de la crise, environ 5000 réactions par post sur Facebook.

Des postes d'information joignables par les citoyens pour répondre à leurs inquiétudes et suspicions

- **Ligne verte SNS 24** assurée par des PdS et personnel administratif pour le tri et acheminement des cas suspects, les informations de santé publique et l'accompagnement psychologique des PdS.

Pour héberger les contenus, ressources documentaires et autres fonctionnalités liées à la gestion de crise, plusieurs plateformes :

- Un **site officiel grand public dédié exclusivement au Nouveau Coronavirus COVID-19** lancé par la DGS en mars 2020. Cette plateforme a pour vocation abriter toutes les informations officielles actualisées en continu sur le virus, au Portugal et dans le monde.
- Un deuxième site du gouvernement **Estamos ON pour le suivi de la réponse portugaise au COVID-19** et des phases du déconfinement (levée progressive des restrictions, FAQ certificat digital COVID, vaccination, subventions aux entreprises).
- Communication spécifique vers les PDS :

Certains dispositifs de crise de la DGS possèdent des volets entièrement dédiés aux professionnels de santé. Elle centralise les normes rendant ainsi le message accessible et uniforme.

- Le **site de la DGS** fournit les outils et orientations pour poursuivre et améliorer les services de soins. Ces contenus ont vocation à être récupérés, interprétés, puis diffusés par chaque établissement de santé. Pour que chaque établissement puisse, selon son secteur d'activité, sensibiliser ses fonctionnaires sur les conduites à tenir, du matériel de divulgation sur les gestes barrières est également proposé. (Description des différents onglets en annexe.)
- Une **Ligne d'Appui au Médecin SNS 24** (LAM-DGS) pour valider les cas suspects.

- L'application **TraceCOVID** est une vraie base de données pour identifier et accompagner le dossier des patients depuis l'hôpital vers les soins primaires. Utilisée par tous les médecins, elle rend la "transmission du témoin" plus fluide.

1.2. Le rôle des réseaux spécialisés

La DGS est flanquée de réseaux scientifiques spécialisés propres à chaque discipline, aux réactivités variables. Ils sont chargés chacun de disponibiliser des bases de données scientifiques et réalisent une remontée d'informations de la part de leurs membres.

- La **plateforme digitale de l'Ordre des Médecins** regroupe communiqués ordinaux (brefs conseils pratiques), rapports de situation de la DGS, FAQ, statistiques, ressources bibliographiques et recommandations OMS et DGS (affiches).
- L'**Ordre des Infirmiers** réalise des enquêtes sur l'exposition biologique des professionnels.
- Un travail similaire proportionnel à la dimension de l'organisme, certains ordres sont encore bourgeonnants.

Les principaux journaux, tels que le "Journal Médico" garnissent également leurs publications d'articles sur la COVID.

2. Une chaîne de communication publico-privée pour commander à plusieurs échelles

2.1. L'interprétation et l'application des normes au niveau hospitalier

Pour répondre aux urgences sanitaires des dernières années (ex: épidémies de légionelle, rougeole), la DGS a pré-établi un conseil de veille et gestion de crise : le **Conseil National du Programme de Prévention et Contrôle des Infections et de Résistance aux Antimicrobiens (CN-PP CIRA)**. C'est l'interlocuteur des Groupes Coordinateurs Locaux **GCL-PP CIRA** présents dans chaque hôpital des secteur public et privé, composés *a minima* d'un médecin et d'un infirmier directeurs de service. Ainsi, à différentes échelles, l'évolution de l'épidémie est accompagnée et l'information est transmise à des équipes compétentes.

Le GCL-PPCIRA assure donc l'application concrète des normes selon le contexte de l'hôpital. Des réunions régulières permettent une concertation plus ou moins large avec les autres groupes et le conseil. Il est également responsable de la formation des professionnels de l'hôpital aux différentes étapes du service COVID, moyennant les contenus reçus, ainsi que de l'envoi régulier de communiqués aux différents services de l'hôpital.

