

Les Cahiers du Cercle des Décideurs NUMÉRIQUE & SANTÉ

EDITO La transition du système de santé est portée par la révolution du numérique. Elle est engagée et les acteurs nous l'ont dévoilée au fil des auditions. Cependant elle s'ignore à elle-même, tant elle n'est ni le fruit d'un élan collectif, ni davantage d'un élan national. Elle est la rencontre des technologies

avec la communauté des professionnels. Elle peut devenir la rencontre de la technologie avec les patients, portée par le secteur assurantiel et autres corporate. L'usage est au cœur de son succès, dès lors qu'il améliore la qualité et la sécurité des soins et résout les difficultés des patients. Professionnels et industriels s'accordent à penser qu'elle passera moins par la loi et la réglementation que par la pratique et la rencontre de l'intérêt à agir des acteurs.

C'est un travail de dentelle et de toile à tisser au niveau territorial, qui nécessite d'une part un pilotage, une vision, un encadrement et de dialoguer avec tous. Pourquoi chaque français ne possède-t-il pas une carte d'assurance maladie personnelle ou un identifiant donnant accès au suivi de son état de santé ? Pourquoi les infirmières à chaque étage d'un hôpital ressaisissent-elles, pour un même patient, un énième dossier ? Que de talent et de temps perdu ! Nos voisins font des progrès remarquables en termes d'espérance de vie, comme l'Espagne et l'Italie, qui nous sont passés devant en 2013*, alors qu'ils ont des taux de natalité inférieurs au nôtre. Si on les interroge, ils répondent que l'organisation régionalisée a facilité la création des dossiers patients informatisés et l'émergence des pratiques professionnelles innovantes. Chaque fois, l'écosystème industriel régional s'en est trouvé renforcé. Nous souhaitons que les politiques se saisissent du futur de la santé et c'est pour cela que nous portons ce débat à l'Assemblée Nationale le 6 décembre, tant dans sa dimension territoriale, d'accès aux soins et de réorganisation, que dans sa dimension industrielle, de développement de nouvelles industries, en lien avec ces réorganisations. Derrière les gains d'efficacité attendus, la cohésion sociale demeure au centre du dispositif et l'humain le gage de son excellence.

Solange MENIVAL
Présidente
du Cercle des Décideurs Numérique & Santé

* Panorama de la santé de l'OCDE 2015 - L'espérance de vie.

Transition du système de santé

L'Etat et l'Assurance Maladie au pied du mur

Page 2

La transition
par une nouvelle
régulation
avec les
professionnels
en région

Page 4

Les innovations
territoriales

Page 7

Le point de vue
politique de
Jean-Louis Touraine

Page 8

Un modèle
en quête
d'efficacité

LA TRANSITION PAR UNE NOUVELLE RÉGULATION AVEC LES PROFESSIONNELS EN RÉGION

Solange MENIVAL



Présidente
du Cercle des Décideurs
Numérique et Santé

L'Etat et l'Assurance Maladie : comment passer du droit formel au droit réel ?

Nos principes républicains font de l'égalité d'accès aux soins un principe régalien institutionnalisé par la création de la Sécurité Sociale en 1945. Cette égalité en droit est aujourd'hui battue en brèche par l'égalité réelle, qui au contraire des principes énoncés, voit les inégalités de santé augmenter⁽¹⁾. La traduction dans les statistiques est glaçante : la France a régressé en termes d'espérance de vie, elle est très mal classée en termes de mortalité prématurée, d'inégalités sociales de santé, et d'individus – en particulier les jeunes – perdus dans la nature sans carte vitale. Nous sommes au seuil de l'explosion démographique des seniors.

