

#LES IDÉES DES ACTEURS

**LES NOUVEAUX
CHEMINS DE LA
PERFORMANCE
EN SANTÉ**

CRAÏS

**LES NOUVEAUX CHEMINS DE
LA PERFORMANCE EN SANTÉ
LES #IDÉES DES ACTEURS**

**LES NOUVEAUX CHEMINS DE
LA PERFORMANCE EN SANTÉ
LES #IDÉES DES ACTEURS**

*CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE
SUR LA PROTECTION SOCIALE*

PRÉAMBULE

Le terme de « performance » est aujourd'hui plein de nitroglycérine lorsqu'il est associé à la santé : souvent sensible, toujours embarrassant, voire explosif.

Et ce, parce qu'il a longtemps été rapporté aux résultats financiers, à la productivité économique ou à l'équilibre budgétaire. Durant plusieurs décennies, l'efficacité économique a, en effet, été l'une des finalités du système de santé en lien avec l'objectif louable – et ô combien nécessaire – de maîtrise des dépenses publiques.

Cette recherche de la productivité a été identifiée comme la cause de bien des difficultés contemporaines du système de santé et, par conséquent, cette notion de performance est aujourd'hui abordée avec beaucoup de réserve et de gravité par les acteurs.

Si l'efficacité économique est bel et bien une condition *sine qua none* pour bâtir un système de santé performant à visée universaliste, elle ne peut définitivement plus en être le noyau dur autour duquel s'arriment toutes les autres politiques sanitaires.

La stratégie d'attractivité des professionnels, l'usage des technologies numériques, les démarches de développement durable, la qualité des soins, l'optimisation des chaînes logistiques, la modernisation des parcours... Il existe de nouveaux et nombreux leviers d'amélioration pour les établissements de santé qui doivent être intégrés plus massivement et plus intensément à nos actions afin d'amplifier la transformation des organisations qui, seule, garantit l'adéquation du modèle à une demande de soins en explosion.

La « performance » est ainsi avant tout un polymère dont l'ensemble des composants tendent vers l'excellence de la prise en charge et des parcours de soins pour un coût maîtrisé. La performance en santé recouvre bien des visages : sanitaire, social, humain, organisationnel, technologique, territorial, environnemental, logistique, immobilier, mais également – et, il ne faut jamais l'oublier dans un système puissamment socialisé et qui doit le rester – économique. Ces facteurs sont alors indissociables et interdépendants : la stabilité économique ne pourra être atteinte qu'en combinant tous les autres leviers de performance tandis que la pertinence des soins administrés ne peut être évaluée qu'en associant le quantitatif et le qualitatif.

La performance en santé n'est ni un gros mot, ni une grossièreté, ni une insulte au système solidaire. C'est un objectif, une finalité, un idéal vers lequel tendre. C'est une dynamique d'ensemble qu'il faut insuffler auprès de tous les acteurs d'un système colossal. C'est une philosophie d'amélioration globale et constante qui tient compte de la complexité des facteurs et des leviers à notre disposition.

Le système de santé tout entier doit renouer avec cette idée de performance globale : c'est le seul moyen de surmonter les transitions auxquelles nous sommes confrontés et de faire converger nos efforts et nos moyens.

Face à un système presque centenaire, qui a été pensé et conçu bien avant les récentes transitions démographiques, technologiques et épidémiologiques. Face au vieillissement de la population, à la demande grandissante de soins et à l'explosion des pathologies chroniques. Face à l'évolution des métiers du soin, aux technologies d'IA et à la transformation des pratiques. Face aux virages domiciliaire, inclusif, ambulatoire, numérique, préventif, humain... Nous avons besoin de tous les acteurs alignés vers l'objectif de performance pour arriver au bout d'un chemin qui s'annonce sinueux.

L'ambition de cet ouvrage est de mettre autour de la table toutes les parties prenantes du système de santé pour nous inviter à repenser cette notion de performance en santé.

Médecins, dirigeants d'établissements, chercheurs, mutualistes, élus, industriels, syndicalistes, institutionnels et associations de patients : 40 acteurs du système de santé ont pris leur plume pour partager leur vision et transcrire leurs recommandations. Qu'ils en soient sincèrement remerciés tout comme les membres du comité d'experts qui, par l'analyse des idées des acteurs ainsi que par leurs propositions, ont contribué à la qualité et à la pertinence de l'ouvrage.

STÉPHANE PARDOUX
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ANAP
PRÉSIDENT DU COMITÉ D'EXPERTS DE L'OUVRAGE

CONTRIBUTIONS

PERFORMANCE EN SANTÉ : DE LA RUPTURE OU DE L'OPTIMISATION

PAR

DR NORBERT NABET

MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE
ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS CORSE
ANCIEN CONSEILLER MINISTÉRIEL

Naturellement, la performance a mille visages. Elle est, depuis l'avènement de l'ère industrielle et de la massification de la production, qui n'a pas épargné le monde de la santé, essentiellement envisagée en termes économiques, voire budgétaires et managériaux. L'hôpital et, peut-être dans une moindre mesure, les soins de ville et le médico-social sont allés loin dans la performance. Les organisations, les métiers, les technologies ont contribué à une amélioration de la production de soins qualitative et quantitative, qui a permis de faire face au vieillissement de la population, au choc démographique et au développement important des pathologies chroniques.

Aussi, aujourd'hui, si l'espérance de vie continue d'augmenter en France, l'espérance de vie en bonne santé stagne. Dans certains pays qui nous sont comparables, elle régresse. Il n'est pas nécessaire de culpabiliser ou de chercher un responsable à ces tendances, elles sont logiques. Jusque très récemment, nous ne disposions pas de la technologie et des outils pour produire une prévention personnalisée efficace et pour prédire les complications des pathologies. De ce fait, et suivant une logique implacable, notre système curatif ultra-performant a soigné en masse des patients qui sont devenus des patients chroniques et a continué de prendre en charge d'une manière curative et presque rétrospective les complications de ces pathologies.

Ce cercle vicieux est connu. Il est décrit dans la littérature, depuis la fin des années 70, et l'expression « *the failures of success* » employée par Ernest Gruenberg le résume parfaitement. Nous sommes allés au bout d'une logique et d'un système. Nous avons atteint un niveau élevé de performance et de qualité. Pour autant, la pression est trop forte et les limites sont atteintes provoquant dans de nombreux cas, outre la mauvaise évolution des indicateurs, une mauvaise expérience patient, une saturation des outils de production et une démotivation des professionnels qui les détournent peu à peu de leur métier et de leur vocation. Ces ingrédients fondent les crises permanentes que nous traversons depuis plusieurs années et qu'aucune réforme paramétrique ou administrative n'est parvenue à enrayer. Tout cela est normal. Il est possible de vider une tasse à la petite cuillère, vider une baignoire entraîne une surchauffe, vider un océan, ce n'est pas envisageable.

Or, depuis quelques années, la puissance des calculs numériques, les connaissances en biologie moléculaire, en génomique et en « omics » en général, conjuguées aux technologies digitales dont certaines comme la télésanté sont déjà bien connues, permettent d'envisager une « nouvelle » médecine dite de précision qui transformera les outils et les stratégies de prévention, de prise en charge, d'organisation et donc d'administration de notre système de santé.

Son avènement est inévitable. Il est souhaitable pour les patients et constitue une voie de sortie pour notre système en crise, dont nous avons épuisé les ressources et la logique.

**LA RUPTURE
TOUTE NATURELLE
QU'ELLE PUISSE
ÊTRE, S'EXÉCUTE
RAREMENT
DE MANIÈRE
SPONTANÉE ET
CONFORTABLE**

Pour autant, la rupture toute naturelle qu'elle puisse être, s'exécute rarement de manière spontanée et confortable. La performance dans la transition et la transformation est un sujet majeur. Depuis quelques années, cette transition est à l'œuvre dans de nombreux pays. Elle est devant nous en France et nous devons l'adresser avec lucidité et détermination.

Cette médecine prédictive ou personnalisée est théorisée depuis plusieurs dizaines d'années. Elle se déploie partiellement dans différentes aires thérapeutiques, notamment le cancer, mais elle demeure insuffisamment organisée et sa portée globale sur l'ensemble des disciplines du système de santé est inégalement partagée.

Pourtant, aucune spécialité ne sera épargnée, les techniques, les pratiques, les outils diagnostics et les thérapeutiques seront toutes disruptées et demain les risques individuels seront définis avec précision, les pathologies et les complications pourront être devancées

et les traitements seront adaptés à la pathologie individuelle du patient et non pas un symptôme largement partagé et ramené à son expression auprès d'un patient moyen qui, bien sûr, n'existe pas.

D'un point de vue organisationnel, l'anticipation des diagnostics et la personnalisation des thérapeutiques permettront des prises en charge de qualité et sécurisées au domicile des patients. L'hôpital occupera alors toute sa place de centre expert pour certains examens et certaines thérapeutiques. Cela permettra aux professionnels de santé de retrouver l'essence de leur métier et de se consacrer sur la relation avec le patient et l'exécution des actes pour lesquels ils ont été si difficilement sélectionnés et si longuement formés.

Vous l'aurez compris, cette transition implique une prise de conscience, une vision stratégique partagée et le déploiement de moyens et de compétences adaptés.

Les données de santé et les capacités d'analyse et de calcul sont naturellement centrales. Elles nécessitent à elles seules le déploiement d'une stratégie et de moyens importants. La formation et l'accompagnement dans l'usage de ces technologies et leur compréhension par la population et les professionnels de santé constituent un chantier également incontournable. Demain, la machine ne remplacera certainement pas le médecin, en

revanche, le médecin qui utilise la machine remplacera à coup sûr celui qui ne l'utilise pas.

Enfin, l'intégration de ces usages et de ces techniques pour adapter nos stratégies de prévention et l'organisation de l'offre de soins, notamment hospitalière, est également une étape cruciale de cette transformation.

Tous ces chantiers peuvent s'exécuter rapidement ou s'enliser pendant des années à la faveur de querelles intestines pilotées par l'ignorance, la crainte et le conservatisme. À chacune de ces étapes, la performance est nécessaire. En deux mots, il est à présent temps d'optimiser la rupture.

MIEUX MOBILISER LA VALEUR AJOUTÉE LATENTE DES PATIENTS

En France, l'*empowerment* du patient est assez souvent pris dans un sens littéral : la prise de pouvoir par le patient sur les décisions relatives à sa prise en charge, alors que sa traduction est plus proche de la notion d'émancipation, d'autonomisation, donc de responsabilisation. En effet, en 1995, Feste et Anderson publient un article fondateur¹ qui différencie clairement la compliance de l'*empowerment*. Ils insistent, d'une part, sur la responsabilité qui découle² de cette liberté et, d'autre part, sur la réalisation d'un processus éducatif qui assiste le patient pour le rendre capable d'exercer ce pouvoir.

L'effet de ciseaux entre une épidémie d'affections chroniques que traduit l'inflation du nombre d'ALD (affections de longue durée) contributeur majeur à la croissance des dépenses d'assurance maladie en France, et une démographie médicale au mieux stagnante, met sous tension l'ensemble d'un système de santé jusqu'alors épargné par l'allongement des files d'attente. Or, les modèles productivistes ont atteint les limites du

1 Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns*. 1995 Sep;26(1-3):139-44. doi: 10.1016/0738-3991(95)00730-n. PMID: 7494713.

2 "The empowerment philosophy is based on the premise that human beings have the capacity to make choices and are responsible for the consequences of their choices. Empowerment is defined as an educational process designed to help patients develop the knowledge, skills, attitudes, and degree of self-awareness necessary to effectively assume responsibility for their health-related decisions."

PAR

FÉLIX FAUCON

ENSEIGNANT (ÉCONOMIE DE LA SANTÉ) À SCIENCES PO PARIS

supportable pour les professionnels de santé, comme en témoignent la crise de l'hôpital public ou celle des vocations pour l'exercice libéral.

Il devient indispensable de mieux mobiliser la valeur ajoutée latente des patients, alors que toute pression régulatrice exercée sur la demande de soins constitue un tabou, en France. Il convient donc d'aller bien plus

**IL DEVIENT
INDISPENSABLE
DE MIEUX
MOBILISER LA
VALEUR AJOUTÉE
LATENTE DES
PATIENTS**

loin que la démocratie sanitaire issue de la loi de 2002³ : la liberté de choisir (son médecin, son traitement, etc.) ne suffit plus, le patient doit aussi agir, devenir l'un des acteurs de sa prise en charge. Encore faut-il qu'il le fasse de façon éclairée, pertinente et efficace.

Or, aussi intéressantes et utiles soient-elles, les initiatives consacrant (y compris par des diplômes universitaires) le patient devenu expert par l'expérience, ou même l'éducation thérapeutique, ne peuvent pas répondre au besoin adressé par une masse de patients qui se comptent par millions.

³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

En revanche, la santé numérique et, plus précisément, les applications dédiées aux pathologies chroniques, permettent de mobiliser le gisement de valeur que constituent des patients devenus coauteurs de leur prise en charge.

« Mon espace santé » doit bientôt déployer une plateforme sur laquelle seront disponibles les solutions numériques fiables et sûres, validées par la Haute Autorité de santé. Mais l'adoption de ces applications par les patients ne va pas de soi, même si la situation évolue rapidement. Selon le baromètre du numérique réalisé par le Credoc en 2021, 84 % de la population étaient équipés d'un smartphone et 23 % disposaient d'un objet connecté à la santé (11 % en 2019).

Un nouveau réflexe devra donc être développé par les médecins : prescrire via « Mon espace santé » l'usage d'une application pertinente permettant de bien informer le patient, si nécessaire de capter et analyser ses constantes physiques, de répondre à un premier niveau de questions, de préconiser les conduites à adopter au regard de situations rencontrées en vie réelle, et d'indiquer quand solliciter l'avis d'un professionnel de santé voire d'organiser la prise de rendez-vous si nécessaire.

La modélisation des parcours de soins devrait également intégrer l'identification des applications utiles pour les patients, non seulement pour leur conseiller la bonne observance des traitements et la réalisation des activités (mobilité, nutrition, etc.) facteurs de réussite de la stratégie thérapeutique adoptée, mais encore pour renforcer et instrumenter leur autonomie et élargir leur capacité de décision.

Au-delà de la performance du système de soins et de l'amélioration de sa soutenabilité, cet enjeu comporte aussi un volet économique.

Si la France compte des fleurons dans le domaine de l'industrie pharmaceutique, elle est quasi inexistante pour ce qui concerne les équipements médicaux. Il suffit pour s'en convaincre de lire les marques des instruments présents sur les plateaux techniques hospitaliers : elles sont principalement japonaises, allemandes, américaines ou hollandaises. Or, la e-santé constitue un nouveau marché en croissance très rapide : déjà 20 milliards d'euros à l'échelle de l'UE en 2018.

La conjugaison de l'excellence médicale française et du savoir-faire national de niveau mondial dans celui de la conception des logiciels (y compris l'intelligence artificielle) constitue un gage de qualité. Le potentiel de ces atouts de compétitivité devrait être concrétisé

au moyen d'appels à projet, comme ceux pratiqués au niveau européen⁴, mettant l'accent sur la M-santé (ou e-santé mobile, i.e. les applications installées sur les smartphones).

La performance globale du système de santé français serait alors portée par la qualité des produits garantie par la HAS, la confiance des prescripteurs et la satisfaction des utilisateurs (si ergonomie et facilité d'utilisation sont présentes au rendez-vous).

⁴ Par exemple, EIT Health depuis 2015, ou plus récemment le Projet important d'intérêt européen commun (PIIEC) dans le secteur de la santé signé en mars 2022 par 16 pays de l'UE dont la France.

POUR UN SYSTÈME **DE SANTÉ** **PERFORMANT AU** **SERVICE DE LA** **POPULATION ET DE** **LA PRÉSERVATION** **DE SA SANTÉ**

PAR

ANNE-SOPHIE JOLY

PRÉSIDENTE DU COLLECTIF NATIONAL DES ASSOCIATIONS D'OBÈSES (CNAO)

Idéal

La performance en santé ne saurait se réduire à un système performant économiquement, bien que cette dimension ne puisse être négligée. Un système de santé performant est avant tout un système au service de la population et de la préservation de sa santé. C'est un système qui doit réduire les inégalités de santé, accessible à tous et qui dispense au patient, acteur éclairé de la gestion de sa santé, des soins de qualité, avec pertinence et dans le respect de sa dignité. Il prend en compte le patient dans sa globalité pour lui offrir une prise en charge personnalisée, holistique et pluridisciplinaire.

Il doit répondre aux enjeux majeurs de santé publique, notamment l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques en s'appuyant davantage sur la prévention pour pouvoir entre autres anticiper les prochaines crises sanitaires et ne plus simplement y répondre. L'adage « Mieux vaut prévenir que guérir » doit devenir une réalité.

Problématiques/obstacles

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a démontré la résilience du système de santé français et le dévouement de ses soignants mais également les limites et la fragilité d'un système de santé curatif.

L'exemple de l'obésité illustre très bien cette problématique. La France peine à endiguer ce que l'Organisation mondiale de la santé qualifie de première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité. Or, 47 % des patients admis en réanimation pendant la pandémie étaient des patients souffrant d'obésité et 40 % des patients décédés de la Covid-19 avaient un problème de poids. Il est ainsi tout à fait raisonnable de se questionner sur le nombre d'hospitalisations et de morts et la saturation des établissements hospitaliers qui auraient pu être évitées si les campagnes de prévention de l'obésité étaient plus efficaces.

Les professionnels de santé sont malheureusement peu formés à la prévention et manquent de temps pour la mettre en œuvre. De plus, les populations qui en auraient le plus besoin sont parfois éloignées du système de santé et ne peuvent en bénéficier, ce qui accroît les inégalités de santé.

Enfin, bien que la mise en œuvre effective de la démocratie en santé, instaurée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ait beaucoup progressé ces vingt dernières années, elle présente aujourd'hui encore des faiblesses.

Pistes de solutions

Dans un objectif d'amélioration de la qualité et pertinence des soins, la prise en compte de la qualité des soins perçue par le patient est primordiale et devrait passer par la généralisation à l'échelle nationale de l'utilisation des indicateurs PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) et PREMs (Patient-Reported Experience Measures). Une véritable reconnaissance du savoir expérientiel et de l'expertise du patient est également nécessaire, celle-ci passant par la redéfinition et la valorisation du rôle des patients experts, patients partenaires et représentants des usagers.

Il faut donner aux professionnels de santé les moyens de s'impliquer davantage dans la prévention en valorisant l'acte de prévention et en les formant à la prévention et la prise en charge des populations aux besoins spécifiques comme les patients obèses. Une révision de la formation initiale et continue des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, est ainsi indispensable. Pour permettre au patient de faire des choix éclairés concernant sa santé et ses déterminants, le professionnel de santé doit être en mesure de lui fournir une information vulgarisée, adaptée à son

**IL FAUT
DONNER AUX
PROFESSIONNELS
DE SANTÉ LES
MOYENS DE
S'IMPLIQUER
DAVANTAGE DANS
LA PRÉVENTION**

niveau de littératie en santé. Le patient doit avoir accès facilement aux informations lui permettant de s'adresser au professionnel de santé le plus pertinent et qualifié pour prendre en charge sa pathologie.

La tarification à l'acte, à l'origine d'une perte de sens de l'acte de soin, doit être questionnée et de nouveaux modes de financement sous forme de forfaits, à l'image de l'article 51, doivent être encouragés et démocratisés.

Pour permettre une prise en charge globale du patient, la coopération et la coordination des acteurs de santé (lien ville/hôpital) doivent être développées et le décloisonnement des soins doit être favorisé.

Pour réussir son virage préventif, le système de santé français doit mettre en place des politiques de prévention et promotion de la santé ambitieuses, dont l'efficacité doit faire l'objet d'une évaluation et qui se basent d'avantage sur la démarche d'« aller vers ».

Pour reprendre l'exemple de l'obésité, investir dans sa prévention représente certes un coût important, mais cet investissement est rentable selon le rapport de l'OCDE publié en 2019. Un dollar dépensé en prévention de cette pathologie générerait en effet un peu plus de cinq dollars de retour sur investissement.

LE MODÈLE DES CLCC : UN FACTEUR DE PERFORMANCE GLOBALE ET D'AGILITÉ

PAR

SOPHIE BEAUPÈRE
DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE D'UNICANCER

Depuis leur création, les Centres de lutte contre le cancer (CLCC), réunis au sein d'Unicancer, ont inscrit la performance au cœur de leur ADN. Ces 18 établissements privés à but non lucratif, exerçant une mission 100 % publique et spécialisés en cancérologie, se sont positionnés de manière singulière dans l'offre de soin nationale, à la croisée de la philosophie du service public et du mode de gestion privé.

EN MATIÈRE DE PERFORMANCE, LES CLCC SE DIFFÉRENCIENT PAR LEUR MODÈLE ORIGINAL ET VERTUEUX

La notion de performance qu'ils incarnent ne s'entend pas uniquement selon son acception médico-économique. Elle est appréhendée de manière globale – scientifique, thérapeutique et organisationnelle – dans une logique humaniste et de résultat, en faveur des patients mais également des 22 000 professionnels des centres qui dédient leur vie à la lutte contre le cancer.

Un modèle original et performant, vecteur de l'innovation scientifique et organisationnelle

En matière de performance, les CLCC se différencient par leur modèle original et vertueux. En tant que *Comprehensive Cancer Centers*, ils se fondent sur une approche globale et pluridisciplinaire des prises

en charge, articulée autour d'un continuum soins-recherche, qui favorise l'innovation thérapeutique, la personnalisation des soins et la qualité des parcours. L'agilité des centres repose sur leur taille humaine caractéristique (les CLCC comptent en moyenne 1 200 salariés), des lignes hiérarchiques courtes et un management de proximité, facilitant l'adhésion du collectif au projet d'établissement et une réactivité dans la prise de décision. Le binôme de gouvernance, composé d'un directeur général médecin secondé par un directeur d'hôpital, permet aux centres de concilier excellence médico-scientifique et efficacité de gestion.

Outre la spécialisation des centres, l'ancrage universitaire est gage de performance scientifique. Le réseau Unicancer se positionne dans son écosystème comme premier promoteur académique d'essais cliniques à l'échelle européenne. Développement de thérapies ciblées, d'immunothérapies ou de traitements oraux, il impulse au quotidien les grandes évolutions de la cancérologie à travers la recherche clinique, translationnelle et sur les données de santé. L'objectif est clair : diagnostiquer plus précocement et guérir davantage, grâce à des thérapies personnalisées, adaptées aux caractéristiques de chaque patient, générant moins d'effets secondaires et de séquelles.

À travers cette triple mission, mêlant soins, recherche et enseignement, les centres sont des acteurs de référence en cancérologie à l'échelle territoriale et s'inscrivent au cœur des recompositions de l'offre de soins, dont ils sont souvent les moteurs. Dans un contexte marqué par la chronicisation du cancer et le virage ambulatoire, ils anticipent les évolutions des prises en charge et adaptent leurs organisations avec une grande agilité, pour sécuriser des parcours de plus en plus complexes, coordonnés entre la ville et l'hôpital. Une expertise qu'ils apportent au plus proche du domicile à travers le pilotage d'articles 51 ambitieux, tels que la délivrance d'immunothérapies au lieu de résidence ou le suivi des patients sous anticancéreux oraux (expérimentation Onco'Link).

Une acception globale de la notion de performance, en faveur de l'épanouissement professionnel et de « l'expérience patient »

La crise sanitaire a permis de dépasser la vision traditionnelle de la performance, trop longtemps associée au prisme économique, en mettant l'accent sur des facteurs plus « humains » : qualité des soins, place des patients et ressources humaines.

La recherche de performance doit intégrer l'évaluation faite par les patients de leur parcours et de leur

accompagnement global. Les cartes ont été redistribuées entre les acteurs. Hors des murs de l'hôpital, les patients jouent un rôle clé et, à leurs côtés, les proches-aidants sont désormais parties prenantes des soins. Un changement de paradigme qui invite à leur donner une place majeure à tous les niveaux, de la définition des politiques publiques à celle des stratégies de soins, en passant par la gouvernance des établissements. En véritables partenaires, ils participent à l'amélioration des pratiques et des organisations des centres, dans le cadre d'un modèle agile de décisions partagées.

Les problématiques de ressources humaines que subissent les établissements de santé ont été révélées et amplifiées par la crise Covid : attractivité, absentéisme, difficultés de recrutement et perte de sens. Pour y faire face, il est impératif de faire évoluer les organisations et les parcours professionnels.

Les pistes sont nombreuses pour redynamiser l'emploi en santé et créer des carrières stimulantes, adaptées aux évolutions techniques et générationnelles. Il s'agit prioritairement de miser sur la formation, de favoriser l'hybridation des carrières (notamment dans le domaine de la recherche), d'améliorer la qualité de vie au travail et d'œuvrer pour la reconnaissance professionnelle.

Dans cette optique, la poursuite de l'implantation de la pratique avancée pour les professionnels paramédicaux, qu'Unicancer appelle de ses vœux, est une formidable opportunité.

Ces leviers de performance pertinents et justes devront être au cœur des réformes à venir du système de santé. Unicancer s'est engagé, par ailleurs, à la fin de l'année 2022, dans une grande démarche prospective portant à la fois sur les évolutions de la prise en charge, l'utilisation des données numériques, les changements en matière d'organisation et de management ainsi que le positionnement des CLCC, dans la prise en charge sur les territoires de santé.

LA PERFORMANCE EN SANTÉ SERA HUMAINE... OU NE SERA PAS !

PAR

ROBIN MOR

DIRECTEUR DES AFFAIRES PUBLIQUES DE LA MUTUELLE NATIONALE DES
HOSPITALIERS (MNH)

13,9 jours¹. C'est la moyenne d'absence pour raison de santé des agents de la Fonction publique hospitalière en 2020. Soit quelque 17 000 000 journées d'absence, pour un hôpital public pourtant chargé d'assurer la continuité du service public de santé, centrale pour nos concitoyens, 365 jours par an, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Et s'il est usuel d'envisager la performance en santé par le biais d'outils technologiques et numériques, d'innovations, de rupture, ou encore de flux logistiques, il est bon de se rappeler que notre système de santé ne fonctionne que par l'intermédiaire des femmes et des hommes qui y œuvrent au quotidien, de l'agent administratif à la directrice de soins, de l'aide-soignante au médecin généraliste, de l'infirmière au directeur d'établissement, de l'agent de service hospitalier au chirurgien.

**AVANT D'ÊTRE
TECHNOLOGIQUE,
INDUSTRIELLE OU
NUMÉRIQUE, LA
PERFORMANCE
EN SANTÉ EST
HUMAINE**

Ainsi, avant d'être technologique, industrielle ou numérique, la performance en santé est humaine.

¹ DGAFP, Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique, édition 2021.

Mais alors, comment comprendre que notre service public de santé à la française, tant convoité à l'extérieur de nos frontières, si protecteur pour nos concitoyens, puisse à ce point négliger l'attention qu'il doit aux femmes et aux hommes qui le charpentent ? Comment rendre tout un système plus performant quand les femmes et les hommes chargés de son fonctionnement vont mal, et que leurs déterminants de santé se dégradent d'année en année ?

S'il semble que le constat est aujourd'hui partagé par un nombre croissant d'acteurs, il est temps de passer aux actes, sans attendre le terme d'une énième concertation ou le rapport de telle ou telle commission.

Les professionnels de santé attendent qu'on agisse, maintenant. Plus que jamais, il est impérieux d'opérer une bascule humaniste dans notre système de santé.

Alors que faire pour la performance humaine en santé ?

Nous proposons 5 chocs majeurs à provoquer.

Provoquer un choc de simplification au bénéfice du sens au travail

Le système de santé, en l'état de son organisation, est-il encore lisible pour ses acteurs ? L'avalanche

de législations et de réglementations qui pèsent sur eux, qui vont parfois jusqu'à adresser des injonctions contradictoires, est-elle propice à donner du sens au travail, pourtant réclamé à cor et à cri ? Nul doute que le « mammoth » ne se situe désormais plus rue de Grenelle mais vraisemblablement dans le Code de la santé publique et dans la foudroyante multitude d'arrêtés et de circulaires adressés quotidiennement aux acteurs du terrain.

Cette surréglementation du secteur nuit très directement à l'épanouissement de ses acteurs. Simplifions. Massivement. Cela permettra par ailleurs de libérer du temps inutilement perdu, au bénéfice de ce qui fait le cœur de l'activité : le soin.

Provoquer un choc de confiance au bénéfice des acteurs qui agissent au plus près des patients

Une fois le choc de simplification réalisé, une révolution de la confiance est à opérer. Surréglementé, le système de santé est également dans une logique de surcontrôle, culturellement a priori, plus rarement a posteriori. Plutôt que de faire confiance aux acteurs dans la réalisation de leurs missions de service public et dans leur capacité d'innovation dans les territoires, plutôt que de croire en l'expérimentation, on préfère créer de véritables parcours administratifs du combattant

pour mener à bien tel ou tel projet, y compris d'intérêt général, lesquels découragent plutôt que de mobiliser. C'est alors un profond changement culturel à opérer : rendons les femmes et les hommes, acteurs du système de santé, responsables. La confiance, d'abord. Le contrôle, indispensable s'agissant de la santé de nos concitoyens, après.

Provoquer un choc de reconnaissance et de perspective de carrière

À l'heure d'une profonde crise d'attractivité des métiers, est-il toujours pertinent de promettre à toutes les jeunes aides-soignantes une perspective de carrière qui consistera, sauf à gravir des montagnes, à terminer leur carrière, après plus de 40 ans de cotisations, comme aides-soignantes avec possiblement de forts risques vis-à-vis de leur santé ? Est-il toujours pertinent que la formation continue des infirmières ne soit pas légitimement reconnue alors qu'elle leur permet souvent d'acquérir une spécialisation bénéfique à la prise en charge des patients et au fonctionnement collectif des équipes ?

Il nous faut désormais faciliter les parcours professionnels, donner des perspectives d'évolution plus claires et moins linéaires, permettre à chacune et

chacun de se projeter dans une véritable carrière dans le système de santé.

L'instauration d'un parcours VAE spécifique pour les aides-soignantes souhaitant devenir infirmières est un exemple parmi d'autres de mesures immédiatement efficaces.

Provoquer un choc de rééquilibrage entre la vie personnelle et la vie professionnelle

Les professionnels de santé ont un rythme de travail singulier. En 12 h, en 8 h, en 7 h, de nuit, le week-end, les jours fériés. La continuité de la prise en charge de leurs patients l'exige. Mais cela n'est pas sans incidence sur l'équilibre entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle, et notamment sur leur vie familiale.

Comment répondre à des exigences de services quand les dispositifs de garde d'enfants ne sont clairement pas adaptés aux horaires de soignants ?

Comment concilier son rôle d'aidant familial avec celui de professionnel de santé rappelé sur son lieu de travail du jour au lendemain ?

Il convient dès lors d'adapter l'ensemble des dispositifs facilitant cet équilibre, qui concentre le mécontentement

de 46 % des hospitaliers², le double des actifs en emploi en population générale !

Proposer des horaires de garde d'enfants adaptés, en associant les collectivités locales, faciliter le rôle d'aidant familial sont autant de pistes à investiguer, parmi d'autres.

Provoquer un choc instaurant une véritable politique de santé des professionnels de santé

Enfin, il n'y aura pas de révolution humaniste sans qu'une attention particulière soit directement portée à l'endroit de la santé des professionnels de santé. 24 % d'entre eux se déclarent en mauvaise santé³ (quasiment le double des actifs en emploi en population générale), 69 % des hospitaliers déclarent vivre « toujours » avec au moins une source de stress dans leur vie professionnelle⁴.

Il convient de faire travailler de concert celles et ceux qui œuvrent pour la santé des professionnels de santé. Employeurs, publics comme privés, organisations syndicales représentatives, services de santé au travail,

2 Observatoire MNH sur la santé des hospitaliers, septembre 2022.

3 Observatoire MNH sur la santé des hospitaliers, septembre 2022.

4 Observatoire MNH sur la santé des hospitaliers, septembre 2022.

mais aussi complémentaires santé et prévoyance doivent coordonner leurs actions, fixer un cap commun, partagé, autour d'objectifs clairs et évaluables, issus de constats clairement objectivés.

