CRAPS

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

4 inspirations danoises



REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

4 INSPIRATIONS DANOISES

CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE SUR LA PROTECTION SOCIALE (CRAPS)

01

■□□□□□

CHAPITRE 1

AU DANEMARK, AU DÉBUT DES ANNÉES 2000, LE DIAGNOSTIC SUR L'INSUFFISANCE D'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU REGARD DE CE QU'IL COÛTE À LA NATION EST POSÉ

En 2003, le Danemark constate que l'offre de soins et l'organisation du système de santé ne sont pas satisfaisantes par rapport aux besoins de la population et ne sont pas à la hauteur des moyens qui y sont injectés. Le modèle social danois est en effet considéré comme un des meilleurs à travers le monde et la protection sociale, en grande majorité financée par la dépense publique, couvre un nombre important de risques d'ordres économique, social et sanitaire. Ce modèle est rendu possible par un taux d'imposition élevé, avec 46 % de prélèvements obligatoires

en 2017, qui n'est pas contesté par l'opinion publique.

Pourtant, les résultats ne sont pas à la hauteur. L'espérance de vie des Danois est inférieure aux moyennes européennes et ne progresse plus, et les besoins de la population évoluent avec son âge : les Danois vieillissent, et les pathologies liées à l'âge prennent donc plus de place. Le parcours de santé est difficilement lisible et les responsabilités des différents niveaux administratifs sont mal définies. La prise en charge des maladies chroniques est mal coordonnée et les résultats dans la prise en charge des cancers sont mauvais. Les urgences sont sous tension, et les soins ont recours à des technologies plus avancées qui augmentent leur qualité comme leur coût. Enfin, la vétusté des installations hospitalières est de plus en plus difficile à ignorer.

Ce constat d'inefficience du système de santé n'est pas uniquement danois, il est produit à la même époque par l'ensemble des pays développés à économie de marché.

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

La recherche d'une meilleure performance par des modes de financement différents, la déconcentration de la décision et la simplification de la gouvernance sont à l'ordre du jour notamment en Europe. En France, la réforme Hôpital de 2007 se profile.

Le Danemark est cependant distinctif dans sa démarche systémique et profonde. Le choix est alors fait de s'appuyer sur une concentration territoriale déjà en cours pour réformer en profondeur le système de santé danois en redistribuant et en précisant les rôles de chaque acteur du parcours de santé et en segmentant les responsabilités de chaque collectivité territoriale. Grâce à un fort consensus politique sur les questions de santé publique, un nouveau mode de fonctionnement et un plan d'action sont conçus et leur mise en œuvre est actée au 1er janvier 2007.

Cette réforme en profondeur, empreinte de pragmatisme, vise dans les grandes lignes à replacer le secteur primaire en première ligne afin de prendre en charge les patients

plus près de chez eux et à réduire la pression qui s'exerce sur les hôpitaux tout en mettant en valeur leur expertise, qui devient leur mission principale.

Les décisions de réorganisation sont prises selon trois principes :

1. La réforme est en premier lieu territoriale et vise à créer des entités administratives atteignant une taille critique suffisante pour mener à bien les missions qui leur seront confiées.

2. C'est ensuite une réforme de planification des soins et des spécialités médicales visant à ajuster les moyens mis en œuvre aux besoins des populations.

3. Enfin, c'est une réforme architecturale qui verra la construction de nouveaux « super-hôpitaux », plus vastes et moins nombreux que les établissements actuels, afin de regrouper les spécialistes en lien avec la planification. C'est dans ce contexte que pourra ensuite être mis en place un nouveau

P6 - CHAPITRE 1

CE CONSTAT D'INEFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ N'EST PAS UNIQUEMENT DANOIS, IL EST PRODUIT À LA MÊME ÉPOQUE PAR L'ENSEMBLE DES PAYS DÉVELOPPÉS À ÉCONOMIE DE MARCHÉ.

parcours de santé plus lisible, mieux piloté, et dans lequel le patient passera moins de temps à l'hôpital, ou loin de chez lui.

Ce parcours de soins modernisé s'articule sur trois axes :

1. La construction d'infrastructures hospitalières plus modernes et adaptées aux nouveaux besoins.

2. Une nouvelle répartition du travail entre les acteurs du parcours de santé avec un rôle plus important donné au secteur primaire, y compris pour les soins urgents, visant à ne diriger vers l'hôpital que les patients qui le nécessitent vraiment.

3. Une nouvelle régulation des urgences coordonnée par les médecins libéraux qui deviennent la porte d'entrée de l'hôpital. Cette régulation extra-hospitalière nécessitera une évolution des systèmes d'information hospitaliers afin de garantir la cohésion dans la prise en charge et de

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

donner aux praticiens régulateurs les bons renseignements pour orienter les patients.

Ce nouveau fonctionnement est en cours d'implémentation et, bien qu'il ait déjà rencontré des résultats très positifs, des ajustements sont encore nécessaires. Afin de mieux le comprendre, on peut décrire ce nouveau fonctionnement à travers six piliers.

La refonte administrative, la nouvelle répartition des rôles qui l'accompagne, et la transformation en profondeur du paysage hospitalier visent à créer un parcours de santé plus adapté aux besoins de la population et plus efficient. Le déploiement du numérique, l'accent mis sur l'information et la prévention, et le rôle de pilote du parcours des médecins généralistes, visent à faciliter la mise en œuvre et le pilotage de ces parcours et à y faire adhérer l'ensemble des acteurs ainsi que les Danois en général.

02

■■□□□□

CHAPITRE 2

LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ EST FONDÉE SUR 6 PILIERS

La réorganisation territoriale

L'idée de la réforme du système de santé, telle qu'elle a été imaginée, est née en s'appuyant sur l'opportunité d'un redécoupage administratif qui était déjà en cours de conception. La carte du Danemark est refondue, les quatorze départements sont supprimés et remplacés par cinq grandes régions et les deux cent soixante-et-onze municipalités sont réduites à quatre-vingt-dix-huit et regroupent en moyenne cinquante mille habitants chacune. L'idée derrière ces groupements relativement homogènes de communes était de créer des entités équivalentes qui pourraient être pilotées et dotées de manière similaire.

Ce nouveau découpage donne plus de poids aux collectivités territoriales et vise à décentraliser une partie de la gouvernance du système de santé pour la confier à des acteurs plus proches du terrain et des populations, tout en laissant à l'État une mission de supervision stratégique et de surveillance.

Le rôle des collectivités territoriales

Le parcours de santé et le rôle des collectivités territoriales sont alors repensés en lien avec ce nouveau découpage.

La Municipalité, entité locale d'administration de la population, devient gestionnaire de « première ligne » du système de soins. Elle est ainsi responsable :

• Des soins primaires et des soins de réadaptation, dispensés dans des centres de santé municipaux ;

• Des soins aux personnes âgées, regroupés dans des établissements semblables à nos EHPAD dont elle est propriétaire ;

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

• De la prévention, de la promotion de la santé et des missions de santé publique.

Afin de remplir ces missions, les municipalités collectent un impôt local, complété par une dotation de l'État qui vise à garantir des conditions uniformes entre les municipalités et à les inciter à mettre en place une stratégie de prévention et de promotion de la santé.