L'arrivée massive des maladies chroniques est une bombe à retardement. L'ONU s'inquiète de la pénurie de professionnels de santé à l'horizon 2030 et l'Union Européenne de la soutenabilité économique des politiques de solidarité. Cette dernière ne parvient pas à greffer ses travaux sur la politique de santé d'avancée en âge (active-ageing, healthy-ageing) dans les programmes politiques des nations. Et pour cause, partout en Europe, ce sont les Régions et autres Landers qui en ont la charge. Aucun pays à plusieurs dizaines de millions d'habitants, à part la Chine, ne pilote à lui seul les politiques de santé, par le menu de règlements en silos, de financements cloisonnés, et de détails des protocoles. Par contre, les gouvernements régionaux, très actifs à Bruxelles, se sont emparés de ces défis. Que ce soit au Sud, l'Espagne, l'Italie, ou au nord, l'Ecosse, l'Ulster, la Scandinavie, mettent en œuvre des réformes importantes, toutes basées sur la réorganisation des soins primaires, par une politique de soins intégrés, en se saisissant à bras-le-corps des outils numériques, comme d'une opportunité de suivi des patients, d'outil de prévention, d'analyse et de recherche. L'Irlande du Nord vient de voter un projet de réforme, préparé par un panel d'autorité présidé par Rafael Bengoa⁽²⁾, et dont la ministre de la santé Michèle O'Neil a déclaré partager la vision. Cette réforme est basée sur une politique du résultat attendu pour le patient, soucieuse de n'en laisser aucun au bord du chemin, co-construite avec les professionnels, avec des allers et retours vers les autorités régionales, pour

une décision partagée. La reconnaissance des autorités en la capacité des professionnels, sur le terrain, à être les mieux placés pour capter les changements démographiques, sociaux, culturels et technologiques et à proposer les changements et les transformations à opérer, est fondamentale pour enclencher la transition du système de santé. Quatre indicateurs de résultats ont été choisis : la satisfaction des patients, la satisfaction des professionnels, le rendu à la population et l'efficacité.

La vision et le pilotage à une tête ont fait l'objet de recommandations claires depuis 10 ans, que ce soit dans les rapports du CAE⁽³⁾ ou du HCAAM⁽⁴⁾. La Stratégie Nationale de Santé, issue du rapport Cordier⁽⁵⁾, devait le mettre en œuvre. Mais la politique a ses frilosités. Et même s'il est convaincu de l'intérêt majeur à réformer en ce sens, ce pilotage devrait donner beaucoup plus d'autonomie et de moyens aux ARS. Elles-mêmes devraient ainsi s'appuyer sur les pratiques collaboratives. Mais cela suppose une nouvelle déclinaison de la subsidiarité entre le niveau central et les différents échelons territoriaux. De fait, l'Etat et l'Assurance Maladie ne réforment pas, ils modernisent à petit pas. Souhaitons que le DMP, dont la renaissance est confiée à l'Assurance Maladie, devienne un véritable outil de santé. Sans lui, l'égalité des droits formels devient un frein à l'égalité des droits réels.

Regardons la réalité des inégalités en face et faisons-nous confiance. Le Japon demande aux nouvelles générations de professionnels de réfléchir, sans à priori et en faisant table rase des situations établies, à de nouvelles organisations de santé. Dans son dernier ouvrage, le Professeur Laurent Degos⁽⁶⁾ nous invite « à sortir de la politique prudentielle, à s'intéresser aux comportements plus qu'aux règles, à la dynamique plus qu'à la vision statique à un moment donné ». Tout changement comporte des risques. Ils sont ici politiques. Mais à bien y regarder, que pèsent-ils aujourd'hui, face à la vie ou la perte de chance de nos concitoyens, et demain, face au tsunami du vieillissement ?

1) IRDES, Pratiques spatiales d'accès aux soins, rapport 564 Oct 2016

2) Rafael BENGEOA, Systems, not Structures : Changing Health & Social Care

3) Note CAE, N°8 Pour un système de santé efficace

4) Rapport HCAAM, Rapport annuel 2012

5) Alain CORDIER, Un projet global pour la Stratégie Nationale de Santé, juin 2013

6) Laurent DEGOS, Quelle politique de santé pour demain ? edt Le Pommier 2016.

10 recommandations pour réussir la transition

La transformation de notre système de santé s'impose face aux défis du 21^e siècle. Elle suppose de conduire avec détermination une transition qui lui permette de gagner rapidement en efficacité tout en visant à améliorer l'état de santé de tous.

■ **1 - Faire de la santé une priorité partagée** en organisant une concertation nationale visant à évaluer l'état d'avancement de la stratégie nationale de santé, à s'accorder sur les buts à atteindre, les priorités d'actions et le pilotage du dispositif mis en œuvre.

■ **2 - Renforcer la place du patient et du citoyen** dans les décisions concernant sa prise en charge, l'évaluation de son expérience de soins et des technologies de santé utilisées dans son parcours thérapeutique.