Les différentes pistes évoquées ci-avant ne sont pas exhaustives, mais ont le mérite d'être posées. Il ne reste plus à l'ensemble des parties prenantes que de s'en saisir, au bénéfice de la seule performance véritablement indispensable à notre système de santé : l'humain.

LES CENTRES DE SANTÉ : QUEL MODÈLE POUR QUELLE PERFORMANCE ?

PAR

NICOLAS GOMART

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPE MATMUT

EMMANUEL RUFFIN

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE MATMUT MUTUALITÉ LIVRE 3

En matière d'exercice des soins de premier recours, l'image des centres de santé, longtemps perçus comme des dispensaires, peu attractifs et proposant une qualité de soins perfectible, a très sensiblement évolué depuis une dizaine d'années grâce à l'action des gestionnaires d'un certain nombre d'établissements :

- Locaux rénovés, confortables, attrayants ;
- Matériel médical moderne, voire de pointe ;
- Accueil, soins, écoute et suivi des patients de grande qualité ;

et ce, conformément à la réglementation applicable aux centres de santé, dans des conditions d'accès aux soins très favorables : établissements ouverts à tous, tarification au secteur 1, pratique du tiers payant systématique.

Il convient de rappeler que les centres de santé sont tenus, en outre, d'assurer des missions de prévention, d'éducation pour la santé, etc.

Certains d'entre eux constituent une incarnation concrète de l'exercice regroupé de la médecine et de ses vertus :

- Polyvalence de l'offre de soins avec un nombre important de spécialités présentes au sein de l'établissement aux côtés de la médecine générale et des soins dentaires ;

- Plateau technique d'imagerie (radiographie, échographie, scanner voire IRM, etc.);
- Partenariats avec des établissements hospitaliers dans le cadre d'un réseau ville-hôpital;
- Charge administrative nulle ou réduite au minimum pour les praticiens, vie professionnelle et familiale mieux conciliée;
- Recrutement et animation des équipes soignantes prônant le travail en équipe afin d'offrir au patient un parcours structuré, coordonné, fluide et minimisant le nombre de passages pour un besoin donné.

C'est donc un modèle qui, au vu des avantages qu'il présente tant pour le patient, les praticiens que sur le plan de la maîtrise des dépenses de santé, devrait être encouragé/développé.

Pour autant, ce n'est guère le cas car ces établissements n'atteignent que très rarement l'équilibre économique, ce qui limite bien évidemment les initiatives et projets en la matière de leurs gestionnaires (associations, mutuelles, collectivités territoriales, établissements de santé).

Plusieurs études se sont penchées sur le sujet et ont formulé un certain nombre de préconisations :

- Soit sur le plan des bonnes pratiques de gestion et/ou de l'organisation des établissements : taille critique, mix d'activités, ratios de gestion clés, mutualisation ou externalisation, gestion des effectifs, etc. Beaucoup a été dit et imaginé en la matière ;
- Soit sur le plan de la réforme des financements publics ou de financements complémentaires qu'il serait légitime d'accorder aux centres de santé en fonction de leur engagement dans les missions d'action sociales.

Il n'y a pas de raison de douter que les bonnes pratiques issues de ces études ont été prises en compte par le management des centres de santé, du moins dans la limite des contraintes posées par la réglementation. Pour autant, cela ne produit pas les effets escomptés, principalement du fait de difficultés permanentes dans le recrutement des praticiens et donc d'un sous-effectif et d'un turn-over chroniques.

Par ailleurs, la piste de l'octroi par l'État de financements complémentaires pérennes et stables apparaît illusoire au regard des difficultés que connaît par ailleurs le

système public de soins et de la lourdeur des circuits de décision.

Est-ce donc sans issue ? Sans doute pas et, l'imagination étant au pouvoir, de nouvelles pistes sont toujours envisageables.

Les centres de santé souffrent d'un problème d'offre, pas de demande. La question de l'attractivité des centres de santé pour les praticiens étant donc centrale, deux voies nous paraissent devoir plus particulièrement être explorées :

- Il conviendrait en premier que les freins administratifs au recrutement des praticiens soient réduits au maximum. Nous constatons, au contraire, et de manière assez incompréhensible, une évolution particulièrement défavorable, en particulier dans le délai et l'instruction des dossiers présentés aux Conseils de l'ordre (médecins/dentistes) et dans les avis rendus par ceux-ci. Cette situation décourage bien évidemment les candidatures. C'est un point qui nous semble devoir être revu sans délai, afin de retrouver un fonctionnement cohérent avec les aspirations des praticiens souhaitant rejoindre les équipes des centres de santé et les réalités terrains en matière de pénurie d'offre de soins ;

**LES CENTRES
DE SANTÉ
SOUFFRENT
D'UN
PROBLÈME
D'OFFRE, PAS
DE DEMANDE**

- L'interdiction de l'exercice libéral au sein d'un centre de santé nous semble également devoir être reconsidérée. Sans bien évidemment renoncer au principe d'un exercice salarié et à tarif conventionné à titre principal, nous pensons que la présence d'une offre complémentaire libérale, pouvant déroger au secteur 1, au sein du même établissement et dans des conditions circonscrites (par exemple le samedi après-midi ou en toute fin de journée) de manière à ne pas perturber la perception du centre par la patientèle, constituerait un mix utile et opportun pour générer des revenus complémentaires de nature à atteindre l'équilibre économique voire un résultat nécessaire au renouvellement et l'entretien des structures.

La problématique soulevée ici illustre que la performance en santé ne peut être univoque et réduite soit à la performance purement médicale ou servicielle, soit à la performance économique. Elle suppose un équilibre entre ces différents facteurs, et c'est bien là que la difficulté réside *in fine*.

RÉUSSIR LE VIRAGE DE LA PRÉVENTION

PAR

MARIE-LAURE DREYFUSS

DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE DU CTIP

S'alimenter de façon plus saine, améliorer son sommeil, se faire dépister, réduire le stress, les risques d'accidents, les addictions ou la sédentarité... Toutes ces actions permettent de se maintenir en bonne santé plus longtemps. Les institutions de prévoyance l'ont compris très tôt. Leur proximité avec les partenaires sociaux ainsi qu'avec les entreprises et les salariés n'est sans doute pas étrangère à cette prise de conscience précoce. Elles ont ainsi développé depuis longtemps des programmes d'actions de prévention, concrets et adaptés aux risques spécifiques à chaque métier sur tout le territoire. Pour cela, elles s'appuient en grande partie sur les accords de branche ou sur ceux conclus au sein des entreprises. Elles ont également été pionnières en matière d'aide aux aidants.

Les actions de prévention favorisent la santé des salariés, le maintien dans l'emploi et la réduction de l'absentéisme : autant de sujets majeurs pour les entreprises.

Selon le dernier baromètre absentéisme de Malakoff Humanis (septembre 2022), les arrêts de travail concernent 40 % des salariés chaque année depuis 2016. Si ce taux s'avère stable, la tendance est à l'augmentation régulière des arrêts longs et des arrêts multiples. Des programmes de prévention adaptés contribueraient sans nul doute à maîtriser ces risques.

Aujourd'hui, tout le monde ou presque s'accorde donc sur la nécessité de réussir une « révolution de la prévention », selon la formule du président Emmanuel Macron à l'aube de son second mandat. Le ministre de la Santé et de la Prévention, François Braun, a aussi tracé cette feuille de route avec la volonté d'associer toutes les parties prenantes. Le chantier est ambitieux et délicat. Ne plus se reposer d'abord sur la capacité du système de santé à soigner, à indemniser ou à prendre en charge la perte d'autonomie représente un véritable changement de paradigme.

La France est un pays où l'on vit longtemps. Grâce à la qualité et à l'accessibilité de notre système de santé, nous pouvons nous réjouir d'afficher, parmi les 27 pays de l'Union européenne, la plus grande espérance de vie à 65 ans. En 2020, elle était en moyenne de 18,9 ans pour les hommes et de 23 ans pour les femmes.

Cependant, selon un rapport de la Cour des comptes de novembre 2021 consacré à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, nos seniors ne se maintiennent pas autant en forme qu'ils le pourraient.

En effet, le temps de vie sans incapacité – ou l'espérance de vie en bonne santé – n'est que de 10,6 ans pour un homme de 65 ans en France, soit seulement la 9^e position dans l'Union européenne. Ce temps est de

12,1 ans pour une femme, soit la 7^e place européenne. La Cour des comptes conclut : « Une marge d'amélioration reste donc importante [...]. Par ailleurs, [...] la Cour a calculé qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité représenterait une économie de près d'1,5 Md€ dans les dépenses de l'assurance maladie. »

**LE VIRAGE
PRÉVENTIF FERA
AUSSI NAÎTRE
DE NOUVEAUX
MÉTIERS ET
DE NOUVEAUX
RÔLES**

En Suède, premier pays de l'UE pour l'espérance de vie en bonne santé, un senior vit sans incapacité près de 5 ans de plus qu'en France. L'un des facteurs explicatifs de cette différence réside dans l'orientation du système de soins. En Suède, il est centré sur le préventif, avec 3 % des dépenses de santé consacrées à la prévention. En France, cette part s'élève à moins de 2 %.

Développer davantage une culture préventive permettrait non seulement de vivre mieux, mais aussi de retrouver les marges de manœuvre nécessaires face aux défis que doit relever notre système de soins : déserts médicaux, vieillissement de la population, etc.

Le virage préventif fera aussi naître de nouveaux métiers et de nouveaux rôles, par exemple en développant le

soutien aux aidants familiaux qui s'occupent de leurs proches âgés ou handicapés. Parce que la prévention doit être présente à toutes les étapes de la vie, et qu'elle exige des changements de comportements et d'organisation importants, une telle transformation ne peut réussir sans un dialogue dans la durée entre les différents acteurs. Il permettra d'établir confiance et consentement pour co-construire et soutenir des solutions et des services innovants ou tirer parti des données de santé afin de bâtir des programmes de prévention efficaces et adaptés.

Fortes de leur expérience et de leur engagement, et en s'appuyant sur le dialogue social, les institutions de prévoyance entendent prendre toute leur place dans le virage préventif, grâce à leur proximité avec le « terrain » et l'esprit de co-construction avec tout l'écosystème de santé qui les a toujours animées.

NE PAS CÉDER A LA TENTATION DU « TOUT ÉTAT » EN MATIÈRE DE SANTÉ

PAR

DIDIER BAZZOCCHI

VICE-PRÉSIDENT DU CRAPS
ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE MMA

En 2022, l'Indice de développement humain¹ a régressé dans le monde, avec une espérance de vie revenue à son niveau de 2012. Ceci signifie que les systèmes de santé ont perdu en efficacité avec la crise sanitaire provoquée par la Covid-19. Pourtant, les systèmes de soins et leurs personnels ont été lourdement mis à l'épreuve et ceux-ci ont payé un lourd tribut à cette crise sanitaire. Mais ce sont bien les systèmes de santé et non seulement les systèmes de soins qui ont été impactés². La crise a révélé la fragilité des systèmes de santé et de protection sociale ainsi que leur capacité à absorber ou à en amortir les effets. En France, le système français de protection sociale bâti en 1945 a pleinement joué son rôle d'amortisseur. Mis en place pour permettre le retour à la paix civile et ouvrir la voie à la reconstruction, il a parfaitement fonctionné pendant les Trente Glorieuses, en organisant des solidarités professionnelles et interprofessionnelles, exprimant la Fraternité de notre devise républicaine, qui assure un équilibre indispensable entre Liberté et Égalité.

1 L'IDH se calcule grâce à la moyenne de trois indices : le PNB par habitant (exprimé en dollars, converti en parité pouvoir d'achat pour tenir compte des différences de prix), l'espérance de vie à la naissance (en années) et le niveau d'études, lui-même composé de la durée de scolarisation des adultes âgés de 25 ans et de la durée de scolarisation espérée pour les enfants d'âge scolaire (en années).

2 Les quatre déterminants de l'état de santé d'une population : environnement et conditions de vie, comportements, capital génétique, efficacité du système de soins (lequel pèse pour environ 30 % selon les estimations habituelles).

L'État-providence est pourtant venu progressivement se substituer à cette vision issue de l'école solidariste de Léon Bourgeois. Une intervention de l'État, dont les bienfaits sont réels, mais dont les risques étaient déjà décrits par Alexis de Tocqueville³. Cet État-providence, que l'on appelle désormais l'État-nounou, est apparu en Grande-Bretagne en 1944 dans une économie de guerre. Il se définit comme « un système qui autorise le gouvernement d'un pays à allouer des services sociaux financés par l'impôt, tels que soins de santé, allocations-chômage, etc. aux personnes qui le nécessitent ». Son esprit universaliste et protecteur s'est d'abord appliqué à la généralisation de la protection sociale, s'est ensuite étendu aux politiques de l'emploi, du logement, et de l'éducation, ainsi que de manière plus générale, à de nombreux domaines de l'intervention publique. Il s'est inscrit dans un mouvement keynésien de convergence entre socialisme et capitalisme.

Mais l'allocation de ressources par l'État-providence est par nature sujette à des mécanismes de rationnement. Ceux-ci se substituent au prix de marché pour gérer la rareté. Certes, ces mécanismes permettent de maintenir l'apparence d'un égal accès aux soins de santé. De fait,

3 « Que m'importe après tout qu'il ait une autorité toujours sur pied, qui veille à ce que mes plaisirs soient tranquilles, qui vole au-devant de mes pas, pour détourner tous les dangers, sans que j'aie même le besoin d'y songer si cette autorité en même temps qu'elle ôte ainsi les moindres épines sur mon passage est maîtresse de ma liberté et de ma vie. »

se voulant égalitaire, le système de l'État-providence est devenu avec le temps injuste et inefficace. Comme l'a montré Jean Tirole, le système de redistribution, l'un des piliers de l'État-providence, ne sert pas les publics ciblés et coûte très cher à la société. La notion de solidarité a été ainsi confusément mêlée à celle de générosité.

La perte de repères sur les valeurs essentielles, la crise économique mondiale surgie en 2008, la crise sanitaire de 2020, le retour de l'inflation et les rigidités instaurées dans les structures sociales génèrent un appauvrissement des classes moyennes et une crise de confiance au sein de la société française. Il en ressort un dangereux mélange de fatalisme, de désespoir et de colère. Avec une dette sociale considérable, l'État-providence, longtemps considéré comme un amortisseur de crise et comme « bouclier » face à la perte de revenus des ménages, s'est arrogé en quelque sorte le quasi-monopole de l'assurance contre les aléas de la vie⁴. Aura-t-il durablement les moyens de

4 L'économiste américain Richard Musgrave définissait en 1959 les trois principales fonctions de l'État :

- L'affectation ou l'allocation des ressources, dans certains cas, promouvoir les activités générant des externalités positives et endiguer celles qui produisent des externalités négatives. L'État doit aussi instaurer les biens collectifs.
- La redistribution des revenus et des patrimoines, le souci à la base au niveau de ses activités est un souci d'équité (de justice).
- La régulation de la conjoncture économique.

répondre à la vaste demande de gratuité, d'assistance et de redistribution qu'il a lui-même suscitée ?

Dès lors, comment faire face aux défis des transitions démographique, épidémiologique et technologique ? Comment financer les nouvelles thérapies et les technologies médicales, l'inéluctable augmentation du coût du travail soignant, l'accompagnement des pertes d'autonomie, l'accès aux soins des populations isolées ou défavorisées, une approche équitable de la prévention ?

Rappelons ici quelques pistes, déjà citées par des personnalités dont la compétence est unanimement reconnue.

En matière de prévention⁵ comme d'accès aux soins, toute approche égalitaire est inéquitable. Les « besoins de santé » ne sont pas également répartis. Ceux qui sont aptes à mieux les percevoir, les comprendre et y apporter des réponses appropriées sont ceux qui sont au contact des populations : collectivités locales et territoriales, professions de santé, branches professionnelles, organismes paritaires et mutualistes...

En matière de qualité des soins, et donc d'efficacité du système de soins, les recettes ont été maintes fois

⁵ CRAPS : interview du professeur Franck Chauvin, président du HCSP, le 25 mai 2022.

décrites : la mesure et la comparaison sur la qualité des pratiques doivent partir du terrain et non du sommet de la pyramide administrative. Commençons⁶ par les disciplines « dures » (chirurgie, cancérologie, certaines spécialités médicales...), là où les résultats peuvent être mesurés et comparés au sein d'un service d'hospitalisation, d'un établissement, d'une région, avec des PROMs et PREMs⁷ simples. La qualité se gère d'abord sur le terrain et son amélioration est continue. Elle relève d'actes de management par les professionnels, pas d'un contrôle administratif a posteriori, abstrait et sans effet.

En matière d'efficience du système de soins, on évoque le chiffre de 20 à 30 milliards d'euros de dépenses qui ne seraient pas indispensables, alors même que des populations n'ont plus accès à des soins primaires. Le potentiel de redéploiement existe donc. Les professionnels en citent de nombreux cas, que la réglementation ou des corporatismes ne permettent pas d'exploiter. La réponse est alors unique : décentraliser ! Donner le pouvoir de décision à ceux qui sont en charge du management : directeurs d'établissements, chefs de

⁶ Ainsi que l'explique depuis des années le professeur Guy Vallancien.

⁷ Les Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) pour le résultat des soins, les Patient-Reported Experience Measures (PREMs) pour l'expérience des soins évaluent la qualité des soins perçue par les patients.

service, services déconcentrés de l'État, organismes payeurs...

Pourquoi ces pistes d'amélioration de la performance du système de santé, parmi d'autres, ne sont-elles déjà pas mises en œuvre en France, alors que tout a été dit, tout a été écrit depuis des années et que certaines d'entre elles sont pratiquées dans des pays voisins ?

Les causes sont sans aucun doute multiples. Pourtant, la volonté que l'État a exprimée depuis un peu plus d'une décennie de tout faire, seul, ne favorise pas l'émergence de réponses adaptées aux « besoins de santé » et aux attentes actuelles de la société. Comme des exemples étrangers nous le montrent, y compris sur le continent européen, les solutions du « tout État » en matière de santé ne sont pas génératrices de justice sociale, mais au contraire de rationnement et de files d'attente. A contrario, en matière de santé, l'exubérance des marchés n'est pas préférable au monopole de l'État, loin s'en faut, il suffit de traverser l'océan Atlantique pour s'en convaincre. Alors, comment faire ?

**LES SOLUTIONS
DU « TOUT ÉTAT »
EN MATIÈRE
DE SANTÉ NE
SONT PAS
GÉNÉRATRICES DE
JUSTICE SOCIALE**

Nous sommes tous attachés au principe d'égalité d'accès à la santé. Pour que cette égalité ne soit finalement pas privative de liberté, les collectivités territoriales, les professionnels de la santé, les associations de patients, les branches professionnelles, les organismes d'assurance santé doivent s'en saisir, ensemble, très concrètement, au service de l'intérêt général. C'est-à-dire proposer, expliquer, débattre, construire, s'engager, investir, se battre pour des transformations, y compris quand cela requiert des efforts, des difficultés ou des concessions.

Renoncer à l'existence de cette démocratie sanitaire, ce serait renoncer à la Liberté. Mais la liberté n'est-elle pas un fardeau trop lourd à porter ?

ET SI ON RECENTRAIT LES SOIGNANTS SUR LE SOIN ?

PAR

MATTHIEU GIRIER

PRÉSIDENT DE L'ADRESS ET DIRECTEUR DU PÔLE DES RESSOURCES
HUMAINES AU CHU DE BORDEAUX

Les presque quinze années qui se sont écoulées depuis la promulgation de la loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009 ont vu les établissements publics de santé se confronter à l'émergence d'un mouvement de transformation permanente, convoquant virage ambulatoire, digitalisation, irruption de l'intelligence artificielle, nouveaux traitements et thérapeutiques disruptives.

Force est de constater que ce mouvement a été diversement métabolisé par les collectifs hospitaliers. Sans revenir à la résorption très lente et très progressive du temps hospitalier, tendu et continu, avec celui du droit, notamment celui du droit de la fonction publique, et des frottements que ces différences de temporalité ont pu avoir en matière de flexibilité d'organisation, d'attractivité et de fidélisation, quelques idées-forces ont en effet structuré la réponse institutionnelle aux enjeux de réorganisation :

- Approcher le temps de travail, et donc l'allocation des ressources hospitalières de façon scientifique, afin de rendre plus facilement comparables et préhensibles les enjeux de recrutement ;
- Limiter, ou traiter de façon très imparfaite, les interactions de l'approche scientifique de la gestion du temps de travail avec la charge de travail, laquelle est dépendante à la fois de la complexité de la prise

en charge des patients accueillis, mais également de la complexité relative de l'organisation des fonctions support ;

- Dans un environnement où les exigences en matière de traçabilité, de suivi de la qualité et de protocolisation du soin se sont multipliées à outrance.

Il en a résulté la généralisation d'un modèle, celui du « tout soignant », où les fonctions support, administratives, logistiques, d'accueil, de parcours ont été progressivement intégrées dans la fiche de poste des équipes infirmières et aides-soignantes.

Une rapide analyse, par le biais par exemple de la méthodologie d'analyse des soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS), démontre l'ampleur de la transformation qui a pu s'opérer en l'espace de quelques années. Dans un centre hospitalier universitaire présentant des prises en charge de tous types, le volume d'activités afférentes aux soins représente entre 35 et 65 % du volume total de l'activité des personnels soignants, infirmiers et aides-soignants.

Derrière ce constat de fait, se cache un nombre très divers d'activités : temps passé à consulter et renseigner le dossier patient, que celui-ci soit informatisé ou toujours au format papier, préparer les traitements et

assurer le suivi de la pharmacie, accueillir, orienter, guider les patients et leurs accompagnants.

Cet état de fait interroge largement les directeurs des soins et les directeurs des ressources humaines, confrontés à deux paradoxes :

SEULS 35 À 65 % DU TEMPS DE TRAVAIL DES SOIGNANTS EST VÉRITABLEMENT DÉDIÉ AU SOIN

- D'une part, la constatation que seuls 35 à 65 % du temps de travail des soignants est véritablement dédié au soin – ce qui implique, sur un marché de l'emploi actuellement extraordinairement difficile, qu'une part non négligeable de recrutements opérés pourraient être réalisés au profit de métiers en situation de moindre tension, et donc contribuer largement à l'apaisement de la crise hospitalière ;
- D'autre part, l'idée que les personnels si précieux et si difficiles à recruter actuellement le sont pour réaliser des activités qui ne correspondent pas à leur cœur de métier – ce qui ne contribue ni à leur épanouissement professionnel, ni à la construction d'une image positive du travail hospitalier, et donc *in fine* joue à l'encontre de leur fidélisation.

Est-ce pour autant une fatalité ? Faut-il poursuivre l'application du dogme du « tout infirmier » à une époque où la pluridisciplinarité des équipes est identifiée

comme une force, à la fois en matière d'efficacité du fonctionnement collectif, de qualité de vie au travail et d'amélioration de la qualité des soins fournis aux patients ? La réflexion portée sur la diversification des métiers composant une équipe paramédicale répond somme toute à la logique développée lors de la mise en place de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques créée par la même loi HPST.

Cette nouvelle approche de l'organisation hospitalière reposera cependant sur la fin d'un raisonnement qui relève tout autant, en fonction du point de vue que l'on adopte, du dogme ou du tabou : la question des ratios de personnels soignants et d'une approche normative des organisations, censées toutes rentrer dans un schéma standardisé prévoyant nombre d'infirmières, nombre d'aides-soignantes, et volume de personnels support.

Conséquence d'une telle logique, l'organisation des soins ne pourra se fonder que sur la base de la confiance, de diagnostics compris et partagés, de l'adoption de moyens d'analyse et de partage de la réalité du travail en commun – dont les SIIPS feront sans doute partie, au bénéfice d'une nouvelle approche du soin, propre à mettre un terme à la crise hospitalière durable à laquelle nous faisons face.

L'APPROCHE AFFINITAIRE MUTUALISTE OU COMMENT RENFORCER LA PERFORMANCE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

PAR

QUENTIN BERIOT
DIRECTEUR GÉNÉRAL D'UNÉO

Rendre notre système de santé plus performant passe notamment par une prévention plus efficace. C'est fort de cette conviction que le Gouvernement a fait de l'amélioration de la prévention un des axes majeurs de la Stratégie nationale de santé. Plusieurs mesures emblématiques ont ainsi été prises cette année dans la loi de financement de la Sécurité sociale. En effet, la prévention reste un point faible de notre système de santé. Il génère à la fois une perte de chances pour un certain nombre de nos concitoyens ainsi que des dépenses évitables, assumées par le système de soins qui doit le compenser. Pour favoriser le développement d'une culture forte et ciblée de la prévention santé en France, pourquoi ne pas faire confiance à notre modèle affinitaire mutualiste, qui s'inscrit en complémentarité de l'Assurance maladie et décline les politiques de santé publique ?

L'atout du « sur-mesure »

Pour la Stratégie nationale de santé, il s'agit de « renforcer l'ensemble des actions qui permettent, soit de prévenir la survenue des problèmes de santé (prévention primaire), soit de les détecter précocement et d'éviter leur aggravation (prévention secondaire), soit encore de pallier leurs conséquences ou complications (prévention tertiaire) ». Pour cela, il faut savoir toucher et accompagner la bonne personne, au bon endroit, au

bon moment, avec une stricte économie de moyens. Les mutuelles affinitaires sont en cela très bien placées pour le faire : elles sont capables de proposer des dispositifs « sur-mesure » avec, à la clé, des gains mesurables sur le plan médico-social. La raison d'être des « solidarités communautaires » est en effet de tenir compte des risques et intérêts communs d'une population bien identifiée, comme la communauté Défense dans le cas d'Unéo. Le modèle affinitaire apporte en plus un élément de continuité intergénérationnelle, donc une garantie de pérennité économique.

La force du ciblage

En protégeant durablement cette communauté, la mutuelle référente peut déployer des accompagnements adaptés à des troubles spécifiques grâce à une connaissance fine de l'environnement de la population concernée, de sa psychologie ainsi que de ses pathologies communes à ses membres. Chez les militaires, on peut citer à titre d'exemple : la gestion du stress et du sommeil, des déficiences auditives ou encore de la récupération physique et psychologique post-mission. C'est aussi la connaissance fine de notre communauté qui nous a permis de mettre en place un dispositif inédit de prise en charge des frais de santé et de prévoyance à titre gracieux pendant les mois de confinement 2020. La force de « l'affinitaire » pour mener de telles

politiques est bien le ciblage. Or, ce ciblage constitue parfois précisément le talon d'Achille de nos politiques de santé publique, dont l'impact est, par nature, plus diffus car plus standardisé.

La Cour des comptes l'a d'ailleurs rappelé dans son rapport sur la politique de prévention publié en novembre 2021, en préconisant de « *faire de chaque contact avec le système de santé une opportunité de prévention* ». Les sages ont également insisté sur le levier numérique et notamment l'importance d'« *utiliser les données de santé pour bâtir des stratégies mieux ciblées* ».

La puissance des données

Nos structures affinitaires souhaiteraient justement accéder à davantage de données. Non dans le but de sélectionner le risque – cela nous est interdit et cela n'aurait aucun sens pour une mutuelle couvrant déjà une population spécifique – mais pour gagner en efficacité : analyse, diagnostic, mesure d'impact des protocoles, parcours personnalisés... Tout en prenant en compte les enjeux éthiques et de sécurité. Ensemble, nous pourrions alors concevoir et prendre en charge des dispositifs personnalisés plus performants, des parcours de soins mieux balisés.

Le temps et la liberté d'agir

Mais les principaux obstacles au développement de telles politiques ciblées sont, aujourd'hui, d'une part le modèle de mise en concurrence des complémentaires santé et d'autre part notre capacité à utiliser les données. Avec des contrats responsables de plus en plus standardisés, la fin des clauses de désignation au niveau des branches, la résiliation de contrat infra-annuelle, cette capacité à accompagner des populations sur le moyen/long terme s'est fortement atténuée... Or, en prévention, il est impératif de suivre le public cible sur le long terme.

**EN
PRÉVENTION, IL
EST IMPÉRATIF
DE SUIVRE LE
PUBLIC CIBLE
SUR LE LONG
TERME**

Offrons donc aux solidarités communautaires les marges de manœuvre pour développer des actions *ad hoc* de prévention, de promotion et d'éducation, tout en mettant en œuvre des dispositifs de gouvernance pour le suivi et le contrôle des actions engagées. Une stratégie complémentaire AMO-AMC gagnante pour renforcer la performance des parcours patients et l'efficience de la prise en charge.

EXPLORER LA PERFORMANCE TECHNIQUE ET PRONOSTIQUE DE LA BIOLOGIE MÉDICALE

PAR

DR FRANÇOIS BLANCHECOTTE
PRÉSIDENT DU SYNDICAT DES BIOLOGISTES

Parler de performance en biologie médicale, c'est explorer sa performance technique et pronostique. 70 % des diagnostics médicaux s'appuient sur les résultats validés par les laboratoires de biologie médicale. Mais peu de personnes pensent que pour au moins 25 % de ces examens, cotés en actes à la nomenclature, le biologiste médical intervient pour en augmenter l'efficacité. Le diagnostic biologique ne se résume pas à l'automate !

Des hommes et des automates

Deux exemples : en premier, l'expertise du biologiste médical est requise dans le cas d'un traitement antibiotique lors de la découverte d'un germe, d'un parasite chez un malade. Il peut ainsi orienter le médecin prescripteur en termes de préconisations thérapeutiques, de dose et de durée. Et parfois, en particulier pour des plaies, il conseille la non-utilisation d'un antibiotique.

En second, dans le cadre de la Procréation médicalement assistée (PMA), le biologiste médical intervient dans le cadre de consultations permettant au couple d'être pris en charge de façon ciblée et performante.

Et si l'on se projette dans les prochaines années et le développement des thérapies ciblées, les marqueurs

biologiques, décryptés et contextualisés par le biologiste médical, seront nécessaires pour commencer tout traitement anticancéreux. Sans même parler de la biologie prédictive, de multiples exemples pourraient ainsi être développés autour des marqueurs génétiques qui arrivent en routine à court terme.

Mais au-delà de ces champs nouveaux, la performance se mesure aussi pour notre profession par sa capacité à délivrer un diagnostic le plus rapide et précis possible avec le moins d'explorations biologiques afin d'éviter l'errance diagnostique du patient, de service en service, de consultation en consultation. Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur deux éléments fondamentaux qui sont venus enrichir les performances analytiques, de reproductibilité et de sensibilité de nos examens que sont le numérique et l'intelligence artificielle. Nous le devons à la recherche et à l'industrie qui les ont mises à notre disposition, encadrées par une norme parfois contraignante et trop administrative, mais qui permet de contrôler les résultats et de valider nos méthodes.

L'apport décisif du numérique

Il s'agit en tout premier lieu de l'évolution numérique qui est majeure dans notre secteur avec deux mots-clés : structuration des résultats biologiques et interopérabilité des systèmes informatiques. La structuration, c'est

pouvoir lire les examens des patients quelles que soient la base de données et l'application à laquelle il est destiné. Le langage de conversion dit « LOINC » est une nomenclature mondiale, qui doit être adaptée à chaque pays, qui permet de lire, de comparer et d'extraire les examens.

**L'INTEROPÉRABILITÉ
DE TOUS LES
LOGICIELS MÉTIERS
EST ESSENTIELLE**

En parallèle, l'interopérabilité de tous les logiciels métiers est essentielle. À quoi bon recevoir des examens, si l'on ne peut pas les intégrer dans un dossier patient, un dossier médical ? À ce jour, le mot d'ordre est la coordination des acteurs avec des échanges multiples et polydirectionnels (MSS et Espace santé). La prise en charge ne sera efficace que si et seulement si les acteurs sont coordonnés et échangent sur le patient de manière fluide : cliniquement, pour le suivi thérapeutique, pour les prestations de conseil données par les uns et les autres.

