

Les Cahiers du Cercle des Décideurs NUMÉRIQUE & SANTÉ

O L'Hôpital n'a plus vocation à être le centre de gravité de l'organisation sanitaire. La Loi de modernisation du système de santé pose les premières fondations de la stratégie nationale de santé visant à réduire les inégalités de santé, favoriser la prévention, déployer la médecine de parcours dans les territoires, renforcer la démocratie sanitaire et l'autonomie des patients. Il s'agit donc de rendre plus efficace et plus efficient notre système de santé. Cependant, les conditions de réussite de sa mise en œuvre semblent bien fragiles. La signature de la convention, toujours à l'échelon national, entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux, si elle a revalorisé l'acte et mieux rémunéré les cas complexes, toujours à l'acte laisse un goût amer aux jeunes généralistes. Ceux-ci veulent passer à une médecine collaborative, changer le logiciel individuel de leur métier, quitte à en déléguer des compétences aux infirmières, avoir le choix d'être salariés. Ils ne se sentent pas représentés par leurs aînés⁽¹⁾ et veulent sortir des négociations en copié-collé des années 70, pour entrer dans le dur de la refonte de leurs pratiques. Ils plébiscitent l'usage du numérique et de la télémédecine. Claude Leicher, président de MG France, définit les bases d'une nouvelle relation entre médecin et patient. Ces acteurs, y compris les collectivités, bousculent sur le terrain les cloisonnements et les pouvoirs. En exclusivité pour le Cercle, Michel Laforcade, DG de l'ARS Nouvelle Aquitaine, et le Dr Jean-Paul Ortiz, président du CSMF⁽²⁾ débattent ensemble, et, dans un constat partagé, nous livrent leur volonté de bâtir un cheminement vers une convergence de la vision. Au régulateur d'apprécier ces hommes et ces femmes, qui mettent tout leur cœur à l'ouvrage, de leur donner les moyens d'agir. Pour y parvenir, le Dr Rafael Bengoa, ancien ministre et expert international, invité au dîner du Cercle, propose de passer du paiement à l'acte au paiement à la valeur. Une révolution, pour une transition qui passe d'abord par l'engagement des acteurs.

Solange MENIVAL
Présidente
du Cercle des Décideurs Numérique & Santé

(1) CP du 26 Juillet <http://www.snjmg.org/blog/post/le-fosse-inter-generational-se-creuse/1300>

(2) Confédération des Syndicats Médicaux Français.

Transition du système de santé

La révolution des organisations par les acteurs

Page 2

Notre système de santé entame sa transition dès lors qu'il surmonte la fragmentation des pouvoirs

Page 4

La nouvelle Loi de Santé sera ce que nous en ferons

Page 7

Le point de vue politique de Rafael Bengoa

Page 8

Pour une co-construction territoriale



NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ENTAME SA TRANSITION DÈS LORS QU'IL SURMONTE LA FRAGMENTATION DES POUVOIRS.

Solange MENIVAL



Présidente du
Cercle des Décideurs
Numérique & Santé

Faits et projections

La loi de santé se heurte à nos organisations en silos.

Ce sera donc aux acteurs de se doter des moyens de créer de nouveaux circuits de décisions et de financements

La Loi de modernisation du système de santé 2016, ses 240 décrets à venir et le plan e.santé 2020, mettent progressivement en œuvre la Stratégie Nationale de Santé. Lancée le 27 septembre 2013, la SNS a pour but de corriger les inégalités de santé, de répondre aux nouveaux besoins et de corrélérer les dépenses de santé aux recettes économiques du pays. Beaucoup déplorent la lenteur et le manque de visibilité de l'ambition initiale et surtout le manque de marqueurs offensifs pour atteindre ces trois objectifs. Désormais largement partagées, ces trois priorités font l'objet d'une appropriation grandissante de la part des acteurs eux-mêmes.

L'absence de dossier médical informatisé et de convergence des systèmes d'information

empêche d'avoir une connaissance fine de l'état de santé de la population et donc de connaître la demande. Dès lors, comment définir l'offre de santé adaptée ? Son panier de soins multidimensionnel ? Son juste coût ? Chaque établissement sanitaire, chaque maison de santé, chaque médecin ou cabinet d'infirmiers libéraux, possède son propre système d'information. Chacun est dans sa zone de pouvoir. A l'origine, les échanges n'étaient pas perçus comme un enjeu de sécurité pour le patient et les freins au partage de l'information, d'abord culturels, se sont traduits en cloisonnements technologiques. Des initiatives sont prises d'ores et déjà pour parler le même langage informatique, entre hôpitaux, cliniques ou EHPAD. Cependant, de plus en plus de professionnels sont d'avis que le virage ambulatoire, porté par la Loi, ne sera possible qu'avec des systèmes d'informations convergents entre la ville et l'hôpital, jusqu'au domicile. Grâce au partage sécurisé, les résistances professionnelles tombent, ouvrant le champ des innovations organisationnelles.