■ **3 - Se doter de nouveaux indicateurs de suivi** comme outils d'amélioration du système de santé et de son organisation, s'appuyant conjointement sur la satisfaction des patients, l'amélioration de l'état de santé de la population, l'efficacité du dispositif de soins et la satisfaction des professionnels.

■ **4 - Créer les conditions d'un suivi individuel de chaque patient** et d'un usage performant des données de santé permettant de rendre plus efficace leur prise en charge individuelle et collective et de développer la prévention primaire et secondaire, par une généralisation de l'usage du DMP et un accès ouvert aux données du SNIIRAM.

■ **5 - Lever les obstacles aux innovations organisationnelles** en décloisonnant les professions sanitaires, sociales et médico-sociales ; en favorisant le développement des pratiques avancées ; en encourageant des conditions d'exercice collectif et pluriprofessionnel adaptées au suivi et à la prévention des maladies chroniques par des modes de rémunération adaptés et ouvrir pleinement les conditions d'usage de la Télémédecine et de la Télésanté.

■ **6 - Penser la gouvernance au plus près des territoires** en donnant aux ARS, en étroite concertation avec les collectivités territoriales, les moyens de conduire efficacement le tournant ambulatoire et de développer une véritable politique de prévention, s'appuyant notamment sur la mise en place d'ORDAM, la fongibilité des enveloppes entre sanitaire, social et médico-social et des possibilités de conventionnement régional.

■ **7 - Instaurer une véritable politique prévisionnelle de gestion des métiers et des compétences** pour les professions médicales, tout autant que soignantes, sociales et médico-sociales, passant par la création de passerelles entre professions, la mise en œuvre d'un dispositif performant de formation et d'adaptation des compétences et l'encouragement à la réalisation de parcours internationaux.

■ **8 - Développer la recherche clinique en santé primaire** autour d'une prise en charge globale de la santé individuelle et collective, prenant en compte la situation sociale, le niveau éducatif et les conditions générales de vie de la population.

■ **9 - Constituer un fonds de transition** public-privé d'innovations en santé portant les projets stratégiques et les investissements d'infrastructures au niveau national, avec des déclinaisons régionales pour accompagner le développement territorial.

■ **10 - Faire de la France un leader mondial dans le champ de la santé** par une anticipation et un rythme d'adaptation continu de son système de santé aux innovations impactant la prévention et la prise en charge des patients, lui permettant d'être reconnue par ses performances, la qualité de sa recherche et de son développement industriel.

Le Cercle des Décideurs Numérique et Santé présente ses propositions au colloque parlementaire qu'il organise le 6 décembre 2016 avec le soutien spécial de





LES INNOVATIONS TERRITORIALES

Face au virage ambulatoire, nous devons penser différemment le système de soins

Monique CAVALIER



Directrice Générale de l'ARS Occitanie

Notre système de santé doit relever un défi majeur, celui qu'on ne soigne plus aujourd'hui comme on soignait hier. Grâce aux performances de la médecine les malades vivent plus longtemps, des maladies autrefois foudroyantes se transforment en maladies chroniques et on est en capacité de soigner les patients avec plus d'efficacité. Mais le résultat est évidemment que la demande de soins ne cesse de croître et qu'elle s'exprime différemment, au travers de patients chroniques plus nombreux, plus âgés. Nous nous trouvons désormais confrontés, de ce fait, à de nouvelles problématiques en matière de pratiques médicales. Le « virage ambulatoire » qui est au cœur de la logique d'évolution des pratiques d'aujourd'hui et qui répond à l'aspiration de nombre des malades, impose aux équipes soignantes de faire face à une rotation des patients sans commune mesure avec ce qu'elle était il y a quelques années. Si on conçoit donc que le soin est devenu différent, il doit aussi s'inscrire désormais dans un système de prise en charge qui se pense différemment. Pour permettre à ces soignants de travailler de manière efficiente, nous devons organiser un système ambulatoire, partant du premier recours, qui prépare le séjour, accompagne le patient et organise sa sortie. La question de la coordination des soins dans le parcours du patient est aujourd'hui centrale. D'autant qu'il est

anormal de parler de parcours au singulier, parce qu'il y en a autant que de pathologies, de territoires, de séquences et de besoins diversifiés des malades aux plans social et médico-social. Enfin, le fonctionnement du système de santé est complexe, et c'est aussi perturbant pour les professionnels de santé que pour les patients de faire face à cette accélération et à cette diversité. Aujourd'hui on doit organiser des parcours « ville hôpital ville » avec des services et des prestataires nombreux qui doivent être coordonnés entre eux.