L'IA en facteur X

Enfin, notre performance sera optimisée par l'apport de l'intelligence artificielle (IA). Tout le monde en parle, mais pour les biologistes médicaux, qu'est-ce que cela veut dire ?

Tout d'abord, cela ne nécessite pas des bases de données considérables, mais si elles sont utilisées, les données doivent être « propres ». Pour un patient considéré, les données doivent être fiables, réelles et justes. Avec seulement 2 % de données vraiment exactes, on peut déjà commencer à construire des algorithmes qui vont conduire à des diagnostics en s'appuyant sur les connaissances et les spécialisations des biologistes médicaux. Ensuite, l'algorithme va évoluer avec toutes les données que l'on va pouvoir lui fournir, et devenir de plus en plus performant.

Les applications sont immenses aussi bien dans le domaine de la reconnaissance des cellules qui, parce qu'elles sont numérisées, est le domaine de prédilection de la numérisation ; mais aussi dans les domaines plus complexes de maladies avec des origines multiples et des facteurs à la fois personnels et extérieurs au patient comme dans le domaine des maladies auto-immunes.

Vers moins d'examens et plus de prévention

Pour conclure sur la performance dans le domaine de la biologie médicale : pendant des années, nous avons compulsé des données, comme un état « polaroid » sur un individu au moment de l'analyse de ces données. Certains examens vous donnaient une réponse

immédiate « HIV positif, Covid positif », etc. ; d'autres permettaient de voir une évolution du patient au cours du temps avec des examens itératifs et montraient que l'on avait, par exemple, une insuffisance rénale qui évoluait au fil du temps. Désormais, il faut prendre les données, disons, « environnementales » du patient, à la fois tout ce qu'il prend comme traitements, son environnement alimentaire et les conditions de vie. C'est ce qui sera demain pris en compte, à la fois son état clinique dans le cadre de la chaîne de soins et son suivi par une équipe pluriprofessionnelle, lui-même aussi pouvant être un patient expert de sa pathologie qu'il connaît et pour laquelle il a aussi des données qu'il peut transmettre.

Avec l'appréciation de son état, de son évolution au cours du temps, des données cliniques, thérapeutiques et de son patrimoine génétique, on devrait pouvoir formuler des diagnostics qui demanderont de moins en moins d'examens différents mais un suivi personnalisé qui se traduira par des conseils de prévention, par des dépistages.

MOBILISER LES ACTEURS AUTOUR DE LA QUALITÉ POUR GAGNER EN PERFORMANCE

PAR

DR JEAN-PAUL ORTIZ

PRÉSIDENT D'HONNEUR DE LA CSMF

La crise sanitaire qui vient de secouer notre pays a mis en évidence la remarquable performance globale de notre système de santé. Son adaptabilité, l'universalité de la prise en charge grâce à notre système de protection sociale, un reste à charge le plus bas des pays de l'OCDE, le degré élevé de la technologie médicale française sont autant de points positifs largement soulignés.

Malheureusement, les besoins de la population ne sont pas couverts comme on pourrait l'attendre. L'accès aux soins est une préoccupation majeure pour nos concitoyens. Les déserts médicaux s'étendent jusqu'au centre de Paris, les délais de rendez-vous auprès d'un médecin spécialiste s'allongent démesurément, les inégalités territoriales s'accroissent, et le reste à charge touche plus volontiers les patients âgés et défavorisés malgré le « 100 % santé » récemment installé.

Tous les acteurs de la santé sont en crise, le désengagement professionnel atteint tous les secteurs et la crise démographique est majeure chez les médecins mais également chez d'autres métiers de santé. La société a changé, le patient également et les professionnels de santé aussi. Afin de répondre au défi du vieillissement de la population et de la multiplicité des pathologies chroniques, il est indispensable d'avoir un système de santé plus performant, plus universel, plus accessible pour tous et partout.

Améliorer la performance peut revêtir de multiples aspects. On pensera d'abord à la performance financière mais cela ne sera pas mon propos. Je privilégierai deux voies : la performance organisationnelle, et celle issue d'une amélioration de la qualité des soins.

Mieux organiser notre système de santé

C'est un lieu commun de dire que le système de santé français est cloisonné. Les relations entre la ville et l'hôpital sont faibles et difficiles, et cela entraîne des dysfonctionnements majeurs. Chacun accuse l'autre de ne pas tenir son rôle, mais les missions ne sont correctement remplies ni par l'un ni par l'autre. En témoigne la crise de la permanence des soins et des urgences.

Même à l'intérieur de chaque groupe d'offreurs de soins, la coordination est très déficiente. À l'hôpital, d'un service à l'autre, la transmission des informations se fait mal malgré les sommes considérables consacrées à l'informatisation des hôpitaux. En ville, le fameux DMP devait permettre de partager les données de chaque patient, comme l'avait annoncé le ministre de la Santé de l'époque, Philippe Douste-Blazy, il y a presque vingt ans !

Améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé est indispensable. Les outils numériques devraient le permettre et l'engagement des acteurs devra être au rendez-vous. Cette révolution numérique doit faciliter un véritable parcours de soins enfin coordonné, le médecin traitant étant le chef d'orchestre de la prise en charge et de l'orientation du patient, celui-ci devenant le véritable acteur de son parcours.

La dimension territoriale est un enjeu majeur pour l'accès aux soins. Les maires des plus petites communes rêvent d'avoir un médecin dans leur village. Mais imaginer un médecin généraliste au pied de chaque clocher est hors de propos à l'heure du travail en équipe pluriprofessionnelle et du temps partagé entre vie professionnelle et personnelle; toutefois, nous devons garantir l'accès à des soins de qualité partout à tous nos concitoyens y compris en ruralité. L'utilisation du numérique doit faciliter cette tâche ; si la téléconsultation s'est développée lors de la pandémie Covid, elle doit durablement rentrer dans le suivi habituel d'un patient chronique stabilisé qui peut être parfaitement surveillé à domicile par téléconsultation, objets connectés et télésurveillance en alternance avec la consultation au cabinet.

L'accès aux soins dans les territoires passera par l'exercice multisite des médecins qui exerceront de plus en plus en groupe, en équipe pluriprofessionnelle. Il revient aux collectivités locales de faciliter cet exercice multisite par la mise à disposition de locaux dans le cadre d'une responsabilité territoriale collective que les médecins libéraux sont prêts à assumer.

L'accès aux soins sera également facilité par la délégation. Il ne s'agit pas de délégation de compétences : la compétence s'acquiert par une formation sanctionnée par un examen. Mais d'une délégation de tâches et de rôles, dans le cadre d'une équipe de soins coordonnée avec le patient, en définissant précisément les rôles et missions de chacun. Cela nécessite la transmission d'informations entre les professionnels, l'acceptation par le patient et la garantie de l'équilibre financier pour chacun des professionnels. Cette dernière condition est un préalable à toute évolution des contours de métier.

Améliorer la performance par la qualité

La démarche qualité en santé a jusqu'à présent privilégié l'analyse des process et des procédures. Ceci a abouti à la certification des établissements de soins.

Le financement a également privilégié la quantité sans se soucier de la qualité du soin rétribué. Cela est un

travers du paiement à l'acte mais également de la T2A. La révolution des PROMs et des PREM s'est en marche. Il devient indispensable d'analyser le résultat d'une prise en charge chirurgicale sur la qualité de vie d'un patient. Chaque patient veut aujourd'hui exprimer son ressenti au cours d'une démarche de soins qu'il vient de subir. Ces deux outputs doivent marquer l'évolution du financement du système de santé et ce n'est pas par un forfait global de prise en charge que cela sera possible sous peine de voir la qualité globale délivrée se fondre dans un financement général sans responsabiliser et redonner du sens à chaque acteur. Cela passe par un financement mixte, basé sur l'activité mais aussi sur l'analyse du service rendu à la population et aux patients.

**TOUS LES EXPERTS
S'ACCORDENT
À RECONNAÎTRE
QU'AUJOURD'HUI
NOTRE ACTIVITÉ
MÉDICALE
MÉRITERAIT
D'ÊTRE PLUS
PERTINENTE**

Tous les experts s'accordent à reconnaître qu'aujourd'hui notre activité médicale mériterait d'être plus pertinente. Examens biologiques et radiologiques redondants car non transmis, explorations endoscopiques inutilement répétées, prescriptions médicales sans bases scientifiques ou inadaptées à la situation clinique, etc., il est temps de rendre toute intervention médicale pertinente, c'est-

à-dire adaptée au bon patient, au bon moment, pour la bonne pathologie. Démontrer la pertinence, c'est améliorer l'efficacité et donc la performance globale de notre système de santé. C'est en mobilisant les acteurs autour de la qualité de la prise en charge que cet objectif rencontrera l'adhésion du plus grand nombre.

Notre société a considérablement changé et notre système de santé doit être à son image : un système généreux, accessible, équitable et de qualité. Ce n'est qu'en améliorant la performance dans tous les domaines que cela sera possible.

DE L'ÉMULATION D'IDÉES À LA PRISE EN CHARGE AUGMENTÉE À L'HÔPITAL : UNE ÉCONOMIE DE SANTÉ À RÉINVENTER POUR LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ

PAR

DR LINE FARAH

PHARMACIENNE SPÉCIALISTE EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ACCÈS AU
MARCHÉ ET INTELLIGENCE ARTIFICIELLE
COORDINATRICE DU CENTRE D'INNOVATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX DE
L'HÔPITAL FOCH

L'avènement du numérique en santé et des innovations technologiques ont favorisé l'émergence de nouvelles pratiques de soin personnalisées et de nouveaux dispositifs médicaux. Au regard du nombre accru de sollicitations des industriels et des professionnels de santé, des hôpitaux se dotent de centres d'innovation et d'expérimentation sur les technologies de santé numériques pour attirer à la fois les talents (professionnels) et les patients au sein de ces structures à la pointe de l'innovation numérique.

1^{re} phase - L'innovation dans le soin : Cultivons notre jardin pour faire germer les idées de nos professionnels de santé

L'objectif de ces tiers-lieux d'expérimentation est de démontrer le bénéfice potentiel d'une innovation technologique, organisationnelle, numérique afin de co-développer les technologies de santé de demain. Les outils d'e-santé impactent l'ensemble du parcours de soins, depuis la prise de rendez-vous sur les plateformes, en passant par l'utilisation d'intelligence artificielle pour le diagnostic précoce ou la planification pré-opératoire tridimensionnelle, jusqu'à la prédiction du risque de complications postopératoires et le suivi digital des paramètres cliniques au domicile du patient voire des jumeaux numériques. L'e-santé a d'ailleurs été

qualifiée de « gisement de performances » selon la Cour des comptes en 2021¹.

Il est donc dans l'intérêt des hôpitaux de proposer d'intégrer ces innovations numériques dans leur projet d'établissement pour promouvoir le dialogue entre leurs professionnels de santé et les industriels et académiques. En parallèle de ces collaborations en e-santé, des challenges d'innovation sont proposés dans certains hôpitaux aux professionnels afin de leur permettre d'identifier et de préciser les besoins. C'est une façon de donner du sens aux actions à construire dans une démarche de « *Sensemaking, Sensegiving*² », pour co-construire le sens au service de l'utilisateur final de l'outil digital. Une proposition d'accompagnement multidisciplinaire peut ainsi être proposée par les équipes d'innovation de l'hôpital et par les experts externes permettant d'aboutir à la co-création de solutions digitales

**DÉFINIR, IDENTIFIER
ET VALORISER UNE
INNOVATION AU
SEIN DES ÉQUIPES
SOIGNANTES
CONSTITUÉE À LA
FOIS UN CHALLENGE
ET UN LEVIER
D'ACTION**

1 Cour des comptes. Le rapport public annuel. 2021. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-03/20210318-RPA-2021-synthese.pdf>.

2 Gioia, Dennis A., and Kumar Chittipeddi. "Sensemaking and Sensegiving in Strategic Change Initiation." *Strategic Management Journal*, vol. 12, n° 6, 1991, pp. 433-448. JSTOR, www.jstor.org/stable/2486479. Accessed 10 oct. 2020.

qui pourront être disséminées dans d'autres hôpitaux, dans certains cas.

Définir, identifier et valoriser une innovation au sein des équipes soignantes constitue à la fois un challenge et un levier d'action. Cette adéquation entre le besoin des bénéficiaires (professionnels de santé, patients, hôpitaux) et les solutions techniques des industriels constitue la pierre angulaire qui permet de qualifier l'intérêt pour une technologie de santé numérique. C'est un élément prépondérant pour le financement futur de ces innovations.

2^e phase - L'évaluation médico-économique : Puisons à la source de nos données pour évaluer la valeur créée par les solutions numériques codéveloppées

Ces technologies d'e-santé bousculent parfois les concepts classiques de remboursement des produits de santé, puisqu'elles impliquent une prise en charge plus intégrative du patient. Elles peinent donc à trouver des financements selon les modèles économiques standards. Des preuves de leur intérêt clinique au regard des économies potentielles sont attendues par les décideurs en santé et les financeurs nationaux (État, Sécurité sociale), régionaux (centrales d'achat) et locaux (hôpitaux).

La place des acteurs « historiques » du financement en santé comme la Sécurité sociale commence à se redessiner alors que de nouveaux « financeurs » émergent. Des assureurs financent, notamment, des outils de visualisation au bloc opératoire, des mutuelles proposent à leurs adhérents une liste d'outils numériques de prévention et de bien-être, des centrales d'achats mutualisés référencent des logiciels et des dispositifs numériques pour les hôpitaux adhérents, des patients se procurent des montres connectées et des établissements de santé investissent dans des algorithmes d'intelligence artificielle pour le diagnostic voire le traitement de certaines pathologies.

La question des preuves médico-économiques nécessaires pour déterminer ces nouveaux modèles de financement trouve donc tout son sens et son essence dans ses réflexions macro-économiques. Afin de réaliser l'évaluation de l'intérêt médico-économique des technologies de santé digitales, le besoin de données à la fois cliniques et économiques représente un point névralgique qui peut être comblé du fait de la génération en continu de données issues de ces outils. Il apparaît donc indispensable de tirer parti de ces données grâce, par exemple, à l'élaboration d'outils d'évaluation multicritère au service de la prise de décision des décideurs financiers ; étape cruciale

pour garantir la mise à disposition et l'adoption de ces innovations numériques dans nos hôpitaux.

3^e phase - L'adoption de l'innovation digitale : En conclusion, prenons soin de nos patients et de nos soignants en pérennisant notre système de santé à travers une analyse médico-économique efficiente de l'apport de ces technologies numériques pour favoriser la mise à disposition précoce de ces outils au service des professionnels, des patients et des établissements.

LA PERFORMANCE À TRAVERS LE PRISME DE L'ORGANISATION DES SOINS

PAR

SÉBASTIEN GUÉRARD

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES MASSEURS
KINÉSITHÉRAPEUTES RÉÉDUCATEURS (FFMKR)

Les recommandations de l'OMS proposent d'inclure la rééducation comme soin essentiel, au même titre que les soins médicaux, car c'est un investissement dans le capital humain et dans sa santé, qui permet *in fine* de favoriser le développement économique et social du pays.

Le système de santé actuel peine à contenir la demande de soins qui augmente dans un contexte de diminution de la densité médicale entraînant une difficulté d'accès aux soins et un engorgement des services d'urgence. Dans le même temps, la démographie des kinésithérapeutes augmente et l'accès direct aux kinésithérapeutes pourrait répondre en partie à cette problématique.

L'ACCÈS DIRECT AU KINÉSITHÉRAPEUTE

Idéal

Près de 6 millions de patients sont sans médecin traitant en France, dont 650 000 sont en affection longue durée (ALD). Ce constat appelle à transformer le système de santé, qui, dans sa configuration actuelle, n'est plus en mesure de répondre aux besoins de soins de l'ensemble de la population. Pour cela, il est nécessaire de repenser entièrement l'organisation des soins en maximisant

l'utilisation des ressources disponibles, notamment en mobilisant l'ensemble des compétences des professionnels de santé de ville. Élargir l'accès direct à certaines professions, multiplier les portes d'entrée dans le système de santé avec un retour d'information systématique au médecin

traitant qui doit rester le garant du parcours de santé, est une des solutions pragmatiques et immédiatement applicables. Les kinésithérapeutes libéraux possèdent les compétences et la formation nécessaires à l'ouverture de l'accès direct à leur profession. Ils pourraient ainsi renforcer le premier recours, en lien avec le médecin traitant, et éviter ainsi des passages aux urgences inutiles. La reconnaissance immédiate de l'accès direct à la kinésithérapie, qui existe par ailleurs dans de nombreux autres pays d'Europe, est un choix cohérent et adapté aux enjeux de notre système de santé.

L'accès direct en kinésithérapie n'est ni une délégation de tâches, ni un transfert de compétences, puisqu'il s'inscrit pleinement dans le cadre de l'exercice de la kinésithérapie sans jamais remettre en question le parcours de soins des patients coordonné par le médecin

**LES
KINÉSITHÉRAPEUTES
LIBÉRAUX POSSÈDENT
LES COMPÉTENCES
ET LA FORMATION
NÉCESSAIRES À
L'OUVERTURE DE
L'ACCÈS DIRECT À
LEUR PROFESSION**

(contrairement aux « médecines alternatives »). C'est une réorganisation du parcours de soins, sans prescription médicale systématique préalable.

Problématiques/obstacles

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit qu'« en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie ». Cette loi reconnaît ainsi que les kinésithérapeutes ont la capacité d'établir sans réserve des évaluations cliniques qui déterminent les critères qui autorisent la rééducation ou qui nécessitent une réorientation vers un médecin. Malgré cette reconnaissance, la mise en place de l'accès direct à certaines professions paramédicales a été, jusqu'à présent, uniquement considérée dans le cadre expérimental. Cette limitation à certains territoires, et parfois à certains lieux de soins (MSP, CPTS), n'a pas permis d'obtenir des résultats à grande échelle en faveur de l'accès aux soins. Il est impératif de sortir du cadre des expérimentations et d'engager une réforme ambitieuse des prises en charge avec l'accès direct.

Une volonté politique forte et une modification de la réglementation, sont deux conditions indispensables à l'ouverture de l'accès direct au kinésithérapeute.

Pistes de solution/propositions

L'accès direct s'avère un dispositif gagnant pour le patient qui reste maître de son parcours de soins et libre du choix de ses praticiens, pour l'Assurance maladie avec les économies engendrées et pour le médecin traitant qui, grâce au bilan-diagnostic kinésithérapique transmis par le kinésithérapeute, assure le suivi de son patient dans sa globalité tout en ayant plus de temps médical disponible.

En effet, le kinésithérapeute étant compétent pour établir un diagnostic d'exclusion et un différentiel dans son champ de compétence, le parcours de soins est facilité tout en respectant la sécurité et la qualité des soins.

Reconnaître à la kinésithérapie le statut de profession médicale à compétence définie et permettre l'accès direct à la kinésithérapie, aux conseils, et si nécessaire au traitement kinésithérapique, permettrait de réduire les arrêts maladie, d'accélérer le rétablissement et d'améliorer les perspectives à long terme pour la santé et le bien-être des patients.

L'accès direct au kinésithérapeute peut jouer un rôle clé dans l'accès aux soins et pour plusieurs types de prises en charge.

Quelques exemples

L'entorse de cheville

Celle-ci représente 7 à 10 % des pathologies d'urgence hospitalière soit environ 6 000 passages aux urgences chaque jour. Le coût d'une consultation hospitalière simple (CCMU1) s'élève à 115 euros alors que la prise en charge par un kinésithérapeute s'élève à 16,12 euros. Le parcours de soins du patient est aussi facilité et sa qualité assurée. La HAS estime qu'en cas de douleur et de gonflement importants, un traitement d'attente reposant sur du repos, l'utilisation de cannes anglaises, l'application de glace, la compression et la surélévation est préconisé... donc, un traitement ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin en première intention.

Première évaluation visant la bronchiolite du nourrisson

Les kinésithérapeutes sont spécifiquement formés à la prise en charge de la bronchiolite. L'accès direct au kinésithérapeute pourrait permettre d'éviter les consultations non justifiées aux urgences et de désencombrer les services hospitaliers en favorisant le retour dans leurs familles des jeunes patients dont la situation médicale ne requiert pas le maintien en hospitalisation. Le coût de la prise en charge d'une bronchiolite par un kinésithérapeute s'élève à 17,85 euros contre 250 euros aux urgences d'un CH et 1 500 euros aux urgences d'un CHU.

REVISITER LA PERFORMANCE DANS UNE PERSPECTIVE DE VALEUR AJOUTÉE POUR CHACUN

PAR

BÉATRICE NOËLLEC

DIRECTRICE DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES ET DE LA VEILLE
SOCIÉTALE À LA FHP

Le terme de « performance » miroite instantanément avec le volume des moyens déployés pour l'atteindre : la mesure de la performance se fait souvent à l'aune du peu de temps/budget/ressources impartis, réalité contrainte avec laquelle il s'agit de composer. On est « performant » quand on a réussi l'impossible avec trois fois rien...

Et si nous repensions cette définition par défaut, et, au lieu de raisonner sempiternellement sur les marges de manœuvre « par contraction », nous réfléchissons sur les opportunités de revisiter la performance dans une perspective de valeur ajoutée pour chacun ? La feuille de route est simple, à défaut des solutions : le principal grief des citoyennes et citoyens envers notre système de santé est sa complexité abyssale, à rebours de toute fluidité de parcours.

La simplification à tous les échelons et l'allègement des pesanteurs technocratiques, au bénéfice des acteurs de santé comme des patients, sont des préalables à toute recherche de performance, pour renouer avec le sens de l'action. La lutte contre la Covid avait servi d'accélérateur d'intelligence collective, mais le retour à l'inflation normative et aux injonctions descendantes a été prompt.

Or, la performance, ce n'est pas seulement se donner bonne conscience en bardant les acteurs d'une profusion d'indicateurs et en se cantonnant à une grille de lecture statistique de la santé. À cette approche par la coercition, doit se substituer une approche fondée sur la confiance a priori et sur les bonnes pratiques de terrain des professionnels et des établissements, la progression en continu par l'évaluation, la substitution du contrat à la contrainte, et l'intégration des patientes et des patients dans le jeu.

À ce titre, l'hospitalisation privée a promu le dispositif « IFAQ » (incitation financière à la qualité) depuis ses origines, comme une démarche vertueuse d'incitation des acteurs de santé à proposer le meilleur, et à progresser en permanence au service des patients. Hélas, depuis quelque temps, le financement ne porte plus sur une valorisation des indicateurs de qualité et de sécurité, mais se fait pour partie à l'aune du poids des secteurs dans les remboursements d'assurance maladie : cela dévoie largement l'esprit initial. Il est urgent de revenir aux fondamentaux...

Par ailleurs, la performance du système ne se construit pas, ou plus, pour le patient seulement mais avec lui, dont le savoir expérientiel – pas si « profane » qu'on le dit – sur sa maladie va contribuer à mesurer la qualité et la pertinence des choix thérapeutiques posés, et

l'amélioration effective de sa qualité de vie à court comme à long terme.

La performance nécessite d'abattre les cloisonnements, les redondances, les postures défensives qui minent notre système de santé. Un service de santé au public véritablement performant fera primer les missions sur le statut. La crise sanitaire, dont les acquis se délitent trop rapidement, a esquissé des approches plus collaboratives sur les territoires, préfigurations de démocraties territoriales de santé vraiment inclusives : acteurs de santé, administrations, élus, et patients.

La performance suppose de mettre en partage des données de santé fiables et homogènes, sans lesquelles on ne peut, ensemble, ni gérer les urgences, ni relever les défis de l'avenir. Et aussi de répondre aux attentes pressantes des citoyens-patients en matière d'information plus éclairée en santé ! Quand on voit que l'hebdomadaire *Le Point* est contraint de cesser son palmarès des hôpitaux et des cliniques, après avoir essuyé un refus de la Cnil d'accéder à la base de données *ad hoc*, on se dit qu'il y a encore fort à faire...

La performance, c'est aussi de savoir dépasser les représentations figées qui sont souvent plaquées sur celles et ceux qui font le soin. Oui, les jeunes générations ont des attentes différentes de leurs aînés, et c'est une

bonne nouvelle. Il n'y aura pas de performance du système sans émergence des conditions propices à la performance des professionnels médicaux et paramédicaux qui y exercent, ni écoute de leurs aspirations.

**LES JEUNES
GÉNÉRATIONS ONT
DES ATTENTES
DIFFÉRENTES DE
LEURS AÎNÉS, ET
C'EST UNE BONNE
NOUVELLE**

Bien sûr, il faut intensifier drastiquement la dynamique de formation. Il convient aussi de remédier à quelques corporatismes bien installés, pour favoriser la fluidité des carrières, les pratiques avancées, les partages de compétences ; de faire pièce à certains clichés en favorisant la montée en mixité des métiers de la santé ; et d'intégrer les innovations dans une vision prospective des métiers de demain, pour attirer de nouveaux profils dans le secteur.

Enfin, le pilotage de notre système reste encore trop comptable et à courte vue. La performance collective réside dans un cap partagé et pluriannuel, autour de quelques grandes priorités de santé publique et de prévention qui embarquent derrière elles l'ensemble de la société. Si les plans en 250 mesures avaient fait la preuve de leur efficacité, cela se saurait !

Pour atteindre ces objectifs, notre pays dispose d'atouts majeurs, l'excellence de ses professionnels de santé et l'appui sur des acteurs publics et des acteurs privés pourvus d'une délégation de service public. Sur ces spécificités et cette complémentarité, à égalité de droits comme de responsabilités, repose la performance de notre système de santé.

SYSTÈME DE SANTÉ ET PROBLÈME DE LA DÉFIANCE : UNE NÉCESSAIRE RÉPONSE DÉMOCRATIQUE

PAR

DR BRICE LAURENT

DIRECTEUR D'ANALYSES SOCIALES, ÉCONOMIQUES ET D'OUVERTURE À LA SOCIÉTÉ À L'ANSES

Un système de santé ne peut fonctionner sans confiance, celle que les patients et leurs familles accordent aux soignants, mais aussi celle que l'ensemble des citoyens accorde aux décideurs et aux experts chargés de le concevoir, le faire fonctionner et parfois le transformer. Or, la confiance fait aujourd'hui l'objet d'une forte préoccupation. Des controverses sur des sujets scientifiques et techniques sont très visibles et certains s'inquiètent de la défiance envers la science dont ferait preuve la population française. La résistance à la vaccination est souvent commentée en ces termes. Elle serait l'illustration d'une défiance croissante, voire d'un refus de la science, qui s'avérerait d'autant plus choquante qu'elle se manifeste au sein même du « pays de Pasteur ».

Le problème de la défiance suscite fréquemment une réponse scientifique. Cette réponse considère que lorsque de nouvelles préoccupations sanitaires surviennent, c'est à la science qu'il faut faire appel. « Le principe qui nous guide, c'est la confiance dans la science », annonce Emmanuel Macron en mars 2020 au moment où est créé le Conseil scientifique, en faisant alors l'hypothèse que c'est la science qui garantira la qualité des décisions mais aussi la confiance envers celles-ci. Pour assurer la confiance, la réponse scientifique en appelle à la pédagogie, seule capable de lutter contre des critiques qui sont alors décrites

comme non scientifiques, voire irrationnelles. Mais cette réponse s'avère incapable d'assurer la confiance, car elle ignore la complexité des relations entre sciences et société.

En faisant l'hypothèse que la défiance est issue d'un déficit cognitif qu'il s'agirait de combler, la réponse scientifique ne peut rendre compte du fait que nombre de critiques des décisions fondées sur la science s'expriment dans des milieux caractérisés par un haut niveau éducatif, qu'elles se confrontent fréquemment à la littérature scientifique, et qu'elles visent à explorer les incertitudes scientifiques. Dans le domaine médical, du sida aux myopathies, les exemples d'implication des patients non experts dans la production des connaissances scientifiques sont nombreux. Ici, les critiques envers le système de santé sont moins le fait d'une contestation de la science que d'une volonté de participation à une exploration des questions de recherche, mais aussi d'une mise en avant de situations de vulnérabilité mal prises en compte.

Deuxième élément que la réponse scientifique peine à saisir, les problèmes scientifiques les plus sensibles sont aussi des problèmes sociaux, et ce, particulièrement en matière sanitaire. La crise du Covid a bien montré qu'un problème comme celui de la réouverture des écoles ne pouvait être pensé indépendamment d'un ensemble de

préoccupations économiques et politiques, et que les décisions associées ne peuvent qu'être liées à des choix de société. Enfin, la réponse scientifique tend à ignorer le fait que la défiance est moins adressée à la science en tant qu'activité humaine qu'à des institutions chargées de l'utiliser pour la décision, et dont l'histoire a montré qu'elles n'ont pas toujours été capables d'éviter des scandales sanitaires. Le fait que la résistance à la vaccination soit extrêmement forte aux Antilles n'est à ce titre pas étranger à l'héritage du chlordécone.

**LA RÉPONSE
SCIENTIFIQUE DOIT
ÊTRE DÉCALÉE
VERS UNE RÉPONSE
DÉMOCRATIQUE
POUR RÉPONDRE AU
PROBLÈME DE LA
DÉFIANCE**

On doit ainsi considérer que la science mobilisée sur les questions sanitaires n'est jamais unique ni définitive, que sa crédibilité dépend de celle des institutions qui la produisent et qui l'utilisent, et qu'elle est nécessairement associée à des choix de société. La conséquence, c'est que la réponse scientifique doit être décalée vers une réponse démocratique pour répondre au problème de la défiance. Car assurer la confiance, c'est parvenir à moins mobiliser une « science » qui serait faite une fois pour toutes et automatiquement disponible qu'à faire vivre l'exploration de la diversité des questions scientifiques et sociales qui sont associées

aux décisions sanitaires. Au final, c'est aussi accepter la nécessité d'un dialogue étroit avec l'ensemble des acteurs susceptibles de mener cette exploration mais aussi d'assurer la légitimité des institutions publiques de l'expertise.

La réponse démocratique fait de la confiance un objectif qui ne peut être atteint que par le biais d'une patiente construction collective attentive à la diversité des positions et des problèmes, capable de repérer les vulnérabilités et les implications politiques des choix techniques, et soucieuse d'impliquer au maximum les acteurs concernés dans le fonctionnement des institutions sanitaires. En prenant au sérieux la réalité de la pratique de la science pour la décision et ses enjeux sociaux, la réponse démocratique est seule capable de bâtir les conditions de la confiance envers le système de santé.

TECH EN SANTÉ : LES CHEMINS DE LA PERFORMANCE PASSENT PAR L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS

PAR

MATHIAS DUFOUR

PRÉSIDENT DE #LEPLUSIMPORTANT

ÉLISABETH HACHMANIAN

DIRECTRICE DU PÔLE SANTÉ

À l'heure où les professionnels de santé sont soumis à de très fortes tensions, il est plus que jamais essentiel de mettre la transition numérique à leur service. Pour libérer du temps médical et soignant, pour améliorer le bien-être au travail, pour renforcer l'attractivité et enrichir les parcours des professionnels, pour assurer le juste niveau de prise en charge des patients.

Le progrès technique a toujours été au cœur de l'évolution de la médecine, avec des répercussions directes sur l'ensemble des professionnels de santé. Pourtant, par sa rapidité et son ampleur, la transition numérique (qui inclut au sens large l'Internet des objets, le big data, l'IA, la robotisation, la réalité virtuelle...) est sans équivalent dans l'histoire de la santé.

Or, la France connaît à ce sujet un triste paradoxe.

Notre pays est particulièrement ambitieux pour développer les techs en santé, comme l'a montré le CSIS de juin 2021. Pourtant, alors que l'impact de ces techs va très fortement dépendre de leur adoption par les professionnels de santé eux-mêmes, leurs conséquences sur ces professionnels restent aujourd'hui largement un « angle mort », peu documentées et, surtout, peu accompagnées.

De fait, les usages des technologies numériques, robotiques et d'IA par les professionnels de santé restent en deçà de ce qu'ils pourraient être, privant les professionnels mais aussi les patients et notre système de santé d'avancées substantielles.