2.2. Organisation et gestion en réseau du service de soins - logistique et redistribution des moyens

Pour anticiper et gérer les besoins en temps de crise, divers acteurs organisent les ressources du Système National de Santé et de leurs partenaires privés.

Des **délégués de santé publique** du ministère font un inventaire des moyens de chaque unité de santé publique (centres de santé et hôpitaux) ainsi que des cliniques privées pour une éventuelle mobilisation nationale. Aucune réquisition ne sera menée au cours de la crise mais cette précaution aura prémuni le SNS contre le pire.

Fidèle à l'idéologie de la ministre, la coordination de la première vague s'appuie exclusivement sur le secteur public. Néanmoins, l'ampleur croissante justifie rapidement le recours aux services privés, dont la volonté de collaborer était latente dès le début, dans les circuits déambulatoires et de réanimation. La répartition des tâches a justifié des **réunions régionales entre l'ARS et les conseils d'administration des hôpitaux et cliniques**.

2.3. Cas du service privé - entre interprétation locale et harmonisation nationale du réseau

Le service de soins privés portugais est composé de quatre groupes majeurs qui couvrent la quasi-totalité des cliniques : CUF Hôpitaux et Cliniques, Lusíadas Saúde, Luz Saúde et Croix Rouge Portugaise. Concrètement, la barrière n'est pas étanche entre les deux secteurs - les professionnels partagent leur quotidien entre deux services et font circuler l'information depuis le public vers le privé. De plus, l'essentiel des professionnels de santé sont issus d'un même enseignement supérieur public, soumis à la même éthique dans leur métier. Tous sont de ce fait **soumis déontologiquement aux normes émises par la DGS**, appliquées sans exception.

Après une phase d'activité ralentie, drainant les professionnels vers le secteur public, ils intègrent la prise en charge de patients covid déambulatoires (toutes les cliniques) et internés (ex: CUF Infanto Santo, Luz Lisboa). Les réunions avec l'ARS mentionnées ci-dessus équilibrivent la pression exercée sur les services.

Par souci d'homogénéité des pratiques, chaque groupe émane des **orientations techniques internes, basées sur les normes de la DGS**, publiées et accessibles depuis un portail intranet, tout en réunissant régulièrement les directeurs exécutifs. Cela étant, le GCL-PP CIRA s'y superpose et fait primer le procédure régionale en vigueur.

3. Ressenti et organisation au sein des établissements de santé

3.1. Une information asynchrone - prises d'initiative locales non centralisées et recherche active de contenu

Les professionnels de santé se rejoignent pour dénoncer un retard d'environ 3 semaines dans la transmission d'informations officielles. Faute de directives et de renseignements sur le virus, une communication informelle et des recherches non centralisées se multiplient pour guetter l'information publiée à l'étranger. Tous saluent l'engagement et la réactivité des PdS pour assurer au mieux la prestation des soins.

Au sein des hôpitaux, lignes de front de la gestion de la pandémie, les tâches de **recherche-synthèse de ressources scientifiques** sont réparties notamment parmi les équipes d'unités de

soins intensifs et de réanimation. Le tout est stocké dans des **plateformes partagées internes à l'hôpital** telles que *Google Drive* ou *Microsoft Teams*. Pour sélectionner leurs sources, les professionnels font preuve d'esprit critique (presse scientifique, OMS, Center of Disease Control and Prevention, ECDC) et procèdent par analyse comparée d'articles. Tous relèvent l'importance des **messageries instantanées entre confrères**, pour actualiser le niveau de connaissances sur le virus, les recommandations par spécialité mais également pour accompagner l'évolution de la crise au niveau national.