L'un des grands enjeux des nouveaux projets régionaux de santé est donc de rendre lisible et opérationnel ce nouveau système pour les professionnels et les usagers. On peut s'appuyer pour cela sur différents leviers donnés par la Loi de modernisation de notre système de santé. En premier lieu le déploiement des plateformes territoriales d'appui autour de la coordination de la prise en charge des cas complexes. S'agissant des systèmes d'information, cela nécessite par exemple la mise à disposition d'outils de messagerie sécurisée. Autre exemple, la convergence des systèmes d'information au sein des GHT, en veillant à ce qu'ils restent ouverts aux liens avec les autres acteurs du territoire. Enfin la mise en œuvre effective du DMP permettant de disposer d'un véritable outil de coordinations des soins, de suivi et d'implication des patients.

La révolution de la santé appelle un Ségur de la santé

Didier TABUTEAU



Responsable de la chaire Santé de Science-Po et co-directeur de l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes

Le numérique accompagne la transformation en cours du système de santé. Le DMP, dossier médical personnel, devenu partagé, en est le symbole. « L'intelligent device » ne changera pas la relation à la santé, l'inquiétude ou l'angoisse face à la maladie. En 2030, on ira toujours voir son médecin. La relation humaine et le colloque singulier sont à la base de la bonne médecine. Mais l'information médicale bouleverse la médecine, les exercices professionnels, les modes de régulation du système. Notre système de santé doit s'adapter à ces ruptures scientifiques ou technologiques, aux attentes des populations, aux exigences de la démocratie sanitaire. Or nous évoluons dans une logique gestionnaire, fondée sur une gouvernance dichotomique. On a toujours projeté les moyens, au lieu de se projeter dans les finalités. Depuis des décennies, la régulation se fait par elle,

avec d'un côté l'offre hospitalière, régulée par l'Etat et les ARS, et l'offre libérale, de la médecine, régulée par l'Assurance Maladie.

Je propose l'organisation d'un Ségur de la Santé. Nous devons mettre tous les acteurs autour de la table pendant plusieurs mois. On doit se fixer des objectifs volontaristes à cinq, dix et quinze ans. Imaginer et reconstruire le système ensemble, tous les acteurs de la santé réunis. Pour commencer, il faut poser la question du rôle de chacun, d'un système bâti autour des besoins des personnes. Et pour le financement, avoir pour objectif de sortir de la dualité historique et dépassée : Sécurité sociale/complémentaires.

Une véritable assurance maladie pleinement universelle, voilà un beau sujet de débat pour les prochaines années !

Il existe un consensus sur les orientations majeures qui doivent guider la transition de notre système de santé

La transition du système de santé est un sujet à la fois crucial et paradoxal, tant il suscite d'un côté des débats vifs et inflammables, alors qu'il existe en même temps un consensus assez évident sur les orientations majeures qui doivent guider cette transition. Notre premier enjeu est de résoudre l'écart entre la performance de notre système de soins et celui de notre système de santé. Si la France dispose, en effet, d'un des systèmes soignants les plus performants de l'OCDE, son système de santé, quand on réintègre la question des facteurs de risque et de leur prévention, la situe très loin des premières places. Le deuxième enjeu est de passer d'une médecine de soins aigus à une médecine de parcours et d'une organisation cloisonnée à un système coordonné. Quant au troisième enjeu, il est de favoriser l'innovation et l'efficacité qui, au-delà du développement de

l'usage des nouvelles technologies, passe par un meilleur partage des données de santé, le développement des dynamiques territoriales et la nouvelle place prise par les patients. Ce dernier sujet est déterminant pour l'avenir, tant pour les patients eux-mêmes que pour que le système parvienne à trouver des réglages

de régulation satisfaisants.

