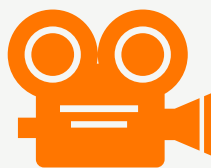


ACTES DU COLLOQUE



INTERPROFESSIONNALITÉ ET TERRITOIRE : MYTHE OU RÉALITÉ ?

Visionnez les séquences du colloques



DISCOURS D'OUVERTURE

Hervé Marseille, Sénateur des Hauts-de-Seine

Hervé Marseille rappelle que la santé est une préoccupation majeure des citoyens et qu'elle est indissociable des enjeux territoriaux. Il souligne les difficultés persistantes d'organisation de l'offre de soins et les limites des politiques d'installation, qu'elles soient incitatives ou contraignantes. Dans un contexte de vieillissement de la population et de fragilisation du modèle social, il insiste sur la nécessité de nourrir la réflexion parlementaire à partir des travaux des acteurs de terrain.



Hervé Marseille



Yvan Tourjansky

Yvan Tourjansky, Président de l'AIUF

« L'interprofessionnalité n'est pas une option, c'est une nécessité, et ça marche. »

Yvan Tourjansky inscrit le colloque dans la continuité des travaux de l'AIUF depuis 2017 et du premier colloque de 2020. Il rappelle que l'interprofessionnalité, renforcée par la crise Covid-19, a démontré son efficacité. L'objectif de la journée est de dresser un bilan lucide des avancées et des fragilités, afin de dépasser les discours et construire des pistes concrètes au service des patients et des professionnels.

Sophie Martinon, Directrice adjointe de l'ARS Île-de-France

Sophie Martinon souligne les progrès réalisés depuis 2020 en matière d'interprofessionnalité en Île-de-France, notamment à travers le développement des CPTS, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des outils numériques de coordination. Elle met en avant le rôle de la formation, de l'innovation et de la territorialisation des financements, tout en élargissant l'interprofessionnalité aux patients, aux élus et aux dynamiques locales.



Sophie Martinon



REGARD SUR LA CRISE COVID : QUELS APPORTS POUR NOS TERRITOIRES ?

Martin Hirsch, membre du conseil d'Etat et ancien directeur de l'AP-HP

Cette séquence revient sur la crise Covid-19 comme moment de rupture, mais aussi comme révélateur des capacités d'adaptation du système de santé et des acteurs des territoires. Martin Hirsch souligne que la crise a agi comme un accélérateur de transformations déjà latentes, en faisant émerger des formes inédites de coopération, de gouvernance et de régulation, construites directement par les acteurs de terrain.

La gestion de la saturation des lits de réanimation en Île-de-France illustre une régulation territoriale fondée sur la confiance, la transparence et la responsabilité partagée entre hôpitaux publics, cliniques privées et établissements participant au service public. Cette organisation, acceptée collectivement et suivie quotidiennement, a permis d'éviter les conflits entre acteurs et d'assurer une prise en charge équitable des patients à l'échelle régionale.

La crise a également bouleversé les modes de gouvernance, en instaurant un partage réel des responsabilités entre administratifs et professionnels de santé. L'intégration de professionnels médicaux à des fonctions de direction opérationnelle et la présence de représentants de patients dans les cellules de crise ont levé des tabous anciens. Ces évolutions ont renforcé la qualité des décisions prises, y compris sur des sujets sensibles, et ont durablement modifié les pratiques de gouvernance au-delà de la période de crise. La coopération entre la ville et l'hôpital s'est renforcée grâce au déploiement rapide de dispositifs de suivi à domicile, tels que Covidom, mobilisant l'ensemble des professions de santé et les étudiants, afin de prévenir la saturation des urgences et de sécuriser les parcours des patients.

Enfin, cette expérience met en lumière des fragilités structurelles persistantes, en particulier la séparation entre la ville et l'hôpital et l'absence d'un véritable service public de santé organisé autour des soins primaires. Elle pose aussi la question de la formation initiale des professionnels, encore largement cloisonnée par profession, alors même que l'exercice interprofessionnel est devenu indispensable. Pour Martin Hirsch, la crise a montré qu'une régulation construite par les acteurs, centrée sur les patients et les territoires, est non seulement possible, mais efficace.