L'acte de soins va être profondément transformé, via une délégation croissante de l'analyse aux machines (ex. aide au diagnostic via l'IA, aide à la prescription, évaluation des risques des patients...). Plus largement, les déports de tâches vers les machines (comme la gestion des flux physiques hospitaliers, la prise de rendez-vous, la recherche et l'analyse d'information, le codage des actes) devraient « libérer » du temps de professionnels au profit de la relation patient ou d'activités médicales ou soignantes. Ces technologies devraient aussi accroître les capacités des professionnels de santé, qui auront accès à l'ensemble des connaissances et protocoles facilitant ainsi le diagnostic et la prescription.

Inversement, ces innovations accélèrent l'obsolescence des connaissances et des compétences. Elles suscitent

**LES USAGES DES
TECHNOLOGIES
NUMÉRIQUES,
ROBOTIQUES ET
D'IA PAR LES
PROFESSIONNELS DE
SANTÉ RESTENT EN-
DEÇÀ DE CE QU'ILS
POURRAIENT ÊTRE**

des craintes de déqualification et de déclassement et, partant, d'une évolution à plusieurs vitesses du corps médical et soignant. Autant de risques qu'il importe d'analyser et de traiter au plus tôt. D'autant plus qu'*in fine* c'est principalement du rythme d'adoption des technologies par les professionnels que dépendra l'ampleur de leur impact.

Selon qu'il sera plus ou moins rapide, la productivité des professionnels de santé pourrait varier de 15 points en 2030, soit l'équivalent du temps de près de 300 000 professionnels de santé. Ce temps pourrait être « réinvesti » dans des activités médicales et soignantes au service des patients, ou pour améliorer le bien-être au travail des professionnels. L'enjeu pour les professionnels, comme pour la collectivité, est donc majeur.

Or, ce rythme d'adoption dépendra pour une large part de la pertinence et de l'ampleur des politiques publiques d'accompagnement des professionnels qui seront menées. De nombreuses pistes d'action sont possibles.

Il faut ainsi transformer le modèle de recrutement et de formation. Nous proposons ainsi d'en recentrer les objectifs sur l'analyse critique d'informations, la créativité, l'empathie, le travail avec les machines, le

travail collaboratif. De même, pourquoi pas rééquilibrer le parcours de formation des professionnels, en réduisant la durée des formations médicales initiales (la mémorisation des connaissances devenant moins cruciale) au profit d'une augmentation massive du temps consacré à la formation continue, pour tenir compte de l'accélération du rythme d'évolution des connaissances et des techs ?

Il convient aussi d'accélérer la transition à large échelle des compétences et des conditions d'exercice des professionnels en activité, en favorisant les cursus complémentaires dans le cadre de la formation continue. Les technologies doivent également pouvoir être mises au profit de l'amélioration de l'évaluation et l'autoévaluation des pratiques des professionnels. Nous proposons également de soutenir les projets d'innovations technologiques portés par les professionnels eux-mêmes et d'intégrer une évaluation des impacts sur les professionnels pour les innovations qui sollicitent un remboursement par l'Assurance maladie.

Il est également temps de réviser l'architecture des professions de santé pour fluidifier les parcours et enrichir les périmètres d'activité, notamment des personnels soignants à certains actes assistés par la technologie. Les modèles de rémunération des

professionnels doivent également évoluer pour éviter le maintien d'actes réalisables par les machines, favoriser les délégations de tâches entre professionnels et recentrer chacun sur les tâches à plus forte valeur ajoutée.

Les médecins qui commenceront à exercer en 2030 ont déjà largement entamé leurs études. Nous devons agir au mieux, dès maintenant, pour favoriser l'adoption des innovations technologiques par les professionnels de santé dans des conditions satisfaisantes et valorisantes pour eux, au service et au bénéfice des patients.

L'ENTREPRISE, LA PROTECTION SOCIALE ET LA SANTÉ DE TOUS

PAR

CATHERINE TOUVREY

DIRECTRICE GÉNÉRALE D'HARMONIE MUTUELLE

À double titre, agir en faveur de la santé et le bien-être au travail est un levier de performance économique de notre système de santé. Première raison, le bien-être au travail est un facteur de performance des structures employeuses et donc de la pérennité de ce financement. Deuxième raison, le travail concentre plusieurs déterminants majeurs de santé et constitue donc un espace intéressant pour agir sur les conditions de vie et en matière de prévention afin de réduire la demande de soins : beaucoup de problèmes de santé peuvent être considérés comme d'origine professionnelle, au premier rang desquels le burn-out, ou peuvent être détectés dans le monde du travail. *A contrario*, le travail est synonyme pour beaucoup, de lieux de sociabilisation ; or, la qualité de la relation sociale au travail constitue un déterminant majeur de santé. L'estime de soi, déterminant de santé mentale, est aussi pour beaucoup liée à l'atteinte d'objectifs dans la vie professionnelle.

**LE BIEN-ÊTRE
AU TRAVAIL EST
UN FACTEUR DE
PERFORMANCE
DES
STRUCTURES
EMPLOYEUSES**

La santé au travail fait l'objet d'une réglementation créant des dispositifs de prévention et de surveillance des situations pouvant présenter des risques pour la sécurité et la santé des employés. Si ces dispositifs sont utiles, ils peuvent être considérés comme des

contraintes par les employeurs, voire un moyen de négociation entre partenaires sociaux pour l'obtention de concessions sur des questions relativement éloignées des enjeux de santé. La santé au travail est pourtant bien plus que cela. Elle pourrait être placée sur un pied d'égalité avec la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) : la RSE pose la question de savoir comment les entreprises font partie intégrante de la société et interagissent avec celle-ci de manière harmonieuse ; *via* la santé, l'interaction de l'entreprise avec la société a lieu en son sein. La crise de la Covid a permis de faire prendre conscience des enjeux liés à la santé mentale et à la responsabilité des entreprises dans ce domaine. La hausse continue de l'absentéisme au travail depuis plusieurs années et, depuis peu, les difficultés de recrutement sur le marché du travail doivent par ailleurs conduire les décideurs à faire de leur politique de santé au travail un levier de performance couplé d'un facteur d'attractivité. Rappelons que la santé occupe plus que jamais la première place des préoccupations des Français, devant les questions de RSE qui sont néanmoins de plus en plus considérées au moment de rejoindre une entreprise.

Que faire et comment, dans ce contexte ?

Trois idées peuvent contribuer à améliorer les politiques de santé au travail :

1. L'entreprise gagne à être en prise avec la société par une action inclusive de profils éloignés *a priori* du monde du travail ;
2. La réussite des actions en faveur de la santé dans le monde du travail ne résultera pas seulement de l'adhésion des salariés, mais aussi des initiatives qu'ils prendront ;
3. Les entreprises mutualistes ont une légitimité à part pour exprimer la politique de santé au travail.

En 1^{er} lieu, l'action inclusive se traduit par des politiques de recrutement favorables aux travailleurs handicapés, malades chroniques ou connaissant des troubles mentaux. Leur présence dans l'entreprise concourt à la santé globale de la société. Elle participe également à enrichir les prises de décision avec des points de vue nécessairement différents. L'action inclusive peut se traduire également avec la reconnaissance des aidants et l'aménagement de leurs conditions de travail, qui ont un impact sur leur qualité de vie et constitue par ailleurs une solution efficace pour permettre le maintien dans l'emploi de beaucoup de séniors.

En deuxième lieu, responsabiliser et rendre autonomes les salariés est une condition nécessaire pour qu'ils puissent prendre en main leur santé en ayant la liberté d'actionner les solutions qu'ils jugent les mieux adaptées parmi celles qui leur sont présentées dans leur

environnement professionnel. À l'ultime, la solution doit pouvoir être une mobilité professionnelle, interne ou externe, géographique ou fonctionnelle, dont le salarié serait le promoteur. L'augmentation du taux d'activité des seniors, la lutte contre l'absentéisme, l'implication comme facteur de bien-être, la fluidité du marché du travail pourront nécessiter cette mobilité, et il faudra en donner les moyens au salarié.

En troisième lieu, la politique de santé au travail embrasse les choix d'organisation, la culture managériale et la formation, et un grand nombre des décisions prises chaque jour qui ont un impact sur la santé des salariés. Une analyse régulière de ces impacts, sans aller jusqu'à une application systématique du principe « *health in all policies* » à toutes les décisions managériales, produit de très bons résultats. Pour encourager l'adoption de ces « bonnes pratiques », il peut s'agir de lever des freins, qu'ils soient réglementaires ou liés à des mentalités en faisant davantage de pédagogie, de faciliter la comparaison des pratiques entre employeurs sur leur investissement dans le « capital humain ».

Une exploitation plus large des données et la mise en place d'indicateurs sont également déterminantes. Des acteurs privés, au premier rang desquels les entreprises mutualistes proposent des services d'accompagnement ou de prévention aux entreprises : le déploiement

de la pratique du sport santé, l'action de chargés de prévention, les services d'assistances sociales ou la mise en place de baromètres pour mesurer le bien-être des salariés et des plans d'actions associés en sont quelques exemples concrets. Ayant à la fois un lien avec l'employeur pour gérer le contrat collectif santé et prévoyance, un lien avec le salarié, qui est son adhérent, et un rôle d'acteur de l'économie sociale et solidaire à gestion désintéressée, l'entreprise mutualiste affiche une légitimité pour traiter les données, proposer des actions et conseiller les parties prenantes de l'entreprise dans le domaine de la santé au travail. Elles jouissent du niveau requis de crédibilité et de confiance auprès des salariés et décideurs pour véhiculer les messages de santé et, pour certaines d'entre elles, offrent un accompagnement de proximité relationnelle qui facilite en sus le passage de l'information à l'action, enjeu majeur en matière de prévention.

Ces actions et approches sont actuellement trop peu reconnues par les pouvoirs publics. Elles gagneraient pourtant à être pleinement intégrées dans la politique nationale de prévention en santé et à ce titre être qualifiées de prestations de santé à part entière (et non considérées comme une charge parmi les frais de gestion comme actuellement).

LA PERFORMANCE EN SANTÉ : SORTIR DU LABYRINTHE ?

PAR

DR NICOLAS LEBLANC

DIRECTEUR MÉDICAL DE LIVI

PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS DE SANTÉ PUBLIQUE

CONSEILLER MUNICIPAL DÉLÉGUÉ AU PROJET DE TERRITOIRE DE SANTÉ

Oh la belle affaire si simple à traiter ?! Comment ne pas s'égarer dans le labyrinthe des « yakafokons », perdre le fil des possibles et se faire happer par le minotaure de l'inefficace palabre ? Peut-être en admettant collectivement que la santé ne relève que très

partiellement du soin et donc que le lien de causalité établi entre les déterminants avérés de santé et l'état de la population induit une réflexion bien plus large que celle sur la seule organisation des soins ? Peut-être continuer par une réflexion sur ce qu'est la substance de la performance, sur les conditions de sa réalisation et sur les outils de sa mesure à l'avenir ?

**LE LIEN DE CAUSALITÉ
ÉTABLI ENTRE LES
DÉTERMINANTS AVÉRÉS
DE SANTÉ ET L'ÉTAT DE
LA POPULATION
INDUIT UNE RÉFLEXION
BIEN PLUS LARGE QUE
CELLE SUR LA SEULE
ORGANISATION DES
SOINS**

Quésaco la santé ? À peine ose-t-on brandir la fameuse définition de la « Grande Dame OMS », de peur que le minotaure nous identifie déjà. Puisse-t-on quand même murmurer inlassablement que la santé dépend d'abord et avant tout de facteurs sociaux. Ainsi va la vie, le bien-être physique, psychique et social dépend principalement des conditions dans lesquelles nous vivons, des représentations collectives et individuelles et des comportements induits. Elle est un fait social

davantage qu'un fait biologique. Elle est avant tout affaire de population. En effet, avant d'arriver vers le précipice « médical », toute une somme d'éléments concourt à maintenir un bon état de forme. C'est ce qu'on appelle les déterminants de santé. Le modèle de G. Dahlgren et M. Whitehead, une référence, en détermine cinq grandes catégories¹. Ce sont d'abord les caractéristiques phénotypiques et génotypiques des individus.

La seconde est liée aux représentations et comportements de santé : tabagisme, comportement à risque, etc. La troisième concerne les réseaux relationnels et l'intégration dans une communauté. La quatrième revêt les conditions de vie et de travail. Et, enfin, la cinquième englobe les facteurs économiques, sociaux, environnementaux qui déterminent la marche de la société.

Ainsi, l'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens n'est pas dépendante du seul facteur d'accès aux soins. Celui-ci reste bien entendu d'importance puisqu'il est la dernière barrière face à la souffrance et la mort.

Cependant, une multitude de leviers peut être actionnée en amont et tout au long de la vie pour garantir une

1 Whitehead M., Dahlgren G. « What can we do about inequalities in health ». *The Lancet*, 1991, n° 338, p. 1059-1063.

meilleure santé à nombre de nos concitoyens comme en atteste la part explicative de chacun des déterminants de santé. Schématiquement, la santé des individus relève de l'environnement pour 7 %, des soins médicaux pour 11 %, des facteurs biologiques et génétiques pour 22 %, des conditions sociales pour 24 % et des comportements pour 36 %².

Qu'est-ce que la performance ? Dans son ouvrage sur « Entreprise et performance » Zineb Issor rappelle quelques définitions utiles³. Étymologiquement, performance vient de l'ancien français *parformer*, qui signifiait « accomplir, exécuter » au XIII^e siècle (Petit Robert). Par rapport aux critères d'efficacité et d'efficience, Bourguignon (1997) a regroupé la signification du mot performance autour de trois axes :

- Le premier est la performance-succès : lorsque la performance est synonyme du succès. Ce sens contient un jugement de valeur, au regard d'un référentiel, qui représente la réussite du point de vue de l'observateur ;
- Le deuxième est la performance-résultat : ici la performance fait référence au résultat d'une

2 https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/?utm_source=determinantsofhealth.org&utm_medium=redirect.

3 Issor, Zineb. « La performance de l'entreprise : un concept complexe aux multiples dimensions », *Projectics / Proyéctica / Projectique*, vol. 17, n° 2, 2017, pp. 93-103.

action (l'évaluation *ex post* des résultats obtenus sans jugement de valeur) ;

- Enfin, le dernier est la performance-action : la performance peut signifier une action ou un processus (la mise en acte d'une compétence qui n'est qu'une potentialité).

Intéressons-nous à la « performance résultats ». Évacuons celle liée aux succès et à l'action procédant souvent de la mise à disposition de moyens. C'est ici que la substance de la performance pointe son nez. Et elle n'est qu'au regard d'objectifs politiques. Si ceux-ci consistent à améliorer l'accès aux soins, les indicateurs de résultats seront différents de ceux qui traitent de l'amélioration de la santé de la population, qui seront eux-mêmes moins complets si le projet est d'améliorer la santé de tous. Les spécialistes québécois définissent la performance comme la capacité pour un système d'accomplir au cours du temps quatre fonctions interdépendantes :

1. S'adapter à son environnement (acquérir des ressources, répondre aux besoins) ;
2. Atteindre ses buts (réduire l'incidence, la durée, la gravité, les conséquences des problèmes de santé) ;
3. Produire avec productivité des biens et des services de qualité ;

4. Maintenir et développer des valeurs et un climat favorable à la réussite des trois autres fonctions⁴.

En 2008, l'OMS précisait : « La performance des systèmes de santé présente un certain nombre d'aspects – dont la santé de la population, les résultats sanitaires obtenus après traitement, la qualité clinique et le caractère approprié des soins, la réponse des systèmes de santé aux attentes de la population, l'équité et la productivité – et les progrès sont inégaux en ce qui concerne l'élaboration de mesures de performance et de techniques de recueil de données pour ces différents aspects... »⁵.

L'OCDE et d'autres travaux de chercheurs ont également contribué à l'analyse comparée des performances des systèmes de santé avec, à chaque fois, pointées les difficultés d'une approche globale sur la santé au profit d'indicateurs spécifiques plus maniables mais plus étroits⁶.

4 André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne, Claude Sicotte, Geneviève Sainte-Marie. « L'évaluation : pourquoi et comment ? » *ADSP* n° 69, décembre 2009, p. 21.

5 Organisation mondiale de la santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, document de référence « Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives », Conférence ministérielle européenne « Systèmes de santé, santé et prospérité », organisée du 25 au 27 juin 2008, Tallinn, Estonie.

6 Paris, Valérie. « Les performances comparées des systèmes de santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 35, n° 2, 2012, pp. 43-49.

Quoi qu'il en soit, pour ce qui est du système de santé, puisqu'il ne fonctionne pas sur lui-même tel un automate, sans orientation politique, l'évaluation de la performance dudit système revient à évaluer le résultat des politiques publiques. Deux questions subsistent : sur quelle échelle temporelle (la santé s'inscrit dans le temps long) et sur quel périmètre dans un système complexe, peu voire pas paramétré ? Faut-il, par exemple, y inclure les politiques sociales ou d'autres encore ?

Aujourd'hui, en France, les indicateurs montrent toujours une grande disparité de l'état de santé, fait connu depuis longtemps. En 2012-2016, la différence d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % d'hommes ayant les revenus les plus faibles et les 5 % ayant les revenus les plus élevés était de 13 ans⁷. De plus, le poids de la mortalité prématurée avant 65 ans est important, près d'un décès sur cinq. La mortalité évitable représente, en 2013, 30 % de la mortalité prématurée et est 3,3 fois plus élevée chez les hommes⁸.

7 Observatoire des inégalités, « Riches et pauvres, inégaux devant la mort », 2018, <https://www.inegalites.fr/Riches-et-pauvres-inegaux-devant-la-mort>.

8 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et Santé publique France, « L'état de santé de la population en France », Rapport 2017.

Nous n'aborderons pas la question de l'accès aux soins que de nombreux experts préciseront. En effet, il nous a semblé que quelques pistes pourraient être explorées pour améliorer la santé des populations en prenant le problème dès l'amont de la maladie⁹. La première consisterait à renforcer la santé publique, ses métiers et la recherche. La seconde concernerait l'élaboration d'une loi pluriannuelle fixant les objectifs en termes de santé publique. La troisième serait d'établir une évaluation systématique des lois en termes de santé comme cela existe en matière environnementale. La quatrième serait de redéfinir le rôle des collectivités territoriales en termes de prévention et de promotion de la santé. La cinquième serait de mobiliser et responsabiliser les autres acteurs à fort impact de santé autour des déterminants majeurs (éducation initiale et continue, logement, santé au travail, secteur agroalimentaire, sport et activité physique etc.), la sixième serait, à la suite de la pandémie de Covid-19, de rénover la démocratie participative au-delà de la seule représentation des malades dans le système de soins, dispositif dont l'origine fut l'épidémie de sida.

Le minotaure entend encore l'écho de nos célébrations traînantes, celles de notre système de santé, le meilleur au monde en l'an 2000 dans l'insouciance

9 Alfred Spira, Nicolas Leblanc. Perspectives pour traiter les inégalités sociales de santé in *Santé, les inégalités tuent*. Éditions du Croquant. Mars 2022.

environnementale et le babillage digital de l'époque. Serons-nous en mesure de trouver le fil en regard des enjeux actuels, c'est-à-dire concilier rigoureusement une approche sociale de la santé avec l'intégration des innovations technologiques en considérant le nécessaire renouvellement des objectifs, ceux d'une performance évaluée aussi sur des critères de bien-être et environnementaux ?

Et si Gaia, déesse de la terre, nous invitait à revoir nos modes d'existence comme le suggère Bruno Latour, alors, au-delà de « l'extra financier », les indicateurs de santé seraient peut-être les marqueurs principaux de la performance comme le suggère Eloi Laurent^{10,11}. C'est peut-être se prendre pour Zeus, à moins que ce soit modestement un des chemins pour s'extirper sain et sauf du labyrinthe, aussi escarpé soit-il.

10 Bruno Latour et Nikolaj Schultz. *Mémo sur la nouvelle classe écologique*. Collection les empêcheurs de tourner en rond. Éditions La Découverte. Janvier 2022.

11 Eloi Laurent. *Et si la santé guidait le monde ?* Paris. Les liens qui libèrent. 2020.

PERFORMANCE **EN SANTÉ :** **L'EFFICIENCE** **AU SERVICE DES** **PATIENTS ET DES** **SOIGNANTS**

PAR

PAULINE D'ORGEVAL

COFONDATRICE ET PRÉSIDENTE DE LA SOCIÉTÉ À MISSION « DEUXIEMEAVIS.FR »
& DE L'ASSOCIATION LOI 1901 « COACTIS-SANTÉ »
FONDATRICE ET EX-DIRIGEANTE DE 1001LISTES

La santé n'est pas un service comme un autre. Elle revêt des caractères sociaux, solidaires et éthiques qui font d'elle une spécialité à part. Dans quelle mesure peut-on alors déontologiquement rechercher sa performance ? Sans doute serait-il plus juste de rechercher plutôt son efficacité, centrée sur ses missions intrinsèques : l'accès à des soins de qualité pour tous, dans des conditions optimales de prise en charge médicale, sans discrimination aucune.

Une santé efficace passe par un système de santé accessible à tous, d'un point de vue économique bien sûr : avec un reste à charge inexistant ou très faible pour les patients, mais pas seulement. Un système de santé accessible à tous est un système pensé pour tous, notamment ceux qui ont des besoins spécifiques comme les personnes en situation de handicap. Car, aujourd'hui, rien n'est pensé pour elles et par elles, ce qui conduit à des renoncements aux soins et à une médecine à deux vitesses. Une santé accessible, c'est aussi une santé « compréhensible » en termes d'information. 30 % des Français ont un faible taux de littératie en santé qui doit être compensé par des programmes d'information et d'éducation en santé. C'est d'ailleurs la mission de SantéBD, un outil de communication en santé qui s'adresse à tous mais qui est pensé pour que tous les patients comprennent.

Une santé efficiente est une santé qui respecte les singularités de chacun et pratique le juste soin : un soin qui pose toujours la question du sens et ne se résume pas à l'application d'un protocole ou à l'exécution d'un geste médical, un soin qui est personnalisé selon les besoins, les attentes et la situation de vie de chacun. Un sportif, une personne en situation de handicap et un pianiste n'auront pas les mêmes attentes. Le tout est de savoir faire preuve de créativité empathique et de créer une alliance thérapeutique avec le patient.

Car l'efficience en santé naît aussi de la décision partagée, combinaison de deux savoirs : celui du professionnel de santé qui détient la connaissance scientifique et celui du malade qui connaît son corps, son mode de vie et sa volonté de suivre le traitement. Pour cela, les médecins ne doivent pas hésiter, avant une décision médicale importante, à proposer un deuxième avis médical pour permettre au patient d'être acteur de sa santé, de mieux comprendre les décisions de santé et de conforter son choix thérapeutique.

Une santé efficiente passe par une réorganisation drastique des structures sanitaires :

- Il est urgent de redonner du temps médical aux soignants, grâce à des outils numériques, à l'intelligence artificielle et à la délégation de tâches ;

- Face à l'engorgement des consultations physiques, il serait utile de mieux qualifier les besoins en amont. Trop de consultations sont inutiles, car le patient arrive avec un dossier médical qui n'est pas complet ou alors la spécialité du médecin n'est pas celle qui convient. Une des clés de la performance en santé réside donc dans l'anticipation des consultations en s'appuyant, par exemple, au maximum sur de la télémédecine : par exemple, un avis préalable sur dossier en cas de problème de santé sérieux ? Cet avis permettrait d'orienter les patients vers le bon spécialiste, d'identifier les urgences ou au contraire de rassurer les patients à distance. Ce type de parcours n'existe pas encore en France et serait efficace sans réformer le système et à moindre coût ;
- Face aux progrès de la médecine, les médecins sont sur-spécialisés par pathologie. Cela devient un véritable parcours du combattant pour les médecins comme pour leurs patients d'identifier les médecins référents spécialistes de leur pathologie. Il est urgent de rendre transparente et plus lisible l'offre de soins, pour les problèmes de santé sérieux comme cela a commencé à être fait avec les centres de références des maladies rares ou encore les centres de références des cancers rares. Cette offre de soin plus lisible permet d'éviter les pertes de chance pour certains patients. C'est aussi une de

nos missions, avec deuxiemeavis.fr, de permettre à TOUS d'accéder à l'expertise médicale.

Enfin, à l'hôpital notamment, les modalités de travail doivent être repensées pour être plus respectueuses des soignants. Notre personnel de santé est l'un des plus qualifiés et des plus performants au monde. Mais il est aujourd'hui à bout de forces. Ces professionnels de santé, qui avaient choisi ce métier parce qu'il avait du sens, se retrouvent aujourd'hui, au crépuscule d'une intense crise sanitaire, épuisés par la désorganisation d'un système de santé qui met à mal la mission en elle-même. Ce système très hiérarchisé gagnerait à s'inspirer d'un mode de management plus horizontal, plus centré sur le bien-être des salariés et plus valorisant que celui que certaines entreprises mettent en place.

**L'ENJEU POUR ÊTRE
EFFICIENT EST DE
NE PAS CRÉER UN
SYSTÈME À DEUX
VITESSES MAIS DE
RECRÉER NOTRE
SYSTÈME DE JUSTESSE
SOCIALE DONT ON
ÉTAIT SI FIER**

en s'appropriant ces innovations technologiques, scientifiques et organisationnelles. L'enjeu, pour être efficient, est de ne pas créer un système à deux vitesses mais de recréer notre système de justesse sociale dont on était si fier. L'État doit avoir un rôle majeur en organisant la santé de demain, non pas en légiférant et en contraignant, mais avec une vision globale d'une santé juste et efficiente.

Des progrès fulgurants sont en train de révolutionner la santé de demain, et c'est une bonne nouvelle. Pour être efficient, il est urgent d'arrêter de « panser » le système actuel ; il faut, au contraire, repenser le système de santé de demain

LE NUMÉRIQUE COMME MOTEUR D'UN NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ PRÉVENTIF

PAR

THOMAS HAGEMEIJER

HEALTHCARE LEAD TLGG CONSULTING

La charge financière du secteur de la santé ne cesse de croître, notamment dans les pays d'Europe occidentale. Les États qui financent actuellement leur système de santé avec l'objectif qu'il reste accessible à tous ne seront plus en mesure, à plus ou moins court terme, de pouvoir l'assurer. La France n'est pas le seul État européen à faire face à un tel défi. L'Allemagne est confrontée à des difficultés encore plus importantes, avec 440 milliards d'euros de coûts de soins de santé en 2020¹, soit 13 % du PIB (contre 209 milliards d'euros pour la France², soit 9 % du PIB), un coût de 5 298 euros par habitant (contre 3 109 euros pour la France) et une augmentation des coûts de 4 % par an au cours des 10 dernières années (contre 2 % « seulement » pour la France).

Le ministre allemand de la Santé, Karl Lauterbach, tente actuellement de juguler le problème du financement de la santé avec une « loi de stabilisation³ », laquelle met principalement à contribution les entreprises pharmaceutiques et les citoyens allemands. Cette

1 https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Health-Expenditure/_node.html

2 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-depenses-de-sante-en-2020#:~:text=La%20consommation%20de%20soins%20et,3%20109%20euros%20par%20habitant>

3 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GKV-Finanzstabilisierungsgesetz_Kabinetttvorlage.pdf

solution ne peut être pérenne avec l'accroissement inéluctable du coût des soins, pour une population de surcroît vieillissante.

Afin de résoudre le problème à plus long terme, il faut que les pratiques évoluent de façon radicale, notamment en passant du modèle « curatif » actuel à un modèle avant tout « préventif » fondé sur la technologie et les données (digitales) de santé. Ce nouveau modèle de santé change de logique dans l'approche des soins prodigués aux patients par de la prévention à grande échelle. Aujourd'hui, la prévention ne représente que 3 % du budget des soins de santé dans la plupart des pays d'Europe occidentale. À l'avenir, investir massivement « en amont » dans la prévention avec l'aide de l'outil digital permettrait de réduire considérablement le coût des soins « en aval » et de réaliser des économies globales substantielles. Cela, notamment, dans des séries d'indications médicales déjà identifiées comme pouvant être anticipées et soignées en amont à moindre coût, grâce à la prévention.

Faire évoluer le système des soins en donnant la priorité à la prévention a déjà été évoqué par le passé, sans véritable changement opéré. Or, c'est le moment de changer de modèle pour plusieurs raisons fortes, dont la liste ci-dessous n'est d'ailleurs pas exhaustive :

- Parce que le système actuel a montré ses limites : l'augmentation du coût des soins curatifs devient insoutenable. Dans le même temps, le taux d'épuisement professionnel des médecins n'a jamais été aussi élevé. (En France et en Allemagne, près d'un médecin sur deux souffre de symptômes de burn-out⁴.) La prévention n'est plus un choix, mais une nécessité dans un système à bout de souffle ;
- Parce que de nouveaux modèles existants montrent déjà l'efficacité de la prévention. Ainsi, la chaîne de médecins généralistes « ChenMed » aux États-Unis a obtenu des résultats exceptionnels en développant la prévention. Dans cet objectif, les médecins généralistes suivent une formation spécifique pendant près de 12 mois afin d'apprendre à prévenir toutes sortes de maladies. Ces nouveaux types de médecins doivent également gagner la confiance de leurs patients pour devenir des sortes de conseillers de santé, capables de les inciter à un meilleur mode de vie. Par ailleurs, ChenMed dispose d'un système innovant de financement, dans lequel les médecins reçoivent un montant fixe, sorte d'enveloppe budgétaire attribuée par patient pour l'année. En contrepartie, ces médecins assurent tous les soins du patient sur la période. Dans ce modèle, la mission et l'intérêt du médecin sont de conserver les patients

⁴ Medscape physician burnout survey (2019).

le plus longtemps possible en bonne santé plutôt que d'attendre que les maladies se développent. Le coût des soins curatifs risquant alors d'être bien plus élevé que le coût des soins préventifs ;

- Parce que des technologies récentes ouvrent de nouvelles opportunités : L'entreprise innovante « Illumina » vient d'annoncer une nouvelle technique de séquençage du génome humain pour le prix de 200 dollars (contre 95 millions de dollars, il y a 20 ans !). Le séquençage ADN à prix abordable ouvre la porte à la prévention personnalisée et généralisée. Dans deux études récentes⁵, sur environ 12 % à 15 % des personnes en bonne santé dont le génome a été séquencé, une variation génétique a été détectée montrant que ces personnes avaient un risque élevé de maladie, laquelle, interceptée à temps, était traitable en amont, voire tout simplement évitable. Ces résultats montrent que le séquençage ADN peut être un indicateur précoce de maladie(s) pour endiguer leur développement, au bénéfice des patients ;
- Parce que le ministre français de la santé François Braun a annoncé trois bilans de santé « prévention » obligatoires à 25, 45 et 55 ans. Il en ressort que nos décideurs sont désormais prêts à

5 <https://www.wired.com/story/the-era-of-fast-cheap-genome-sequencing-is-here/>

promouvoir la prévention avec une réelle volonté politique ;

- Parce que, en France, la nouvelle version du carnet de santé numérique « Mon espace santé » semble avoir enfin trouvé la bonne formule pour fonctionner avec succès. Avec son approche « écosystémique » (« Mon espace santé » intègre déjà 12 Applications externes de tiers), mon Espace Santé sera « dans la poche » des citoyens français et facilitera leurs interactions avec le système de soins au quotidien. Avec un tel outil, il devient beaucoup plus aisé, et donc possible, de mettre en œuvre des actions de médecine préventive à grande échelle.

LA PREMIÈRE ÉTAPE SERAIT DE RÉFORMER LA MÉDECINE GÉNÉRALE, EN RÉFLÉCHISSANT D'ABORD À SON MODE DE FINANCEMENT

C'est d'autant plus opportun à mettre en œuvre en France, car son régime d'assurance maladie est un modèle de « payeur unique » sous l'égide au niveau national, de la Sécurité sociale (hors régimes spéciaux). Alors que dans les pays où il existe plusieurs régimes autonomes d'assurance maladie, le risque est que le patient passe d'un régime à l'autre, comme on changerait de mutuelle d'assurance maladie, de sorte que le régime qui a investi dans la prévention risque d'être désavantagé au profit d'un concurrent moins

scrupuleux, aux tarifs plus attractifs pour les patients maintenus en bonne santé grâce précisément aux investissements du régime précédent. À titre d'exemple et de comparaison avec la France, en Allemagne, où de nombreuses caisses d'assurances maladie coexistent : La crainte de l'une de financer des soins préventifs au profit de la suivante qui récupère ainsi des personnes potentiellement en bonne santé serait forte et susceptible de constituer un obstacle, source de réticences au changement. En France, la question épineuse de ce risque financier « injuste » ne se pose pas avec sa caisse d'assurance maladie centralisée, ce qui représente un avantage certain !