A la suite des professionnels, c'est avec les collectivités que les ARS pourront bâtir une offre de soins de qualité, territorialisée. Ni la loi Maptam, ni la Loi Notre, ni la Loi relative à l'Adaptation de la société au vieillissement, n'ont intégré les enjeux qu'il y aurait à décroisonner les collectivités et à les réunir sur des objectifs de santé publique et

d'accompagnement de la longévité, par territoire, en lien avec les ARS. Les inégalités de milieu et de modes de vie et d'accès aux soins relèvent de politiques territoriales, en amont du soin. Il ne sera pas possible de réduire les inégalités de santé sans organiser des concertations locales et régionales sur les enjeux de santé. L'action sur les déterminants de santé, l'organisation de l'offre de soins primaires et médico-sociale, la mise en œuvre des GHT, des plateformes territoriales d'appui, des contrats locaux de santé, sont autant de points de rencontre avec les élus, aptes à surmonter les cloisonnements.

La défragmentation des pouvoirs révolutionne les organisations et ouvre la voie à la transition du système de santé. C'est cette rencontre

qui a permis d'ériger les maisons et pôles de santé. Il a fallu que s'organisent les échanges entre professionnels qui ont progressivement délaissé leur regard individuel. Puis ceux des professionnels avec les élus. Il a fallu apprendre à se connaître, dépasser les préjugés, surmonter la défiance. Chaque zone de décision a été un compromis avec une zone de pouvoir et un circuit financier a été construit grâce à une contractualisation avec l'Etat et les collectivités, qui ont financé les bâtiments. Les pouvoirs institutionnels ont bougé, les pouvoirs individuels aussi, à la faveur de ces défis collectifs. Pour être prises au sérieux, les actions à mener, après discussions, doivent se traduire par des votes de budget qui impliquent les élus. Cela demande autant de faire bouger les pouvoirs locaux que nationaux et d'organiser la santé en croisant les circuits de décisions infrarégionaux et interministériels. Le décroisonnement des pouvoirs n'a été possible que par le partage de la vision, patiemment et collectivement construite. C'est la démocratie. Son prix : l'exigence de transparence et de prise de responsabilité.

10 recommandations pour réussir la transition

Au fil des auditions, une convergence de la vision fait ressortir les innovations numériques et organisationnelles comme des leviers puissants de transformation. Les soutenir et les pérenniser passent par une co-construction territoriale, tant médicale et professionnelle, que démocratique et politique. Elles s'appuient au préalable sur le déploiement des Systèmes d'Informations, leur convergence et le partage des données de santé par les professionnels, mais aussi sur les décloisonnements politiques. L'innovation politique est au cœur de la transformation du système.

■ **Définir les objectifs de santé en Région et dans les territoires**, portés par les ARS, les URPS, la CRSA et les collectivités locales. Les fixer sur les résultats attendus, en produire les indicateurs, dont la satisfaction des patients. Les assemblées régionales et départementales les voteront avec le Projet Régional de Santé. Ils feront l'objet de règlement d'intervention dans les collectivités, au titre de l'innovation pour le Conseil Régional et de la politique médico-sociale pour le Conseil Départemental.

■ **Étendre les compétences des conférences des financeurs** aux soins de premiers recours. Conçues pour financer la prévention de la perte d'autonomie, elles ont besoin de partager la vision des innovations numériques et organisationnelles dans les territoires et la stratégie des PRS.

■ **Poser des indicateurs de résultats, dont ceux d'une bonne connaissance de la personne**, au-delà de la qualité des actes professionnels et techniques. Le bien-être des patients est un marqueur de qualité du système de soin.

■ **Prendre les contrats locaux de santé pour socle** de l'innovation politique avec la constitution de comités de pilotages et de circuits de financements transversaux. Permettre la rencontre des professionnels de santé, des élus et des associations de patients, pour optimiser l'usage du numérique et être acteur dans le système. Remonter les demandes des populations et des professionnels, organiser le lien et la coordination avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et les Plateformes Territoriales d'Appui.