Martin Hirsch



USAGERS, ELUS, AIDANTS : QUELLE PLACE, QUEL RÔLE ?

Thierry Calvat, Co-fondateur du Cercle des vulnérabilités et Société

Véronique Garnier, Référente de la commission santé et solidarités de l'AMIF

Sidi-Mohamed Ghadi, Représentant des usagers à la CRSA, AFVS et membre de France Assos Santé

Cette table ronde a ouvert le colloque en posant une question centrale : l'interprofessionnalité territoriale peut-elle réellement fonctionner sans intégrer pleinement les usagers, les élus et les aidants ? En revenant sur les constats formulés lors du colloque de 2020, les intervenants ont souligné les avancées, mais aussi les fragilités persistantes de la démocratie en santé, encore trop souvent cantonnée à des espaces consultatifs et insuffisamment opérationnels, notamment en ville.

Du point de vue des élus, Véronique Garnier rappelle que la santé ne peut être dissociée des autres politiques publiques locales. L'action municipale : aménagement, mobilité, environnement, solidarité, prévention, contribue directement à la santé des populations. À ce titre, les élus ont un rôle structurant de créateurs de liens et de garants de la cohérence territoriale, en soutenant les dynamiques locales et en veillant à l'équité entre territoires. La crise du Covid a agi comme un accélérateur de cette prise de conscience, conduisant notamment à une implication croissante des collectivités dans les dispositifs de territorialisation de la santé (CLS, CLSM, CPTS). Toutefois, elle souligne des disparités importantes : tous les élus ne sont pas également acculturés aux enjeux de santé, ce qui appelle à renforcer la formation, la clarification des rôles et l'articulation entre acteurs.



Véronique Garnier

Sidi-Mohammed Ghadi insiste sur la nécessité de dépasser un faux débat opposant élus, professionnels et représentants des usagers.



Sidi-Mohamed Ghadi

Selon lui, la crise sanitaire a révélé les limites d'un système encore trop cloisonné, marqué par une séparation persistante entre ville et hôpital, mais aussi entre décideurs, financeurs, professionnels et citoyens. L'enjeu majeur pour les usagers reste l'accès effectif aux soins et à l'orientation sur leur territoire de vie. Il plaide pour une approche décroisonnée, fondée sur les besoins réels des populations, intégrant pleinement les contraintes de mobilité, de vieillissement et de handicap. Pour lui, les usagers et les aidants ne doivent plus être seulement consultés, mais associés à la construction des réponses, au même titre que les autres acteurs.

La question des aidants occupe une place centrale dans les échanges. Thierry Calvat rappelle que les aidants sont déjà massivement engagés dans les parcours de soins et d'accompagnement, représentant un volume considérable de services rendus, largement sous-estimé. Pourtant, leur rôle reste insuffisamment reconnu et structuré. Il appelle à un changement de regard, et à une reconnaissance des aidants comme des ressources à part entière, porteuses de compétences, de continuité et de qualité de prise en charge. Les études évoquées montrent que l'association effective des aidants améliore la qualité de vie des patients, retarde l'entrée en institution et contribue à une meilleure efficacité du système de santé.



Thierry Calvat

Les échanges convergent vers une même exigence : l'interprofessionnalité territoriale ne peut être décrétée, elle se construit dans la durée, par la coopération, la co-construction et la reconnaissance croisée des expertises. La participation des usagers doit dépasser la simple consultation pour aller vers la co-décision et la co-évaluation des politiques publiques. À défaut, le risque est de rester dans une interprofessionnalité de façade, déconnectée des réalités vécues sur les territoires.

En conclusion, l'interprofessionnalité devient une réalité lorsqu'elle s'appuie sur l'intérêt collectif, le décroisonnement des acteurs et l'acceptation de nouveaux équilibres de gouvernance. Faute de quoi, elle demeure un mythe, incapable de répondre aux inégalités d'accès et de parcours de santé.