À l'échelon supérieur, les régions sont chargées de la gestion des hôpitaux et de la médecine générale libérale. Les missions des hôpitaux évoluent : une partie des soins ayant été déportée vers la ville et les centres de santé, ceux-ci ont vocation à devenir des centres de spécialité et d'expertise, dont certains seront dotés de services d'urgences destinés aux patients nécessitant réellement une hospitalisation. Ainsi, chaque hôpital voit son activité concentrée sur un nombre limité de spécialités, et les professionnels de chaque spécialité sont éventuellement redéployés en fonction de cette nouvelle répartition. Les spécialistes sont ainsi moins dispersés sur le territoire, les services de soins

sont plus grands et peuvent fonctionner plus efficacement. En limitant la liberté donnée aux hôpitaux de tout faire, elle leur a surtout permis de mieux faire.

La gestion des hôpitaux est fondée sur des projections d'activités des régions qui vont planifier le volume de soins à dispenser pour chaque spécialité médicale, de manière annuelle et pour l'ensemble de la population des régions. Cette planification globale est ensuite répartie entre les différents établissements de la région, en fonction des spécialités qui y sont développées, et avec un budget attribué en conséquence. Le directeur d'hôpital est garant de ce budget et de son exécution et en assume la responsabilité s'il ne parvient pas à le maintenir, l'hôpital déficitaire n'étant pas envisageable dans ce système. Il incombe alors aux hôpitaux de s'assurer que les patients qui leur sont adressés nécessitent effectivement une hospitalisation et que la régulation et les soins primaires ont bien rempli leurs missions.

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

Concernant la ville et la médecine générale libérale, la région prend également un rôle de planification et de supervision. Ainsi, l'installation des médecins libéraux est, quant à elle, encadrée et la région va chercher à positionner les nouveaux praticiens dans les municipalités en déficit de ressources médicales, par exemple en reprenant la place et la patientèle d'un confrère partant en retraite. Cette supervision permet à la région de constituer un maillage de médecins généralistes couvrant bien les besoins de la population, et donc par la suite d'animer la régulation des urgences qui est prise en charge par ces mêmes médecins généralistes.

Les régions sont financées par l'État et les municipalités. La grande majorité du budget des régions (environ 83 %) est une dotation fixe de l'État, qui est complétée par un financement des municipalités (environ 16 %). Ces deux dotations sont calculées de la même manière pour les cinq régions sur la base d'indicateurs démographiques visant à ce que l'ensemble de la population bénéficie du même niveau de service. En complément,

l'État verse une dotation conditionnelle (environ 1 %) qui vise à encourager les régions à promouvoir et à mettre en place le nouveau système de santé. Quatre critères sont ainsi pris en compte pour l'attribution de cette dotation conditionnelle :

• La réduction du nombre de passages à l'hôpital par habitant ;

• La réduction de la prise en charge hospitalière des patients atteints de pathologies chroniques ;

• La réduction des réadmissions dans les trente jours suivant la sortie ;

• L'augmentation du recours à la télémédecine.

Bien que cette dotation soit à la marge, presque symbolique, ces quatre critères illustrent bien l'ambition de « déshospitalisation » des Danois.

Vu cette répartition des tâches très bipolaire entre la municipalité et la région, ce

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

nouveau système paraît très décentralisé et ne semble pas laisser de place à l'État. Il ne faut cependant pas s'y tromper, le modèle est national et l'État prend alors un rôle de surveillance visant à garantir une certaine équité de moyens entre les régions, mais aussi à ce que chaque région adhère à la même stratégie et suive les mêmes ambitions, pour qu'en finalité tous les Danois bénéficient du même niveau de service et de la même qualité de prise en charge. L'État n'a pas de rôle opérationnel, mais il décide des grandes lignes stratégiques à suivre, et finance les collectivités territoriales grâce à l'impôt national pour leur permettre de participer à cette stratégie dans le cadre de la mission qui leur est attribuée.

LA RÉPARTITION DES TÂCHES EN SYNTHÈSE

	ÉTAT	RÉGION	MUNICIPALITÉ
MISSIONS AUPRÈS DE LA POPULATION	- Garantir la qualité des soins et l'équité d'accès aux soins.	- Soins aigus, spécialisés. - Urgences. - Prise en charge des maladies chroniques. - Médecine générale libérale.	- Soins primaires. - Soins de réadaptation. - Prise en charge des personnes âgées. - Prévention et santé publique.
FINANCEMENT	- Collecte de l'impôt national. - Allocation budgétaire par région sur la base de la population couverte et des résultats qualité et performance des hôpitaux (8 objectifs et 30 indicateurs).	- Pas d'impôt régional. - 84 % du budget des régions est issu de l'impôt national. - 16 % du budget des régions est issu des municipalités.	- Collecte d'un impôt local. - Complément versé par l'État afin d'assurer une homogénéité de moyens entre les municipalités.
STRATÉGIE ET PILOTAGE	- Garantir une équité de moyens entre les collectivités territoriales. - Régulation de l'offre de spécialités. - Promouvoir une stratégie nationale et inciter les collectivités à y adhérer.	- Organise et module les services de santé en fonction des besoins identifiés pour la population régionale. - Pilote l'efficacité hospitalière. - Remboursement des dépenses de pharmacie.	- Prévention et promotion de la santé. - Regard sur le budget des régions auquel elles participent.
ORGANISATION ET OPÉRATIONS	- Législation de la santé, des médicaments, des vaccins. - Droits des professionnels de santé.	- Propriétaires et gestionnaires des hôpitaux. - Pilotage de la médecine libérale : contractualisation avec les soins primaires (médicaux et paramédicaux). - Régulation des urgences. - Recrutement médical.	- Propriétaires et gestionnaires des structures de réhabilitation et médico-sociales et des soins à domicile. - Prévention. - Recrutement infirmier.

La transformation hospitalière

Vu l'évolution du système de santé et des missions des hôpitaux, ces derniers ont été complètement transformés, tant du point de vue architectural qu'organisationnel. Les constats qui ont lancé l'alerte en 2003 faisaient état d'une grande vétusté de certains établissements qui ne sont plus en mesure d'accueillir les patients dans de bonnes conditions. Puisque des travaux sont nécessaires quoiqu'il arrive, cette faiblesse devient une opportunité et le programme de construction des « super-hôpitaux » est lancé et vise à moderniser toutes les infrastructures, à prendre en compte les nouvelles organisations et à réduire les coûts de fonctionnement qui peuvent l'être. 6,6 milliards d'euros sont en particulier dédiés à la construction ou à la rénovation de seize « super-hôpitaux ».

Cela passe en premier lieu par une forte réduction du nombre d'établissements visant à centraliser les expertises et réaliser des économies d'échelle, tout en ayant un impact

limité sur la qualité de prise en charge puisque les patients sont de toute façon bien pris en charge en ville et ont moins besoin d'aller à l'hôpital. Ce mouvement était déjà d'ailleurs bien amorcé puisque de cent vingt-huit hôpitaux répartis sur le territoire en 1981, il n'y en avait déjà plus que soixante-et-un en 2008, et ce nombre devrait encore être réduit à cinquante-trois à l'horizon 2025.

Ce programme architectural accompagne le plan de regroupement des spécialités et de planification de l'activité hospitalière ainsi que le virage ambulatoire et la délégation à la ville des soins primaires. L'hôpital devient un lieu réservé aux traitements des pathologies aiguës et aux soins invasifs, nécessitant des plateaux techniques et de courtes hospitalisations, à la suite desquelles le patient réintègre le plus rapidement possible un circuit de proximité dans lequel il est pris en charge dans les centres de santé ou de réhabilitation, ou directement par les médecins libéraux. Ainsi, l'hôpital n'est plus au cœur du parcours de santé : il en devient un simple acteur, autour d'un plateau technique

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

auquel le patient a ponctuellement recours dans le cadre d'un parcours piloté par son médecin généraliste.