Comment relever ces enjeux et trouver les bons chemins permettant d'atteindre les buts que nous fixons ? De ce point de vue, il faut d'abord s'interroger sur les facteurs de rigidité ou de conservatisme de notre système qui font que malgré cet accord sur la vision, on avance assez lentement. Le premier constat est que cela n'est pas dû à un problème de sous-financement. Avec 11% du PIB consacré aux dépenses de santé et une couverture de prise en charge de l'ordre de 78%, stable dans la durée et prenant très bien en compte le risque lourd, la France est bien placée parmi les nations européennes. Par contre, comme tous les autres pays, la difficulté principale à laquelle elle se trouve confrontée tient à un rythme naturel d'augmentation des dépenses de santé de l'ordre 4%, soit 8 milliards d'euros par an, dû au vieillissement, à l'augmentation de l'espérance de vie et au développe-

ment des maladies chroniques. L'enjeu qui est le nôtre est de parvenir à maintenir cette évolution à un niveau économiquement soutenable de 2% par an.

Nous agissons pour cela sur les deux leviers de régulation qui sont à notre disposition : les prix et les volumes, sachant que nous avons en France une tendance à agir plus sur la baisse des prix que des volumes. Or quand on serre les prix on engendre forcément une pression sur les acteurs du système de santé et des conditions d'exercice plus difficiles qui peuvent provoquer de leur part des rigidités et des blocages vis-à-vis de l'innovation dans les pratiques et les organisations. Mais ces freins tiennent aussi aux acteurs publics. En cause tout d'abord des outils nationaux et régionaux de rémunération conventionnels mono professionnels qui rémunèrent des individus et des actes et de façon encore trop limitée des

parcours et des activités pluri professionnelles. Le découpage en Sous Ondam ne prévoit, par ailleurs, aucun instrument de financement transversal, à l'exception du FIR, qui est un bon outil, mais qui est saturé par l'appui à l'équilibre financier des hôpitaux au détriment des innovations organisationnelles en région. Or il

n'existe à ce jour aucun relais de financement des innovations au niveau national. Enfin on constate parfois des délais importants entre la décision législative de mener une expérimentation et sa mise en œuvre effective.

Il est donc clair qu'il reste encore à investir dans notre système de santé des gisements d'efficacité tout à fait considérables autour de la réalisation du juste soin, à partir de la bonne prescription et de l'amélioration des parcours et des prises en charge. Les innovations dans les pratiques et des organisations en constituent des facteurs clés. Il n'est pas besoin pour cela de Big bang institutionnel. Il suffit de dégager dans l'ONDAM une capacité de financement expérimentale à même de prendre le relais de l'innovation territoriale et de rendre globalement nos outils de financement plus souples pour des expérimentations.

Nicolas REVEL



Directeur Général
de la CNAMTS et de l'UNCAM





LES INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES

Les infirmières de pratiques avancées, véritable levier de la médecine de parcours complexes

Valérie BERGER



Infirmière Ph.D
Coordinatrice de recherche
en sciences infirmière

La loi de modernisation du système de santé donne l'opportunité aux soignants d'impulser de nouvelles organisations de soins pour répondre aux problématiques sociétales liées au vieillissement de la population, à l'évolution des maladies chroniques, à la pénurie médicale mais aussi aux enjeux économiques. L'article 119 de cette loi permet aux auxiliaires médicaux de relever ces défis en légitimant la pratique avancée dans le cadre d'activités en lien avec l'orientation, l'éducation, le dépistage, mais aussi des actes d'évaluation... Il s'agit là d'un véritable levier pour répondre aux besoins de santé de la population avec qualité, efficacité, sécurité et efficience. Les pratiques avancées se sont développées dans différents pays et ont montré un réel impact en termes de santé publique. On peut citer l'exemple des gestionnaires de cas, ayant pour rôle d'assurer la coordination de situations complexes de patients et permettant une diminution des recours aux urgences, aux hospitalisations et donc une diminution des coûts⁽¹⁾. En France, de nouvelles organisations de soins ont été mises en place, comme l'infirmière de coordination en cancérologie ou en gériatrie avec un réel intérêt mais qui doivent être évaluées dans le cadre de recherches.

(1) Hudon et al. Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review. *BMJopen*. Nov. 2016.