FAIRE ÉVOLUER LES MODÈLES DE SANTÉ : L'INTERPROFESSIONNALITÉ COMME LEVIER

Nicolas Revel, Directeur de l'AP-HP et ancien directeur de la CNAM

« Nous ne parviendrons à sortir notre système de santé de son impasse que si nous franchissons un cap exigeant dans la qualité, la prévention et l'organisation des soins, en favorisant la coordination entre professionnels et structures. »

Nicolas Revel, fort de son expérience à la tête de la CNAM et de l'APHP, souligne que le système de santé français se trouve aujourd'hui à un tournant critique. Face au vieillissement de la population et à la progression des pathologies chroniques, qui toucheront près de 30 millions de Français d'ici 2035, il devient impératif de repenser l'organisation des soins. Selon lui, les leviers traditionnels de régulation financière, tels que la modulation des tarifs ou le contrôle du reste à charge, sont désormais insuffisants et ne sauraient garantir à la fois l'accès aux soins et la soutenabilité du système.

Pour répondre à ces enjeux, Nicolas Revel plaide pour un investissement prioritaire dans la prévention, la qualité et la coordination interprofessionnelle. Les expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 montrent que, lorsqu'on mobilise pleinement les compétences médicales, paramédicales et sociales, et qu'on organise un suivi patient structuré, il est possible non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de limiter, voire réduire, les dépenses de santé. L'extension de ces modèles à grande échelle suppose un financement ciblé du suivi des patients chroniques hors structures classiques, ainsi qu'une coopération renforcée entre tous les acteurs.



Nicolas Revel

Il insiste enfin sur l'importance de l'impulsion politique et de la méthode : il faut sortir des postures individualistes, instaurer un dialogue constructif et créer un environnement où chaque acteur est motivé à contribuer collectivement. Pour lui, le succès du système de santé repose sur cette capacité à bouger vite, ensemble et avec pragmatisme, en faisant de l'interprofessionnalité un levier concret et prioritaire.



COOPÉRER SUR LE TERRITOIRE : LES DÉFIS DU LIEN VILLE-HÔPITAL

Noelle Cayarcy, Présidente de la CPTSanté Paris 16, Sage-Femme, Expert HAS et Directrice de projet en Santé Publique et en Prévention

Renaud Coupry, Membre de la délégation régionale de la FEHAP et président de la CRSA Ile De France

Brigitte Vigroux, Présidente de l'URIOPSS (Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux d'Île-de-France)

Lors de cette séquence, la discussion met rapidement en lumière la complexité des liens entre ville, hôpital et secteur médico-social. Brigitte Vigroux insiste sur la nécessité d'inclure les établissements sociaux et médico-sociaux dans le dialogue, car ils sont essentiels pour répondre aux besoins des populations les plus fragiles. Elle illustre ses propos par des initiatives inspirantes, comme la charte Romain Jacob visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, et le centre d'appui à l'enfance du professeur Céline Gréco, qui offre un accompagnement médical et psychologique aux enfants protégés victimes de violences ou de négligences. Ces exemples démontrent que la collaboration interprofessionnelle peut produire des solutions concrètes pour des publics vulnérables.



Brigitte Vigroux



Renaud Coupry

Du côté hospitalier, Renaud Coupry souligne que la complexité du système de santé français n'est pas un défaut, mais une réalité naturelle face aux enjeux contemporains tels que le vieillissement et les maladies chroniques. Il insiste sur l'importance de combiner action publique et engagement des acteurs de terrain pour résoudre efficacement les problèmes de santé. Selon lui, la réussite de la coopération dépend de la construction d'une culture commune et de la reconnaissance de toutes les voix, qu'elles soient celles d'usagers, de professionnels ou d'élus.

« Face à la complexité des situations, l'interprofessionnalité n'est plus une option : c'est la seule manière de garantir des parcours cohérents et humains. »

Renaud Coupry

Noëlle Cayarcy revient sur l'expérience des CPTS, cinq ans après leur création. Elle souligne que la coordination entre professionnels de ville et acteurs médico-sociaux progresse, mais reste complexe. Des initiatives comme Handigynéco, où des sages-femmes et médecins interviennent dans des structures médico-sociales pour réaliser des actes de prévention et de soins, illustrent cette alliance en action. La CPTS joue ainsi un rôle central de maillage territorial, facilitant la communication, l'anticipation des besoins et le suivi des patients. Néanmoins, elle pointe deux freins majeurs : les ressources humaines limitées et la nécessité d'anticiper les interventions pour éviter les ré-hospitalisations.