Avec le déroulé de la crise, les bases de données de la DGS font le jour, mais celle-ci ne fait pas parvenir directement les contenus aux professionnels. Il leur revient toujours de consulter activement les sites DGS (COVID-19, Estamos ON) et, en complément, les sources internationales. C'est au niveau hospitalier et des Groupes de Centres de Santé que les relais d'information se constituent rapidement. De même concernant les formations, aucune diffusion nationale massive ne fait parvenir les contenus existants à chaque PdS.

3.2. Un encadrement incomplet - autonomie et débrouillardise des acteurs laissés à l'écart

Dans ce tourbillon d'information, certains acteurs sont exclus des boucles et se retrouvent démunis. C'est le cas de certaines entreprises du secteur social non rattachées directement au Ministère de la Santé ainsi que des plus bas échelons professionnels en centre de santé comme à l'hôpital.

Les professionnels qui orbitent en périphérie des services de réanimation reçoivent souvent une information en *second hand*. Préoccupant également, les lacunes dans l'information et la formation des internes, pris en charge et accompagnés moralement de façon très hétérogène. L'impact psychologique n'est pas négligeable car la plupart est amenée, suite à une simple formation et démonstration orale, à séjourner dans les infirmeries COVID-19.

D'autres entreprises de soins licenciées auprès de la Sécurité Sociale (soins à domicile, kinésithérapie) n'obtiennent, malgré leurs démarches, aucune orientation quant à la poursuite de leur activité. Des normes sont émises en interne, sans aucune validation officielle. Entre mars et mai 2020, beaucoup sont contraints de suspendre leurs services au détriment de leurs clients déjà fragilisés. Les mails arrivent après coup avec les normes de la DGS mais ne permettent aucunement de les décoder.

Finalement, les contacts dans le monde médical sont le meilleur recours pour combler la communication. Ils permettent, en période de confinement et d'isolement, d'éviter l'écueil du "chacun pour soi". Le partage d'expérience sans distinction public-privé croît - compilation désordonnée des ressources - pour mieux appréhender les enjeux du virus et décrypter les communiqués. C'est par le biais de cette communication informelle et non par la réponse d'un ministère surchargé que l'on a pourvu aux failles dans le maillon d'information. Cet altruisme est louable, certes, mais la plupart préconise d'autres moyens de communication ministérielle davantage vulgarisés et accessibles pour rationaliser et éviter le dédoublement des efforts.

Pour aller plus loin : un bref aperçu de l'organisation de la santé publique portugaise

Le Réseau des Services de Santé Publique portugais se base sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et est conforme aux objectifs du "Développement Durable 2030" de l'Organisation des Nations Unies. Il met l'accent sur la durabilité en santé et le bien-être.

Il se décline en :

- **Gouvernance** - notamment de la part du Ministre de la Santé, du Directeur.trice Général.e de la Santé et du Conseil National de Santé Dr Ricardo Jorge.
- **Professionnels de santé** : médecins spécialistes en santé publique, infirmiers spécialistes en santé publique ou santé communautaire, techniciens de santé environnementale, ingénieurs statistiques, mathématiciens, géographes, nutritionnistes, psychologues et assistants techniciens, entre autres.

Les composantes du réseau sont présentes à trois échelles : locale, régionale et nationale.

Au **niveau local**, on compte actuellement 56 Unités de Santé Publique (USP) rattachées à des Groupements de Centres de Santé (ACES) ou des Unités Locales de Santé (ULC). Les USP se répartissent les ressources avec les autres unités de soins de l'ACES/ULC.

Au **niveau régional**, une Administration Régionale de Santé (ARS) à la tête de chacun des 5 départements de Santé Publique (DSP) en Portugal continental, autonome administrativement et financièrement, chargée d'appliquer le Plan National de Santé de la DGS - Lisboa e Vale do Tejo, Nord, Centre, Alentejo et Algarve. Les professionnels de santé des USP régionales peuvent y travailler. Un maillage complété par les Laboratoires de Santé Publique.