■ **Définir le rôle et les périmètres des PTA** à partir d'une large concertation, menée par les ARS, avec la CRSA, les URPS et les collectivités territoriales. Si d'un point de vue technique, elles sont basées sur

des plateformes, leur architecture touche aux innovations organisationnelles.

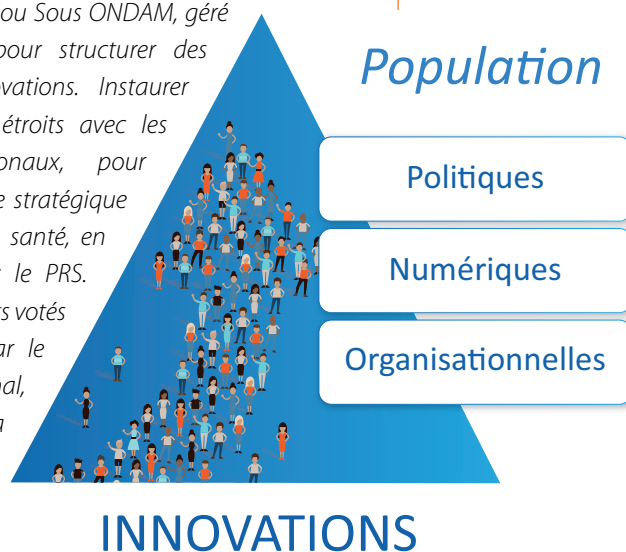
■ **Rendre opposables les standards d'interopérabilité**, pour une convergence rapide des systèmes d'information, de façon à réduire les zones aveugles. Produire une connaissance fine des parcours pour optimiser la sécurité du patient, la pertinence des actes, le confort des professionnels et l'efficacité.

■ **Définir un nouveau modèle économique de transition**, en s'appuyant sur la convergence des SI, pour gérer l'existant, tout en finançant les organisations nouvelles. Une période de tuilage est nécessaire pour éviter les ruptures brutales et dangereuses. Un fond de transition peut être pris sur les Programmes d'Investissements d'Avenir comme une nouvelle initiative d'excellence.

■ **Renforcer la régionalisation de la santé**, par un ORDAM ou Sous ONDAM, géré par les ARS, pour structurer des budgets d'innovations. Instaurer des liens plus étroits avec les Conseils Régionaux, pour définir une ligne stratégique d'innovation en santé, en cohérence avec le PRS. Budgets et projets votés par l'ARS et par le Conseil Régional, chacun dans sa compétence, sur un projet partagé.

■ **S'appuyer sur la spécialisation intelligente (S3)** définie en Région, pour produire une offre régionale de santé. La smart spécialisation a été conçue par l'Europe pour permettre aux régions d'optimiser leurs ressources. Grâce à une subsidiarité renforcée, cibler des financements sur les programmes opérationnels des fonds FEDER ou solliciter les fonds d'H2020 pour structurer la demande en innovation santé et sélectionner l'offre à soutenir.

■ **Favoriser une relation apprenante du local au national**, respectueuse de la co-construction démocratique, pour engager l'innovation politique.





LA NOUVELLE LOI DE SANTÉ SERA CE QUE NOUS EN FERONS

Rencontre entre Michel Laforcade Directeur Général de l'ARS de la Région Nouvelle Aquitaine et Jean-Paul Ortiz Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français

Michel LAFORCADE



Directeur Général de l'ARS de la Région Nouvelle Aquitaine

Michel Laforcade

La conception de la santé est en train de changer. Pour les patients citoyens, c'est un impératif de plus en plus individuel et ambulatoire, privilégiant le soin à domicile. Les causes de ce changement sont à la fois la rupture épidémiologique qui engendre une explosion des maladies chroniques, le fait que la santé est devenue une préoccupation quotidienne et enfin que le patient, l'utilisateur, est de moins en moins profane et de plus en plus éclairé. A partir de ce constat, on voit bien qu'il faut apporter une réponse de parcours s'appuyant sur le développement de réseaux et une prise en charge pluri-professionnelle. Cette organisation s'articule autour de trois éléments principaux : des Plateformes Territoriales d'Appui⁽¹⁾ qui vont pouvoir identifier les manques et trouver des solutions ; des Communautés Professionnelles de Territoire de Santé⁽²⁾ qui vont devenir le socle de gravité de ces parcours et enfin des Groupements Hospitaliers de Territoire⁽³⁾ qui, au-delà de la mutualisation interne aux hôpitaux publics, doivent être avant tout un soutien au premier et au second recours.