Noëlle Cayarcy

« Pour réussir le lien ville-hôpital, il ne suffit pas d'avoir des outils : il faut que tous les acteurs se rencontrent, se connaissent, construisent une culture commune et travaillent ensemble autour du patient. »

Noëlle Cayarcy

La question des outils numériques est également abordée. Renaud Coupry et Noëlle Cayarcy insistent sur le fait que la multiplicité des outils de coordination peut nuire à l'efficacité, et qu'un outil unique, sécurisé et facile à utiliser, pourrait faciliter l'interprofessionnalité tout en mettant le patient au centre. Cependant, ils rappellent que l'outil reste secondaire face à la qualité des relations et de la coordination humaine. L'importance de désigner des interlocuteurs clairs pour chaque patient et de construire des référentiels territoriaux de confiance est soulignée comme un facteur clé de succès.

Pour conclure, la séquence met en lumière que la coopération ville-hôpital repose sur trois piliers : la reconnaissance des acteurs, la coordination des interventions et la construction d'une culture commune, le tout centré sur le patient et les populations vulnérables. Les initiatives concrètes évoquées illustrent que, malgré la complexité du système de santé, des solutions interprofessionnelles et territoriales peuvent se développer pour améliorer l'accès aux soins et la continuité des parcours.



UNIVERSITÉS : LABORATOIRES DE L'INTERPROFESSIONNALITÉ ?

Marie Essig, Doyenne de l'UFR Simone Veil Santé de l'Université Versailles St Quentin

« L'intention, je pense que maintenant elle est vraiment largement partagée. En revanche, la contrainte du terrain, elle, est rude. »

Cette séquence met en lumière le rôle central mais complexe de l'université dans le développement de l'interprofessionnalité, à partir de l'expérience concrète de l'UFR Simone Veil Santé, présentée par sa doyenne, Marie Essig. D'emblée, celle-ci insiste sur un changement fondamental de paradigme : il ne s'agit plus de penser la formation autour de la seule médecine, mais autour de la santé, en considérant l'ensemble des professions comme indispensables à la prise en charge du patient. Cette vision s'appuie sur sa pratique hospitalière, où le travail en équipe pluridisciplinaire conditionne directement la qualité des soins.

Marie Essig rappelle que l'université ne se limite pas à la formation initiale, mais qu'elle joue également un rôle clé dans la formation tout au long de la vie. Elle souligne toutefois que, dans la formation initiale, les intentions affichées en matière d'interprofessionnalité se heurtent rapidement à des contraintes pédagogiques et organisationnelles fortes.

La mutualisation des enseignements, souvent présentée comme une solution évidente, apparaît en pratique beaucoup plus complexe. Les besoins des différentes filières de santé ne sont ni identiques ni interchangeables. Vouloir proposer un cours unique pour plusieurs professions peut conduire à des contenus inadaptés, ce qui interroge la pertinence du cours magistral comme principal vecteur de l'interprofessionnalité.



Marie Essig

À l'inverse, les temps de simulation apparaissent comme un levier particulièrement pertinent. Ils permettent de mettre les étudiants en situation réelle de coopération autour de scénarios cliniques, de jeux sérieux ou d'analyses de pratiques. Marie Essig mobilise la métaphore de l'orchestre : chaque profession doit maîtriser sa propre « partition », mais c'est dans le jeu collectif que se construit une prise en charge fluide et cohérente au bénéfice du patient.

La séquence aborde également le rôle du service sanitaire, unité d'enseignement obligatoire du premier cycle, qui permet aux étudiants de concevoir et de mener des actions de santé publique sur les territoires. Sa mise en œuvre reste cependant complexe en raison de la difficulté à coordonner les calendriers et les organisations propres à chaque filière, illustrant l'écart persistant entre l'intention largement partagée et la réalité du terrain.

Enfin, Marie Essig souligne que l'enjeu est aussi culturel : il s'agit de transformer en profondeur les représentations et de promouvoir, dès la formation, une reconnaissance mutuelle des compétences. L'universitarisation progressive des professions de santé constitue ainsi un levier essentiel pour structurer et renforcer durablement l'interprofessionnalité, même si celle-ci reste encore en construction.



FORMER À L'INTERPROFESSIONNALITÉ ? : OÙ EN EST-ON ?