Au **niveau national**, il faut envisager:

1. La Direction Générale de la Santé (DGS) : elle identifie les besoins de la population en santé publique, élabore des propositions de programmes de santé et assure leur bonne mise en œuvre sur le territoire. Elle est chargée de la veille épidémiologique, garantissant la bonne diffusion de l'information en cas d'intervention.

Concrètement, elle assume les responsabilités suivantes: élaboration du Plan National de Santé, veille sanitaire, évaluation des risques, qualité et sécurité, protection et promotion de la santé, prévention des maladies, divulgation et communication, détection et réponse aux urgences, coordination du réseau des autorités de santé. Elle gère les systèmes d'information spécifiques en santé publique.

2. L'institut National de Santé Dr. Ricardo Jorge (INSA) : un laboratoire de renom national et international, ainsi que l'observatoire national en santé. Des contributions en matière laboratoriale et épidémiologique pour répondre à des urgences et évaluer les risques, vigilance sanitaire et investigation.

Ces entités collaborent avec :

3. L’Institut Portugais d’Oncologie, E.P.E. (IPO)
4. L’Institut Portugais de Sang et Transplantation, I.P. (IPST)
5. L’Autorité Nationale du Médicament et des Produits en Santé, I.P. (INFARMED)
6. L’Institut National d’Urgence Médicale, I.P. (INEM)
7. L’Administration Centrale du Système de Santé, I.P. (ACSS)
8. Le Service Partagé du Ministère de la Santé, EPE (SPMS)
9. Le Service d’Intervention dans les Comportements Addictifs et Dépendances (SICAD)

D’autres acteurs annexes

- A.Universités de Porto, Coimbra et Lisbonne, communautés académique et scientifique;
- B.Coordination Nationale des Soins de Santé Primaires;
- C. Entités hospitalières;
- D. *Santa Casa da Misericórdia* et la Réseau National de Soins Continus Intégrés (RNCCI)
- E. Ordre des Médecins, Association Nationale des Médecins de Santé Publique, Syndicat Indépendant des Médecins, Fédération Nationale des Médecins;
- F. Le réseau des pharmacies communautaires;
- G. Le réseau des laboratoires d’analyse clinique des secteurs public et privés dévolus à l’identification précoce des cas et foyers de maladies infectieuses, susceptibles de générer une urgence sanitaire publique;
- H. La société civile et la population/groupes de citoyens (associations de malades par exemple);
- I.Les Autarquias et commissions intermunicipales, Commissions de Coordination de Développement Régional (CCDR);
- J. Autres acteurs dans le secteur de l’éducation, agriculture, environnement, administration interne, protection civile, sécurité sociale, travail et économie ou encore des vétérinaires qui soient amenés à agir en santé publique.

REMERCIEMENTS

Remerciements à l'agence R2 (Marie **VIGOT**, Harold **SANGAN**, Richard **ROHOU**, Marc-André **VINCENT**) pour la mise en forme du document final (agence R2: www.r2.fr)

Remerciements au Groupe Pasteur Mutualité (Charles **ANDRÉ**, directeur de cabinet) qui a proposé d'héberger la mission pendant 4 mois dans ses chaleureux bureaux (www.gpm.fr)

Remerciements à la "Content Factory" de INVIVOX pour ses précieux conseils sur les "best practices" dans la création de contenus Flash de formation: Sabrina **AMIR** et Cédric **LIMA** (www.invivox.com)

Remerciements au cabinet de coaching CATALYSE et à Pauline **QUERE** pour l'organisation et l'animation du focus group du 27 septembre (www.catalyse.pro)

Remerciements à l'association French Healthcare pour m'avoir ouvert les portes de ses membres afin d'organiser des auditions (<https://frenchhealthcare-association.fr/>)

Remerciements au club Praxis pour la note de synthèse réalisée en amont de nos entretiens (www.clubpraxis.com)

Remerciements à mon associé Patxi **OSPITAL** qui a mis les bouchées doubles de son côté pour me permettre de libérer du temps dédié à cette mission, ainsi qu'à toute l'équipe Invivox.