Jean-Paul Ortiz

Je partage totalement le constat. Nous sommes devant une évolution considérable de la demande en soins qui suppose une transformation de notre système de santé. Par contre, je pense que le dispositif que vous venez de décrire n'est pas en mesure de répondre à cet enjeu. Ce n'est pas à l'ARS d'organiser les plateformes territoriales d'appui. Elle doit en être la facilitatrice, l'accompagnatrice, celle qui suscite l'initiative des professionnels. Si les PTA ne s'appuient pas sur des initiatives des professionnels et ne sont pas portées par eux, cela ne marchera pas et le défi est là. Pour les CPTS, c'est exactement la même chose. C'est un outil qui peut permettre une structuration de l'offre de soins au plus près des patients, mais moi, je n'ai pas de définition géographique du territoire de santé, parce que je crois qu'on ne peut pas en donner une. C'est extrêmement variable d'un endroit à l'autre. Quant aux GHT, elles m'inquiètent dès lors qu'elles viseraient à organiser l'offre de soins territoriale en excluant la médecine libérale et l'hospitalisation privée, au risque de déstructurer une offre de soins de proximité déjà fragilisée.

Michel Laforcade

Ce qui me paraît fondamental, c'est que nous partageons une même vision. Dans ces conditions, je suis sûr que nous pouvons construire collectivement. On sait bien depuis Montesquieu que dans un pays démocra-

tique la Loi sera très largement ce que nous en ferons. Pour les PTA, il faut bien un élément déclencheur et que donc l'ARS propose un territoire pour chaque plateforme. Par contre des PTA qui se feraient sans ou contre les professionnels, je ne l'envisage vraiment pas, car elles seraient vouées à l'échec. Quant aux GHT le rapport Hubert Martineau dit clairement que le Projet Médical de Territoire doit être défini en partenariat avec les cliniques privées et les médecins libéraux car c'est la clé de l'organisation des parcours de soins et de la réduction des hospitalisations inutiles.



Jean-Paul Ortiz

En médecine libérale, notre richesse, mais aussi notre faiblesse c'est que nous sommes constitués d'une myriade d'acteurs. Du coup sur le terrain c'est beaucoup plus facile pour vous de passer par les structures hospitalières publiques que d'aller vers les différents acteurs de médecine libérale. Pourtant vous avez une représentation de tous les professionnels de santé libéraux au travers des URPS que vous ne sollicitez pas assez.

Michel Laforcade

Nous avons chacun nos déterminismes culturels et nous devons savoir les dépasser. Bien sûr qu'on ne travaille pas suffisamment sur les problèmes de fond avec les URPS et il faut que cela change pour pouvoir co-construire ensemble des politiques et définir des stratégies territoriales.

Jean-Paul Ortiz

Ce que je retiens de notre échange, c'est que nous avons trop tendance à rester dans nos stéréotypes. Si on sait prendre un moment à partager un diagnostic, nous sommes en mesure de parvenir à des solutions partagées. Jamais sans doute la convergence des acteurs n'a été aussi grande sur la vision de ce vers quoi nous devons aller. Il faut que les politiques le comprennent, mais c'est un autre problème.

Jean-Paul ORTIZ



Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français

(1) PTA

(2) CPTS

(3) GHT

Le secteur privé exprime ses réserves sur la Loi de santé et mise sur l'innovation et la satisfaction des patients dans les territoires

Dans le secteur privé, les acteurs se réforment en continu. Notre signature, c'est « Notre santé autrement », elle synthétise ce qui guide la transformation du groupe ELSAN. En termes simples, il s'agit d'innover pour satisfaire l'évolution des besoins des patients et pour répondre aux besoins de santé des territoires que nous servons. Pour mettre en œuvre cette stratégie, nous avons l'ambition de révolutionner l'approche de la satisfaction du patient, autrement dit mener une révolution client. Bien sûr, comme toute entreprise, nous devons être efficaces. Se regrouper et grossir est un moyen pour nous de développer des synergies, principalement sur les achats. Au-delà, la force d'un groupe est de mutualiser les investissements stratégiques, porteurs de différenciation et de partager les savoir-faire pour accompagner le développement de chacun.