Louise Lenglin, Vice-présidente de la Fédération des Associations Générales Etudiantes (FAGE)

Michèle Lenoir Salfati, Ancienne Directrice de l'Agence Nationale du DPC

Gwenaëlle Le Breton, Directrice adjointe du pôle ressources humaines en santé de l'ARS Ile-de-France.

Cette table ronde met en évidence un constat partagé : si l'interprofessionnalité est aujourd'hui largement reconnue comme une nécessité, sa traduction dans les dispositifs de formation reste encore incomplète et inégale. Les intervenantes soulignent que des avancées ont eu lieu ces dernières années, notamment dans la formation initiale et dans certaines politiques publiques régionales, mais que les logiques en silo demeurent fortement ancrées.

Du point de vue institutionnel, l'ARS rappelle son rôle de soutien et de structuration des dynamiques collectives, en fléchant des financements vers des dispositifs favorisant la coopération, comme la simulation en santé, l'universitarisation des professions paramédicales ou le déploiement territorial des terrains de stage. L'interprofessionnalité est présentée non comme un objectif abstrait, mais comme une réponse concrète aux enjeux démographiques, organisationnels et de qualité des parcours de soins, à condition qu'elle soit pensée au plus près des territoires et des besoins des usagers.



Gwenaëlle Le Breton



Michèle Lenoir-Salfati

La formation continue apparaît comme un champ particulièrement complexe. Malgré un discours largement favorable à l'interprofessionnalité, les pratiques restent majoritairement monoprofessionnelles. Michèle Lenoir-Salfati insiste sur le fait que la formation, à elle seule, ne suffit pas à créer le travail collectif : ce sont les situations de terrain, les méthodes d'évaluation des pratiques et l'ancrage territorial qui permettent réellement d'apprendre à travailler ensemble. Elle alerte également sur les évolutions réglementaires en cours, notamment la coexistence de dispositifs d'obligations distincts selon les professions, qui pourraient fragiliser les dynamiques interprofessionnelles.

Du côté des étudiants, Louise Lenglin souligne une forte attente vis-à-vis de l'interprofessionnalité, perçue à la fois comme un enjeu de santé publique et de qualité de vie professionnelle. Elle pointe les limites des dispositifs actuels, trop souvent réduits à des cours magistraux communs peu adaptés, et plaide pour une approche fondée sur la connaissance mutuelle, la confiance et la construction d'une culture commune dès l'entrée dans les études. Cette ambition se heurte cependant à des obstacles structurels persistants.



Louise Lenglin

« On a besoin d'avoir un système de santé centré sur le parcours du patient ou de la patiente, et non pas centré sur les professions. »

Louise Lenglin

En conclusion, les intervenantes affirment que former à l'interprofessionnalité suppose un changement de paradigme : passer d'une juxtaposition des professions à une logique réellement collaborative, centrée sur le patient, et soutenue par des structures de formation, des politiques publiques et des pratiques pédagogiques cohérentes.



QUEL RÔLE POUR L'ASSURANCE MALADIE DANS L'INTERPROFESSIONNALITÉ

Albert Lautman, Directeur coordinateur de la gestion du risque et directeur Général de la CPAM de l'Essonne

« Le premier niveau de l'interprofessionnalité, c'est de savoir réellement ce que peuvent faire les autres. »

Dans cette séquence, Albert Lautman propose une lecture claire et engagée du rôle de l'Assurance Maladie dans le développement de l'interprofessionnalité, qu'il inscrit dans une transformation profonde du système de santé plutôt que dans une « crise » conjoncturelle. Il rappelle que l'évolution des besoins épidémiologiques, le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques rendent aujourd'hui indispensable une organisation collective des soins, fondée sur le travail en équipe.

Pour l'Assurance Maladie, l'interprofessionnalité ne se résume pas à des coopérations ponctuelles entre professionnels, mais repose sur la capacité à mobiliser pleinement les compétences propres de chacun au service d'une réponse globale au patient. Cette approche ne relève pas d'une logique d'égalité formelle entre professions, mais d'une reconnaissance des complémentarités et de la valeur ajoutée spécifique de chaque métier. Albert Lautman insiste sur le fait que les professionnels les plus satisfaits de leur exercice sont ceux qui travaillent dans des territoires structurés, au sein de projets de coopération pluriprofessionnelle, qui donnent du sens à leur pratique et améliorent les conditions d'exercice.