Le cœur des métiers infirmiers en fait des acteurs du soin à part entière. Leur raisonnement et leur leadership clinique les amènent à assurer une continuité des soins centrée sur la personne soignée dans sa globalité. La spécificité de cette profession est d'identifier les situations complexes et ainsi, en collaboration avec l'équipe médicale, de faciliter les orientations et les parcours de soins des patients. Ils ont un rôle complémentaire et indépendant de celui du médecin, qui favorise la santé de la population dans une posture respectueuse. Les universités commencent à s'y impliquer au travers de la mise en œuvre d'un dispositif de formation conduisant à un diplôme en pratique avancée, visant à développer les compétences requises à l'exercice de cette nouvelle fonction, comme le précise l'article 119. Il s'agit d'une véritable opportunité pour installer la discipline en Sciences Infirmières en France, développer les connaissances et les compétences nécessaires à cet exercice et promouvoir la recherche dans la pratique infirmière, notamment pour la promotion de l'évidence Based nursing (EBN) et l'articulation entre la pratique et la recherche.

Jean-François THÉBAUT



Membre du collège de la HAS
Président de la CEESP

“La vraie révolution est dans la capacité à faire émerger de nouveaux usages”

En Europe et en France, en particulier, où la santé est théoriquement complètement régulée, on constate pourtant tous les jours que l'on peut se retrouver projeté dans un nouvel univers où l'usage des nouvelles technologies peut échapper à la régulation. On croit vivre une révolution technologique, mais ce n'est pas toujours le cas. Le plus souvent ce sont les usages qui révolutionnent la pratique. L'exosquelette, comme le fauteuil électronique intelligent, c'est de la technique. Le quotidien et le confort des patients en sont transformés, mais pour autant, ce n'est pas une révolution, c'est une avancée technologique. La vraie révolution est dans la capacité à faire émerger des usages nouveaux grâce à l'utilisation de technologies convergentes.

C'est aussi le cas pour les innovations organisationnelles. Le développement de nouvelles relations entre les professionnels de santé, les patients et les différents acteurs, parfois hors du monde de la Santé, est à la base de la transformation des soins. Chaque territoire se maille de nouvelles relations entre acteurs, lesquels deviennent de plus en plus autonomes. Jusqu'à aujourd'hui, ces relations étaient très hiérarchisées avec le médecin traitant ou l'hôpital, au centre du dispositif. Cependant, le développement des applications pour les soins paramédicaux fait que de nouvelles organisations émergent et échappent aux médecins qui ne contrôlent plus tout le parcours du patient. Grâce au numérique, on voit que les acteurs peuvent devenir autonomes. De même pour les données de

santé. La question est de savoir comment passer de la donnée à la connaissance ? Par exemple, le Docteur Fabrice Denis a mis au point un algorithme capable d'intégrer plusieurs critères cliniques de surveillance du cancer du poumon. A partir du suivi, si un critère vire à l'orange ou au rouge, on déclenche un acte d'imagerie. Les résultats obtenus sont remarquables. On obtient ainsi près de 25 % d'allongement de la durée de vie, grâce à une détection plus précoce des récidives, mais aussi une réduction du nombre de scanners, réalisés sinon systématiquement à date fixe. Ainsi cette application ingénieuse devient un outil efficace. Avec les objets connectés, cela peut se révéler plus efficace en prévention secondaire, qu'en prévention primaire, dès lors qu'une maladie est connue ou pour le suivi des maladies chroniques.

Ces innovations ont besoin d'un cadre global inscrit dans une réflexion systémique, d'une régulation et d'une autorité pour évaluer la qualité, l'équilibre économique ainsi que les critères fondamentaux de l'éthique médicale : bienveillance, non-malveillance, justice et respect de l'autonomie du patient. Cette autorité peut être confiée aux ARS, avec un cadre national renforcé, mais plus d'autonomie. Seul un nouvel équilibre, avec un pouvoir central renforcé et une régionalisation plus forte, donnera au système la capacité à faire émerger de nouvelles organisations, avec des outils plus sûrs, plus efficaces et adaptés aux besoins des patients, notamment au niveau territorial.