Par où commencer ?

La première étape serait de réformer la médecine générale, en réfléchissant d'abord à son mode de financement. Le modèle dit en anglais de « *capitation* » comme celui de « *ChenMed* » peut être une source d'inspiration. Bien entendu, le changement vers un modèle de soins « préventifs » ne peut se faire du jour au lendemain. Il faudrait prévoir et inclure dans le cursus des médecins les temps nécessaires de formation initiale et continue, afin qu'ils « gardent les gens en bonne santé » avant de « traiter les malades ».

Dans un premier temps, l'accent pourrait être mis sur les indications médicales les plus urgentes, où l'analyse de rentabilité est positive. Ainsi, la prévention des maladies cardiovasculaires, qui constituent la première cause de décès et d'hospitalisations, devrait devenir prioritaire. Un exemple probant : en appliquant son modèle de médecine préventive, ChenMed est parvenu à réduire de 70 % les réadmissions à l'hôpital des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Pour conclure, si la Sécurité sociale française a parfois, et même souvent, fait l'objet de critiques, elle se révèle plutôt performante par rapport aux autres systèmes de santé des pays développés. Et surtout, elle peut devenir un acteur majeur dans le développement d'un nouveau système de santé préventif fondé sur le numérique.

La Sécurité sociale française, un facteur clé pour le futur de la santé ?

PERFORMANCE **EN SANTÉ :** **TOUT** **REPENSER !**

PAR

PR GUY VALLANCIEN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET PRÉSIDENT DE CHAM

Quelle que soit la profession des soignants, du professeur de médecine à l'aide-soignante, le constat sur l'état de délabrement organisationnel et managérial des divers organismes qui participent à la prise en charge des patients est patent. Du ministère de la Santé aux médecins généralistes isolés, nul besoin d'une mission supplémentaire pour décrire le désordre. Aujourd'hui, trois points noirs bloquent le système :

ON SE PRÉOCCUPE PLUS DE MALADIE QUE DE SANTÉ, CAR POLITIQUEMENT IL EST PLUS FACILE D'AGIR À UN MOIS QU'À VINGT ANS

1. On se préoccupe plus de maladie que de santé, car politiquement il est plus facile d'agir à un mois qu'à vingt ans ;
2. Toute l'organisation du système est beaucoup trop fortement hospitalo-centrée, délaissant le premier recours des médecins généralistes et des infirmiers ;
3. Réformes après réformes, lois après lois, le système reste figé dans sa complexité administrative, empreinte d'un précautionnisme qui frise l'immobilisme dans la nasse des normes issues de trop nombreux organismes, agences et autres instituts en tout genre, pérennisant une centralisation délétère des actions à mener pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

Or, malgré ce carcan, on observe dans les territoires des équipes de soignants qui exercent leur activité d'une manière parfaitement coordonnée dans les maisons et les communautés territoriales de santé sans que des décrets et autres arrêtés ne les y obligent. Ces plantes bien vivantes poussent sur une terre asséchée, ce sont elles qu'il faut arroser car elles préfigurent le bouquet sanitaire de l'avenir. À cette floraison d'initiatives s'ajoutent les progrès considérables de l'intelligence artificielle et des objets connectés capables de poser un diagnostic et de prescrire un traitement, tel le petit smartphone Hibo Sens doté d'un cardioscope et d'une caméra pour inspecter les oreilles, la bouche, la peau, une révolution dont on parle trop peu, mais qui va bouleverser l'ordre établi en facilitant le travail de tous. Si l'État doit gérer les grandes causes, celles qui dépassent les frontières des régions comme les épidémies, les accidents nucléaires, industriels et agroalimentaires, les plans Cancer, Alzheimer et autres, il n'y a aucune raison que le même État gère la prévention des pathologies, hormis des campagnes d'information, ou qu'il gère les moyens de soigner et de réhabiliter les patients dans la vie active. Ce n'est pas son rôle.

Faire confiance, faire confiance et encore faire confiance. Admettre les erreurs et les échecs et répartir plus fort, en laissant les équipes de terrain s'organiser

pour répondre au plus vite et au mieux aux demandes sanitaires.

Évaluer et contrôler a posteriori le degré d'efficacité de leur activité, les féliciter et les gratifier financièrement ou les sanctionner en cas de déviance, mais surtout leur offrir la liberté d'inventer leurs collaborations qui ne seront pas forcément les mêmes à Lille, Marseille, Strasbourg et Brest. Tel est le rôle de l'État : un garant, mais pas un entreprenant. Toute la politique de santé devra se recentrer sur la proximité en région, dans les départements et les communes sur la base de trois principes intimement liés :

1. Graduer les soins en recentrant un maximum d'acteurs et de moyens matériels et financiers sur le premier recours. Multiplier le nombre d'infirmiers en pratique avancée pour désengorger les médecins généralistes qui deviendront les référents plus que les traitants. Faire renforcer la participation des pharmaciens dans la prise en charge des malades ; permettre aux sages-femmes de diagnostiquer et de prescrire plus. Réduire drastiquement l'accès aux urgences hospitalières aux seuls cas qui le nécessitent et répondre aux demandes de soins selon trois niveaux de complexité croissante des équipes et des établissements ;

2. Réviser profondément la formation des professionnels, en créant de véritables écoles supérieures de santé, non seulement dans les métropoles, mais aussi dans des villes moyennes, dans les quartiers et en ruralité. Apprendre un métier plutôt que de simples connaissances. Un carabin en fin d'internat ne sait quasiment rien de l'exercice d'un médecin généraliste de campagne ou de banlieue. Enfin, raccourcir la durée des études en multipliant les outils de simulation. Même évolution pour les infirmiers en transformant les programmes désuets des instituts de formation (IFSI) pour préparer les étudiants à leur vrai métier ;
3. Évaluer en temps réel l'activité des soignants grâce aux moyens informatiques à mettre d'urgence en œuvre pour analyser la pertinence et la qualité des actes effectués, du médecin à l'aide-soignante. Qualité objective évaluée sur cinq items imparables comme en chirurgie, le taux de décès dans le séjour hospitalier, le taux de reprise opératoire pour complication, le taux de passage en réanimation non programmé et le taux de transfert dans un autre établissement pour complication. S'y ajouterait une enquête d'évaluation par le patient au moyen de dix questions sélectionnées par un panel de malades et envoyée par courriel à domicile dans les suites du traitement. Il n'existe en France aucune statistiques sérieuses sur ces deux données clefs. Or, les mauvaises pratiques coûtent des milliards en

pure perte comme l'indique l'OCDE. Les contrôles seront effectués par les pairs des divers soignants selon les recommandations des associations savantes de chaque spécialité concernée.

Une telle politique d'évaluation amènera à transformer environ 200 petits hôpitaux à la pratique chirurgicale et obstétricale trop faible et incertaine en nouvelles Cités Santé, structures d'accueil de proximité assurant la prévention, médecine générale et des vacations de spécialités, notamment la pédiatrie, la gynécologie médicale et la gériatrie, les petites urgences et les suivis des pathologies chroniques, tout en concentrant la chirurgie et l'obstétrique dans des établissements de deuxième recours. En haut de la pyramide, les soins le plus pointus et complexes seront dispensés par des établissements à vocation de recherche. Toutes ces structures et leurs personnels participeront à un Service national de santé, englobant la Fonction hospitalière publique et les fédérations de l'hospitalisation privée, des Espic, des centres anticancers, de l'hospitalisation à domicile, intégrant tous les hôpitaux privés et publics sans discrimination d'appartenance dans une politique de contrat renouvelable.

Sans ces trois prérequis pour assurer la mutation de notre système de santé vers plus de proximité et de

performance, nous continuerons à « claquer un pognon de dingue » sans rendre mieux service à la population. Élus, syndicalistes, administrateurs, conseils ordinaires, universitaires, il y a une place pour chacun au service des patients. Osons dépasser nos petites habitudes et ouvrons grand les fenêtres de nos chapelles pour, ensemble, refonder un accès efficient à la prévention, aux soins et à la réhabilitation dans une prise en charge humaniste à l'écoute attentive du patient et à son soutien permanent.

LA PERFORMANCE, C'EST FAIRE DE L'ACCÈS À LA SANTÉ UN DROIT EFFECTIF !

PAR

NICOLAS SOUVETON

PRÉSIDENT D'OXANCE

Après un détour en langue anglaise au XVII^e et au XVIII^e siècle, le mot « performance » nous est revenu au début du XIX^e siècle, d'abord dans le domaine hippique. Nous voilà un peu loin du système de santé. Mais, en ancien français, la performance, c'est l'accomplissement, dérivé du latin *performare*, « former entièrement ». Saisissons-nous de cette idée de plénitude, d'exhaustivité, pour souligner aujourd'hui qu'en matière de santé, la performance doit être au service d'un accès de toutes et tous à la santé.

Rendre la santé accessible à tous, partout !

La santé touche au cœur de la condition humaine, elle est un droit théoriquement sans condition préalable. Mais c'est bien sûr là que tout se complique. Car les conditions préalables s'invitent sans crier gare : sexe et genre, lieu d'habitation, culture générale, revenus, couleur de peau sont autant de facteurs qui, dans la pratique, perturbent l'effectivité d'un droit dont chaque humain devrait bénéficier en fonction de ses besoins.

En France, si l'état de santé de la population est bon en moyenne, il reste marqué par des inégalités fortes. Santé Publique France note qu'elles « résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux tels que le genre, le pays de naissance, la composition familiale, le revenu, la scolarité, le métier,

le soutien social¹. » C'est ainsi que l'on constate que les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées ont de moins bonnes chances de survie après un cancer ou que l'hospitalisation et la mortalité pour certaines maladies cardio-neuro-vasculaires augmentent à mesure que le niveau socio-économique des patients diminue. Enfin, l'approche encore trop genrée des pathologies entraîne des erreurs de diagnostics. Les exemples de l'ostéoporose nettement sous-évaluée chez les hommes ou de l'infarctus confondu avec une crise d'angoisse chez les femmes sont connus.

Répondre le mieux possible à l'enjeu de l'accès aux soins

Le défi social des acteurs de santé, c'est de répondre aux besoins spécifiques des patients en contrecarrant ces déterminants sociaux.

Le premier levier pour estomper les déterminants sociaux et les freins psychosociaux, c'est l'accessibilité des équipements sans exclusion géographique. C'est essentiel dans un contexte de difficultés croissantes de démographie médicale. C'est dans cette logique que nous faisons vivre et que nous développons des centres de santé polyvalents mutualistes dans les zones sous-dotées en professionnels de santé, qu'elles soient

¹ Santé Publique France, Les inégalités sociales et territoriales de santé, mai 2021.

urbaines, périurbaines, avec une attention particulière pour les quartiers populaires.

Le second levier tient à la pratique professionnelle. C'est là que se dessine le second défi des acteurs de santé : l'organisation.

LES CENTRES DE SANTÉ POLYVALENTS PERMETTENT AUJOURD'HUI DE PRENDRE EN CHARGE PLUS GLOBALEMENT LES PATIENTS

Faire de la médecine d'équipe la norme

Historiquement, la mutualité ouvrière, dont Oxance est le fruit, a très vite identifié le bénéfice de la médecine d'équipe pratiquée dans des centres pluridisciplinaires. Si l'élan a été pris tôt, encore faut-il adapter nos réponses aux situations contemporaines. Les centres de santé polyvalents permettent aujourd'hui de prendre en charge plus globalement les patients en leur rendant accessibles au même endroit des compétences médicales et paramédicales complémentaires. Cette performance organisationnelle est donc mise au service de la patientèle, favorisant une prise en charge globale, et diminuant les risques de rupture dans le parcours de soins. En ces temps de pénurie de professionnels de santé, les centres médicaux polyvalents favorisent la bonne utilisation du temps médical. En déchargeant les professionnels de santé des tâches administratives, mais aussi par le développement de pratiques collaboratives

entre les personnels soignants. Elles permettent aussi d'accélérer le développement du « partage des tâches » dont nous savons qu'il figure au rang des priorités pour maintenir la qualité de la réponse médicale malgré la baisse de la démographie médicale. En outre, ces pratiques correspondent aux attentes des jeunes générations qui ne veulent plus de l'exercice isolé de la médecine. Cette performance organisationnelle est donc aussi au service de l'optimisation du temps médical disponible, améliorant les conditions d'exercice des praticiens, au service de patients.

L'équilibre économique, condition de la performance durable

Dans un monde fini, tout ce travail ne peut s'entendre que dans le cadre d'un équilibre économique, troisième défi de la performance en santé. Cet équilibre économique est la condition nécessaire de la pérennité des services que nous apportons à la population. En cohérence avec l'impératif de l'accessibilité universelle aux soins, nos activités ne s'entendent que dans le respect des tarifs conventionnels de la Sécurité sociale, auquel s'ajoute la pratique généralisée du tiers payant permettant la dispense d'avance de frais. La construction de l'équilibre malgré l'ensemble de ces contraintes passe par plusieurs actions. D'abord, la construction de partenariats solides. Avant tout avec le

secteur mutualiste, les mutuelles de Livre 2 poursuivant leur soutien indispensable à nos structures de soins. Ensuite, avec les collectivités locales, en première ligne face à la désertification médicale et aujourd'hui essentielles dans le soutien à l'investissement, notamment immobilier. Ensuite, par une répartition des activités au sein de nos établissements, alliant la réponse aux besoins des populations et la recherche de résultat économique. Enfin, par une gestion optimisée pilotée au quotidien, en utilisant tous les leviers. Nos structures appartiennent à l'Économie sociale et solidaire. Elles ne rémunèrent pas d'actionnaires. Elles mobilisent leurs résultats pour investir et innover. La performance économique est dirigée vers la réponse aux besoins des patients.

Les atouts mutualistes

Le droit à la santé est une évidence humaine. Mais notre système de santé, dont la raison d'être est de permettre ce droit, est en crise. La pandémie de Covid-19 a agi comme un révélateur des failles d'un système dont certains avaient peut-être une vision idyllique. Mutualistes, nous sommes au travail pour contribuer à reconstruire un système de santé à la hauteur des besoins de la population en n'ignorant aucun des défis sociaux, organisationnels, économiques. Faire de la santé un droit effectif et universel, c'est l'objectif auquel nous destinons notre performance.

LA PERFORMANCE NUMÉRIQUE EN SANTÉ

PAR

CHRISTELLE MASSON
DIRECTRICE GÉNÉRALE DE PANDALAB

Idéal

La Performance numérique en santé est un des leviers à considérer fortement dans le monde actuel qui demande une agilité totale sur tous les domaines.

Il est aussi nécessaire d'apporter un changement de regard sur le numérique en santé après cette étape de surconsommation liée à la Covid. Le monde de la Santé dans son entièreté ne doit plus voir le numérique comme une contrainte, une souffrance ou une perte de temps mais comme un allié.

Il est aussi nécessaire de redonner du sens au numérique dans la santé en sachant piloter avec courage le changement puis en sachant accompagner habilement les utilisateurs.

Aucune partie prenante de la Santé ne souhaite continuer de travailler dans un monde basé sur le court-termisme. Ainsi, comment peut-on construire ENSEMBLE une performance numérique DURABLE dans la santé après ces quelques années d'initiatives forcées ?

Problème / obstacle

Beaucoup trop d'initiatives ont été réalisées, testées, modifiées, exploitées et oubliées. Il existe aujourd'hui une offre importante de solutions innovantes portées par des start-up ou des éditeurs reconnus. La multitude

d'outils plus ou moins aboutis et couvrant plus ou moins le même spectre d'activité fait que le marché est devenu très différencié et concurrentiel. La valeur de l'innovation étant elle-même un peu tuée d'avance par l'existence d'outils gratuits.

L'ACCUMULATION DE TENTATIVES DE CHANGEMENTS, D'EXPÉRIMENTATIONS POUR QUELQUES MOIS (GRATUITES OU PAYANTES) ONT GÉNÉRÉ UNE FRUSTRATION GRANDISSANTE ET UN REJET DE L'INNOVATION PAR LES SOIGNANTS

Trop de POC (Proof of Concept) tue le POC et l'innovation en elle-même.

L'accumulation de tentatives de changements, d'expérimentations pour quelques mois (gratuites ou payantes) a généré une frustration grandissante et un rejet de l'innovation par les soignants, car ils ont souvent investi beaucoup trop de temps pour au final n'avoir aucun bénéfice.

Les POC sont une bonne chose en soi et permettent de valider une solution non encore éprouvée. Mais quand le POC est refait avec le même outil pour chaque cas d'usage et pour chaque catégorie d'établissement, nous arrivons à une surconsommation des évaluations et des

demandes de preuves qui ralentissent un système et épuisent les parties prenantes.

Le POC devient alors contre-productif en tuant dans l'œuf chaque initiative. Le POC ne sert plus alors qu'à protéger le décideur dans sa prise d'initiative.

Or, rappelons-le : « *Une personne qui n'a jamais commis d'erreurs n'a jamais tenté d'innover.* » A. Einstein.

L'innovation est une prise de risque. Celle-ci doit être incluse dès le début de la prise de décision et non pas en bout de chaîne du processus, une fois tous les KPI bien verts.

Le courage managérial est à ce niveau un point essentiel.

Piste de solution pour une performance numérique durable

1. Performance et engagement : savoir prendre des risques pour les décisionnaires

Ne pas confondre agilité et désengagement !

Nous sommes dans un monde où tout bouge continuellement et dans lequel il faut savoir faire preuve de disponibilité et de flexibilité presque totale.

C'est justement dans un tel système qu'il est encore plus nécessaire d'avoir des décideurs influenceurs, leaders convaincus et convaincants, sachant prendre des décisions fortes, raisonnées et braves.

Il serait alors tentant pour un décisionnaire de ne pas s'engager fortement, d'attendre et de prendre des décisions de demi-mesure. Toute décision tiède, sans envergure n'aura alors que peu de chances de tenir et d'accomplir son objectif dans un tel système agile.

L'engagement fort est un facteur clef de succès pour une performance durable en santé.

2. Améliorer la culture générale du numérique pour toutes les parties prenantes

Il serait nécessaire d'entamer dans les cursus de formation de la vie active la prise en compte de la connaissance du numérique avec un grand N. Je ne parle pas de formation à Office 360 ou aux logiciels métiers mais d'accéder à une culture générale nécessaire pour permettre à chacun d'appréhender le monde du numérique. La plupart des personnes utilisent Internet ou des Apps par nécessité sans se soucier de savoir pourquoi et comment cela marche. Ceci par manque de curiosité ou de temps. Aussi, dans un monde qui prône le partage, nous devrions apporter à chacun la connaissance, les bases nécessaires pour comprendre ce

monde virtuel qui prend de plus en plus de place dans notre vie au quotidien. Il existe bien des campagnes de prévention sur l'utilisation des réseaux sociaux pour les adolescents (cyberharcèlement) ou des campagnes de formation contre la corruption en entreprise qui fonctionnent réellement. Il faudrait aujourd'hui faire des campagnes de prévention de l'utilisation du numérique dans le monde professionnel et des actions de formation obligatoire mise en place. Cela pourrait rentrer dans un programme de Qualité de vie au travail (QVT).

L'État tout comme les entreprises se doivent d'accompagner les personnes dans le changement du monde actuel. Les utilisateurs finaux et les décideurs se sentiraient alors beaucoup plus investis et inclus dans ce monde sans le subir.

3. Établir un référentiel de POC pour lequel les résultats pourraient être publiés et validés pour éviter de recommencer éternellement les mêmes tests pour chaque établissement/profession

Il serait extrêmement efficace pour toutes les parties prenantes qu'un POC effectué pour une catégorie d'établissement ou de professionnels puisse être reconnu et servir aux autres établissements ou professions similaires. Je ne parle pas ici d'un RetEx fait par le client/éditeur dans le cadre d'un PPT, article

de presse ou autre. Ceci est déjà extrêmement bien fait par tous les éditeurs et cela ne suffit pas à convaincre la grande majorité, car chacun se pense différent du cas ou ne croit pas les chiffres annoncés. Si les éditeurs pouvaient avoir un canal pour déclarer et faire vérifier les résultats des POC, cela accélérerait efficacement le déploiement des solutions d'un point de vue national et permettrait aux suiveurs d'être rassurés par cette première expérience effectuée. Il est essentiel de créer un référentiel de POC pour que chacun puisse les établir de la même façon et puisse publier ses résultats et s'en servir. Il faudrait créer des lignes directrices et donner des outils et des grilles de lecture aux décideurs.

En conclusion, si nous appliquions la recette 1+2+3, nous pourrions alors recréer un cercle vertueux de l'innovation en santé pour une performance durable en santé.

LA REFONDATION D'UN SYSTÈME DE SANTÉ PLUS LIBRE, PLUS ÉGALITAIRE ET PLUS HUMAIN AVEC L'AIDE DE LA TÉLÉSANTÉ

PAR

DR PIERRE SIMON

ANCIEN PRÉSIDENT-FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
TÉLÉMÉDECINE

L'idéal

Si la devise Liberté, Égalité, Fraternité est posée comme principe à l'article premier de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, elle figure dans le préambule de la Constitution de la V^e République française de 1958. Elle fut également adoptée par l'Union européenne. La Liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui. L'Égalité est un principe de droit selon lequel le législateur a le devoir d'assurer l'égalité des droits entre les citoyens. La Fraternité, appartenant à la sphère des obligations morales comme l'humanisme, est devenue un principe à valeur constitutionnelle le 6 juillet 2018. En matière de Droit à la santé, l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution française de 1946 confie à la Nation le soin de garantir « à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Une refondation de notre système de santé au XXI^e siècle doit avoir l'objectif de perpétuer une protection de la santé pour nos concitoyens.

Les Obstacles

Le modèle organisationnel de la médecine du XX^e siècle n'est plus adapté, au XXI^e siècle, aux attentes des usagers de la santé. L'allongement de l'espérance de vie contribue à l'augmentation constante du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, porteurs de handicaps liés surtout aux maladies chroniques du

vieillesse. Le grand âge avec la perte d'autonomie qui l'accompagne souvent (handicap moteur, handicap cognitif, etc.) a conduit jusqu'à présent à faire entrer ces personnes les plus handicapées dans des établissements médico-sociaux, comme les Ehpad. Ce modèle souffre au XXI^e siècle d'un manque de moyens tant humains que financiers. Un temps de soins plus important devrait être dédié à des résidents âgés très malades, cumulant après 85 ans plusieurs maladies chroniques. Près de 50 % des résidents d'Ehpad sont hospitalisés chaque année, hospitalisations qui pourraient être évitées si le dépistage de complications débutantes pouvait être fait en amont pour éviter l'hospitalisation. Le maintien au domicile des personnes âgées devient un enjeu à la fois humaniste, éthique et de santé publique. Pour y parvenir, de nouvelles organisations professionnelles reposant sur l'usage de la santé numérique doivent être proposées.

**LA DÉLIVRANCE
DES SOINS DEVRAIT
SE FAIRE LE PLUS
SOUVENT POSSIBLE
AU DOMICILE DES
PERSONNES GRÂCE
À L'USAGE DE LA
SANTÉ NUMÉRIQUE**

De façon générale, le modèle qui a prévalu au XX^e siècle, à savoir le déplacement de l'utilisateur de la santé vers les structures de soins, doit pouvoir être inversé au XXI^e siècle : la délivrance des soins devrait se faire le

plus souvent possible au domicile des personnes grâce à l'usage de la santé numérique, en particulier de la télésanté.

Les 4 propositions

Donner aux professionnels de santé et aux acteurs locaux la liberté d'entreprendre des organisations innovantes au sein de leur territoire

L'excellent rapport de l'Institut Montaigne *Faire le pari des territoires* propose des solutions innovantes centrées dans les territoires au plus proche des besoins de la population, en laissant aux acteurs locaux, élus, usagers, professionnels, l'initiative et la liberté de s'organiser pour mieux répondre aux besoins¹. « *Sans un pilotage au plus près des attentes des professionnels de santé et des patients, notre système de santé ne parviendra pas à faire face aux défis à venir, notamment l'explosion des maladies chroniques, le vieillissement de la population, l'évolution du nombre de soignants sur le territoire ou encore le dérèglement climatique.* »

La plupart des expérimentations innovantes permises par l'art.51 de la LFSS 2018 sont caractérisées par de nouvelles organisations professionnelles et de

¹ <https://www.institutmontaigne.org/publications/sante-faire-le-pari-des-territoires/>

nouveaux modes de financements des parcours de santé et de soins². La télésanté fait partie de ces innovations organisationnelles³.

Une plus grande mobilité des professionnels de santé au sein du territoire favorisée par l'usage de la télésanté

Le nouveau ministre de la Santé a préconisé, dans la mission « flash » sur les urgences, le déploiement d'unités mobiles de télé médecine (UMT) pilotées par le Samu pour prévenir pendant la période de l'été 2022, les venues inutiles dans les services d'urgences déjà en tension⁴. Le modèle organisationnel est simple. Le médecin régulateur du Samu déclenche le départ de l'UMT lorsqu'il estime que le motif de l'appel au centre 15 nécessite une consultation médicale, mais ne justifie pas la venue aux urgences. L'UMT réalise alors au domicile de l'appelant une téléconsultation assistée de l'infirmière de l'UMT qui a amené tout le matériel nécessaire à la réalisation de cette téléconsultation assistée avec le médecin généraliste de permanence au Samu.

2 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2021.pdf

3 <https://www.telemedaction.org/448344308>,
<https://www.telemedaction.org/448461562>,
<https://www.telemedaction.org/448629743>

4 <https://www.banquedesterritoires.fr/urgences-hospitalieres-les-41-mesures-de-la-mission-flash>

En dehors de ces situations d'urgence, la téléconsultation programmée et assistée a été mise en place avec la rémunération de 15 euros pour les IDEL et IPA qui assistent un patient en téléconsultation avec le médecin traitant ou un médecin spécialiste.

L'illectronisme est fréquent chez les personnes âgées de 70 ans et plus : 70 % seraient touchés par cette difficulté d'accès au Web⁵. Cette téléconsultation assistée a été peu ou pas utilisée pendant la pandémie, comme le révèlent les données du *Health Data Hub*⁶. Pendant la pandémie, la téléconsultation a surtout profité à une population d'adultes jeunes qui étaient en télétravail à leurs domiciles et qui étaient en mesure de réaliser seuls la téléconsultation. La polyclinique mobile de télé médecine du Grand Est, qui bénéficie d'une expérimentation art.51, se révèle être une organisation nouvelle, fondée sur la mobilité des infirmier(e)s de télé médecine, qui convient aux établissements médico-sociaux. Ces dernier(e)s organisent les téléconsultations et assistent les résidents au cours de l'acte médical⁷. Elle pourrait devenir une des meilleures organisations

5 [https://www.vie-publique.fr/en-bref/271657-fracture-numerique-lillelectronisme-touche-17-de-la-population#:~:text=Ne%20pas%20avoir%20acc%C3%A8s%20%C3%A0,des%20%C3%A9tudes%20%C3%A9conomiques%20\(INSEE\)](https://www.vie-publique.fr/en-bref/271657-fracture-numerique-lillelectronisme-touche-17-de-la-population#:~:text=Ne%20pas%20avoir%20acc%C3%A8s%20%C3%A0,des%20%C3%A9tudes%20%C3%A9conomiques%20(INSEE))

6 Téléconsultation: succès durable mais pas arme anti-déserts médicaux. *Le Quotidien du médecin*.

7 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/toktokdoc_arrete.pdf

pour améliorer l'accès aux soins médicaux des résidents d'établissements médico-sociaux⁸.

Organiser les soins au domicile

La mobilité des professionnels de santé vers le domicile devrait se développer avec l'augmentation de la population âgée et handicapée, souvent isolée, qui a du mal à se déplacer vers les structures de consultations ou de soins. De nombreux métiers de la santé sont prêts à se déplacer au domicile (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, audioprothésiste, opticien-lunetier, etc.) à la condition de pouvoir réaliser une téléexpertise avec le professionnel médical concerné⁹ lorsqu'ils ont accompli leur propre mission de soin auprès du patient, voire une téléconsultation assistée avec le médecin traitant. Le modèle de transport par VSL ou taxi du domicile des patients vers les cabinets de consultation ou de soins pourrait évoluer vers un transport inversé, c'est-à-dire du lieu d'exercice du professionnel de santé vers le domicile du patient. Avec la transition écologique et l'arrêt programmé des voitures à énergie fossile, ce transport du professionnel de santé vers le domicile ne devrait plus être assuré par la voiture personnelle du professionnel, mais bien par des structures financées par la solidarité

8 <https://www.telemedaction.org/448344308/>

9 <https://www.telemedaction.org/449726934/>

nationale, permettant la mise à disposition de voitures à énergie électrique. La télésurveillance médicale par des dispositifs médicaux qui recueillent des données de vie réelle et qui sont traitées par des algorithmes ne pourra se développer chez les personnes âgées en situation d'illectronisme que si le professionnel de santé contribue au recueil des données¹⁰.

La médecine peut devenir plus humaine avec la télésanté

Contrairement à ce qu'on lit parfois, le numérique en santé, en particulier la télésanté, ne va pas détruire la relation humaine, bien au contraire. La mobilité des professionnels de santé au domicile des patients ne peut que renforcer la relation humaine des pratiques de télésanté, en particulier lorsqu'une téléconsultation assistée avec le médecin traitant ou un médecin spécialiste est nécessaire. Les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques doivent intégrer cette mobilité des professionnels, facteur de plus grande humanité dans les relations avec les patients.

10 Kalid N, Zaidan AA, Zaidan BB, Salman OH, Hashim M, Muzammil H. Based Real Time Remote Health Monitoring Systems: A Review on Patients Prioritization and Related "Big Data" Using Body Sensors information and Communication Technology. J Med Syst. 2017 Dec 29;42(2):30. doi: 10.1007/s10916-017-0883-4. Review.

PERFORMANCE EN SANTÉ, L'EXPÉRIENCE PATIENT

PAR

NATHALIE BASS HAGENMÜLLER

DIRECTEUR DE LA RECHERCHE CLINIQUE, DE LA QUALITÉ, DE LA GESTION
DES RISQUES ET DES RELATIONS AVEC LES USAGERS
INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS

Aborder le sujet de l'expérience patient¹ en 2 pages est un véritable défi, tant le sujet lui-même a depuis 3-4 ans fait l'objet en France d'un nombre impressionnant d'articles, a suscité la création de structures de réflexion, d'associations..., de journées d'échanges, de colloques. Pour autant, le sujet en soi n'est pas si nouveau. Comme le démontre très clairement Denise Jodelet², c'est avec l'apparition du sida et des associations de personnes atteintes que s'instaure la « *figure d'un patient actif et réformateur* » qui va exiger de participer non seulement aux processus de prise en charge qui le concernent, mais aussi aux processus d'organisation du modèle de santé publique.

Désormais, ce ne sont plus uniquement vers les acteurs créateurs du soin que l'on va se tourner mais vers son utilisateur qui est alors analysé comme « *un être pensant et un être corporel* » qui va transformer « *en savoir, connaissances, opinions... le vécu de la maladie et les ressources mobilisées pour le maintien en vie* ».

Ainsi, souligne D. Jodelet, ce savoir expérientiel longtemps maintenu à l'arrière-plan des recherches en

1 *Nota Bene* : sous le vocable expérience patient tout au long de cet article, on entendra Patient et Aidant (proches...).

2 Denise Jodelet « Le savoir expérientiel des patients, son statut épistémologique et social ». 2017. EHESS. Bibliothèque des Classiques des sciences sociales.

psychologie de la santé, s'impose désormais comme un « fait social » et impacte les politiques de santé.