Cette réorganisation hospitalière inclut aussi un tout nouveau mode de fonctionnement et de régulation des urgences, un des points d'orgue de ce nouveau système. Dans la même logique de centralisation des compétences, le nombre de services d'urgences hospitaliers passe de quarante à vingt-et-un. En parallèle, une régulation organisée par les médecins généralistes libéraux est mise en place avec pour objectif de proposer une prise en charge en ville à tous les patients pour qui elle serait possible. En dehors de leurs heures de travail, ils vont donc se relayer pour assurer une permanence téléphonique à laquelle tout patient va devoir avoir recours avant de se déplacer. Le patient est alors orienté vers un établissement de ville ou hospitalier qui est immédiatement prévenu de son arrivée, et un transport est proposé si nécessaire. Ce système s'avère pour le moment très efficace et nécessite pour fonctionner une bonne information des patients qui

doivent connaître la démarche, un mode de communication efficace entre la permanence téléphonique et les établissements pour faciliter l'orientation des patients, et une forte implication des médecins généralistes dans le dispositif. Ces trois éléments sont les trois piliers du système de santé danois.

Le déploiement du numérique : un outil accepté

La circulation de l'information et la communication entre les différents acteurs du parcours de soins sont des éléments cruciaux pour réussir cette transformation dans laquelle chacun a un rôle bien précis et où il est essentiel que le patient soit orienté au bon endroit, au bon moment, et auprès d'une structure qui disposera des bonnes informations pour la prise en charge. Le dossier médical partagé (DMP) est donc massivement déployé et rendu facilement accessible aux patients et aux professionnels. Ce partage massif des données de santé est permis par des infrastructures numériques qui ont été développées pendant quinze ans

P24 - CHAPITRE 2

CETTE RÉORGANISATION HOSPITALIÈRE INCLUT AUSSI UN TOUT NOUVEAU MODE DE FONCTIONNEMENT ET DE RÉGULATION DES URGENCES, UN DES POINTS D'ORGUE DE CE NOUVEAU SYSTÈME.

et identifiées comme une priorité stratégique dès le début de la mise en œuvre de la réforme. De plus, la mise en œuvre a été facilitée par un niveau élevé de confiance des Danois qui n'ont montré que très peu de réticence quant à la numérisation et à la centralisation des données de santé.

Cela a par ailleurs permis de développer rapidement la télémédecine et la santé connectée, avec des effets très bénéfiques dans le cadre du vieillissement de la population ou des maladies chroniques. Les patients accèdent plus facilement et plus précocement à un plus haut niveau d'expertise, et sont mieux suivis tout en limitant leurs déplacements.

Enfin, cet écosystème numérique joue un rôle important dans l'amélioration du fonctionnement des urgences. Au-delà de faciliter le lien ville-hôpital et les communications entre les professionnels, le DMP permet une identification rapide et une pré-orientation des patients depuis l'ambulance. Le diagnostic et l'orientation,

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

dès l'arrivée aux urgences, sont donc largement facilités, ce qui a permis de réduire la durée moyenne de séjour aux urgences à quatre heures, alors même que les urgences ne prennent en charge que des cas réellement urgents et nécessitant un passage à l'hôpital.

Prévention et responsabilisation : une stratégie complémentaire

Le succès des nouveaux circuits et des outils qui y sont associés repose sur une plus forte implication et une meilleure connaissance des patients. L'accent est donc mis sur l'information aux patients, auprès desquels on s'assure que le rôle de chaque acteur de leur santé, le fonctionnement de la régulation aux urgences et l'utilisation du DMP sont bien compris.

Au-delà de ces enjeux de lisibilité et d'outillage, l'amélioration globale de l'état de santé des Danois, la diminution des hospitalisations et le recul de l'âge du départ en maison de retraite passe par une prévention et une promotion de la santé accrues. Le

patient doit devenir acteur de sa prise en charge, il est donc informé et responsabilisé sur les enjeux et les actes afin de gagner en autonomie, en particulier s'il est atteint d'une maladie chronique. Cela s'accompagne d'une intensification des actions de renforcement de l'autonomie des personnes âgées afin de faciliter leur maintien à domicile.

Toujours dans une optique de déshospitalisation, ces différentes actions sont à la charge des municipalités et pilotées au niveau des centres de santé.

Le généraliste : l'incontournable

Dans ce parcours structuré dans lequel chaque acteur a un rôle bien défini, le médecin généraliste est le chef d'orchestre. La mise en retrait de l'hôpital, qui n'est plus qu'un centre d'expertise, au profit de la médecine de ville, nécessite d'assurer un réseau de médecins traitants permettant de couvrir équitablement les besoins de la population. Ainsi, les quelque trois mille cinq cents médecins que compte le Danemark ne sont

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

pas libres de s'installer où ils veulent, mais c'est la région qui régule leur emplacement afin d'assurer un maillage homogène dans lequel chaque médecin prend en charge environ mille six cents patients à proximité. Afin d'assurer une prise en charge équitable, les médecins sont à la fois rémunérés à l'acte, et par un forfait pour chaque patient suivi. Ils disposent de toute l'expertise nécessaire pour les aider dans leurs diagnostics (biologie, imagerie…) et sont les seuls habilités à orienter leurs patients vers des spécialistes.

En plus du suivi de leurs patients, les médecins généralistes prennent part à la prise en charge du non programmé de deux manières :

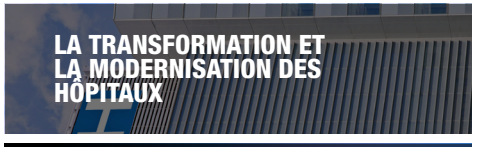
• Par leur participation à la permanence téléphonique et à l'orientation des patients ;

• En assurant à tour de rôle une permanence des soins pour les soins primaires vers laquelle sont dirigés les patients ayant un besoin urgent non vital pour lequel un séjour aux urgences n'est pas nécessaire.

LES 6 PILIERS DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ DANOIS













03

■■■□□□

CHAPITRE 3

UN IMPACT DE LA RÉFORME IRRÉFUTABLE… MAIS DU CHEMIN RESTE ENCORE À PARCOURIR

Bien que des marges de progrès existent encore, le nouveau système danois a déjà produit de nombreux résultats très positifs qui encouragent à poursuivre dans cette voie.

Les délais entre le diagnostic et le début de la prise en charge à l'hôpital ont considérablement diminué, en chirurgie comme en médecine, en soins aigus comme en traitement des maladies chroniques. L'État s'engage à une prise en charge sous trente jours, et à rembourser une prise en charge privée si ce délai n'est pas respecté. Cela est particulièrement vrai dans la prise en charge des cancers, un des gros points noirs des constats de 2003. Les délais d'examen ont

été considérablement réduits et permettent une prise en charge plus précoce qui peut être déterminante dans la lutte contre le cancer. De plus, des investissements lourds en matériel de pointe complètent cette forte hausse des résultats dans la lutte contre le cancer.