LE POINT DE VUE POLITIQUE DE JEAN-LOUIS TOURAINÉ

Les Cahiers
du Cercle des Décideurs
6 NUMÉRIQUE & SANTÉ

7

Notre défi est de passer de la prise en charge des maladies chroniques à des maladies que l'on évite ou que l'on guérit

Nous devons envisager l'horizon lointain pour conduire la phase intermédiaire

D'où venons-nous et vers quoi nous dirigeons-nous à terme ? Une rétrospective rapide fait apparaître que nous sommes passés, depuis le milieu du 20^e siècle, d'une médecine moins efficace et moins scientifique qu'aujourd'hui, à une phase thérapeutique beaucoup plus performante, à même de traiter des maladies mortelles et de permettre à des patients de continuer à vivre dans le meilleur état possible, même s'ils ne sont pas guéris. Les exemples du SIDA et de divers cancers illustrent ce passage de maladies mortelles en maladies chroniques. Nous avons pu nous appuyer pour cela sur le développement de notre système de solidarité nationale. L'amélioration des conditions générales de vie et cette meilleure efficacité médicale nous confrontent aujourd'hui à une situation démographique, mais également économique, totalement nouvelle. Notre espérance de vie a doublé en un siècle, alors que cette augmentation de la longévité va de pair avec le développement des maladies chroniques et nous oblige à consacrer des ressources croissantes à la prise en charge des affections de longue durée. Cette révolution sociétale nous pousse à relever de nouveaux défis et nous fait changer de paradigme.

Il s'agit désormais de passer des maladies chroniques à des maladies que l'on évite ou que l'on guérit. L'hépatite C est l'exemple d'une maladie que l'on sait désormais guérir. Avec l'évolution de la biologie moléculaire, des biotechnologies, de la thérapie génique, de l'immunothérapie, les maladies susceptibles d'être guéries seront plus nombreuses. Notre cible c'est l'épanouissement de la vie et sa traduction concrète par la réduction de la chronicité des maladies et le développement d'une vie sans dépendance. Si les innovations scientifiques peuvent largement y contribuer, le développement de la prévention est aussi important. Nos modes de vie peuvent changer en mieux et notre maintien en bonne santé dépend d'abord de notre proactivité individuelle et collective.

Les facteurs sociaux, culturels et éducatifs jouent un rôle déterminant dans notre maintien en bonne santé. Ce qui veut dire aussi que les facteurs de risque se multiplient en fonction des niveaux de pauvreté. Le manque de valorisation de soi-même, l'absence de possibilités de projection dans le futur, une défaillance de capacité d'usage du numérique peuvent constituer autant d'obstacles préjudiciables à notre état de santé en ce début du 21^e siècle. Le lien entre sport et santé est par exemple

patient, ce qui se traduit concrètement par le fait qu'une femme opérée d'un cancer du sein a deux fois moins de risque de récurrence si elle pratique une activité sportive. Mais au-delà de la dimension sociétale et de notre environnement de vie, le progrès scientifique peut nous permettre, là encore, de franchir de nouvelles étapes vers le futur de la santé. Face à notre degré de probabilité de développer des maladies futures, la médecine prédictive nous ouvre la possibilité de les anticiper et d'empêcher qu'elles surviennent. Cela nécessite notamment une réelle ouverture de l'accès aux données de santé, mais cela pose aussi la question de l'égalité d'accès de tous à ces nouvelles pratiques médicales.

Nous devons développer désormais une prise en charge globale. Cela suppose de construire une autre organisation du système de soins et de passer à de nouvelles pratiques beaucoup plus collectives et décloisonnées. Un médecin « coach » de la santé s'appuyant sur des compétences pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Les jeunes générations aspirent

Jean-Louis TOURAINÉ



Député,
Vice Président de la FHF



à un exercice médical plus collectif. Gagner en efficacité, se poser la question du service rendu au patient, éviter le gaspillage des ressources au regard de tâches ou d'actes qui peuvent être délégués. Garder les valeurs du serment d'Hippocrate dans lequel le bien du malade, au physique et au moral, est la priorité du médecin. Refuser que la technique prenne le pas sur l'humain. Les modes de rémunération à l'acte et à l'activité ne sont plus réellement adaptés à ces pratiques et à ces organisations nouvelles et doivent être profondément repensés.

Plus qu'une réforme, c'est donc bien dans une transformation de notre vision de la santé dans laquelle nous devons nous engager.