Albert Lautman

L'Assurance Maladie agit principalement comme un levier d'encouragement et de structuration de l'exercice coordonné, en lien étroit avec l'ARS et les acteurs territoriaux. Elle soutient le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des centres de santé, des équipes de soins primaires et des CPTS, à travers des accords conventionnels interprofessionnels et des financements dédiés. Si les premières MSP ont parfois fonctionné comme de simples lieux de juxtaposition, Albert Lautman observe qu'avec le temps, ces structures favorisent de véritables transformations des pratiques, basées sur l'échange, la délégation de tâches et la confiance.

La question de la connaissance réciproque des compétences apparaît comme un enjeu central. De nombreux dysfonctionnements, notamment autour des prescriptions ou des règles de facturation, trouvent leur origine dans une méconnaissance du travail réel des autres professions. L'interprofessionnalité est ainsi présentée comme un processus d'acculturation progressive, qui ne peut s'imposer par décret mais qui se construit par l'expérience collective.

Enfin, Albert Lautman souligne le rôle stratégique des CPTS, non comme structures de soins, mais comme espaces intermédiaires de diffusion d'une culture du travail en équipe. Malgré des dynamiques hétérogènes, elles constituent selon lui un levier essentiel pour toucher les professionnels isolés et faire évoluer les pratiques. L'ambition portée par l'Assurance Maladie est que ces dynamiques territoriales deviennent des incubateurs de nouvelles formes d'exercice coordonné, au service à la fois des patients et des professionnels.



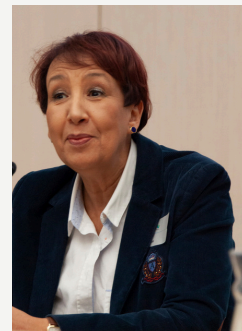
LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ À L'ÈRE DE L'INTERPROFESSIONNALITÉ

David Sainati, Co-responsable de la délégation du numérique en santé au Ministère de la Santé

Naima Mezaour, Directrice du GIP SESAN

Arnaud Féret, Responsable des relations avec les institutions de la santé – Doctolib

La séquence a exploré le rôle du numérique dans le développement de l'interprofessionnalité en santé. Naïma Mezaour a rappelé que, depuis 2020, les outils numériques de coordination en santé ont fortement gagné en maturité et en usages. Les solutions, autrefois expérimentales, sont désormais industrialisées et largement adoptées, comme en témoigne le déploiement d'outils régionaux tels que Santélien. Le numérique joue aujourd'hui un rôle central dans la coordination des parcours et la prévention des ruptures de prise en charge, en mobilisant un large éventail de professionnels de santé autour de cas d'usage variés. Si l'outillage est désormais mature, l'enjeu principal réside dans l'organisation et le cadre d'usage des dispositifs.



Naïma Mezaour



David Sainati

Pour David Sainati, le numérique en santé n'est pas une finalité mais un levier pour l'interprofessionnalité et l'amélioration des parcours de soins. Mon Espace Santé est désormais ouvert par défaut à 97 % des Français, avec plus d'un tiers des comptes activés, et centralise plus de la moitié des documents produits par le système de santé. Le Ségur du numérique a permis d'alimenter cet outil, et la deuxième vague vise à faciliter l'accès aux documents directement depuis les logiciels métiers, simplifiant le travail interprofessionnel. Les priorités pour les années à venir incluent la formation initiale et continue des professionnels, la cybersécurité, et le développement d'outils intelligents pour optimiser l'usage des données.

Arnaud Feret illustre la mise en pratique du numérique pour faciliter l'interprofessionnalité. À titre d'exemple, au mois de novembre, la plateforme Doctolib a contribué à l'alimentation du DMP avec 3,5 millions de documents, soit une augmentation d'environ 80 %. Les facteurs clés de succès sont des outils simples, gratuits, sécurisés, accessibles à tous les professionnels, et intégrés dans les structures coordonnées (CPTS, MSP, ESS). Doctolib se positionne en complément des outils publics et s'appuie sur des référentiels officiels, notamment le ROR, pour garantir la conformité et l'interopérabilité. L'objectif à moyen terme est que tout professionnel puisse accéder rapidement à l'historique complet d'un patient et échanger efficacement avec d'autres acteurs de santé, renforçant ainsi la coordination et la continuité des soins.