Par ailleurs, le nouveau parcours de santé et les circuits de prise en charge associés sont très lisibles et les patients sont bien orientés vers les bons types de prise en charge. Les durées de séjours sont ainsi fortement réduites, et les patients reçoivent un soin plus adapté et plus à proximité de leur domicile. Cette amélioration est reconnue par les praticiens qui se disent plus aptes à personnaliser le soin de leurs patients.

Enfin, les directions hospitalières ont pour mission de mettre en place les organisations nécessaires pour développer une offre de soins dont la stratégie et les objectifs sont décidés aux niveaux régional et national. Le nombre de décideurs est donc limité et la gouvernance hospitalière simplifiée, ce qui

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

accélère la prise de décision et facilite la mise en place des évolutions, et la cohésion de la prise en charge au niveau régional.

Bien que ces résultats soient très encourageants, la transformation n'est pas encore achevée et quelques points sont encore à corriger.

L'informatisation du dossier patient a beaucoup évolué, mais ne permet pas encore de piloter le parcours de soins avec une lisibilité totale sur l'historique du patient. De plus, cela implique une charge de travail administratif accrue liée au report des informations dans le dossier qui n'est pas encore bien absorbée par le personnel médico-soignant.

Le recrutement médical reste un problème et deux des cinq régions sont fragilisées malgré le rôle de régulation joué par les conseils régionaux. De plus, le médecin de ville ne joue pas son rôle attendu de pivot du parcours, ce qui a notamment un impact sur la qualité de la prise en charge de la maladie

chronique. La rémunération par capitation est marginale, ce qui encourage encore à produire un volume d'actes au détriment du suivi des patients. De manière plus générale, tous les Danois ne bénéficient donc pas encore de la même qualité de suivi, et leur voix est difficilement entendue.

Dans le fonctionnement actuel, on a d'un côté un État qui décide et alloue les budgets des régions et fixe les grandes lignes stratégiques à suivre, et de l'autre des régions qui sont souveraines de la mise en œuvre opérationnelle de cette stratégie, avec en plus une part budgétaire modulée par l'atteinte des résultats fixée par l'État qui est tout à fait symbolique. Ce fonctionnement, efficace sur le papier puisqu'il donne à la région les moyens de répondre aux besoins de sa population avec une supervision étatique qui assure une équité d'offre pour tous ses citoyens, pose toutefois une limite : qui est fautif, si ça ne marche pas ? L'État qui fixe les moyens ou les régions qui décident de la mise en œuvre ? Bien que légitime, c'est le genre de question qui freine la transformation en

P35 - CHAPITRE 3

BIEN QUE DES MARGES DE PROGRÈS EXISTENT ENCORE, LE NOUVEAU SYSTÈME DANOIS A DÉJÀ PRODUIT DE NOMBREUX RÉSULTATS TRÈS POSITIFS QUI ENCOURAGENT À POURSUIVRE DANS CETTE VOIE.

créant des débats sans réponse, et ce risque d'immobilisation est à l'opposé de ce que le Danemark souhaite mettre en place.

Enfin, le dimensionnement des municipalités ne permet pas toujours un service rendu homogène pour la population dans l'exercice des compétences qui leur ont été attribuées. Elles n'ont pas la maîtrise de la médecine libérale, qui est une prérogative régionale, et la responsabilité de la prise de relais à la sortie de l'hôpital n'est pas toujours fluide entre la ville et le médecin référent.

De plus, les municipalités se trouvent être un acteur plutôt en retrait dans le système, alors même que l'objectif majeur de la transformation est de prendre le patient en charge plus localement, plus proche de chez lui. Pourtant, seulement 17 % du financement total de la santé revient aux municipalités, ce qui a deux conséquences :

• Les plus petites municipalités prennent du retard, le niveau de qualité attendu n'est pas atteint ;

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

• Les plus grandes travaillent à une prise en charge bilatérale avec les hôpitaux plutôt que de travailler entre elles, ce qui a du sens puisque les hôpitaux semblent être mieux dotés, mais va à l'encontre de l'objectif de déshospitalisation promu par le Danemark.

Face à cette réussite très partielle de la maille municipale, un découpage intermédiaire est en cours d'implémentation. Cette nouvelle organisation, uniquement dédiée à la santé, consiste en vingt-et-un « clusters » de santé, chacun étant organisé autour d'un service d'urgence. Les nouveaux pôles de santé auront à la fois un niveau professionnel et politique et comprendront des représentants de la région, des municipalités et de la médecine générale, et viseront à mieux coordonner la prise en charge et à arbitrer les rôles qui demeurent parfois incertains.

04

■■■■□□

CHAPITRE 4

DANEMARK VS. FRANCE : MÊMES ENJEUX, PHYSIONOMIE DIFFÉRENTE

Avec 43 000 kilomètres carrés et 5,8 millions d'habitants sur 72 îles, le Danemark a globalement la taille de la région Grand-Est, région qui compte plus de 5 000 communes. Autant dire que nous ne sommes ni dans le même modèle géographique, ni administratif. En revanche, du point de vue de la richesse des pays et des dépenses de santé, les échelles sont comparables.

Voici les grands traits de comparaison en matière de dépenses, de pilotage et d'organisation de la santé entre les deux pays :

DANEMARK VS. FRANCE

Dépense courante de santé (2018)

Danemark

- 10,1 % du PIB.
- 4 424 €/habitant.
- 84 % financés par dépense publique.

France

- 11,3 % du PIB.
- 3 970 €/habitant.
- 78,2 % financés par l'Assurance maladie.

Pilotage et régulation

Danemark

- Ministère de la santé.
- Régions.
- Municipalités.

France

- Parlement.
- Assurance maladie.
- Ministère.
- Agences régionales de santé.

Commentaire

Autorités comparables sur les champs de la sécurité et de la qualité, de l'éthique, des données de santé. Fédérations et syndicats de professionnels comparables.

Ressources médicales et infirmières (2019)

Danemark

- 4 médecins pour 1 000 habitants.
- 10 infirmiers.ères pour 1 000 habitants.

France

- 3,2 médecins pour 1 000 habitants.
- 10,5 infirmiers.ères pour 1 000 habitants.

Organisation des soins

En France, principe de liberté d'installation du professionnel et de libre choix du patient ou du résident.

Soins primaires

Danemark

- Professionnels de santé libéraux ou services de santé municipaux. Passage obligé par un médecin référent.

France

- Professionnels de santé libéraux ou salariés. Médecin traitant (pour financement).

Soins secondaires

Danemark

- Hôpitaux généraux gérés par les régions ou hôpitaux privés conventionnés par les régions.

France

- Établissements de santé publics et privés sur autorisations des ARS.

Commentaire

Au Danemark, les soins hospitaliers sont répartis en 2 catégories : standards et spécialisés. Les soins spécialisés sont régulés.

Santé mentale

Danemark

- Centres locaux pour l'ambulatoire et services hospitaliers spécialisés placés sous la responsabilité des régions.

France

- Ambulatoire par des professionnels libéraux.
- Ambulatoire ou prise en charge hospitalière par les établissements de santé publics ou privés.
- Principe de sectorisation.

Médico-social

Danemark

- Services gérés (ou contractualisés) par les municipalités : services à domicile et établissements d'hébergements. L'évaluation de la nécessité d'hébergement est réalisée par la municipalité.

France

- Ambulatoire par libéraux et structures publiques et privées (associatives).
- Prise en charge en ESMS publics ou privés.

Urgences

Danemark

- Sur régulation médicale.
- 21 hôpitaux.

France

- Liberté d'accès.
- 709 structures.