Notre stratégie, c'est la révolution client, mais la Loi de santé nous interpelle. Elle comporte des manques. Je n'en citerai que deux. Le premier c'est la réponse aux enjeux de la mise en place des parcours où les intentions ne se traduisent pas en dispositions qui transformeraient le système, que ce soit en termes de décloisonnement, d'innovation, de tarification ou de délégation des tâches. Un mode de tarification et de régulation nous est nécessaire pour nous permettre de proposer un service complet aux patients en fonction de leurs besoins, tout en optimisant le recours aux soins. Le système est aujourd'hui trop cloisonné.

Demander aux différents acteurs d'un territoire de se mettre d'accord est laborieux, voire improductif, quand il est orienté par des rapports de force et pas par l'intérêt des populations. A ce titre les dispositions finales sur la création des GHT, nécessaire pour la recomposition de l'Hôpital public, n'apportent pas de garanties sur l'intégration de l'offre de santé libérale. Par contre, le dernier rapport « Charges et produits » de la CNAMTS ouvre la perspective d'un financement à l'épisode de soin, ce qui est une très bonne chose.

Le second manque est que la Loi ne prévoit pas de vrai dispositif d'expérimentations qui donnerait des pistes d'évolution du système à entériner dans la prochaine Loi. Car au-delà des innovations techniques et médicales, essentielles, il faut surtout encourager les innovations organisationnelles, rendues possibles par le digital. C'est la seule manière de retrouver des marges. Sans cela, la contrainte budgétaire, va aboutir à paupériser les acteurs. L'article L162-31-1 du code de la Sécurité Sociale prévoit pourtant un système dérogatoire pour faire des expérimentations organisationnelles, mais il n'a jamais été vraiment appliqué, sans doute parce qu'aucune administration n'est aujourd'hui véritablement en charge de mener cette politique d'expérimentations et qu'il n'y a pas de méthode d'évaluation. Voilà les deux éléments que j'aurais aimé aussi trouver dans la Loi.

Jérôme NOUZAREDE



Président du groupe ELSAN

La transition repose sur la revendication des patients à construire une codécision médicale.

Le patient informé est un changement sociétal. Le médecin est descendu de son piédestal. Les scandales de santé publique ont créé de la défiance. En parallèle, on a vu émerger des mouvements d'usagers qui revendiquent de contribuer à une co-construction du système de santé. Le doute, concernant la connaissance scientifique et sa mise en œuvre a entraîné une crise de confiance dans le champ de la santé qui touche aussi les médecins eux-mêmes qui craignent de plus en plus que des conflits d'intérêt n'altèrent la qualité scientifique des informations qu'ils utilisent. La population ne veut plus subir. Les pouvoirs publics qui n'ont pas su agir pour la protéger, ne sont plus beaucoup écoutés. Pour comprendre, la population cherche un tiers de confiance et se tourne souvent vers son médecin généraliste traitant. C'est pour lui une fonction nouvelle que de répondre à des questions de plus en plus pointues de ses patients et cela d'autant que si les outils connectés améliorent l'accès à des informations personnelles ou plus générales, cette connaissance affinée amène bien plus de questions qu'elle ne résout de problèmes de santé, car elle élargit le champ des possibles, tant pour le diagnostic, que pour les traitements. Elle enrichit donc d'autant l'échange du patient avec son médecin. Un patient plus connaissant, un médecin moins « tout sachant » constituent le fond de cette période de transition et induit la revendication des patients à construire une codécision médicale avec le médecin qu'ils ont choisi.

Le changement de mentalités des jeunes médecins favorise la révolution des soins de premier recours. Le médecin n'est plus le seul interlocuteur de la population, il prend de plus en plus souvent des décisions avec d'autres professionnels et en premier lieu les infirmières. Il partage aussi des informations dans le domaine social et familial, ce qui améliore la qualité de la prise en charge. Les CPTS créées par la Loi de santé, vont faciliter l'articulation entre les professionnels au niveau médical, paramédical et social pour améliorer la prise en charge de la population en ayant moins recours à l'hôpital, sauf quand cela est nécessaire. Les plateformes territoriales d'appui devront être créées et gérées par les acteurs des soins primaires eux-mêmes, en lien avec les ARS. C'est le gage de leur efficacité et de leur bon usage à moindres coûts. Aux hôpitaux de regarder comment optimiser leur organisation et aux médecins généralistes de prendre en charge l'organisation de parcours aussi cohérents que possible. Mais l'amélioration de l'organisation des soins primaires nécessite aussi de libérer chaque médecin généraliste de toutes les tâches non médicales qui occupent 30 % de son temps de travail pour pouvoir prendre en charge les 30 % de patients qui n'auront plus accès à un médecin généraliste traitant dans les années à venir. Il en manque aujourd'hui 7500 et que ce chiffre aura doublé en 2025.