UN MODÈLE EN QUÊTE D'EFFICIENCE

Roland MICHEL



Conseiller stratégique santé

La transition du système de santé a besoin d'un coup d'accélérateur

Il n'est plus l'heure de constater que nous sommes en retard, il est temps de le rattraper et de s'attacher à reprendre l'avantage.

Si face au défi du vieillissement et de la chronicisation des maladies, on peut se féliciter de la convergence de vision de tous les acteurs sur les transformations que nous devons opérer, cette condition n'est pas suffisante. Elle doit se traduire concrètement, partout dans les territoires, à un rythme qui nous replace, d'ici 2025, dans le peloton de tête des pays qui sont parvenus à développer une véritable efficacité de leur système de santé. C'est-à-dire être déjà largement engagés dans la traduction de l'ambition, si bien posée par Jean-Louis Touraine, « de passer de la prise en charge des maladies chroniques à des maladies que l'on prévient ou que l'on guérit ». Se mettre en mesure de relever cet enjeu est déterminant à double titre. C'est en premier lieu le moyen le plus pertinent de sortir de la spirale infernale d'une augmentation naturelle de la dépense, à laquelle nous ne sommes durablement pas en mesure de faire face. C'est en second lieu un élément majeur nous permettant de préserver la maîtrise de notre système de santé face aux ambitions des GAFAM. C'est pour cela que nous devons donner un coup d'accélérateur à la conduite de la démarche de transition dans laquelle nous sommes engagés. Sinon nous risquons clairement de continuer à régresser et à remettre en cause les acquis de notre système de protection sociale, comme certains commencent à la préconiser.

Lever les freins qui ralentissent la conduite de la transition implique d'agir d'abord sur la gouvernance du système.

Dans tous les grands pays d'Europe, au nord comme au sud, la dynamique de transformation s'est opérée à partir des régions, en mobilisant les acteurs autour de la spécificité des besoins de santé de leurs populations. Alors que la France vient de réaliser sa réforme régionale, en constituant des entités territoriales de dimension européenne, nous restons dans la demi-mesure et ne parvenons pas à faire réellement jouer la subsidiarité, en permettant aux Directeurs Généraux d'ARS, en concertation étroite avec les

collectivités territoriales, de disposer concrètement des marges de manœuvre nécessaires pour conduire le tournant ambulatoire, construire des parcours de soins et développer de véritables politiques de prévention. Le manque de fongibilité des enveloppes entre sanitaire, social et médico-social, l'absence d'ORDAM et de possibilité de négociation et de conventionnement régional avec la médecine libérale, empêchent de faire des schémas régionaux de santé une véritable politique régionale, dont la mise en œuvre puisse être partagée par tous les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social. Ces obstacles doivent être levés dans les plus brefs délais, car si nous n'avons qu'une seule stratégie nationale de santé, dont les finalités et les principes s'imposent à tous, sa mise en œuvre nécessite une adaptation aux spécificités des régions et des territoires qui composent notre pays.

S'il existe de grands espoirs dans la mise en œuvre des outils numériques, encore faut-il que les conditions de leur déploiement soient au rendez-vous.

Elles sont de trois ordres, opérationnel, législatif et financier. On peut d'abord espérer une généralisation du DMP, au plus tard d'ici 2020.

Personne n'en contestera l'usage, dès lors qu'il apportera une véritable valeur ajoutée pour les patients et pour les professionnels de santé. C'est l'élément central d'une meilleure efficacité du système de soins. Il faut aussi mettre fin aux réticences et aux atermoiements qui font encore obstacle au plein usage de la télémédecine et d'un accès véritablement ouvert aux données de santé, alors que nous disposons, avec le SNIIRAM, d'une source inestimable d'informations. Il faut enfin créer un fonds de transition, à partir duquel puissent se développer, dans la durée, des programmes régionaux d'investissement dans la numérique santé, tant pour le déploiement des outils, que pour la formation des professionnels de santé, du social et du médico-social. Ce dispositif peut s'appuyer à la fois sur le programme d'investissement d'avenir, mais aussi, par le biais des Conseils Régionaux, sur des fonds européens que nous pouvons mobiliser à ce titre.

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

Une publication
 Care Insight

11 rue Ampère
75017 PARIS
www.care-insight.fr

Directrice
de la publication :
Sandrine Degos

Rédaction :
Solange Ménival,
Roland Michel

Création / Réalisation :
Anatha
Imprimé en France