Prévention

Danemark

- Politique de prévention et de promotion de la santé sous la responsabilité des municipalités.

France

- Prévention incluse dans les missions des établissements publics de santé.

Dossier médical partagé (DMP)

Danemark

- Chaque patient possède un dossier médical numérique.

France

- À l'initiative de l'assuré.
- 9,3 M de DMP ouverts (actifs ?).
- Non ouvert aux structures médico-sociales.

05

CHAPITRE 5

LES LEVIERS DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DANOIS, UNE SOURCE D'INSPIRATION

Au-delà du contenu de la réforme et du modèle de santé qu'elle a produits, les entretiens menés avec les acteurs du système de santé danois nous ont conduit à poser les conditions de réussite de la transformation, éventuellement transférables dans un autre contexte. Ces leviers de la transformation, qui pourraient faciliter notre propre réforme, sont en effet relativement indépendants des considérations géographiques et sociétales qui différencient nos deux pays. En revanche, ils sont fortement dépendants de la volonté de rupture avec le système actuel.

Le premier de ces leviers a été le consensus politique sur la nécessité de la transformation,

la santé comme bien public et bien commun rendant inéluctable la modification substantielle des strates administratives, le « sacrifice » de certains établissements, la mobilité des personnels de santé et des patients. Une autre vision du « quoi qu'il en coûte », en somme, sur laquelle les acteurs politiques, administratifs, médicaux et paramédicaux, puis la société tout entière ont lentement mais sûrement convergé. On pourrait dire que la réforme fut rapide. Conçue à partir de 2003, votée en août 2005 et mise en œuvre au 1er janvier 2007, elle fut en réalité la conséquence d'une vision maturée et discutée depuis plus de 15 années.

Deuxième levier, une réforme territoriale d'envergure qui a permis de fixer le bon niveau de l'offre de santé sur le territoire. Nos interlocuteurs interviewés disent d'ailleurs que la réforme de santé est indissociable de la restructuration administrative. Pour les Danois, la bonne maille pour déployer une offre de santé autonome, c'est-à-dire qui réponde à l'intégralité des besoins de santé de la population, est estimée à un

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

million d'habitants, ce qui correspond en moyenne à la taille des régions. Si l'on projette ce postulat en France, qu'en est-il du choix d'organisation en Groupements hospitaliers de territoire (GHT), à la maille départementale ou infra-départementale, avec des GHT qui couvrent entre 75 000 (Lozère) et 1 900 000 (Bouches-du-Rhône) habitants ? Rappelons que les GHT ont maintenu les structures préexistantes en les juxtaposant alors que le Danemark a fait le choix de les fusionner.

Le troisième levier de transformation a été la rationalisation massive de l'offre de soins, réorganisée autour de grands hôpitaux de recours, concrétisée par la fermeture d'un hôpital sur deux, et l'exigence pour ceux qui restent de produire de l'efficience : réduction des durées de séjour, développement de l'ambulatoire, délai maximal d'accès au diagnostic et au traitement, pénalités en cas de réhospitalisation.

En contrepartie de cette rationalisation, et c'est le quatrième levier, des investissements

également massifs ont été consentis au travers du programme « 16 projets ». Ce programme consiste en la construction de 16 nouveaux hôpitaux, à hauteur de 7 milliards d'euros, sélectionnés sur la base de projets émis par les régions. La dernière de ces constructions sera opérationnelle en 2026. Parallèlement, des investissements lourds sont ciblés sur l'offre de transport sanitaire, ou plus exactement comme les Danois la nomment, l'offre pré-hôpital, à savoir un système de véhicules équipés de matériel et de personnel permettant une prise en charge précoce. Cette offre est une réponse à l'accroissement moyen de la distance pour les patients pour rallier un hôpital, conséquence de la rationalisation. Cet effort d'investissement a une contrepartie de performance avec des engagements contractuels de l'hôpital.

Dernier levier, une stratégie de l'offre au regard des besoins populationnels avec une planification des activités et une allocation de ressources centrales et déléguées au niveau régional pour l'exploitation. Cette allocation régionale de l'ordre de 83 % du

P47 - CHAPITRE 5

CES LEVIERS DE LA TRANSFORMATION, QUI POURRAIENT FACILITER NOTRE PROPRE RÉFORME, SONT EN EFFET RELATIVEMENT INDÉPENDANTS DES CONSIDÉRATIONS GÉOGRAPHIQUES ET SOCIÉTALES QUI DIFFÉRENCIENT NOS DEUX PAYS.

budget de santé régional est construite sur des critères majoritairement démographiques et épidémiologiques, avec une incitation financière de 1 % destinée à compenser la perte d'activité d'hospitalisation des établissements engagés dans des démarches de performance et de collaboration avec d'autres acteurs de la prise en charge. Le reste, 16 % du budget régional, étant un cofinancement des municipalités qui, elles, lèvent l'impôt.

06

CHAPITRE 6

QUELQUES PROPOSITIONS POUR LA RÉNOVATION DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

La mise en évidence des composantes du système de santé danois, le diagnostic de son efficacité et l'analyse des leviers qui ont permis sa transformation permettent de proposer quatre champs de réforme de notre propre système. Il ne s'agit pas d'un copier-coller du modèle danois, c'est une transposition dans notre contexte français d'évolutions plausibles et pouvant produire un impact positif.

Proposition 1 : Une offre de santé construite sur l'approche populationnelle

La référence aux patients prime, sans nier l'attention qui leur est apportée par les soignants au sens large, il faut partir réellement des patients en construisant et

déployant des offres de soin différenciées en fonction de leurs caractéristiques et de leur(s) pathologies(s). Dans notre système actuel, et en caricaturant un peu, Gabriel - 26 ans - qui s'est cassé la cheville pendant un Ironman et Monique - 92 ans - qui s'est cassée la cheville dans sa baignoire vont passer peu ou prou par le même circuit de prise en charge. Or, ils ne font pas partie du même segment populationnel, et ils ont des besoins de prise en charge différents. Il y a fort à parier que Monique a d'autres problèmes de santé.

En adoptant une approche populationnelle, on peut distinguer trois types de patients ayant chacun des besoins spécifiques :

• Les patients épisodiques, qui sont globalement en bonne santé et nécessitent des prises en charge ponctuelles sur des évènements précis (maladie, blessure, etc.) ;

• Les patients chroniques, qui sont atteints d'une pathologie chronique et sont suivis à vie sur l'évolution de cette pathologie ;

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

• Les patients polypathologiques, généralement âgés, dont l'état de santé est dégradé, nécessitent un suivi continu pour constater l'évolution du vieillissement, la perte d'autonomie et la prise en charge des diverses pathologies dont ils peuvent être atteints.

Si l'on se réfère à l'exemple danois, le parcours du patient pourrait être repensé en fonction de l'approche populationnelle, et donc mobiliser l'ensemble des acteurs de la santé plutôt que de faire peser le portage du parcours patient uniquement sur l'hôpital, quand ce n'est pas au patient lui-même ou à son entourage d'organiser son propre parcours.

ÉLÉMENTS DU PARCOURS PATIENT

SELON L'APPROCHE POPULATIONNELLE AU DANEMARK

01. DMP

Patient épisodique, chronique et polypathologique
Dispose d'un DMP auquel il a facilement accès et à son utilisation.

02. Médecin traitant

Patient épisodique, chronique et polypathologique
Dispose d'un médecin traitant qui a accès au DMP et coordonne son parcours.