Dr Claude LEICHER



Président de MG France



Jean-François GOGLIN



Conseiller national SIS
à la FEHAP⁽¹⁾

(1) Fédération des
Etablissements Hospitaliers
et d'Aide à la Personne.
(2) Etablissement de Santé
Privé d'Intérêt Collectif.

La transition du système de santé exige une phase d'interopérabilité et de cohabitation pour maîtriser la convergence des systèmes d'informations

La campagne parlementaire que nous avons menée pendant l'élaboration de la Loi de Santé a notamment abouti au rétablissement des ESPIC⁽²⁾ et à leur positionnement en tant que partenaire des GHT. Avec plus de 4400 établissements, 280.000 salariés et 2,3 millions d'utilisateurs, nous constituons un maillon essentiel de notre système de santé.

La mise en place d'un écosystème de santé nécessite une coordination fluide entre le domicile, la ville, le sanitaire et le médico-social, qui repose essentiellement sur la convergence des systèmes d'information. Cela suppose d'abord, une gouvernance transverse intégrant les représentants d'associations d'utilisateurs, les fédérations, la puissance publique, les tutelles, et les représentants des établissements concernés.

Il faut gagner ensuite la bataille de l'interopérabilité en rendant les normes et standards existants opposables, avec un calendrier de mise en œuvre volontariste. Il faut enfin intégrer l'existence d'une phase de cohabitation entre l'ancien système et le nouveau, car la bonne gestion de cette phase est absolument nécessaire pour la sécurité des citoyens-usagers-patients concernés.

C'est l'expérience issue des projets de terrain qui nous guide. Il est de notre responsabilité d'interpeller le législateur pour que les risques soient clairement identifiés et pris en compte afin de réussir l'évolution globale de notre système de santé, à laquelle nous contribuons tous.

Il est temps de passer de l'expérimentation au développement de l'hôpital du futur

La Fédération Hospitalière de France a choisi pour thème de ses Universités d'été des 6 et 7 septembre derniers « L'Hôpital de demain - L'Hôpital du futur ». Il s'agissait pour elle de porter un regard sur l'état des lieux des grands enjeux de la transformation numérique de notre système de soins. Ce « virage numérique » représente une opportunité majeure. Les Français en général et les patients en particulier souhaitent très majoritairement un recours plus large aux outils numériques dans l'organisation de leur prise en charge en santé et attendent, une impulsion forte des pouvoirs publics dans ce domaine.

L'annonce ministérielle, en juillet dernier, de la mise en place d'une stratégie « e.santé 2020 » vise à faire du numérique un levier de développement de la démocratie sanitaire. Il s'agit d'une des orientations prioritaires souhaitées par les Conférences et la FHF qui restent vigilantes sur le fait qu'il s'agit bien de financements nouveaux. De ce point de vue, si la révolution numérique s'engage dans une approche globale et transversale, elle ne peut se contenter de tenir compte des initiatives expérimentales émanant du terrain. C'est ainsi que la FHF milite fortement pour un déverrouillage du modèle



économique des activités de télémédecine, de téléconsultation et de téléexpertise dont le potentiel de développement est aujourd'hui entravé par des financements parcellaires et forfaitaires.

Après plus de 300 expérimentations de télémédecine menées au sein des établissements, il convient désormais d'avancer très rapidement dans ce domaine, faute de quoi cela handicaperait gravement les dynamiques de recomposition de l'offre de soins des GHT. Une campagne de communication « #DeverrouillonsLaTelemedecine » a été récemment lancée par la FHF afin de valoriser ces initiatives qui témoignent de la forte demande des acteurs d'intégrer le levier numérique dans leurs pratiques, au bénéfice des patients.