Notons, toutefois, qu'il a fallu un certain nombre de décennies pour arriver à cette mise en lumière médiatique du savoir expérientiel du patient ! De manière un peu provocatrice, que peut-on en dire aujourd'hui ?

L'expérience patient peut encore apparaître à certains comme une nouvelle mode ? Un enjeu marketing pour demain ? Une obligation réglementaire ?... En surface, tout cela était probablement un peu vrai ! Le concept est aussi victime d'effets collatéraux liés à son soudain avenir médiatique. Mais c'est un autre débat, que nous n'engagerons pas ici.

La plupart des professionnels, de plus en plus nombreux, pressentent bien que le sujet va bouleverser durablement les habitudes du monde de la santé... toutes les habitudes de tous les professionnels, quelles que soient leurs catégories.

L'expérience patient c'est reconnaître que le patient, acteur central à toutes les étapes de sa prise en charge dans un système de soins qui est aujourd'hui largement multi-institutionnel... est souvent le seul qui « puisse » faire le lien entre tous les professionnels de la prise

en charge. L'expérience patient, c'est donc permettre que le patient apporte et contribue activement à l'amélioration de toute la chaîne du soin.

Pour autant, l'expérience patient ne se résume pas au regard que le patient porte sur sa prise en charge. Comme le souligne la Haute Autorité de santé, il est plus que nécessaire de considérer l'engagement du patient en tant que citoyen, ce qui va bien au-delà de sa simple implication dans les décisions de santé qui le concernent personnellement...

Tout l'enjeu de l'expérience patient est là : jusqu'où irons-nous nationalement et localement dans la déclinaison pratique de ce concept ?

La réponse que nous avons souhaité apporter à l'Institut mutualiste Montsouris³ [IMM] repose tout d'abord sur un choix : celui de la définition que l'on peut donner à l'expérience patient : « *Qu'arriverait-il si l'amélioration de la qualité et le changement organisationnel étaient guidés par l'expérience des patients ?⁴* » En choisissant pour définition une question, nous avons

3 Depuis mi-2018, un Comité de pilotage de l'expérience patient a été créé. Constitué de professionnels de métiers et secteurs différents, de patients et de représentants des usagers, son objectif principal est de créer le cadre conceptuel et expérimental autour de l'expérience patient, afin d'ancrer le sujet dans les pratiques.

4 Carol Fancott. Université de Toronto. Cfhi. fcass.ca

volontairement inscrit dans nos travaux, la nécessité de nous interroger « en permanence » non seulement sur les méthodes de recueil du savoir expérientiel du patient et de ses aidants, mais surtout sur le « pourquoi ? » et le « jusqu'où ? ».

**L'EXPÉRIENCE
PATIENT, NE SE
RÉSUME PAS AU
REGARD QUE LE
PATIENT PORTE
SUR SA PRISE
EN CHARGE**

Cette question est donc devenue une devise et un principe d'actions qui nous guident.

L'expérience patient pose, bien évidemment, de nombreux défis. Notons ici juste quelques éléments à garder en tête :

- Ne pas réduire la définition de l'expérience patient à la participation du patient uniquement à ses propres soins ;
- Savoir détecter et faire « remonter » à la surface l'expérience de patients, qui n'auront pas pu, su ou voulu utiliser les canaux habituels pour s'exprimer ;
- Reconnaître et travailler sur la part que joue « *la subjectivité dont le corps est le support, et qui se trouve irréductiblement impliquée dans l'expérience de la maladie* » (supra D Jodelet) ;

- Ne pas penser l'expérience patient comme uniquement LE sujet des patients, leur laissant le soin de se mettre en action, d'être porteurs d'une demande... ;
- Pouvoir travailler sur ce qu'on peut appeler les identités multiples, à savoir que le professionnel de santé est aussi potentiellement un client, un aidant, un patient et ainsi bénéficiaire du regard qu'a le professionnel lorsque lui-même a franchi la barrière vers la maladie ;
- Enfin, garder en mémoire que la relation soignant-soigné se trouve modifiée par l'introduction de ses savoirs expérientiels et pose la question de la nature du contrat et du partenariat proposé.

Si l'ensemble de ces questions irrigue notre réflexion en interne au COPIL expérience patient de l'IMM, nous avons aussi souhaité créer des repères visuels. Ces repères doivent permettre, d'une part, de classifier les expérimentations et les pilotes que nous développons avec les professionnels des départements médico-chirurgicaux et les patients et, d'autre part, pour l'ensemble des professionnels de repérer les initiatives, d'échanger, de créer. Ainsi, quelle que soit la nature de l'expérimentation (focus group, pair-aidance, patient partenaire...) et son dimensionnement, il s'agit, dans

tous les cas, de s'ouvrir à recevoir le savoir expérientiel du patient.

De nombreuses expérimentations sont menées dans les établissements de santé français et illustrent, chacune à leur manière, les deux premiers profils. Citons à titre d'exemples et sans aucune prétention à une exhaustivité : l'association des patients à la construction de questionnaires de satisfaction, de qualité de vie, à la refonte de signalétiques, à la création des espaces de soins, à des projets plus organisationnels comme la création d'une École des patients, de tests par les patients de circuits d'organisation en vue d'une amélioration d'un process existant, de tests en virtuel de circuits d'organisation de prise en charge en cours de création...

Les exemples ne manquent pas !

Sur le dernier champ qui est l'association des patients, en tant qu'acteur de l'institution. Certains établissements ont créé un bureau des patients au niveau institutionnel, permettant ainsi, grâce à une représentativité de la patientèle, d'associer les patients à des relectures de fiches d'information, à la participation pour la création de site Internet, à la relecture de projets, à de la formation auprès de professionnels de santé...

D'une certaine manière, on reproduit avec ces collectifs de patients ce qui a été mis en place avec la loi de 2002 sur l'intégration des représentants des usagers et leur participation à la vie de l'établissement.

Cependant, il convient aussi de s'interroger pour savoir si, aussi utile soit-elle, cette intégration est suffisante pour illustrer le concept de démocratie sanitaire et surtout permettre à l'expérience patient de s'ancrer dans « l'ADN des établissements ».

La réponse est tout sauf simple, mais si on souhaite faire de l'expérience patient une réelle modification de nos pratiques managériales hospitalières, alors créer un comité supplémentaire de patients, positionné au même niveau que la CDU, ne suffira pas.

Pour aboutir à ce que D. Jodelet appelle « le renversement d'une vision verticale du rapport entre savoir scientifique et savoir de sens commun », encore faut-il créer les espaces de rencontre où professionnels du soin et patients travaillent ensemble. Le département, le service, le pôle selon les terminologies propres à chaque établissement sont les lieux où se créent le soin, les projets, les méthodes (les bonnes pratiques) de prise en charge... C'est donc dans ces espaces-là, quand ils fonctionnent, qu'il faut intégrer des patients. C'est dans cette co-conception fondée sur l'expérience

tant du patient que du soignant qu'un projet de service démontrera sa capacité à s'adapter aux enjeux, sa robustesse et, *in fine*, sa réponse aux besoins.

C'est donc un véritable partenariat qu'il faut créer, autour de l'idée que le patient devient un acteur du service et pas seulement une ressource que l'on mobilise pour tester une idée, un produit, un support...C'est la notion de patient-citoyen au cœur de la démocratie sanitaire.

Intégrer des patients dans la vie du service au même titre qu'une représentativité de tous les métiers du soin et de l'accueil soulève de nombreuses questions de méthodes : Comment choisir les patients représentatifs de la patientèle ? Quels critères se donne-t-on ? Doit-on former les patients ? Les former avec les soignants ? Doit-on établir une charte d'engagement réciproque ?... Toutes ces questions sont totalement légitimes et ne pas y répondre serait prendre le risque de faire échouer la démarche.

Pour autant, le vrai enjeu ne se situe pas là. L'enjeu pour l'hôpital et ses unités managériales est principalement culturel. Accepter de travailler ensemble sur un pied d'égalité ne signifie en rien gommer les différences notamment entre savoirs scientifiques et savoirs profanes, mais de faire réellement la place aux apports

de tous et, en particulier, à celui qui vit l'intégralité de la chaîne de production et qui est en capacité d'en mesurer les apports et les ruptures tout au long du process.

Ces contributions réciproques et cette coordination des points de vue au sein même du service doivent pouvoir donner une place pérenne à l'expérience patient et l'ancrer comme une méthode managériale qui n'a plus rien à voir avec les modes.

LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS ET LA QUALITÉ DES SOINS

L'hôpital est en grande souffrance, l'épidémie de Covid a été le révélateur d'une crise qui couvait depuis plusieurs années. Les personnels soignants ont perdu le sens de leur métier qui est de s'occuper des patients en leur prodiguant des soins de qualité avec empathie et humanité. Ces missions faisaient la beauté de ce métier. Pour un patient, l'hospitalisation est toujours une épreuve et une source de stress.

Dans ce contexte, la notion de performance d'un établissement comprend l'équilibre budgétaire, l'immobilier et plus récemment le management du personnel ainsi que les organisations médicales. La place du patient est bien souvent marginale lorsqu'on évoque la performance d'un établissement.

Bien évidemment, ces différentes dimensions de la performance sont importantes. Pour redonner sa place aux patients, il faudrait introduire l'évaluation de la qualité des soins. Depuis plusieurs années, de multiples actions ont été mises en place pour permettre aux praticiens d'améliorer leur pratique au quotidien, nous citerons l'accréditation pour les spécialités à risque. Le développement professionnel continu, qui est une obligation pour les praticiens. Cette obligation demande aux praticiens de suivre des formations continues et d'évaluer leur pratique. Le développement professionnel continu est géré par une structure administrative qui a

PAR

PR ALAIN BERNARD

PRÉSIDENT DE L'IRAPS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

complexifié le fonctionnement. Le patient a totalement disparu de cet univers où les praticiens s'inscrivent pour satisfaire à cette obligation réglementaire comme ils le feraient pour leur déclaration d'impôts. Depuis plusieurs années, les établissements hospitaliers sont soumis à la certification par la Haute Autorité de santé. Pour satisfaire à la certification, un certain nombre d'actions de démarche qualité sont imposées comme la gestion des risques, la déclaration des événements indésirables liés aux soins. L'établissement doit être en mesure de montrer qu'il a mis en place des actions pour analyser les causes et prévenir ces événements. La place du patient et des usagers est de plus en plus importante dans la démarche de certification. Actuellement, un questionnaire de satisfaction est proposé aux patients au moment de la sortie de l'établissement. Ce questionnaire non obligatoire est analysé par la Haute Autorité de santé.

Toutes ces mesures qui vont dans le bon sens, sont-elles suffisantes pour autant ? En s'appuyant sur différents travaux, nous n'en sommes pas convaincu. Nous citerons la chirurgie du pancréas¹ et du poumon², qui

1 A. Bernard et al. Detecting Hospital Outliers in Post-Pancreatectomy Care Using Funnel Plots from 2009–2018 Based on Nationwide Medico-Administrative Data. *World J Surg* 2021; 45:2210–2217.

2 PB Pages et al. In-hospital mortality following lung cancer resection: nationwide administrative database. *Eur Respir J* 2016; 47: 1809-1817.

ont fait l'objet de plusieurs études exhaustives sur la pratique française. Ces travaux ont permis de montrer le nombre important d'équipes qui pratiquent ce type de chirurgie, avec 4 à 5 interventions par an. L'autre point mis en exergue par ces travaux concerne les résultats inquiétant en termes d'efficacité d'un certain nombre d'équipes. À titre d'exemple, nous avons évalué la mortalité postopératoire des patients opérés du pancréas, qui, dans le cadre d'une chirurgie compliquée comme celle-ci, est l'un des indicateurs permettant de mesurer la qualité des soins. Certaines équipes chirurgicales ont un taux de mortalité postopératoire 3 à 4 fois supérieur à la moyenne nationale française. Si on regarde les établissements où exercent ces équipes, ils ont tous satisfait aux exigences de la Haute Autorité de santé en matière de certification. Ces études confirment que les actions proposées aux établissements de santé en matière d'évaluation de la qualité des soins demeurent pour le moment insuffisantes.

Plus récemment, nous venons de terminer un travail sur la comparaison de la France avec les autres pays européens portant sur la mortalité postopératoire de la chirurgie du cancer du poumon³. Malheureusement, la France ne fait pas partie des pays européens les plus performants : son taux de décès de 2,9 % est supérieur

3 A. Bernard et al. « Comparaison de la mortalité des résections pulmonaires en France aux autres pays européens ». *Revue des maladies respiratoires* 2022.

à la moyenne européenne qui est de 2,1 %. À l’opposé, les pays du Nord de l’Europe avec des pourcentages aux alentours de 2 % et l’Angleterre (1,87 %) ont un taux de mortalité postopératoire inférieur à celui de la France. Même si ce travail doit être interprété avec beaucoup de prudence, il a le mérite de montrer que nous avons encore des marges de progrès en matière de qualité des soins.

Ce constat reposant sur des données scientifiques est une première étape, il doit inciter à proposer des solutions. Avant d’envisager celles-ci, il est nécessaire de rappeler deux notions fondamentales de la démarche qualité, ce sont la pertinence des soins et l’évaluation des résultats des soins ou des actes prodigués aux patients.

Un soin ou un acte est qualifié de pertinent lorsqu’il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux recommandations des sociétés savantes nationales ou internationales. Le non-respect des recommandations entraîne la réalisation d’actes non justifiés comme le montre l’exemple de l’ablation de l’appendice où des études ont rapporté l’hétérogénéité des pratiques d’un département à l’autre⁴. Ces actes non justifiés ou non appropriés peuvent faire courir des risques inutiles aux patients.

⁴ A. Fouchard, P. Michel. « Pertinence des soins et variations des pratiques médicales ». *Adsp* n° 92, septembre 2015.

Depuis plusieurs mois, nous accompagnons les équipes médicales sur la base du volontariat afin d’évaluer la pertinence de certains actes ou soins par rapport aux recommandations en vigueur en réalisant des audits. Le premier constat que nous faisons, c’est la difficulté de mobiliser et de convaincre les équipes médicales à analyser la conformité de leur pratique par rapport à l’état de l’art. Ces difficultés sont dues, la plupart du temps, à une méconnaissance de la notion de pertinence. Nous arrivons à les faire adhérer à cette démarche en insistant sur le fait qu’il s’agit avant tout de médecine, dont le but est d’améliorer la prise en charge et la satisfaction des patients.

Le deuxième point fondamental à rappeler concerne l’évaluation des résultats des actes prodigués aux patients. Avant d’aller plus loin, il est nécessaire de donner des précisions sur ce que l’on entend par indicateurs de résultats. Il s’agit le plus souvent des indicateurs qui portent sur la sécurité des soins comme la mortalité ou la survenue des complications à la suite d’une intervention chirurgicale ou d’acte interventionnel. En d’autres termes, les indicateurs de résultats mesurent l’état de santé des patients à la suite d’un acte ou d’un traitement. Il est légitime de montrer que le traitement proposé aux patients donne des résultats conformes aux attentes par rapport à un référentiel national et que leurs états de santé s’en

trouvent améliorés. La France possède un certain retard par rapport à d'autres pays dans ce domaine, cependant les patients ont besoin d'être rassurés sur le niveau de performance de l'équipe médicale de l'hôpital qui va s'occuper d'eux.

Nous avons l'impression que les agences ont du mal à mettre en place l'évaluation des résultats, craignant peut-être l'hostilité des professionnels de santé qui redoutent ce type d'évaluation. Leur crainte est d'afficher des résultats défavorables avec le risque d'être cloués au pilori. L'évaluation des résultats pour une équipe médicale ne devrait pas être une sanction, au contraire, une aide pour améliorer sa pratique. La méthode consiste à identifier les écarts entre le résultat obtenu et attendu, et à mener des actions pour améliorer ses résultats. L'élaboration des indicateurs se fera avec les professionnels concernés. Cette démarche s'inscrit dans un cercle vertueux, où le patient en sera le principal bénéficiaire. Pour mener à bien l'évaluation des résultats, les outils nécessaires en France existent comme le montrent nos travaux et les méthodologies ont fait l'objet de nombreuses publications. Il manque

**L'ÉVALUATION
DES RÉSULTATS
POUR UNE ÉQUIPE
MÉDICALE
NE DEVRAIT
PAS ÊTRE UNE
SANCTION**

simplement une volonté politique en partenariat avec les professionnels de santé.

La qualité concerne les soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins ». La démarche qualité dans les établissements devrait comprendre en plus de l'existant la pertinence des soins et l'évaluation des résultats des soins. La dimension qualité devrait à l'avenir faire partie intégrante de la performance des établissements.

DE LA PERFORMANCE EN SANTÉ : D'UNE SEULE SANTÉ À UNE BIOÉTHIQUE GLOBALE ?

PAR

PR CHRISTIAN HERVÉ

CHEF DU DÉPARTEMENT D'ÉTHIQUE ET INTÉGRITÉ SCIENTIFIQUE, HÔPITAL FOCH, SURESNES, FRANCE

FACULTÉ DE SANTÉ, UNIVERSITÉ PARIS CITÉ, PARIS, FRANCE

UFR SIMONE VEIL – SANTÉ, UNIVERSITÉ DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES (UVSQ), MONTIGNY-LE-BRETONNEUX, FRANCE

ACADÉMIE D'ÉTHIQUE, MÉDECINE ET POLITIQUE PUBLIQUE, UNIVERSITÉ PARIS CITÉ, PARIS, FRANCE

ACADÉMIE VÉTÉRINAIRE DE FRANCE, PARIS, FRANCE

HENRI-CORTO STOEKLÉ, PhD

RESPONSABLE DE L'ÉTHIQUE AU DÉPARTEMENT D'ÉTHIQUE ET INTÉGRITÉ SCIENTIFIQUE, HÔPITAL FOCH, SURESNES, FRANCE

À l'heure de « *one health* » – ou, en français, une seule santé –, le concept de *performance en santé* pourrait évoluer¹. Mais cette évolution ne devrait pas se limiter à un déploiement scientifique de pratiques médicales et/ou biologiques relatives à *one health*. Le choix d'une telle conception, plutôt occidentale et contemporaine, pourrait être inefficace, car aveugle à la pluralité des positionnements moraux dans le monde. Néanmoins, tenir compte de cette pluralité impliquerait d'évaluer la pertinence de tel positionnement moral par rapport à telle pratique médicale et/ou biologique, à un endroit et/ou à un moment donnés².

Une seule santé

One health sous-tend qu'une amélioration de la santé humaine (ex. absence de maladie, bien-être physique, etc.) est étroitement liée à celle de la santé animale (ex. espèce-réservoir, biodiversité, etc.) et de la santé environnementale (ex. pollutions, changement climatique, etc.)³. Dans le cas des maladies infectieuses (virus, bactéries, etc.), cette idée est largement éprouvée.

1 Zhang X-X, Liu J-S, Han L-F, Xia S, Li S-Z, Li OY, et al. Towards a global One Health index: a potential assessment tool for One Health performance. *Infectious Diseases of Poverty*. 2022;11(1):57.

2 Stoekle HC, Ivashkevich A, Marignac G, Hervé C. Ethical issues of brain organoids: well beyond “consciousness”? *AJOB Neurosci*. 2022.

3 Parodi AL. [The “One health” concept: reality and future prospect]. *Bull Acad Natl Med*. 2021;205(7):659-61.

Les grandes pandémies humaines passées (ex. la peste noire), ou présentes (ex. la Covid-19), ont des liens causaux et/ou effectifs établis avec la santé animale (ex. organismes nuisibles) et/ou environnementale (ex. écosystèmes)⁴.

Ces grandes pandémies connues de l'histoire ont surtout permis une amélioration des pratiques médicales et/ou biologiques (= diagnostic, traitement, etc.)⁵. Toutefois, les effets de ces pratiques n'ont pas été seulement d'ordre médical et/ou biologique, au sens strict. Ils ont pu aussi être d'ordre moral, au sens large. Et certaines de ces nouvelles pratiques, en dépit de leur validité scientifique, ont pu aussi conduire à des réactions individuelles et/ou collectives défavorables, voire hostiles, qui, elles, ont pu freiner, ou empêcher, leur développement, avec évidemment des variabilités entre sociétés, personnes et/ou époques⁶.

4 Berche P, Perez S. *Pandémies. Des origines à la Covid-19*. Paris. Perrin. 2021. 528 p.

5 Contamine P, Jean-Noël Biraben. *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*. Tome I : La peste dans l'histoire. Tome II : Les hommes face à la peste. Paris-La Haye, Mouton, 1976. In-8°, 455 et 416 pages, 12 cartes et 30 graphiques dans le texte, 16 planches hors texte. Bibliothèque de l'École des chartes. 1978:170-3.

6 Stoeklé HC., Ackermann F., Beuzebec P., Hervé C. "Vaccine refusal and burnout: Hospitals need "emergency multidisciplinary team meetings". *J Eval Clin Pract.* 2022;28(3):493-4.

**IL NE SUFFIT PAS
QU'UNE PRATIQUE
MÉDICALE ET/
OU BIOLOGIQUE
AIT UN EFFET
BÉNÉFIQUE, RÉEL
OU POTENTIEL, SUR
LA SANTÉ HUMAINE
POUR QU'ELLE SOIT
NÉCESSAIREMENT
ACCEPTÉE**

Par exemple, une frange non négligeable de la population dans l'ensemble des pays directement impactés par la pandémie de la Covid-19 a hésité ou refusé de se faire vacciner contre ce virus, malgré des bénéfices individuels démontrés⁷.

Et le taux de refus et/ou d'hésitation a varié entre les pays, allant de 2,4 % en Chine jusqu'à 48,4 % en Russie, en juin 2021⁸. En France, le taux était de 36,6 % au même moment. Mais ces mouvements dits « antivax », ne sont pas nouveaux. Depuis plusieurs années, en France notamment, sont observés un scepticisme, et même un complotisme, croissants, envers la vaccination en général⁹.

7 Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K, et al. "A global survey of potential acceptance of a Covid-19 vaccine". *Nature Medicine.* 2021;27(2):225-8.

8 Lazarus JV, Wyka K, White TM, Picchio CA, Rabin K, Ratzan SC, et al. "Revisiting Covid-19 vaccine hesitancy around the world using data from 23 countries in 2021". *Nature Communications.* 2022;13(1):3801.

9 Guimier L. « Les résistances françaises aux vaccinations : continuité et ruptures à la lumière de la pandémie de Covid-19 ». *Hérodote.* 2021;183(4):227-50.

Les polémiques vis-à-vis d'abattages préventifs d'élevages de visons, au Danemark en particulier, risquant de se transformer en espèce-réservoir de nouveaux variants de la Covid-19 résistants aux vaccins, sont un autre exemple éloquent¹⁰. Le fait est que ce type de pratique médicale, utile dans des conditions bien spécifiques, suscite un nombre grandissant de critiques, au-delà du citoyen ou du militant¹¹. Le sacrifice systématique d'animaux, d'élevages ou non, comme précaution envers la santé d'êtres humains, est de moins en moins soutenu par les scientifiques eux-mêmes¹², en Occident ou ailleurs¹³.

Une bioéthique globale

Innovation ou non, à tort ou à raison, ces deux exemples, parmi d'autres, montrent, dans les faits, qu'il ne suffit pas qu'une pratique médicale et/ou biologique ait un effet bénéfique, réel ou potentiel, sur la santé humaine pour qu'elle soit nécessairement acceptée,

10 Lesté-Lasserre C. "Pandemic dooms Danish mink and mink research". *Science*. 2020;370(6518):754-.

11 Lederman Z, Magalhães-Sant'Ana M, Voo TC. "Stamping Out Animal Culling: From Anthropocentrism to One Health Ethics". *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*. 2021;34(5):27.

12 Van Herten J, Bovenkerk B. "The Precautionary Principle in Zoonotic Disease Control". *Public Health Ethics*. 2021;14(2):180-90.

13 Venkat BJ. "Iatrogenic life: veterinary medicine, cruelty, and the politics of culling in India". *Anthropology & Medicine*. 2022;29(2):123-40.

aussi par les scientifiques¹⁴. Elle peut entrer en tension avec des valeurs et/ou des normes morales de certaines personnes et/ou sociétés, en raison de cultures, de personnalités, ou de leurs évolutions, subjectivement opposées, comme dans le cas de l'avortement¹⁵. Il reste que la plupart de ces pratiques peuvent être objectivement bénéfiques. Dès lors, que fait-on ?

Ici, devrait intervenir la bioéthique, via l'application d'une théorie éthique spécifique : *la bioéthique globale*. Celle-ci préconise une étude opérationnelle de ces tensions, en fonction des effets de ces pratiques sur la qualité de vie et la survie de l'humanité, via une approche interdisciplinaire. En élargissant la qualité de vie au bonheur, en tenant compte de la variabilité individuelle et/ou collective de ses critères, et ceux de la survie, elle pourrait, effectivement, être la plus à même d'évaluer la pertinence de tel positionnement moral par rapport à telle pratique médicale et/ou biologique, à un endroit et/ou à un moment donnés¹⁶.

14 Toeklé HC, Ivasevitch A, Marignac G, Hervé C. "Creation and use of organoids in biomedical research and healthcare: the bioethical and metabioethical issues". *Cell Adh Migr*. 2021;15(1):285-94.

15 Behrent MC. "États-Unis : l'avortement et le droit des États". *Esprit*. 2022 juillet-août(7):10-3.

16 Stoeklé HC, Sekkate S, Ayoubi JM, Beuzeboc P, Hervé C. "An ethics of HPV vaccination: beyond principlism". *Hum Vaccin Immunother*. 2022:2082793.

C'est cette théorie éthique que nous pratiquons dans le Département d'éthique et intégrité scientifique de l'hôpital Foch, avec cet objectif d'améliorer, bio-éthiquement, *la performance en santé*^{17,18}. Et elle est programmée pour l'être aussi au sein du nouveau pôle universitaire « Une seule santé et santé globale » de l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, vis-à-vis des étudiants en médecine humaine, et bientôt vétérinaire, tout particulièrement, pour que justement, à l'heure de *one health*, l'évolution conceptuelle de la *performance en santé* ne s'y limite pas à un déploiement scientifique de nouvelles pratiques médicales et/ou biologiques.

Conflits d'intérêts - Aucun.

17 Stoeklé H-C, Sekkate S, Angellier E, Kennel T, Benmaziane A, Mabro M, et al. "From a voluntary vaccination policy to mandatory vaccination against Covid-19 in cancer patients: an empirical and interdisciplinary study in bioethics". *BMC Medical Ethics*. 2022;23(1):88.

18 Stoeklé HC, Ladrat L, Landrin T, Beuzeboc P, Hervé C. Bio-ethical issues in oncology during the first wave of the COVID-19 epidemic: a qualitative study in a French hospital. *J Eval Clin Pract*. 2022.

LE RÔLE ET LES ENJEUX D'UN ÉLU LOCAL À LA SANTÉ

PAR

GILBERT HANGARD

PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION « ÉLUS, SANTÉ PUBLIQUE & TERRITOIRES »
(ESPT)

La crise de la Covid-19, les difficultés liées à la démographie des personnels de santé et la prise de conscience croissante de la santé globale (One health) éclairent d'un jour nouveau le rôle des collectivités locales dans la prise en charge de la santé à côté de l'État dont c'était traditionnellement la mission.

Les particularités locales, l'histoire des organisations, les construits sociaux et les personnalités des acteurs ne permettent pas d'imaginer un modèle idéal et des recettes miracles transposables partout et tout le temps. C'est, donc, au travers de mon vécu particulier de maire adjoint de la ville d'ALBI et de président d'Élus, santé publique et territoires que je vais essayer de vous livrer des réflexions sur les problématiques, les obstacles et des propositions pour une meilleure prise en compte de la santé au niveau local.

La volonté du maire est la condition nécessaire pour une politique locale de santé

Tout a commencé à Albi en 2013, je dirigeais l'hôpital psychiatrique et voulant l'ouvrir sur la ville, j'ai convaincu Madame le maire, qui en était à son premier mandat, de mettre en place un conseil local de santé mentale. Nous avons développé un réseau d'acteurs, qui ont appris à mieux se connaître, à se faire confiance et à monter des dossiers ensemble. Très vite, nous est

venue l'idée d'étendre ce mode de fonctionnement à la santé en général et nous avons contractualisé en 2019 avec l'Agence régionale de la santé un contrat local de santé mentale.

Lors des élections municipales de 2020, Madame le maire m'a demandé de rejoindre l'équipe municipale pour gérer une politique municipale de santé.

Il faut un minimum de moyens pour une politique locale de santé

Lorsque j'ai pris mes fonctions, il n'y avait pas de service santé, seulement une coordinatrice du contrat local de santé rattachée au CCAS, payée à mi-temps par la ville et à mi-temps par l'ARS, et dans les faits travaillant plus avec l'ARS que la ville. La fonction d'adjoint me paraissait purement honorifique et j'étais sur le point de la décliner quand Madame le maire m'a mis à disposition un chef de service temps expérimenté et a créé un service santé. Aujourd'hui, ce service est composé de trois personnes et commence à être submergé par le nombre croissant des dossiers.

La nécessité de définir un cap et de développer la transversalité

Plusieurs de mes collègues élus et l'administration regardaient avec un œil curieux ce nouveau service, loin de leurs préoccupations habituelles, se demandant parfois si ce n'était pas un luxe ou si c'était vraiment nécessaire. Le langage habituel

et les concepts de base de la santé publique n'étaient pas connus. J'ai fait adhérer la ville au Réseau français des villes santé OMS et commencé à progressivement introduire les notions de base de la santé publique auprès de mes collègues qui intervenaient dans les politiques traditionnelles de la ville (petite enfance, seniors, cuisine centrale, urbanisme, environnement, sport...). Il faut en permanence être attentif au fonctionnement en silo des services et des élus, ce qui nécessite quelquefois de la diplomatie et de la fermeté.

**IL FAUT EN
PERMANENCE
ÊTRE ATTENTIF AU
FONCTIONNEMENT
EN SILO DES
SERVICES ET DES
ÉLUS**

Le Contrat local de santé, un outil important de la politique locale de santé qui devrait se généraliser

La reprise en main du contrat local de santé, initialement aux mains de l'ARS, a été l'occasion de renforcer les liens avec les associations locales et de monter des dossiers à plusieurs. Je me suis aperçu que la ville ne connaissait pas bien les associations œuvrant dans le domaine de la santé et réciproquement. Les associations apprécient

de se sentir épaulées et de pouvoir disposer d'aides matérielles et/ou financières.

La crise de la Covid-19 et le renforcement de l'écosystème local des acteurs de santé

La mise en place d'un centre de vaccination nous a occupés de nombreux mois, c'est grâce aux contacts que nous avons noués que nous avons pu mettre en œuvre et faire fonctionner le centre rapidement. La préfiguration de la communauté professionnelle de territoire nous a aidés et sa concrétisation, cet automne, nous donne un interlocuteur de choix pour la poursuite de notre politique.

La crise de la démographie médicale, repenser le rôle de l'État

Si Albi est encore considérée comme une zone bien dotée en généralistes, le prochain départ à la retraite du quart de ces effectifs suscite des réactions tant au niveau de la population que des élus politiques. Nous avons pris le parti (risqué ?) de ne pas créer, comme le demandaient les oppositions, de centre de santé communal et de travailler avec les acteurs locaux à une meilleure organisation et à l'attractivité du territoire. Devant les initiatives multiples et non coordonnées, il

me paraît important que cette crise soit gérée par l'État et que le rôle des préfets soit repensé.

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ SOLIDAIRE ET DES PRIX JUSTES SUR LES MÉDICAMENTS

PAR

SIBYLLE REICHERT

EXECUTIVE DIRECTOR - AIM

THOMAS KANGA-TONA

CHEF DE PROJET

Selon l'AIM, les prix des médicaments devraient être alignés sur des éléments objectifs comme leurs coûts de recherche et de développement, leurs coûts de production afin d'en garantir l'accès au niveau mondial, et ce, à des tarifs abordables.