03. Accès à l'hôpital

Patient épisodique
A recours à une permanence téléphonique pour être orienté vers les urgences ou non en cas d'épisode aigu.
Patient chronique
Se rend à l'hôpital en fonction de sa pathologie, de la manière la plus brève et la moins fréquente possible, ou en cas d'épisode aigu.
Patient polypathologique
Se rend à l'hôpital en dernier recours et en cas d'épisode aigu. Le recours à la permanence téléphonique est limité, l'enjeu étant d'anticiper les besoins d'hospitalisation.

04. Séjour à l'hôpital

Patient épisodique
- Prise en charge (PEC) spécialisée = un processus linéaire.
- Ambulatoire majoritaire : unité de chirurgie ambulatoire, hôpital de jour.

Patient chronique
- PEC pluridisciplinaire = un parcours matriciel.
- Un médecin de spécialité référent de la PEC.
- Ambulatoire majoritaire : Hôpital de Jour, Maison des Pathologies Chroniques.

Patient polypathologique
- PEC pluridisciplinaire = accompagnement continu et matriciel.
- Un médecin généraliste référent de la PEC et forte intensité soignante.
- Une équipe pluridisciplinaire mobile.
- Ambulatoire majoritaire, hospitalisation conventionnelle en fonction de la fragilité du patient.

05. Suivi en ville

Patient épisodique
Se rend ponctuellement dans un centre de santé.
Patient chronique
Est suivi en ville pour sa pathologie, avec un recours possible à la téléconsultation ou téléexpertise (hospitalière ou de ville).
Patient polypathologique
Est suivi en ville pour les pathologies dont il peut être atteint ainsi que pour l'évaluation de l'autonomie.

06. Réadaptation en ville

Patient épisodique
Est suivi en ville pour des soins de suite et de réadaptation suite à un épisode aigu.
Patient chronique
Est suivi en ville pour des soins de réadaptation liés à sa pathologie.
Patient polypathologique
Est suivi en ville pour des soins de réadaptation et de maintien de l'autonomie.

07. Technologies

Patient épisodique et chronique
Forte intensité digitale : télémédecine, suivi à distance, objets connectés.
Patient polypathologique
Moyenne intensité digitale : objets connectés pour surveillance.

08. Prévention et sensibilisation

Patient épisodique
Est éduqué à la santé, aux conduites à risques et aux pratiques à adopter. Est informé sur le fonctionnement du système de santé.
Patient chronique
Est sensibilisé à sa pathologie, aux risques et comorbidités associés, et autonomisé et responsabilisé dans sa prise en charge.
Patient polypathologique
Est régulièrement évalué afin d'anticiper les besoins et de faciliter le maintien à domicile.

Cette nouvelle approche de la prise en charge, caractérisée par un transfert d'actes hospitaliers, suppose une organisation de ville forte. Le modèle de la maison de santé pluridisciplinaire qui existe actuellement est une réponse, mais le développement de structures ambulatoires dédiées aux pathologies chroniques devra compléter l'offre de prise en charge en proximité. Si cette modalité ne peut pas être développée par la ville, il faudra alors que l'hôpital déploie ce type d'espace intermédiaire ville-hôpital avec des circuits de prise en charge plus souples et des nouveaux métiers de type Infirmier de pratique avancée (IPA).

Pour les moins bien portants ayant besoin de soins continus, le système devra progresser sur le continuum de la prise en charge. Aujourd'hui, de nombreuses ruptures de prise en charge existent. La traduction est immédiate. Les patients sont démunis quand ils retrouvent leur domicile, de nombreux surcoûts, au même titre que des défauts de qualité induisant des réhospitalisations, sont

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

liés à une mauvaise articulation hôpital-ville-domicile.

Proposition 2 : Unciblage de l'investissement plus efficace

Une dizaine de milliards sur dix ans est aujourd'hui allouée dans le cadre de l'investissement Ségur. Cette enveloppe a été d'ores et déjà répartie entre Agences Régionales de Santé (ARS) sur la base de la formulation de stratégies régionales d'investissement. La question se posant maintenant est celle de l'instruction à l'échelon régional des dossiers d'investissements. L'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) indique que les ARS : « mèneront une analyse d'impact, d'opportunité, de soutenabilité et de pertinence des paramètres retenus dans les projets, sur la base des méthodologies et référentiels validés à l'échelon national ». Les référentiels actuellement disponibles sont fortement inspirés de l'ex-COPERMO et laissent peu de place à l'expression de la démocratie sanitaire pourtant souhaitée dans

le cadre des travaux du « Ségur de la Santé ». La procédure est à la fois trop centralisée dans la méthode, très hospitalo-centrée, elle ne permet pas l'engagement dans les projets de l'action publique locale (les communes et leurs groupements, les départements et les régions). Elle est également trop décentralisée sur le fond dans le sens où certaines ARS s'interrogent sur la manière dont elles vont réaliser les arbitrages sur leur territoire. Le cadrage du programme danois « super-hôpitaux » était de ce point de vue beaucoup plus serré, et transparent sur le fait que les investissements seraient très concentrés. Il y a probablement un manque de lisibilité des priorités dans la démarche française et une absence d'engagement contractualisés.

L'Histoire nous enseigne que les programmes d'investissements précédents n'ont pas été nécessairement assortis de conséquences sur la santé financière des établissements, de performance de leur activité, de qualité de prise en charge et d'amélioration des conditions de travail et de l'attractivité des professionnels. La méthode choisie pour le

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

« Ségur Investissement » n'apporte pas plus de garanties.

La proposition est donc ici, puisque l'attribution des enveloppes d'investissement est en cours, d'appuyer les ARS dans la concentration de l'investissement sur des opérations territoriales partenariales articulées sur les trois dimensions suivantes :

• Un projet médical et technologique qui trace la stratégie et le chemin, et fait preuve de la réponse aux besoins du territoire et au continuum de la prise en charge ;

• Un projet social, c'est-à-dire un projet qui remet la gestion des ressources humaines et le développement des talents au cœur du management de la santé (notamment hospitalier) ;

• Un projet économique, c'est-à-dire un projet qui maîtrise les coûts tout en permettant le développement de chaque structure, dans une logique pluriannuelle.

Proposition 3 : Un pilotage régional

Nos territoires sont différents, les besoins de santé et les modalités d'accès aux soins également. Dès lors, l'unité de notre système de santé ne doit pas être confondue avec l'unicité qui consiste à mener la même politique partout, au même rythme, et parfois loin du terrain.

La proposition s'éloigne de celles émises fréquemment et qui visent à trouver un équilibre entre l'État et les régions, en renforçant le pouvoir de ces dernières sans remettre en cause fondamentalement le rôle de l'État. Faire présider, par exemple, le conseil de surveillance des ARS par les présidents des régions n'apporterait probablement rien car les régions n'ayant aucune autonomie sur le financement de la santé, les élus seraient condamnés à réclamer toujours plus à l'ARS et au préfet. Sans cette autonomie, ils seront d'ailleurs toujours plus enclins à aller dans le sens du renforcement des moyens réclamés par les différents acteurs.

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

À titre d'illustration, les débats sur l'accès aux soins resteront stériles puisque les élus locaux n'auront toujours pas le pouvoir d'organiser l'offre de médecine de ville et déclineront toute responsabilité puisque l'État n'est pas en mesure, à ce jour, de réguler l'installation des médecins et d'organiser la permanence des soins ambulatoires, censée être assurée, un jour, par les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

La proposition consisterait ainsi à passer d'une logique centralisatrice, avec des ARS bras armés de l'État, à une logique de décentralisation au profit des régions - collectivités territoriales qui seraient chargées de la gestion de l'offre de soins, de son pilotage et de sa régulation, ainsi que de la politique de prévention.