Arnaud féret

Tous ont souligné l'enjeu majeur de l'interopérabilité entre logiciels métiers, outils régionaux et plateformes nationales. Des travaux sont en cours pour améliorer la compatibilité et favoriser l'usage généralisé. À cinq ans, l'objectif partagé est d'harmoniser les échanges, d'améliorer l'accès aux documents et d'accompagner les professionnels par la formation et les nouvelles technologies, notamment l'IA, tout en consolidant la sécurité et la confiance dans le système.



LES DÉFIS DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Fabrice Gzil, Professeur des universités en philosophie et bioéthique à l'Université Paris Saclay et co-directeur de l'Espace éthique Île-de-France

Cette séquence a proposé un éclairage éthique sur l'intelligence artificielle en santé, à partir de l'intervention de Fabrice Gzil, professeur de philosophie et de bioéthique et co-directeur de l'Espace éthique Île-de-France. L'objectif n'était pas de promouvoir ou de condamner l'IA, mais d'en comprendre les usages réels, les promesses et les risques, en particulier dans un contexte interprofessionnel.

Fabrice Gzil a d'abord distingué deux formes d'IA aujourd'hui à l'œuvre en santé : l'IA analytique, utilisée depuis plusieurs années pour analyser de grandes masses de données (imagerie, évaluation des risques, aide au diagnostic), et l'IA générative, beaucoup plus récente, capable de produire des textes, des images ou des raisonnements apparents, et dont l'adoption fulgurante bouleverse les pratiques. Cette dernière, en imitant le langage humain, crée une illusion de compréhension et de fiabilité qui peut être trompeuse, notamment lorsqu'elle est utilisée directement par les patients comme substitut à un professionnel de santé.



Fabrice Gzil

L'intervention a mis en évidence deux discours extrêmes souvent présents dans le débat public : d'un côté un enthousiasme technologique promettant des avancées majeures en diagnostic, en recherche et en organisation des soins ; de l'autre une inquiétude forte autour des risques de dépendance, d'appauvrissement cognitif, de destruction d'emplois, de manipulation démocratique et de perte de maîtrise des données de santé. Pour Fabrice Gzil, ces deux postures empêchent une analyse lucide des effets réels de l'IA.

Il a insisté sur le fait que l'IA ne peut pas être considérée comme un simple outil neutre que l'on choisirait librement d'utiliser ou non. Elle est déjà intégrée aux pratiques de soin, souvent de manière invisible, et transforme en profondeur les façons de travailler, de décider et d'interagir. Dans un contexte interprofessionnel, cette transformation pose la question du partage de la décision, de la responsabilité et du maintien du discernement humain face à des systèmes perçus comme rapides et performants.

La discussion a également souligné l'importance stratégique de développer des solutions européennes, voire françaises, reposant sur des garanties fortes en matière de protection des données et de confiance, plutôt que de dépendre exclusivement d'outils conçus et hébergés hors d'Europe.

Enfin, Fabrice Gzil a appelé à une vigilance collective et individuelle : apprendre à comprendre ces technologies, exercer son esprit critique, rester attentif aux usages énergétiques et aux dérives démocratiques, et refuser de déléguer entièrement à l'IA des compétences que les professionnels de santé doivent continuer à maîtriser. L'IA peut être un levier pour l'interprofessionnalité, à condition qu'elle reste un appui au travail humain, et non un substitut à la réflexion, au jugement et à la coopération.

DISCOURS DE CLÔTURE

Aurélien Rousseau, Député de la 7ème circonscription des Yvelines, ancien ministre de la Santé et de la prévention et ancien directeur de l'ARS Ile de France

« Soit on arrive à franchir le pas de l'interprofessionnalité, soit de toute façon on va crever. »

En clôture du colloque, Aurélien Rousseau a proposé un regard volontairement politique et pragmatique sur l'interprofessionnalité, en la replaçant dans l'évolution récente du système de santé. Il souligne d'emblée que ce sujet ne peut plus être abordé comme un engagement militant ou un « supplément d'âme » : l'interprofessionnalité est désormais une condition de survie du système de santé. Là où, il y a quelques années, elle relevait encore de la conviction et de l'expérimentation, elle est aujourd'hui devenue une nécessité structurelle face à l'insoutenabilité financière, démographique et organisationnelle du système.