LES PRIX ATTEINTS PAR CERTAINS MÉDICAMENTS EXERCENT À PRÉSENT UNE PRESSION SUR LES BUDGETS DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET METTENT EN DANGER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS

Pourtant, depuis des années, les mutuelles en France et en Europe constatent l'explosion des prix des médicaments. Notre système d'assurance maladie solidaire et à but non lucratif se voit donc confronté à une industrie pharmaceutique à but lucratif dont le prix des produits augmente continuellement, notamment dans la gamme des produits oncologiques. Les prix atteints par certains médicaments exercent à présent une pression sur les budgets des systèmes de santé et mettent en danger l'accès aux soins pour tous. Les systèmes de santé sont souvent désarmés face aux demandes de tarification élevée du secteur pharmaceutique qui, dans de nombreux cas, ne se justifient pas par des éléments objectifs. Le manque d'accès aux produits pharmaceutiques affecte à présent également l'Europe, où l'on constate des inégalités

d'accès aux médicaments entre les pays, ou même à l'intérieur des pays.

C'est pour cela que l'Association internationale de la mutualité (AIM)¹, l'organisation-cadre qui regroupe mutuelles de santé, caisses d'assurance maladie et autres pourvoyeurs de soins de santé solidaires et à but non-lucratif, a présenté un modèle pour un prix juste des médicaments afin de retrouver un équilibre entre les prix des médicaments, l'accès à ceux-ci et la capacité des systèmes de santé de payer ces médicaments tout en mettant la santé des patients au centre de l'attention.

Le calculateur de prix justes des médicaments

Pour l'AIM et ses membres, les prix des médicaments doivent être justes, c'est-à-dire récompenser l'amélioration objective de la santé des patients, rémunérer de façon adéquate l'activité des développeurs des produits pharmaceutiques, préserver la soutenabilité financière des budgets alloués aux systèmes de santé, ainsi que rendre prévisibles les dépenses des systèmes de santé.

C'est dans cette optique que l'Association internationale de la mutualité (AIM) a développé

¹ www.aim-mutual.org

un modèle² ainsi qu'un calculateur européen pour une tarification juste des médicaments³. Ces outils établissent une proposition quant à la façon de fixer des niveaux adaptés de compensation pour atteindre un prix équitable des médicaments. Ils tiennent compte de paramètres tels que les coûts engagés par les entreprises pharmaceutiques dans le développement des médicaments, la nécessité de dégager un profit approprié basé sur l'efficacité thérapeutique supplémentaire du produit en question, une prime à l'innovation et le nombre de patients couverts, entre autres. Ils constituent une solution pratique pour réaligner le prix des médicaments innovants avec les éléments qui devraient véritablement entrer en compte dans leur tarification. Ces outils aideront également à rétablir l'équilibre dans les négociations de prix et à assurer une meilleure prévisibilité des coûts des médicaments pour les systèmes de santé. Enfin, l'AIM estime que les prix atteints grâce à l'utilisation de ces outils amélioreraient l'accès aux médicaments à travers l'Europe.

Promotion du calculateur au niveau européen

² https://www.aim-mutual.org/wp-content/uploads/2021/10/AIMfairpricingModel_September2021_FINAL_FR.pdf

³ <https://fairpricingcalculator.eu>

La Commission européenne a prévu la publication d'une proposition de révision de la législation pharmaceutique européenne de base, prévue pour le premier trimestre 2023. L'AIM s'assurera que ses propositions sur les prix justes seront prises en compte dans le cadre de la révision du cadre législatif portant sur les médicaments. En outre, l'AIM a participé à plusieurs événements pour présenter le calculateur au niveau européen et international. Le travail de l'AIM sur les prix justes est également pertinent dans le contexte du Forum sur les prix justes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'Initiative d'Oslo sur les médicaments et des travaux de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) sur l'accès aux médicaments.

Quelle est la suite des travaux de l'AIM sur les prix justes des médicaments ?

Suite au plaidoyer de l'AIM et de ses membres, le calculateur a attiré l'attention de divers responsables politiques et universitaires tels que la Commission européenne, des membres du Parlement européen, l'OCDE, les caisses maladies en Allemagne, la plateforme néerlandaise pour l'accès aux médicaments, l'OMS pour en nommer quelques-uns. En outre, le modèle commence à être appliqué. La Techniker Krankenkasse (TK), caisse d'assurance maladie allemande membre de

la vdek, un membre de l'AIM, a publié une étude⁴ (en anglais) qui a conclu que l'application du modèle en Allemagne pourrait entraîner une économie annuelle de 13 milliards d'euros. Avec quelques-uns de ses membres européens, l'AIM a entamé une étude pilote afin de disposer de plus de chiffres sur l'impact de l'application du modèle à grande échelle et de renforcer son plaidoyer. L'AIM a aussi rejoint un projet européen avec l'université de Rotterdam et d'autres partenaires au sein du programme Européen Horizon Europe, qui traitera le développement des nouveaux modèles de prix pour les médicaments.

Un intérêt aussi étendu est le premier pas vers un changement significatif en faveur d'une tarification plus raisonnable des médicaments, qui bénéficiera en fin de compte à tous les Français et Européens.

⁴ https://www.aim-mutual.org/wp-content/uploads/2021/10/TK_AIM-Fair-Pricing-Calculator-EN_Rev.pdf

BROUHAHA **NORMATIF ET** **PERFORMANCE**

PAR

CHRISTIAN ANASTASY

PRÉSIDENT DU COS (CONSEIL D'ORIENTATION STRATÉGIQUE) SANTÉ SOCIAL
DE L'AFNOR

Nombreux sont ceux qui dénoncent habituellement l'excès de normes, et ce, à juste titre, car le brouhaha normatif peut nuire à la performance des acteurs du système de santé !

Mais si l'on coordonnait la production des normes volontaires avec celle des normes régaliennes, très différentes bien que complémentaires, on pourrait aboutir à une élaboration concertée des deux types de normes pour une meilleure articulation, voire une réduction globale !

Des mots communs mais des acceptions distinctes

- En français, le mot norme englobe la loi et ses textes d'application ainsi que les normes volontaires contrairement à l'anglais qui distingue quant à lui les mots « *Law* » et « *Standard* » le second désignant exclusivement les normes volontaires ;
- Le « droit régalien ou droit dur » est ainsi amalgamé en français avec la normalisation volontaire appelée « droit souple » selon le Conseil d'État. (*Pour ajouter à la confusion, le mot français « standard » correspond non à une norme mais à une entente entre industriels*) ;

- L'excès de normes invoqué vise donc à la fois le travail législatif et réglementaire, sans cesse croissant et rarement enclin à supprimer des règles devenues obsolètes et, parallèlement, la production par les acteurs économiques et les usagers de normes.

Législation et norme : des effets juridiques distincts

- Les textes émanant de la puissance publique tels que les lois, décrets d'application et arrêtés, fondés sur l'invocation d'un intérêt général supérieur et pour partie parfois établis après avis de représentants de la société civile, découlent de la conception « verticale » d'un droit non susceptible d'être remis en cause. Ils revêtent un caractère obligatoire et s'imposent, selon leur objet et dispositions, à toutes les personnes morales ou physiques ressortissantes du territoire national ;
- Une norme constituée, à l'inverse, un référentiel élaboré par un organisme de normalisation officiellement agréé par un État (AFNOR pour la France). Le Décret N° 2009-697 du 16 juin 2009 précise qu'elle constitue « *Un document de référence élaboré de manière consensuelle par toutes les parties intéressées, portant sur des règles, des caractéristiques, des recommandations de bonnes pratiques relatives à*

des produits, des services, des méthodes, des processus ou des organisations. » ;

- Dans un contexte de concurrence mondiale, elle constitue un outil de protection consensuel des intérêts des États, usagers, entreprises ou organisations innovantes. Dès lors qu'elle n'est plus utile, la norme est retirée.

L'intérêt d'une collaboration rapprochée entre le pouvoir réglementaire et les organismes de normalisation s'imposerait pour améliorer la performance globale des organisations de santé

Selon le Conseil d'État les deux types de textes opposables aux citoyens devraient naturellement se compléter.

- Le Conseil d'État dans son étude annuelle de 2013 consacrée au « Droit souple » précise ainsi qu'il conviendrait de : « *Favoriser la rédaction de textes législatifs et réglementaires plus brefs renvoyant explicitement au droit souple, par exemple, à des normes techniques le soin d'assurer leur mise en œuvre. » ;*
- La Direction générale des entreprises (DGE), tutelle de l'AFNOR, va quant à elle dans le même sens quand elle indique que : « *Lorsque l'autorité*

réglementaire souhaite s'appuyer sur une norme, il est recommandé que le texte définisse les exigences essentielles à respecter et prévoit que le respect de la norme dont les références sont publiées donne présomption de conformité à ces exigences essentielles sans être obligatoires. ».

Pourtant, législation et normalisation sont élaborées sans concertation, ce qui alourdit les références opposables aux acteurs de santé !

Les normes en santé sont souvent souhaitées par des parties prenantes enclines à considérer que les textes régaliens sont insuffisamment précis ou rarement actualisés. Cela a été, par exemple, le cas pour les normes relatives à la Biologie et à l'Imagerie demandées par les sociétés savantes et syndicats de biologistes et radiologues.

L'absence de coopération entre les producteurs de normes est souvent liée à des postures qui rendent la coopération difficile

- Nonobstant la recommandation du Conseil d'État en faveur d'une nécessaire convergence avec les normes volontaires, l'administration centrale de la santé reste en général persuadée de la suprématie du droit régalien sur le droit souple. Elle semble

ignorer qu'outre leur caractère d'*horizontalité démocratique*, les normes volontaires pourraient probablement constituer un complément utile, voire parfois suppléer la réglementation nationale ;

- Parfois l'administration centrale, dans son action réglementaire ou de régulation, instrumentalise les réflexions issues de groupes de partages de bonnes pratiques ou les concertations. Le risque est alors de rendre méfiants les participants futurs à toute forme de concertation ; les textes régaliens ne prenant que rarement en compte les consensus d'acteurs contrairement aux normes.

Les concertations en amont de fait sont rares

- La démarche qualité en imagerie médicale (Norme NF S-99-300) a été élaborée par l'AFNOR à la demande des radiologues avec la collaboration de l'ARS Île-de-France mais sans l'ANAP ou la DGOS, par exemple, qui ont poursuivi par ailleurs la rédaction d'autres textes ou référentiels ;
- Le programme *Une seule santé de l'OMS* : « *Bien manger, bien vivre et bien vieillir* » inspire la stratégie française de normalisation définie par l'AFNOR en coordination avec les ministères de l'agriculture, de l'industrie et de l'environnement mais sans lien suffisamment établi avec l'administration de santé ;

- Les travaux en cours à l'ISO sur le management des organisations de soins de santé qui aborde l'efficacité des structures dispensant des soins ou encore l'implication du patient dans son traitement ne sont que peu suivis par l'administration sanitaire nationale alors qu'ils auront à terme, dès leur approbation et diffusion, un fort impact sur l'organisation nationale des soins de santé en Europe ;
- On pourrait citer également les travaux en cours initiés par la Suède relatifs à la qualité des soins apportés aux personnes âgées ainsi que ceux initiés par l'ISO relatifs à la définition des nouveaux produits, services et solutions répondant aux besoins futurs des sociétés confrontées au vieillissement de la population ou enfin tout ce qui concerne les pratiques liées à la télémédecine, guère suivis par l'administration de santé.

Les absences de coopération sont fréquentes

- Quand des institutions nationales comme l'AFNOR l'HAS ou l'ANAP, par exemple, travaillent sans concertation sur des sujets identiques à ceux établis par les organismes de normalisation ou inversement, quand ces derniers réagissent à la demande de parties prenantes, sans concertation

avec les institutions précitées, la pertinence globale du système ne peut qu'apparaître désordonnée aux yeux de tous ceux qui sont assujettis ensuite à la forte nécessité de se référer aux différentes normes et se plaignent dès lors à juste titre de leur inflation ;

- On peut citer à titre d'exemple le guide de l'ANAP de 2020 « *Transformation de l'EHPAD ; s'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées* », qui a pour objet de soutenir la nécessaire transformation de ces établissements. Mais ce guide ne prend pas en compte la norme de février 2003 de l'AFNOR sur les établissements pour personnes âgées (Norme X50-058_FR) pourtant saluée à sa création par des organisations syndicales importantes comme seul élément contributif pour la qualité du service dû aux résidents. Cette norme volontaire a d'ailleurs été longtemps l'unique outil à disposition des tutelles pour le contrôle de la qualité des Ehpads, avant que le manuel de certification de l'HAS ne paraisse en mars 2022, induisant encore une nouvelle approche sans tenir compte de celles de l'ANAP ou de l'AFNOR ;
- Pour étayer des textes réglementaires ou des recommandations, les méthodes robustes des organismes normalisateurs tels l'AFNOR, le CEN ou l'ISO permettraient pourtant d'aboutir à des normes élaborées sur la base de consensus larges.

Elles compléteraient utilement les objectifs généraux définis par l'État en termes de résultats à atteindre. La concertation entre tous ces acteurs s'impose. La délégation interministérielle aux normes ainsi que les responsables ministériels des normes ont à cet égard un rôle de synthèse et d'orientation qui doit être mieux pris en compte.

En conclusion

- Une démarche convergente des différentes institutions concourant à la définition des droits durs et souples doit donc être initiée dans le sens des recommandations du Conseil d'État afin de concourir, après concertation, à une moindre production et une meilleure articulation entre tous les textes normatifs au service d'une meilleure performance. Des contacts déjà établis entre l'AFNOR et l'ANAP témoignent d'un changement d'état d'esprit à cet égard qu'il convient de saluer ;
- C'est en effet l'intérêt de notre pays d'identifier systématiquement, en fonction de ses objectifs stratégiques nationaux

**UNE DÉMARCHE
CONVERGENTE
DES DIFFÉRENTES
INSTITUTIONS
CONCOURANT À LA
DÉFINITION DES
DROITS DUR ET
SOUPLE DOIT DONC
ÊTRE INITIÉE**

et internationaux, les partenariats institutionnels permettant de développer un système normatif plus cohérent, fondé sur une expertise commune au service d'une performance partagée ;

- Ceci constituera une source de simplification et de clarté pour tous les acteurs de santé et améliorera leur performance collective. Car plutôt qu'empiler de façon désordonnée les textes normatifs de toute nature, le système de santé gagnera en lisibilité grâce à des textes cohérents entre eux, plus courts, plus clairs, ce qui ne pourra que faciliter leur respect.

PERFORMANCE **EN SANTÉ :** **Y A-T-IL** **ENCORE UNE** **PLACE POUR** **LE CONSEIL À** **L'HÔPITAL ?**

PAR

GUILLAUME WASMER

DIRECTEUR D'HÔPITAL EN DISPONIBILITÉ, DIRIGEANT DE LA SOCIÉTÉ VI-SANTÉ

Personne ne doute que les 20 ans à venir verront des transformations radicales s'opérer, qui changeront le secteur hospitalier en profondeur, par les effets cumulés du numérique, de la technologie, de la démographie, des parcours territoriaux... et de la part de la richesse nationale que les pouvoirs publics voudront ou pourront consacrer à la santé.

Mais, contrairement à une idée reçue, le monde de l'hôpital a déjà énormément évolué en 20 ans : son périmètre territorial (les GHT), ses modalités de financement (la T2A), sa gouvernance (pôles, conseils de surveillance, directoires), ses modalités de prise en charge (de moins en moins invasives et de plus en plus ambulatoires), le taux de remboursement des soins n'a pas baissé malgré un progrès médical de plus en plus coûteux...

Cette évolution ne s'est pas faite sans douleur, ni de manière homogène dans les résultats obtenus. Pour décider de « bouger » dans le secteur hospitalier, ce ne sont pas en général les arguments positifs en faveur du changement qui vont emporter la conviction et, par-là, l'adhésion des acteurs, mais plutôt les menaces et les risques encourus si l'on choisissait de ne pas agir. C'est dans ce contexte que pour concevoir, décliner et mettre en place ces changements, le ministère, les ARS et les

dirigeants hospitaliers ont eu recours à des sociétés de conseil.

Depuis mi-2022, certains ont remis en cause fortement le rôle de ces sociétés de conseil. Les reproches sont multiples : coût exorbitant par rapport au service apporté, chevaux de Troie du « *new public management* » approche d'hôpital-entreprise, incompétence, illégitimité... à tel point que certains cabinets ont arrêté leur activité dans le champ de la santé, voire dans la sphère publique.

Alors qu'une loi sur le recours aux consultants par l'État est en cours de discussion, voici quelques réflexions, issues des parcours croisés des auteurs, qui remettent en perspective ce que peuvent et doivent être l'apport des sociétés de conseil à l'hôpital, aujourd'hui et demain.

Dans quel cas le conseil est-il vraiment efficace et utile à la performance d'un établissement de santé ?

Avec 200 métiers qui cohabitent en permanence, l'hôpital n'est pas dépourvu a priori d'expertise en interne. Le recours au conseil doit donc constituer l'exception plus que la règle.

Quatre situations nous paraissent particulièrement adaptées au recours au conseil :

- Lorsqu'un projet fait appel à une expertise particulière ou renvoie à une situation similaire traitée avec succès dans un autre établissement. Par leur capacité à produire des comparaisons ou constituer des équipes composées ad hoc, les sociétés de conseil peuvent apporter une vraie plus-value en partageant des retours d'expérience et en diffusant l'innovation dans les établissements ;
- Lorsqu'un établissement, pour des raisons qui peuvent être très variées, a besoin d'un regard ou d'une parole tierce, pour affirmer des positions qui auraient moins d'impact si elles étaient portées en interne ;
- Pour tenir des délais contraints et le rythme de conduite du changement : la méthodologie de gestion de projet des cabinets, leur capacité à distinguer l'essentiel de l'accessoire, la pression du résultat, leur rôle extérieur par essence, leur capacité à dédier des équipes permet de limiter le risque d'enlisement de projet ;
- Lorsque les équipes internes ont trop de chantiers ouverts simultanément, et que face à ce manque de « bande passante », il est nécessaire d'externaliser la conception ou le suivi de certains projets pour faire face à une surcharge ponctuelle.

Ces motifs de recours au conseil ne sont pas propres à la sphère publique. Le secteur privé, industriel comme de services, fait appel de manière bien plus poussée aux sociétés de conseil, souvent pour les mêmes raisons que celles citées ci-dessus. Et plutôt beaucoup moins en France qu'ailleurs...

Plusieurs raisons expliquent l'échec ou l'insatisfaction parfois exprimée par les clients

Certaines raisons tiennent à l'hôpital public lui-même : une équipe de conseil doit être pilotée et suivie par son client, qui doit lui consacrer le temps de dirigeant (DH ET PCME), à toutes les étapes clés du projet. Ce pilotage porte autant sur la conduite de la mission, les arbitrages à affirmer que sur l'adaptation du contenu de la mission à l'évolution des attentes du client.

Par ailleurs, les soignants vivent mal des propos « performatifs » dans un vocabulaire franglais qui n'est pas le leur, parfois abstrait ou perçu comme infantilisant, tenu par des personnes qui n'ont jamais travaillé à l'hôpital. Ils ne reconnaissent pas leur légitimité, pour un coût correspondant à ce qu'ils voient comme le salaire annuel de plusieurs infirmières.

Enfin, le fait est, objectivement, que l'hôpital public n'a pas les capacités à financer du conseil dans les mêmes

proportions que le secteur privé. Cela a pu conduire certaines sociétés à minorer le nombre de jours de seniors et à sur-utiliser des juniors, voire des stagiaires. Or, le client hospitalier cherche du sur-mesure plus que du prêt à porter. C'est un client différent des autres, avec une psychologie particulière qui tient à sa proximité à la souffrance et à la mort. La prise en compte de cette spécificité, la connaissance intime du fonctionnement et de la vie quotidienne des hospitaliers est un facteur clé de succès.

**L'HÔPITAL DE
DEMAIN VA
CONNAÎTRE DES
BOULEVERSEMENTS
MAJEURS
AUXQUELS IL N'EST
PAS PRÉPARÉ**

Et demain ?

L'hôpital de demain va connaître des bouleversements majeurs auxquels il n'est pas préparé.

La résistance au changement est plus forte à l'hôpital qu'ailleurs. Cela tient à la présence de corporatismes encore puissants, à un apprentissage qui, dans une forte tradition de compagnonnage, favorise plus la reproduction que l'innovation, et à la juxtaposition de contre-pouvoirs à forte capacité de blocage.

Il pourrait être tentant pour les structures publiques d'internaliser l'expertise, et c'est ce que certains font déjà très bien. Cette solution nous paraît nécessaire mais insuffisante. D'abord parce que le conseil est un métier qui ne s'improvise pas, différent du contrôle ou de la chefferie de projet.

Ensuite, parce qu'il est sain que celui qui prodigue une action de conseil soit rémunéré par celui à qui il l'a donné, dans le cadre d'une relation commerciale avec ce qu'elle embarque comme obligations contractuelles réciproques.

Cependant, dans les situations évoquées plus haut, le recours au conseil est un vrai appui pour les hôpitaux, sous certaines conditions :

- Si le consultant sait sortir de sa zone de confort, en adaptant à l'hôpital des services, des solutions, des modalités de financements innovants qui existent dans d'autres pays ou d'autres secteurs. Mais il faut alors créer une forme de relation différente, plus proche du partenariat, et plus éloignée de la traditionnelle relation client-fournisseur ;
- Si le conseil participe à une forme d'hybridation dont aura besoin l'hôpital demain pour mixer des compétences de scientifiques, de médecins,

d'entrepreneurs, de managers, d'ingénieurs qui ne partagent pas a priori les mêmes méthodes ;

- Si les équipes de conseil savent mettre à disposition des personnes qui ont travaillé dans la santé, qui puissent jouer sur la confraternité pour déminer les corporatismes, et si elles savent se situer au bon niveau entre le conseil stratégique abstrait et inopérant et la dimension purement opérationnelle indispensable à tout changement réel.

La crise de l'après-Covid que les établissements de santé ont commencé à traverser, en France comme à l'étranger, est inédite et sera plus dure à affronter que la crise sanitaire elle-même. En accélérant des évolutions déjà en germe depuis plusieurs années, elle plonge les établissements dans un défi sans précédent. Le « bon » conseil, au bon moment et au bon endroit, sera l'une des façons d'outiller les hospitaliers pour qu'ils parviennent à affronter, en dépit de leur fatigue, cette nouvelle séquence de leur histoire.

LUTTE CONTRE LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE : JOUER CARTE SUR TABLE

PAR

PIERRE-VALENTIN MARTINEL

PHARMACIEN, CHEF DE SERVICE SANTÉ, SOLIDARITÉS ET FAMILLE À LA
RÉGION ÎLE-DE-FRANCE

En matière d'offre de soins, le constat est sans appel, la France subit de plein fouet une érosion sans précédent de l'accès aux soins de premier recours. Le cas de l'Île-de-France est particulièrement cinglant. Depuis 2010, la région a perdu plus de 1 800 médecins généralistes. En l'espace de 2 ans, l'Île-de-France a enregistré une baisse de 2 % de médecins généralistes.

**60 % DES ABANDONS
DÉFINITIFS
AU COURS DE
L'INTERNAT
CONCERNENT
LES INTERNES
EN MÉDECINE
GÉNÉRALE**

Face à ce constat, l'ensemble des leviers disponibles aux décideurs doivent être actionnés : de la formation universitaire à l'installation des médecins, il faut jouer carte sur table pour améliorer l'accès aux soins.

Éviter les fausses bonnes idées

Certes, nous assistons à un effet ciseau avec la réduction du temps médical des médecins combinée à une augmentation de la consommation des soins – liée en partie au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques – mais il ne faut pour autant pas céder à la panique en tombant dans le piège des solutions simplistes un temps envisagées dans le cadre des échanges de la LFSS23. « Les études

de médecine ne sont pas payantes, ils peuvent bien s'installer dans une zone carencée en contrepartie. » On ne fait pas payer 30 ans d'inaction aux jeunes générations ! 60 % des abandons définitifs au cours de l'internat concernent les internes en médecine générale, il faut donc veiller à préserver les vocations et à ne pas dégoûter nos futurs professionnels de santé.

Aussi, attention à ne pas tomber dans la surenchère d'argent public mais plutôt raisonner les dotations pour répondre au mieux aux besoins sans tomber dans l'effet d'aubaine. Dans son évaluation du zonage des médecins de 2018, l'ARS Île-de-France reconnaît le résultat nuancé des zonages selon les catégories : la zone dite « d'accompagnement complémentaire » n'apportant pas de résultats probants sur l'évolution de la démographie médicale. Il n'en demeure pas moins que l'on peut s'interroger, dans un contexte hospitalier tendu, sur le faible taux de participation à la permanence de soins ambulatoires ou encore sur la liberté totale d'installation quand le maillage officinal ou les installations des sages-femmes, des infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes sont régulés.

Répondre aux aspirations des jeunes médecins

Aujourd'hui, plus de 60 % des nouveaux médecins sont salariés. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles

(MSP) se sont imposées de plus en plus comme un mode d'exercice de la médecine de ville promu par les pouvoirs publics et plébiscité par les jeunes médecins. Généralement localisées dans les espaces les moins dotés en offre de soins, les MSP restent attractives pour les professionnels de santé les plus jeunes. On constate entre +4,1 et +4,4 jeunes généralistes de plus pour 100 000 habitants en faveur des espaces dotés d'une MSP.

Les conditions propices à cette forme d'exercice doivent être facilitées, notamment dans les grandes villes en zone carencée. Une évolution positive de la démographie médicale est constatée lorsque les MSP sont implantées dans ces zones. À l'heure actuelle, c'est un modèle qui reste trop lourd à mettre en œuvre obligeant les structures à faire appel à des sociétés de conseil pour monter les dossiers de MSP.

L'université : clé de voûte de l'offre de soins dans les territoires défavorisés

Bien avant l'exercice médical, la lutte contre la désertification doit être appréhendée dès l'université. La fin du numerus clausus est une opportunité pour dynamiser les passerelles permettant à des jeunes qui se seraient « autocensurés » de réaliser des études de

médecine. Les jeunes issus des territoires déficitaires sont davantage susceptibles de s'y installer.

Anticiper l'arrivée massive d'externes et d'internes en médecine

Aussi, avec la fin du numerus clausus, le nombre d'externes et d'internes à accompagner va considérablement augmenter. Le taux d'encadrement en médecine générale étant plus faible que dans les autres spécialités afin de préserver la qualité de formation, l'agrément de médecin maître de stage universitaire (MSU) doit être promu. Il va falloir être proactif, aller chercher les médecins généralistes et les accompagner dans leurs démarches pour obtenir l'agrément.

Cette augmentation des MSU doit aller de pair avec la création de nouveaux terrains de stages en ville – par ex au sein des CPTS – et l'ouverture de places d'internes. Sur ce dernier point, l'échelon régional doit être pleinement autonome et décideur.

Jouer collectif avec l'ensemble des professionnels de santé

L'offre de soins ambulatoires doit être davantage structurée, notamment pour rendre du temps médical aux médecins. Avant de proposer des mesures chocs, il

serait opportun de pousser au maximum les récentes avancées législatives comme les infirmières en pratique avancée (IPA). Le métier d'IPA n'est clairement pas déployé au maximum de son potentiel. Aussi, le maillage officinal est une chance trop peu exploitée.

Créer les conditions d'exercice coordonné et de délégation des tâches

Dans la même dynamique à propos du fameux « article 51 », il serait temps de dépasser le stade expérimental. Les solutions numériques en santé pour faciliter le lien entre la ville et l'hôpital ou en faveur de l'exercice coordonné fleurissent apportant leur valeur ajoutée dans le système de santé. Mais faute de pérennité et de visibilité des soutiens financiers, ces solutions ne changent pas d'échelle.

Aujourd'hui, on arrive à soutenir l'émergence de solutions innovantes en santé mais pas à les diffuser sur le territoire. Il faut porter une stratégie régionale décisionnelle pour identifier et déployer une solution sur le territoire afin de sortir des kyrielles d'initiatives qui sont les faits de quelques passionnés.

Quel décideur avons-nous pour acter et trancher en faveur d'une solution numérique quand le système de santé est cloisonné entre ARS, CNAM, DGOS,

DGS, Bercy et autres ? Chacun voyant son périmètre d'intérêts, les grandes décisions structurelles ne sont pas prises. L'essor de la santé numérique envisagé par le Gouvernement dans le cadre de France 2030 doit nécessairement s'accompagner d'une prise de décision pour que le terrain adopte ces innovations et qu'elles profitent à tous.

DU PATIENT **PASSIF AU** **PATIENT** **ACTIF, ACTEUR** **DE SON** **PARCOURS DE** **SOINS**

PAR

VALÉRIE MOULINS

DIRECTRICE DE LA COMMUNICATION ET DE L'EXPÉRIENCE PATIENT À
L'HÔPITAL FOCH

Situé à Suresnes, dans les Hauts-de-Seine, l'Hôpital Foch fait référence à bien des égards. Au-delà de l'excellence des soins prodigués, dont bénéficient des patients en provenance de 65 pays, et de l'attention accordée de longue date au bien-être de ses équipes, cet établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) de 611 lits se démarque également par une démarche proactive en faveur de l'Expérience patient, autour de laquelle il a su initier une dynamique collective.

Tout commence en 2017, lorsque j'ai rencontré Amah Kouevi, fondateur de l'Institut français de l'expérience patient (IFEP). Je m'intéressais déjà à ce concept, à la fois inscrit dans une approche humaniste et d'hospitalité, et ai donc intégré le conseil d'administration de l'IFEP avant de participer, au printemps 2018, à un congrès sur l'expérience patient organisé par la Cleveland Clinic, aux États-Unis. Ce fut une véritable révélation : non seulement les échanges étaient passionnants, mais il y avait aussi de nombreuses idées potentiellement applicables à Foch. Notre directeur, Jacques Léglise, était également de cet avis. En septembre 2018, nous avons donc créé la direction de l'expérience patient, pour asseoir cette fonction et la légitimer auprès des professionnels de santé et des usagers. C'était effectivement une première dans un établissement de santé français.

Comment définir l'expérience patient ?

D'après le Beryl Institute, qui est aujourd'hui la référence en la matière, l'expérience patient désigne « l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée ». Pour résumer, cette notion permet donc de passer de l'identité traditionnelle d'un patient relativement passif, à un patient actif dans son parcours de soins et qui participe aux décisions le concernant. Il se dédouble, en quelque sorte, pour être à la fois au centre du parcours et un maillon de ce parcours.

Nous sommes en train de clarifier actuellement les notions avec l'IFEP mais aussi avec l'ANAP et parlons de parcours de santé « de la Maison à la Maison ».

Le Living Lab, un lieu incontournable

Les premiers mois ont été placés sous le signe de l'observation : j'ai surtout écouté les patients et les aidants parler de leur expérience – qu'elle soit positive ou négative. Cette démarche se poursuit encore aujourd'hui, avec le recrutement d'un collaborateur qui, chaque semaine, va notamment dans les services, les salles d'attente, etc., et laisse les patients dérouler

leur vécu. Les verbatims sont ensuite transmis aux chefs de pôles, cadres de services et membres du comité de direction de l'hôpital, afin que tous participent à l'amélioration de nos pratiques et de nos organisations. Pour en revenir à l'enchaînement des événements : quelques mois après la création de la direction de l'expérience patient, nous nous sommes rendu compte qu'il fallait un lieu dédié, central, facile d'accès et ouvert en permanence. En septembre 2019, nous avons donc inauguré le « Living Lab Foch », où les patients, leurs aidants – mais aussi les professionnels de santé, comme nous allons le voir – sont accueillis tous les jours, de 9 h à 17 h 30. Il est aujourd'hui devenu incontournable.