Dans cette perspective, il conviendrait de définir le rôle respectif de l'État et de la région :

• À l'État de fixer les grandes règles qui doivent régir notre système de santé : gestion des crises sanitaires, décrets de compétences des professionnels, définition de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) proposé au vote du Parlement, tarifs hospitaliers et valeurs des actes opposables aux libéraux, etc. L'ONDAM resterait financé par les cotisations et l'impôt et serait réparti entre les régions sous forme d'Objectifs Régionaux de Dépenses d'Assurance Maladie (ORDAM) prévisionnel sur des critères qui devront être définis au niveau national (parlement). L'ORDAM exécuté correspondrait à la somme des tarifs facturés par les établissements hospitaliers, des autres enveloppes qui leur sont octroyées pour financer les missions d'intérêt général ou ciblées, des actes facturés à l'Assurance maladie par les libéraux et les forfaits soins des EHPAD ;

• À chaque région le soin de gérer son système de santé dans le cadre de l'ORDAM qui lui a été délégué par l'État. La région assurerait la régulation et le pilotage de

P72 - CHAPITRE 6

IL FAUT LAISSER LA PLACE À PLUS D'EXPÉRIMENTATIONS, PLUS DE MARGES DE MANŒUVRE, À TOUS LES NIVEAUX. CETTE AUTONOMIE DOIT SE PROLONGER AU SEIN MÊME DES ÉTABLISSEMENTS.

l'offre hospitalière - création et suppression des structures - et de l'offre de ville - règles d'installation des professionnels et de leur participation à la permanence des soins ambulatoires dans le but notamment de stopper la croissance irraisonnée et sans fin de l'activité des services d'urgences mais aussi et surtout de lutter contre les déserts médicaux. La région contribuerait au financement de l'investissement hospitalier et de celui des structures de soins coordonnés libérales, telles que les maisons de santé pluridisciplinaires ou les maisons de santé dédiées aux pathologies chroniques. Elle serait tenue de combler, le cas échéant, le déficit constaté par rapport à l'ORDAM délégué. Les ARS deviendraient ainsi des services de la région. La crise du COVID a mis en évidence le poids des régions dans la résolution des situations. Fort de cette expérience, il ne serait pas complètement illogique que cette transformation soit envisagée.

Ce modèle ne constitue pas une nouveauté en Europe. Il est celui qui prévaut dans la

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

plupart des pays qui nous entourent et qui font valoir une efficience bien supérieure à la nôtre dans la gestion de leur système de santé.

Remettre en cause une partie du financement actuel du système en le confiant aux régions semble périlleux dans un premier temps. Cela heurterait le principe républicain d'égalité cher aux Français avec le risque effectif d'accroître les inégalités en raison des différences de richesse entre régions. Confier par ailleurs aux régions les négociations conventionnelles avec les professionnels libéraux soulèverait des tempêtes de protestations de la part de leurs organisations syndicales et signerait l'arrêt de mort de toute réforme.

Néanmoins, cette proposition devrait se traduire par des modes de financement globaux différents de ceux que nous connaissons aujourd'hui. Le découpage des enveloppes actuelles entre financement de l'hôpital, financement de la médecine de ville et enfin financement du médico-

social avec des logiques et des acteurs très différents ne pourra pas sérieusement résister aux évolutions attendues. En effet, comment développer un continuum de soin si les modes de financement ne bougent pas ? Il serait probablement nécessaire de prévoir une phase d'expérimentation dans la décentralisation de la gestion de la santé en s'appuyant sur les régions volontaires, dans le cadre d'un contrat État-région comme cela existe déjà pour d'autres politiques publiques.

Proposition 4 : Une évolution de la gouvernance et une réforme du statut

Notre système de santé est souvent décrit par les professionnels eux-mêmes comme « fossilisé » : le réglementaire remplace la stratégie, les processus remplacent la décision, les organisations neutralisent les hommes.

L'enjeu est ici la restauration de l'autonomie et de l'intérêt à agir, tant au niveau collectif qu'individuel.

Une partie de la réponse est dans la différenciation des responsabilités des acteurs aux différents échelons du système. Ce qui fait la relative fluidité du modèle danois et la simplicité de la gouvernance hospitalière par exemple, c'est que les dirigeants hospitaliers, grâce à un cadrage stratégique territorial et budgétaire fort, tant national que régional, sont concentrés sur la stratégie de leur établissement et les opérations. Aujourd'hui, un directeur d'hôpital public en France assume en théorie la stratégie, le pilotage budgétaire, les ressources humaines, les opérations de son établissement, l'animation territoriale du soin et le pilotage des parcours lorsque son établissement est en position de leadership territorial. En réalité, il n'assume pas complètement, puisque son action est contrôlée par l'État et l'ARS influencée par les élus et les acteurs internes.

Cette perception de ne pas avoir les leviers sur quelque champ que ce soit s'étend à l'ensemble des catégories professionnelles et des métiers hospitaliers (cadres médicaux, paramédicaux et techniques…).

Il faut laisser la place à plus d'expérimentations, plus de marges de manœuvre, à tous les niveaux. Cette autonomie doit se prolonger au sein même des établissements. Beaucoup plus de souplesse de gestion comme de déconcentration doivent être accordées, encouragées et pourquoi pas contractualisées.

Dans le même registre, pour que chaque projet médical et soignant parte réellement des besoins de la population, l'administration hospitalière doit avoir un rôle de garant, de facilitateur et de cohérence. Ce mécanisme est exigeant, car il oblige la communauté médicale à proposer les axes stratégiques à développer en fonction des besoins de la population mais les choix s'effectuent à partir d'enveloppes budgétaires par définition fermées. Dès lors, il faut réellement choisir et donc produire des décisions de gestion habituellement prises par d'autres. Ceci suppose une maturité collective forte.

Un dernier point contributif à l'évolution de la gouvernance du système et à l'intérêt à agir est celui du statut de l'hôpital public.

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
4 INSPIRATIONS DANOISES

L'hôpital public s'interroge aujourd'hui sur son statut et sur celui de ses personnels médicaux, techniques et administratifs. L'analyse comparée des systèmes européens conduit à s'interroger sur une transformation des hôpitaux en fondations avec les règles de gouvernance propres au format juridique : un conseil d'administration qui recrute et révoque le directeur, celui-ci recrutant par contrat tous les personnels, médecins compris et qui choisit un directeur médical en charge de la mise en œuvre de la stratégie médicale.