Son intervention insiste sur le fait que les transformations à l'œuvre : vieillissement de la population, explosion des pathologies chroniques, tensions sur les métiers, montée en puissance du numérique et de l'intelligence artificielle, bouleversent profondément les identités professionnelles. Ces évolutions, parfois vécues comme des remises en cause, ne peuvent être ni ignorées ni traitées comme de simples ajustements techniques. L'interprofessionnalité ne relève pas d'une compétence naturelle : elle s'apprend, se construit et nécessite un accompagnement réel du changement, tant sur le plan des pratiques que des organisations et des ressources humaines.



Aurélien Rousseau

Aurélien Rousseau met en lumière un enjeu central : affecter la bonne compétence au bon moment et au bon endroit. Il rappelle, à travers des exemples concrets de terrain, que l'efficacité des parcours de soins repose sur la reconnaissance mutuelle des compétences entre professionnels, indépendamment de la durée des études ou des hiérarchies historiques. Cette reconnaissance est à la fois un levier de soutenabilité du système et un facteur d'attractivité des métiers, en redonnant du sens et de l'intérêt au travail collectif.

Il souligne également le caractère éminemment politique de cette transformation. Malgré un discours consensuel sur l'interprofessionnalité, les résistances demeurent fortes, y compris dans les débats législatifs. Pour lui, la pratique interprofessionnelle doit être considérée comme le cœur du modèle de santé à construire, au même titre que la prévention, souvent invoquée mais encore insuffisamment traduite en actes et en financements. L'interprofessionnalité constitue ainsi une compétence critique, exigeante, qui appelle une politique publique d'accompagnement beaucoup plus affirmée.

Yvan Tourjansky, Président de l'AIUF

Dans la continuité, Yvan Tourjansky, président de l'AIUF, a conclu la journée en revenant sur les enseignements transversaux des échanges. Il souligne que l'interprofessionnalité progresse et s'ancre progressivement dans les pratiques, même si l'élan exceptionnel observé durant la crise Covid n'a pas toujours été maintenu. Pour autant, elle s'impose comme un moyen central pour mieux soigner, mieux prévenir et mieux organiser le système de santé, et non comme une finalité en soi.



Yvan Tourjansky, accompagné de Véronique Dissat (URPS orthoptistes), Anne-Sophie Haderler (URPS orthophonistes), Bertrand Aupicon (URPS Pédiatres-Podologues) et Lise El Omari (URPS Sage-Femme)

Il identifie trois piliers essentiels à sa réussite : un lien renforcé entre la ville, l'hôpital et le médico-social ; des outils numériques interopérables et un cadre réglementaire clair ; et une gouvernance adaptée, associant pleinement soignants, élus, institutions et représentants des usagers. La formation initiale et continue apparaît également comme un levier déterminant pour diffuser une culture interprofessionnelle durable.

Enfin, Yvan Tourjansky insiste sur les perspectives à moyen terme : intégrer le numérique et l'intelligence artificielle comme des outils d'aide au soin sans jamais substituer l'humain, irriguer l'ensemble des parcours de formation par l'interprofessionnalité, et dépasser les réflexes corporatistes au profit de la confiance mutuelle. Cette transformation implique également l'adhésion des patients et de la population à un nouveau modèle d'accès aux soins, fondé sur des portes d'entrée diversifiées et coordonnées.

En conclusion, le président de l'AIUF rappelle que l'interprofessionnalité se construit au quotidien, par le refus du retour aux silos, par l'innovation collective et par l'engagement de l'ensemble des acteurs. Elle constitue un virage culturel et sociétal majeur, indispensable pour répondre aux défis présents et futurs du système de santé.



AIUF



ASSOCIATION INTER-URPS FRANCILIENNE



contact@aiuf.fr



07 71 67 83 37



www.aiuf.fr



Association inter URPS francilienne - AIUF



Association inter URPS Francilienne