David GRUSON



Délégué Général de la FHF

LE POINT DE VUE POLITIQUE DE RAFAEL BENGEOA

Les Cahiers
du Cercle des Décideurs
6 NUMÉRIQUE & SANTÉ

7

Rafael BENGEOA



Ancien Ministre de la Santé
du Pays Basque Espagnol
Directeur "The Institute for
Health & Strategy" – Bilbao

« Nous avons tous en tête les défis qui nous menacent mais qui constituent aussi une opportunité de transformation de nos systèmes de santé »

Une réforme inévitable nécessitant une vision stratégique et disruptive est déjà engagée par quelques pays pionniers

Croissance démographique, évolution exponentielle des maladies chroniques, réponse à une demande toujours plus élevée de prise en charge confrontées à la capacité des payeurs à y faire face. Ces défis multidimensionnels supposent des réponses multidimensionnelles. Il existe aujourd'hui un groupe de 10 à 12 pays qui ont décidé de s'engager résolument dans cette voie, de remettre en cause leur système de santé sociale et d'agir de façon plus visionnaire, plus disruptive, en se focalisant sur la qualité et l'efficacité. C'est le cas pour les USA avec l'Obama Care, certaines parties de l'Espagne ou du Royaume Uni comme l'Écosse et l'Irlande du Nord, mais également la Hollande, la Suède, l'Australie et la Nouvelle Zélande.

Toutes ces politiques visent à organiser les prises en charge beaucoup plus au domicile, dans la communauté, de renforcer les soins de santé primaire et la prévention et de faire moins dans les hôpitaux. Issues de systèmes de santé très différents, elles reposent sur trois axes : des soins intégrés et coordonnés, l'empowerment des patients, l'adoption des nouveaux moyens offerts par la révolution digitale.

Une nouvelle approche passant de la notion d'activité à la notion de valeur

Quand j'étais ministre de la Santé, je savais plus ou moins ce que je devais financer dans le secteur public et ce que je payais dans le secteur privé, mais je ne savais pas vraiment ce qu'on me donnait, car on n'a pas une bonne idée de la qualité de la valeur ajoutée de ces activités. En fait tout cela ressort de l'absence d'un bon alignement entre les actions que conduit le payeur, celles que réalisent les prestataires et les attentes des patients. Ce qui apparaît de plus en plus aujourd'hui c'est que c'est l'effectivité de cet alignement qui est à même de produire une dynamique suffisante pour réaliser la transformation nécessaire de nos systèmes de santé.

Cela incite d'abord les payeurs à réduire la part du paiement à l'acte, du fait du caractère inflationniste de cette politique, mais surtout à développer une politique d'allocation de ressources visant à payer la valeur au lieu de payer l'activité. Ainsi, par exemple aux États-Unis, si on se fait opérer d'une hanche, plusieurs assurances privées et définitivement Medicare et Medicaid - l'Assurance publique - vont désormais payer l'opération, mais aussi les 90 jours après sa réalisation. Cette nouvelle option est très transformatrice pour les prestataires. Son caractère intégrateur les oblige à travailler ensemble pour réaliser l'acte, plus tout ce qui doit se passer dans les 90 jours suivants en réhabilitation, en soins de santé primaire et en adhésion du patient à ses soins. Ce même dispositif prend forme maintenant pour beaucoup d'autres pathologies.

Les nouvelles technologies s'intégreront beaucoup plus rapidement là où s'opèrent des réorganisations autour des systèmes locaux de santé. Le médecin solo, c'est fini. Les praticiens et les autres professionnels de santé se regroupent. Les Américains appellent cela « Medical home » et vous « Maison de santé », financés par le dispositif national de santé ou par une assurance. Ces regroupements s'opèrent aussi au niveau des hôpitaux, en confortant les relations avec les centres de santé, pour prendre en charge la population d'un territoire sur la base d'une généralisation de l'usage des nouvelles technologies.

L'efficacité de ces nouveaux dispositifs se mesure très concrètement et leur mise en œuvre effective s'impose désormais.

La toute récente évaluation réalisée aux États-Unis des organisations locales de Santé enregistre -11% d'hospitalisations et -16% de visites aux urgences et constate la priorité donnée au développement technologique, à la proactivité, à l'organisation de la stratification du suivi de la population et au développement communautaire. Le coût de prise en charge d'un patient actif est de 8% à 21 % moins élevé que celui d'un patient passif. Ces réformes peuvent naturellement être conduites peu à peu, mais avec le risque de devoir les imposer en urgence dans huit ans. Je pense donc profondément qu'il est préférable de s'inscrire dans un plan à dix ans et de le mettre en œuvre dès à présent.





POUR UNE CO-CONSTRUCTION TERRITORIALE

Roland MICHEL



Conseiller stratégique santé

L'implication de tous les acteurs constitue une clé déterminante de la réussite de la transition de notre système de santé

Les enjeux posés par la stratégie nationale de santé ont fait leur chemin dans les esprits.