Ces quelques propositions méritent d'être étayées et débattues de manière concertée avec l'ensemble des parties prenantes afin d'en tester la robustesse et la capacité à devenir opérationnelles.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1
AU DANEMARK, AU DÉBUT DES ANNÉES 2000, LE DIAGNOSTIC SUR L'INSUFFISANCE D'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU REGARD DE CE QU'IL COÛTE À LA NATION EST POSÉ **P.6**

CHAPITRE 2
LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ EST FONDÉE SUR 6 PILIERS **P.14**

CHAPITRE 3
UN IMPACT DE LA RÉFORME IRRÉFUTABLE… MAIS DU CHEMIN RESTE ENCORE À PARCOURIR **P.34**

CHAPITRE 4
DANEMARK VS. FRANCE : MÊMES ENJEUX, PHYSIONOMIE DIFFÉRENTE **P.42**

CHAPITRE 5
LES LEVIERS DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DANOIS, UNE SOURCE D'INSPIRATION **P.46**

CHAPITRE 6
QUELQUES PROPOSITIONS POUR LA RÉNOVATION DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS **P.54**

PARTENAIRES

AirInSpace
www.airinspace.com

Assia
www.assia.fr

Avenir Mutuelle
www.avenirmutuelle.com

Caisse des Français à l'Étranger (CFE)
www.cfe.fr

Cegedim Insurance Solutions
www.cegedim-insurance.com

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM)
www.cmim.ma

CPAM de l'Essonne
www.ameli.fr

CPAM de Paris
www.ameli.fr

CPAM des Hauts-de-Seine
www.ameli.fr

CTIP
www.ctip.asso.fr

Fédération Hospitalière de France (FHF)
www.fhf.fr

GMF
www.gmf.fr

Groupe Relyens
www.relyens.eu

Groupe Vyv
www.groupe-vyv.fr

Gustave Roussy
www.gustaveroussy.fr

Hôpital Foch
www.hopital-foch.com

Intuitive
www.intuitive.com

La France Mutualiste
www.la-france-mutualiste.fr

Mutuelle Civile de la Défense (MCDef)
www.mcdef.fr

Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)
www.maee.fr

Mutuelle Générale de la Police (MGP)
www.mgp.fr

Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)
www.mnh.fr

Mutualité Sociale et Agricole (MSA)
www.msa.fr

Novo Nordisk
www.novonordisk.fr

PARTENAIRES

Organisation Internationale du Travail
(OIT France)
www.ilo.org

Santé Mobilité Services
www.santemobilite.com

Syndicat des Biologistes
www.sdbio.eu

Thémis Conseil
www.themis-conseil.fr

Unéo
www.groupe-uneo.fr

Unicancer
www.unicancer.fr

Union Nationale des Professions Libérales
(UNAPL)
www.unapl.fr

Union des Syndicats de Pharmaciens
d'Officine (USPO)
www.uspo.fr

Urops
www.urops-prevention.fr

YCE Partners
www.yce-partners.fr

PUBLICATIONS

OUVRAGES

Et si la protection sociale était au coeur du prochain quinquennat ?
Avril 2022

Penser le social : 5 questions pour 2022.
Février 2022

Recherche médicale: les #idées des acteurs.
Juillet 2021

Psychiatrie & Santé Mentale : les #idées des acteurs.
Juin 2021

Prévention & Fonction publique.
Juin 2021

La Protection sociale de la communauté Sécurité-Défense : les #idées des acteurs.
Mars 2021

Penser le social : 5 nouvelles leçons.
Mars 2021

Les mutuelles, les syndicats, l'État dans la Protection sociale complémentaire des agents de l'État.
Mars 2021

Tous solitaires, tous solidaires
Septembre 2020

5 leçons pour penser le social au XXIe siècle
Juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle Protection sociale !
Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné
Octobre 2015

Le Livre Blanc
Novembre 2012

PUBLICATIONS

CAHIERS

L'intelligence artificielle : un défi pour la Protection sociale - Début d'une réflexion
Mars 2020

Territoires de santé : de nouvelles frontières
Juin 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu
Février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
Décembre 2018

Une question de méthode [Dialogue social]
Avril 2017

Big data et nouvelles technologies, la Protection sociale à l'heure de la révolution numérique
Mars 2017

Un quinquennat pour retrouver une ambition française contre le tabagisme
Mars 2017

Quelle politique mener ? [Addiction à l'alcool]
Mars 2017

Quatre stratégies pour maîtriser la dépense [Assurance maladie]
Février 2017

Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun [Financement de la Sécurité sociale]
Février 2017

L'emploi : un défi européen
Janvier 2017

Une bombe à mèche longue [Chômage, formation, accompagnement et indemnisation]
Décembre 2016

PUBLICATIONS

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public
Décembre 2016

Pour structurer la médecine du XXIè siècle : la télémédecine
Décembre 2016

CRAPSLOGS

PLFSS 2022 : le quoi qu'il en coûte est-il une bonne recette ?
Janvier 2022

L'État souhaiterait-il s'arroger le monopole des solidarités ?
Août 2021

Ségur de la santé
Novembre 2020

CRAPSLOG Spécial Covid-19
Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point
Mars 2020

PLFSS sur fond de crises
Décembre 2019

Le Danemark les enseignements d'une réforme aboutie
Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe Sociale !
Mai 2019

Heur et malheur de l'assurance chômage
Février 2019

L'Organisation Internationale du Travail : une utopie en marche !
Octobre 2018

Quelques vérités sur le médicament !
Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du système de santé avant la crise ?
Février 2018

PUBLICATIONS

Le modèle mutualiste dans les pays en voie de développement : quelle implantation ?
Novembre 2017

Le grand appareillage orthopédique
Novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires
Juillet 2017

Les mutuelles au cœur de notre avenir
Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac
Mai 2016

Le numérique au chevet de la médecine…
Mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la population
Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant
Janvier 2015

Démographie médicale
Avril 2013

ÉDITION & CRÉATION

Cet ouvrage a été réalisé sous la présidence de Jean-Paul Ségade et Gérard Vincent avec l'expertise et la rédaction de Juliette Petit, Joseph Tedesco et Valentin Chassagne.

REMERCIEMENTS
À l'Ambassade du Danemark en France, et plus particulièrement à Anne Smetana, Annette Bertelsen, Sophie Labrosse ainsi qu'aux experts auditionnés, Jean-Paul Ortiz, Stéphane Pardoux, Jacques Léglise et Nicolas Leblanc

DIRECTEURS DE PUBLICATION
Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL
Hervé Chapron

CONCEPTION & RÉALISATION
Fabien Brisard, Pierre-Maxime Claude, Anaïs Fossier & Marie-Ange Montjovet-Basset

RELECTURE
RédacNet - Karen Platel

CRÉDITS PHOTO
Shutterstock

CRAPS
45, rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS
accueil@thinktankcraps.fr

© CRAPS 2022

Tous droits réservés.
Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du détenteur des droits.

Imprimerie CHIRAT - Saint-Just-la-Pendue 42540

Dépôt légal
Mai 2022
ISBN : 978-2-492470-15-8

REFONDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

4 inspirations danoises

Loin des corporatismes qui sont les nôtres, loin des éternels contre-feux allumés ici ou là dès que le mot réforme est prononcé, le Danemark, fort d'un cartésianisme que l'on pourrait qualifier d'opérationnel, d'une alliance vertueuse du bon sens et du pragmatisme, nourri par une réflexion non partisane et porté par un courage politique exemplaire, a réussi un pari dont nous ferions bien de nous inspirer ! Il n'est question ici ni de mode de vie, de « Hygge » et encore moins de conception du bonheur. Il s'agit tout simplement d'administrer, de gérer et d'optimiser les 10 % de PIB que lui, comme la France, consacre à la santé... Une offre de santé construite sur l'approche populationnelle, un ciblage de l'investissement plus efficace, un pilotage régional, une évolution de la gouvernance et une réforme du statut. Le CRAPS vous propose dans cet ouvrage 4 inspirations pour penser le système de santé du XXIe siècle !

ISBN 978-2-492470-15-8
Imprimé en France 05.2022

CRAPS