Jamais les professionnels n'ont été aussi proches dans leurs analyses des besoins et des solutions à adopter. Face aux défis de santé s'affirme désormais une vision partagée des nouvelles organisations vers lesquelles nous devons tendre : priorité aux parcours de soins, approche territoriale, maintien à domicile. Les outils mis en œuvre dans la nouvelle Loi de Santé vont dans ce sens au travers de la création des CPTS⁽¹⁾, des PTA⁽²⁾ et des CHT⁽³⁾. Ces professionnels sont également convaincus que les relations avec leurs patients se transforment et que le degré croissant de culture et d'information de ces derniers les conduit désormais à un échange équilibré sur les décisions thérapeutiques.

C'est au plus proche du terrain, dans les territoires, que cette vision partagée peut se concrétiser.

Cependant, même s'il existe un consensus sur le but à atteindre, il peut exister des désaccords sur la façon d'y parvenir. Rien, en effet, n'est acquis de ce point de vue et le risque premier est que chacun y aille à sa façon, en fonction de ses propres logiques, tant notre système demeure éclaté. Cloisonnement, cultures différentes en sont à la base, sans compter les multiples soupçons et malentendus liés à la mise en œuvre de la Loi. On pourrait perdre beaucoup de temps à ce jeu-là, alors que dans la réalité de chaque territoire, Public et Privé se complètent pour garantir l'accès aux consultations de spécialité ; l'éligibilité des patients à l'ambulatoire et au maintien à domicile passe par une coopération étroite entre professionnels du sanitaire, du social et du médico-social et les outils de partage de données et de coopération constituent un gain potentiel de temps et d'efficacité considérable. L'élaboration d'un projet et d'un contrat de territoire partagés sont possibles au regard de tels constats.

Cela implique d'adopter une méthode de coconstruction entre tous les acteurs.

Beaucoup repose sur la manière dont les ARS vont aborder ces transformations et du cadre qu'elles vont définir pour

leur mise en œuvre. L'élaboration des nouveaux Plans Régionaux de Santé (PRS) constitue une remarquable opportunité de production des repères nécessaires aux acteurs de terrain. La taille des nouvelles régions incite à développer la subsidiarité du système. Un dialogue accru sur les finalités et les modalités de mise en œuvre de la transition avec les Fédérations et Unions Régionales peut largement y contribuer, en veillant à n'oublier aucun acteur. A cela doit s'ajouter un véritable échange sur les enjeux sanitaires et sociaux avec les grandes collectivités territoriales et les associations de patients.

L'Etat et l'Assurance Maladie doivent conforter les conditions favorisant la transition.

Sans les aborder sur le fond, car elles feront l'objet d'une approche complète dans le prochain cahier du Cercle, en lien avec les préoccupations des citoyens et des patients, trois d'entre eux doivent être évoqués d'ores et déjà. D'abord le temps donné aux acteurs pour concrétiser cette transition en évitant toute tentation de vouloir accélérer le processus de changement, voire de l'imposer, pour satisfaire des objectifs de court terme. Ensuite, la latitude accordée aux ARS pour conduire ces transformations en fonction des différentes spécificités territoriales, tout en garantissant une cohérence d'ensemble, à partir d'un cahier des charges clair. Enfin la bonne adéquation et la garantie des moyens, dans la durée, pour conduire cette démarche d'innovations à la fois organisationnelles et technologiques, supposant le développement de nouveaux modes de rémunération des professionnels et nécessitant une véritable fongibilité des enveloppes entre sanitaire, social et médico-social, tout autant qu'un décroisement des différentes professions. Ces facteurs de blocage devront être levés tôt ou tard et c'est parce que le chantier est vaste, que ces questions, déjà posées, doivent l'être à nouveau.

(1) Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

(2) Plateformes Territoriales d'Appui

(3) Communautés Hospitalières de Territoire

Réagissez sur notre compte Twitter : @NumeriqueSante



Le Cercle des Décideurs Numérique et Santé a vocation à faire travailler ensemble industriels, acteurs de santé, institutionnels et relais d'opinion sur une plateforme commune au-delà du portage politique. Avec une ambition : accompagner l'émergence d'une filière industrielle d'excellence, qui réponde aux enjeux de santé publique, de sécurité, de pérennité et de création de valeur économique. Nous sommes engagés depuis février 2012 dans l'animation d'une communauté d'idées et de réflexions autour de la transformation du système de santé.



[Rejoignez le Cercle des Décideurs sur le groupe Numérique & Santé sur LinkedIn](#)

Retrouvez des interviews exclusives "le regard des acteurs de la santé" sur la chaîne Youtube Numérique et Santé by Care Insight