Au printemps 2020, pendant la première vague Covid et le confinement, l'hôpital n'accueillait plus de patients. Notre Living Lab, qui est par vocation un lieu ouvert, a donc commencé à recevoir des professionnels de santé, ce qui nous a d'ailleurs permis d'élargir notre réflexion en travaillant sur la symétrie des attentions. Il n'y a en effet pas d'expérience patient sans Expérience Soignant ; les deux notions sont étroitement liées, et cette philosophie se matérialise aujourd'hui à travers notre Living Lab. S'il s'est dès le départ inscrit dans une méthodologie d'innovation ouverte, portée par les patients et fondée sur les usages, le Living Lab Foch tire également profit de collaborations non « naturelles », en facilitant les rencontres entre soignants et soignés

pour développer, ensemble, une nouvelle manière de vivre l'hôpital. Tous les outils conçus par l'Hôpital Foch passent désormais par le Living Lab et ses ateliers collaboratifs, qu'il s'agisse des supports classiques comme le livret d'accueil, ou de solutions visant à répondre à des besoins exprimés par les patients eux-mêmes.

Pour de nombreux patients, participer – de manière totalement volontaire, bien sûr – aux travaux du Living Lab permet de rompre avec la monotonie, de se sentir valorisés et de mettre leurs compétences au service de l'hôpital, qui est un bien commun. Je pense notamment à un patient relecteur dans un magazine de mode, qui avait souhaité travailler sur le livret « Room service ». Ils sont d'ailleurs nombreux à souhaiter poursuivre leur participation à l'issue de leur hospitalisation.

Quelques exemples

Les mamans de la maternité sont, par exemple, venues nous voir car il leur manquait des informations au moment de leur sortie, sur les soins du cordon, le bain, etc. Nous avons donc créé un groupe de travail « Parents » pour co-développer l'application Baby Foch, aujourd'hui téléchargée par toutes les parturientes. De la même manière, des patients ont souhaité disposer d'informations plus précises avant une intervention.

Nous avons alors créé une chaîne de podcasts où, par exemple, le chef du service de chirurgie digestive explique la chirurgie de la hernie inguinale et ses suites opératoires. C'est aujourd'hui la 11^e chaîne de santé nationale, et sa renommée dépasse désormais les frontières de la France – nous avons même des auditeurs en Allemagne !

Des patients ont proposé d'y disposer des livres. Mais organiser une collecte de livres d'occasion peut poser des problèmes d'hygiène. Nous avons donc sollicité les grandes maisons d'édition pour des dotations. À chaque nouvelle collection, nous recevons désormais les invendus et les mettons à disposition dans les salles d'attente des rotondes, pour qu'ils soient lus et emportés à domicile.

Une autre demande a concerné l'organisation de la sortie après une hospitalisation, où il y a souvent de l'attente entre les différentes séquences. Ce printemps, nous avons donc ouvert un salon de sortie, avec une hôtesse d'accueil, des casiers à bagages, une prestation restauration, un coin TV et un espace de travail (prises électriques, connexion Internet, etc.).

Commencer par travailler sur des petits projets

Je recommanderais de façon pragmatique aux établissements qui s'intéressent à cette démarche et souhaitent la mettre en place de commencer par travailler sur de « petits » projets, pour lesquels il est possible de trouver une solution immédiate et donc directement visible. Mais aussi d'impliquer les cadres lors des échanges avec les patients au sein des services de soins, dans un souci de confiance et de transparence. Et surtout, de ne pas faire l'impasse sur la symétrie des attentions, et donc de s'occuper aussi bien de leurs patients que de leurs soignants. Je soulèverais également un point de vigilance : l'expérience patient ne doit pas être confondue avec la Qualité. Elle la sert, bien sûr, et a à ce titre été intégrée dans la nouvelle démarche de certification des établissements de santé. Mais l'approche n'est pas la même. Nous avons, par exemple, développé un questionnaire pour recueillir, et potentiellement mesurer, l'expérience patient, l'indicateur i-Satis nous semblant ici peu adapté. Nous ne sommes finalement pas convaincus par la nécessité de la mesurer pour, justement, bien la différencier d'une démarche Qualité.

L'EXPÉRIENCE
PATIENT NE
DOIT PAS ÊTRE
CONFONDUE
AVEC LA
QUALITÉ

Les bénéfices

Sur le plan clinique, nous constatons une meilleure observance de la douleur et de l'état dépressif, ainsi que des résultats positifs pour certaines pathologies. Nous observons également des gains organisationnels, sur la simplification des parcours et la réduction de leur durée. Sans oublier les bénéfices sociaux : prévention du burn-out, réduction du turn-over et de l'absentéisme chez les soignants qui retrouvent le sens de leur vocation en créant des liens avec les patients. Et, naturellement, les avantages écologiques, avec une diminution des actes inutiles, en particulier en ce qui concerne les supports et outils de communication inadaptés et donc gaspillés.

Quelle sera la suite des événements pour l'Hôpital Foch ?

Nous sommes en train de lancer un chantier autour des défauts d'attitudes de la part de nos salariés, tous métiers confondus : nous avons développé une formation « Foch Attitude », qui sera dispensée à tous nos collaborateurs durant les deux prochaines années. Nous co-construirons ensuite une charte que tous s'engageront à respecter. En septembre prochain, nous créerons par ailleurs un « Challenge expérience patient » à destination de nos équipes. Le gagnant pourra visiter

un hôpital européen travaillant sur ce sujet et, bien sûr, bénéficier d'un accompagnement pour mettre son projet en œuvre. Nous travaillons également à une diffusion à plus large échelle de la notion d'expérience patient : outre les cours que je donne déjà aux élèves de notre IFSI, nous venons de créer une formation ouverte à tous les établissements de santé, et dispensée par l'Institut de formation de l'Hôpital Foch. Il s'agit, après tout, d'un enjeu d'avenir, qui répond aux attentes des patients et de leurs proches tout en renforçant l'attractivité des métiers de la santé.

OPTIMISER **L'ACTION** **COLLECTIVE PAR** **UNE NOUVELLE** **APPROCHE DU** **MANAGEMENT**

Lorsque l'on parle de performance en santé aujourd'hui, que recherche-t-on exactement à désigner, surtout s'agissant de l'exercice hospitalier ?

Le mot est d'ailleurs un peu sulfureux dans la mesure où il peut être assimilé à une recherche d'efficacité économique, laquelle peut être appréhendée plus positivement par la pertinence et la qualité des soins.

Être performant en santé peut signifier mieux diagnostiquer, mieux soigner, soigner de façon plus personnalisée, plus précise et c'est d'ailleurs le champ de l'évolution de la médecine vers la médecine de précision.

À ce titre, la performance en santé revêt un aspect d'innovation et non de performance financière. Mais, au-delà, la performance en santé peut renvoyer à la recherche d'un système de santé durable, permettant un accès aux soins pour tous, et à ce titre, on dépasse le champ hospitalier pour se situer sur l'ensemble du champ de l'offre de soins adressée aux Français.

Une troisième approche de la performance du système de santé pourrait être d'évoquer le rééquilibrage, maintes fois prôné entre les soins curatifs et les soins de prévention. L'intégration du mot de prévention dans l'intitulé du ministère de la Santé actuel

renvoie également à cette recherche d'une meilleure performance en santé du système de soins.

La performance recouvre, donc, selon le point de vue que l'on adopte, différents champs. En face de cette approche de performance, nous avons, aujourd'hui, un système de santé qui a été très ébranlé par la pandémie Covid et qui, aujourd'hui, est en quête de sens.

Cette quête de sens, garant de l'engagement, représente un gros défi pour l'ensemble des managers, qu'ils soient médecins, paramédicaux, ou administratifs. Pouvoir proposer un objectif de performance qui ait du sens et permette d'engager les équipes de soins sur un chemin d'épanouissement professionnel et de réussite collective me semble être ce qui doit motiver l'action de ceux qui ont la responsabilité d'encadrer des équipes hospitalières.

S'agissant de réussite collective, je l'entends comme la capacité à apprendre, avec confiance et humilité, à surmonter les échecs pour mieux continuer à fonctionner.

L'histoire du progrès médical n'est faite que d'échecs surmontés. Il me semble essentiel, aujourd'hui, que nous puissions partager avec l'ensemble des équipes le fait que reconnaître les échecs, les difficultés, proposer

une action collective pour les surmonter et donc progresser, est un enjeu de performance collective qui peut redonner un sens, dont les professionnels de santé réclament qu'il leur soit plus évident.

Il ne s'agit pas uniquement de mesurer la performance par des indicateurs chiffrés. Une équipe heureuse de bien faire son travail, c'est aussi de la performance. Encore faut-il que les objectifs fixés soient atteignables, certes ambitieux, mais qui ne découragent pas des équipes fortement engagées.

Ma conviction est que l'atteinte de la performance, dans les multiples facettes que j'ai pu évoquer, repose sur une approche différente du management. Il ne saurait être question de résumer le management à une démarche de régulation économique, mais c'est bien une démarche d'animation du travail d'équipe pour réussir ensemble.

Étienne Minvielle, dans un article récent paru dans *Décisions Santé*, qui fait référence à son dernier ouvrage, cite le travail d'équipe, mais aussi l'usage des technologies, des principes de coordination, la gestion des conflits, la réaction en réponse à l'incertitude des crises, la résilience organisationnelle, comme autant de caractéristiques de ce que doit être le management à l'heure actuelle.

Dans la vision d'Étienne Minvielle, le but du management en santé est donc d'optimiser toute action collective, afin qu'elle soit performante. On est donc loin d'une vision libérale de rentabilité, mais on recourt à la recherche de la qualité des soins, de la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et dans la qualité des soins reçus, dans la recherche de l'expérience patient et de la qualité de vie au travail des équipes.

Une des propositions largement reprise aujourd'hui est de mieux intégrer les équipes « terrain » à la prise de décision.

Gaëlle Monteiller, qui a co-écrit l'ouvrage *Osez manager par l'enthousiasme*, donne quelques clés qui reposent sur le principe suivant :

En mettant l'homme au cœur de l'entreprise, qu'elle soit hospitalière ou autre, les résultats dépassent toujours les attentes. Pour elle, « le bonheur est la clé du succès. Si vous aimez ce que vous faites, vous réussirez ». Ce ne veut pas dire renoncer à l'exigence et l'ambition. Pour elle, on ne s'enthousiasme que pour de grands projets, de grandes choses. À côté d'un fonctionnement plus quotidien, il faut pouvoir emmener des équipes vers un projet capable de soulever l'enthousiasme et de fédérer collectivement une équipe. Cela doit se traduire par le partage de valeurs de respect, de confiance réciproque

et de responsabilités individuelles et collectives.

En effet, une fois le projet partagé, chacun doit être libre d'y contribuer à sa façon, au niveau de ses compétences et de ce qu'il peut y apporter. C'est dans la confiance partagée que se révèle un climat propice à l'expression de chaque potentiel.

Le rôle du manager dans la performance exprimée de son équipe est donc primordial et, aujourd'hui plus que jamais, le management est la clé de la performance, quel que soit le projet dans lequel on souhaite l'incarner.

**AUJOURD'HUI
PLUS QUE
JAMAIS, LE
MANAGEMENT
EST LA
CLÉ DE LA
PERFORMANCE**

PERFORMANCE(S) & RÉADAPTATION, CONJUGUER LES COMPÉTENCES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES AU SERVICE D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE RÉADAPTATION

PAR

PIERRE-HENRI HALLER

CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ, KINÉSITHÉRAPEUTE
PÔLE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES DE MARSEILLE AP-HM
PRÉSIDENT DU COLLÈGE NATIONAL DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE CNKS

Il n'est plus rare de lire sur Internet des commentaires et des notations sur les professionnels de santé et les établissements de santé. Il est courant d'observer dans les médias et sur Internet les rapports des démarches qualité auditées par les agences d'État ou par les établissements eux-mêmes. Ces « évaluations », plus ou moins modérées, rendent compte de « vécus » et d'« expériences » de soins, dans toutes leurs acceptations, l'accueil, l'attente, la décision, l'information, la pratique professionnelle, le suivi...

Ces types « d'évaluations » constituent-ils des comptes rendus fidèles de la performance des acteurs et des institutions ? La carte n'est pas le territoire. La réalité est-elle vérité et vice versa ? Comment alors mesurer, qualifier et/ou quantifier la performance des acteurs et des systèmes de soins ?

Enjeux : idée de mesure et idéal de performance ?

La performance est le fruit – c'est-à-dire le résultat constaté – de compétences individuelles et collectives dans un environnement facilitant, mises en œuvre par incrémentation de sa taxonomie. Une taxonomie qui déroule un continuum depuis le potentiel (repéré, subodoré), l'aptitude (essayée tutorée, accompagnée), la capacité (testée, sanctionnée ou récompensée),

démontrée à l'instant x... conduisant à la compétence, novice ou experte, susceptible d'ancrer la performance. Ainsi, par exemple, l'excellence du sportif, à force d'entraînements, se trouve confrontée au stress de l'enjeu de la compétition, et pour autant seule la performance met en lumière la compétence. N'en est-il pas de même du chirurgien qui réussit une longue et délicate opération, de l'infirmière qui réalise un soin très technique, d'un rééducateur qui accompagne les premiers pas d'un patient équipé d'exosquelette, d'un cadre de santé qui accompagne une démarche d'analyse des pratiques professionnelles ou encore d'un directeur d'hôpital qui présente son projet d'investissement ? L'étymologie du mot évaluation porte en elle-même la dualité entre la détermination quantitative ou l'observation qualitative de cette performance.

Questionner la performance, c'est d'abord questionner le verbe d'action – performer – qui y conduit ; c'est aussi questionner l'adjectif qualificatif – performant – qui la stabilise et bien sûr questionner aussi le substantif qui magnifie le résultat.

La performance liée à une démarche – celle du souci de performer – s'inscrit dans une force, une dynamique de motivation, d'implication, d'engagement, qui pousse à faire mieux et ou à faire plus.

Liée à un état – celui d'être qualifié de performant – elle « récompense, satisfait » et oblige à le rester. Liée à un résultat déclaré, c'est-à-dire à un instant T, elle devient fragile, éphémère, même si elle entre dans l'histoire. Elle devient référence et matière à rétribution... et objet à battre, à dépasser.

La déficience ? Une science du défi !

Dans le champ du handicap – où les affections altèrent de façon visible ou non la qualité de vie et l'inclusion sociale –, il paraît difficile de s'affranchir de l'expérience singulière du patient, qui sera accompagnée de la phase aiguë, subaiguë puis tout au long de la vie par un parcours de réadaptation, à la fois sanitaire et social.

La réadaptation est l'ensemble des interventions nécessaires lorsqu'une personne est limitée, ou risque d'être limitée, dans son fonctionnement quotidien à cause de son âge ou d'une pathologie, notamment une maladie ou un trouble chronique, une lésion ou un traumatisme (OMS 2011). Ce modèle systémique de la santé – classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) – permet des articulations entre les dimensions biomédicales et biopsychosociales et culturelles de la situation de handicap. Ainsi, peuvent être pensées et agies des articulations étroites entre la demande de soins, les

besoins des bénéficiaires, les finalités de l'offre de soins. Les projections démographiques nous invitent à une anticipation politique et sociétale des besoins de santé et d'accompagnement, au sein d'une stratégie nationale de réadaptation.

Questionner la performance d'une stratégie nationale de réadaptation interroge donc la qualité de la réponse, face aux situations écologiques singulières de handicap, des nombreux acteurs de la réadaptation, dans les champs sanitaires comme médico-social, aussi bien dans leurs compétences individuelles que dans leurs co-activités et co-interventions, coordonnées, graduées et séquencées : le bon patient au bon endroit avec les bons professionnels. La méthode du patient traceur constitue une des approches de cette expérience – explicable et exportable – exprimable – de santé vécue et des pratiques interprofessionnelles collaboratives qui la sous-tendent.

Ainsi, viser la performance a un coût visible et invisible en termes de ressources humaines, d'investissements matériels et de pilotage médico-soignant... Viser l'excellence par la performance nécessite d'en apprécier ces incontournables leviers et déterminants. Peut-on performer l'adéquation, si l'offre et la demande ne sont pas équilibrées ? Peut-on performer, si les moyens ne sont pas au rendez-vous des besoins ? Peut-on « bien

traiter » lorsque les ratios de patients par soignant(s) sont sous-évalués voire inexistants, comme c'est le cas en réadaptation ?

Se pose, dès lors, l'éternelle question : pour performer, être performant, et acteur de performance, aux yeux et face aux attentes des bénéficiaires et des tutelles, faut-il (ou vaut-il) mieux creuser profond ou ratisser large ? La performance ne pose-t-elle pas la question de la norme, des normes et du référencement de ces normes ? Est-ce que la performance peut se décréter ? Comment ne pas saluer le projet-visée de toute démarche qualité ? Mais il convient de trouver la juste mesure entre organiser, formaliser pour normaliser, afin de convaincre plutôt que de contraindre. Donner du sens aux pratiques professionnelles, valoriser l'innovation et la sérendipité est l'une des clés de l'attractivité et de la fidélisation.

Ensemble, plus loin

La pratique basée sur les preuves est un exemple de démarche visant la performance co-construite : elle porte en elle la recherche des pratiques probantes, mais aussi – ce qui est trop souvent oublié – la mise à l'épreuve des pratiques probantes – aux éléments de contexte de soin – disponibilité ou rareté des moyens, au degré d'expertise du thérapeute et aux besoins formulés ou implicites des bénéficiaires. Ainsi, des

écarts peuvent s'observer face à la norme attendue. Ces inédits constituent des performances.

Dès lors, la performance ne peut se penser que par et avec le bénéficiaire et les acteurs de santé. Les co-constructions des normes, des indicateurs et des ratios ne peuvent s'inscrire que dans des dialogues éthiques où la culture de soin et de la qualité se conjuguent, où la valeur qui fait sens est portée par une triade d'encadrement médical, administratif et soignant, au service des institutions et des bénéficiaires mais aussi au retour sur investissement que constitue la satisfaction au travail des acteurs. La co-construction des outils de compréhension des activités de soins porte en elle les germes d'un ajustement des organisations et des compétences, et d'une performance adaptative des acteurs de soins.

**LA PERFORMANCE
NE PEUT SE
PENSER QUE
PAR ET AVEC LE
BÉNÉFICIAIRE ET
LES ACTEURS DE
SANTÉ**

Références :

- Devailly J.-P., Josse L. « Les programmes de soins en médecine de réadaptation ». *Gestions hospitalières*, 611. Févr. 2021.
- Haller P.-H., « L'attractivité et la fidélisation des métiers à l'hôpital exemple : le kinésithérapeute ». In *Hôpital : les #idées des acteurs*. CRAPS. 2020.

- Haller P.-H., Dupont-Westphal A. « À propos de corps soigné et de corps soignant, Maladies, handicap, transhumanisme et éthique des soins interprofessionnels ». In *Santé publique, sciences humaines et sociales, formation et professionnalisation*. Elsevier Masson. 2021. p. 154177.
- Inthavong K., Haller P.-H., Fages C., Arnaud J.-Y., Ferrey C., Soler J. « Mesurer la charge en soins paramédicale, ajuster les organisations et les compétences ». *Gestions hospitalières*. 619. Oct. 2022.
- Stiker H.-J. *Comprendre la condition handicapée. Réalité et dépassement*. Toulouse. Érès. 2021. 128 p.

DYSPNÉE PERSISTANTE ET INEXPLIQUÉE : COMPRENDRE POUR DÉCIDER À L'AIDE DU NUMÉRIQUE

PAR

ABRAHAM HAMZAWI

PARTNER SANTÉ SOCIAL EMPLOI, SOPRA STERIA NEXT

PR. BERNARD AGUILANIU

PNEUMOLOGUE LIBÉRAL EXERÇANT À GRENOBLE

DOCTEUR EN PHYSIOLOGIE

PR. MÉDECINE ASSOCIÉ À LA FACULTÉ DE MÉDECINE - UNIVERSITÉ
GRENOBLE ALPES-FRANCE

« Alors je ne lui parlais ni de serpents boas, ni de forêts vierges, ni d'étoiles. Je me mettais à sa portée. Je lui parlais de bridge, de golf, de politique et de cravates. »

Le petit Prince, Antoine de Saint-Exupéry

La connaissance scientifique et ses déclinaisons sur la pratique de la médecine ont progressé plus rapidement ces cinquante dernières années qu'en 5 000 ans ; et devraient progresser de manière exponentielle au cours des prochaines décennies.

Ces progrès concernent surtout la médecine spécialisée (cancérologie, ophtalmologie, cardiologie, pneumologie, etc.) et prioritairement les experts les plus attentifs.

**L'ÉCART ENTRE LA
CONNAISSANCE DES
EXPERTS ET LES
SPÉCIALISTES DE
SOINS SECONDAIRES
OU TERTIAIRES
SE CREUSE
RÉGULIÈREMENT**

Ainsi, l'écart entre la connaissance des experts et les spécialistes de soins secondaires ou tertiaires se creuse régulièrement. Ces spécialistes de terrain, de ville ou d'hôpitaux, débordés par les demandes

croissantes provenant des médecins de soins primaires, ont rarement la possibilité de bénéficier de ces avancées qui optimiseraient leurs recommandations et en conséquence la résolution des problèmes qui leur sont posés.

En situation d'impasse diagnostique, en dépit d'une démarche pourtant bien conduite, les spécialistes d'organes pourraient partager leurs questionnements avec d'autres praticiens plus familiers avec une approche fonctionnaliste et transdisciplinaire. C'est notamment le cas lorsqu'un symptôme invalidant reste in(mal) expliqué au décours d'explorations spécialisées ou d'un traitement d'épreuve insatisfaisant. Ce désarroi, vécu souvent comme un sentiment d'impuissance, concerne en premier lieu le patient auquel le médecin répond en termes de normalité ou non de certaines mesures biologiques ou d'imagerie ; aucune forme d'explication auxquelles le patient peut prendre part n'ayant pas le rationnel pour en comprendre le sens (si jamais) ou la portée.

Dans ces situations fréquentes, l'exploration fonctionnelle à l'exercice (EFX ou CPET : CardioPulmonary Exercise Testing) permet souvent de comprendre une situation irrésolue, en soumettant l'organisme à une contrainte physique (en l'occurrence un exercice physique standardisé) afin d'observer la mise

en jeu des réponses physiologiques cardiocirculatoires, respiratoires et métaboliques. Ces observations sont réalisées grâce à un plateau technique comprenant un ergospiromètre couplé à un enregistrement continu de l'électrocardiogramme et une évaluation itérative des symptômes, de la pression artérielle, et des gaz du sang prélevés par microponction au niveau du lobe de l'oreille.

Il s'agit alors d'observer les modalités de ces réponses et de juger si elles sont conformes à celles attendues ou si les dérégulations observées sont compatibles avec des déficiences d'organes latentes (et donc non observables en situation de repos) et/ou avec les symptômes ressentis par le patient.

Ces réponses constituent une somme importante et précieuse de données physiologiques dont l'exploitation optimale permet d'améliorer l'efficacité de la décision, d'interrompre l'errance médicale, et de proposer au patient une explication explicite.

Or, c'est là qu'apparaissent les difficultés. L'exploitation optimale des données physiologiques nécessite une expertise qui reste rare en raison de la nécessité d'acquérir dans la durée une culture transdisciplinaire.

D'où le projet de développer une application-support de l'EFX/CPET conçue pour acquérir par la pratique de nouvelles connaissances et agissant comme un accélérateur d'expériences.

Parce que l'application aiderait à observer et à comprendre les réponses physiologiques, la restitution au patient pourrait s'exprimer par des analogies (suggérées par l'application) avec les expériences vécues dans la vie quotidienne et être ainsi le socle d'une collaboration équilibrée pour une prise en charge optimale.

Cette application-compagnon proposera aux praticiens qui le souhaitent de participer à une base de données collaborative propice au développement d'algorithmes d'IA dont l'objectif est d'amplifier la valeur prédictive proposée à ce jour par l'intelligence humaine.

L'application-compagnon EFX/CPET développée pour améliorer par la pratique à la fois l'observation, l'acquisition de connaissances, la compréhension et l'interprétation de données physiologiques est un concept nouveau. Cette proposition se différencie de la plupart des initiatives dans le domaine du numérique couplé à l'IA en se préoccupant prioritairement d'éduquer et de faire progresser la compréhension et l'intelligence humaine. C'est à notre avis la condition

essentielle d'un partage éthique et vertueux avec le patient en quête de sens.

*« Pour comprendre, il faut simplifier... mais pas trop. »
Albert Einstein*

MALADIE ET VIE PROFESSIONNELLE, UN ENJEU POUR TOUS : TRANSMETTRE NOTRE FABULEUX SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE OU HYPOTHÉQUER LA SANTÉ DE NOS ENFANTS ?

PAR

ANNE-SOPHIE TUSZYNSKI

CEO DE « WE CARE AT WORK »

Depuis 1945 et la création de notre système de santé, l'emploi finance la prise en charge des malades. Sans emploi, la Sécurité sociale ne fonctionne pas, et la prise en charge en santé est compromise. Et sans prise en charge, les malades ne guérissent pas, ont plus de difficultés à se maintenir en emploi et ne peuvent alors pas entretenir le financement de la Sécurité sociale par leur travail.

Vous l'avez compris, c'est un cercle vertueux à entretenir, qui risquerait sinon de vite se transformer en cercle vicieux.

On fait souvent de la maladie au travail un sujet isolé rarement considéré comme prioritaire et malheureusement encore trop relégué au second plan par rapport aux enjeux économiques et organisationnels des entreprises. La question de la maladie est à cheval entre les structures de soins, la vie personnelle et la vie professionnelle. On est dans un angle mort juridique, économique et social.

**ON FAIT SOUVENT
DE LA MALADIE AU
TRAVAIL UN SUJET
ISOLÉ RAREMENT
CONSIDÉRÉ COMME
PRIORITAIRE
ET MALHEUREUSEMENT
ENCORE TROP
RELÉGUÉ AU SECOND
PLAN**

Pourtant, quand on sait que 25 % des actifs vivront avec une maladie chronique en 2025, selon une étude de Conseil économique, social et environnemental, et que 15 % sont des aidants familiaux, on voit que la question se pose depuis longtemps déjà et continuera à se poser.

Mais alors, comment concilier maladie et vie au travail ? C'est un sujet de société de long terme, à intégrer dans chaque stratégie d'entreprise, non comme une contrainte mais comme un paramètre intrinsèque au bon fonctionnement d'une structure sociale et économique.

C'est ce constat qui m'a poussée à fonder Cancer@Work puis Wecare@Work, il y a déjà quelques années. La maladie ne doit pas être une fatalité. L'expérience de vie de la maladie peut être considérée comme une compétence à part entière.

Chez Wecare@Work, nous avons donc choisi de nous occuper des salariés les plus fragiles, ceux touchés par la maladie. La magie de notre engagement et de nos actions aux côtés des entreprises, nous le constatons quotidiennement, c'est que ce soin apporté aux malades bénéficie à TOUS les salariés.

Inclure la maladie au travail, c'est favoriser un collectif de travail plus serein, où la parole est plus libérée et l'engagement des salariés renforcé.

Nous sommes une start-up de malades et la maladie nous pousse à être plus à l'écoute : de notre corps, de nos besoins, de notre environnement, du monde qui nous entoure. Cela amène donc nécessairement une adaptabilité accrue au quotidien : changer son fusil d'épaule, savoir ajuster sa façon de penser, de fonctionner, de travailler, de cohabiter. Enfin, cela demande de la pédagogie : expliquer, sensibiliser, normaliser. Être malade ne signifie pas être incompetent ou « sur la touche ». Être malade, c'est fonctionner différemment, repenser sa manière d'être, intégrer de nouveaux paramètres à sa façon de réfléchir, d'agir et de réagir face à un contexte ou une situation.

Les actions de Wecare@Work, c'est un témoignage, un lot d'expériences, de bonnes pratiques qui prouvent que maladie et vie au travail, c'est plus que possible, cela peut même être source de création de valeur. Notre expérience, de malades et de professionnels, dont le rôle est d'accompagner les entreprises à mieux concilier maladies et travail, prouve qu'une autre approche du sujet est envisageable.

Dans un monde idéal, la maladie n'existe pas, nous sommes tous en parfaite santé. Et notre entreprise n'a pas sa raison d'être. Dans notre monde réel, plus que jamais, la conciliation de la maladie et de la vie au travail doit devenir un atout pour les entreprises et leurs employés. Si la résilience est un concept en vogue, il est probablement le mantra d'une personne dont la santé est affectée durablement. Il faut beaucoup de volonté pour lutter contre la maladie, contre un système économique qui n'inclut pas la maladie, contre une société qui rejette la maladie.

Et cette contribution a pour objet de clamer que c'est possible : possible de concilier maladie et vie au travail, possible d'en faire un projet de société construit, positif, équilibré. N'oublions donc pas que cette petite carte verte, que chaque Français a la chance d'avoir en sa possession, est un luxe inouï financé en grande partie par les actifs de ce pays. Plus on maintient les personnes malades dans l'emploi, plus on pérennise cet héritage précieux de la Sécurité sociale, dont les générations futures méritent de profiter autant que nous.

Notre vœu le plus cher ? Que vous vous engagiez sur le chemin de l'inclusion de la maladie au travail (ou si c'est déjà le cas, que vous puissiez enrichir vos pratiques) pour en faire un atout gagnant humainement et économiquement !

PERFORMANCE : DU BIOMÉDICALISME À L'HUMANISME

PAR

DR ALICE DESBIOLLES

MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE

AUTRICE DE L'ÉCO-ANXIÉTÉ – VIVRE SEREINEMENT DANS UN MONDE
ABÎMÉ (FAYARD, 2020) ET DE RÉPARER LA SANTÉ – DÉMOCRATIE, ÉTHIQUE,
PRÉVENTION (RUE DE L'ÉCHIQUIER, 2023)

Dans ce texte, nous définirons la performance comme l'efficacité d'une intervention sur des indicateurs prédéterminés. Interroger la notion de performance nécessite, *de facto*, de questionner en regard la pertinence des indicateurs mobilisés pour la qualifier. S'en garder, c'est prendre le risque de se tromper de boussole et de voir la performance – ainsi que la qualité censée en découler – devenir contre-productive. En effet, si les indicateurs choisis sont biaisés ou incomplets, le succès d'une intervention – c'est-à-dire, sa performance – pourrait être affiché, à tort.

LA NOTION DE
PERFORMANCE
NÉCESSITE
DE VENIR
QUESTIONNER
CELLE DE
FORMATION

Pour l'OMS, la santé est définie comme un « état de complet bien-être physique, mental et social ». Rapportées à la médecine actuelle, les interventions mises en place devront s'atteler, pour être qualifiées de performantes, à la croissance de ces différentes dimensions de la santé.

Pour autant, force est de constater que la praxis médicale contemporaine, loin d'une approche globale, et pluridisciplinaire, est dominée par une lecture biomédicale des individus. Cette conception se traduit par un fractionnement des patients, qui ne sont plus

tant des sujets à part entière que des organes, des maladies, des anomalies biologiques ou radiologiques. Plus qu'une personne dans sa globalité, c'est un paramètre qu'il faut désormais soigner. La réduction de notre santé et de notre identité à des critères quantitatifs, nous la qualifions ici de biomédicalisme. Lequel entraîne la parcellisation des individus, la prise en compte de la seule « vie nue », à savoir un cœur qui bat, ou des paramètres biologiques normalisés, sans considération pour les aspects sociaux, émotionnels ou encore spirituels. Le biomédicalisme conduit à fragmenter les êtres et à confondre l'homme biologique avec la Personne.

Être performant en médecine revient désormais à passer maître dans l'art de manier des machines, des logiciels, lire ou réaliser des examens toujours plus complexes. Une « algorithmisation » de l'art médical qui ne s'accompagne pas nécessairement de questionnement quant à son bien-fondé ou son impact sur le bien-être et la qualité de vie des personnes, qu'il s'agisse des blouses blanches ou des patients. Le « bon » médecin, performant se doit d'être un technicien ultraspécialisé. Pour le biomédicalisme, la technique et les indicateurs quantitatifs sont les garants de la performance. Les actes techniques peuvent d'ailleurs être « codés », tarifés, « marchandisés », en un mot : « valorisés »,

comme l'attestent les modalités de financement des établissements de santé liées à la tarification à l'activité.

Pourtant, « *dans un univers du soin de plus en plus technicisé, le sentiment de déshumanisation peut être fort* », écrit Cynthia Fleury dans *Le soin est un humanisme* (Tracts Gallimard n° 6 – mai 2019). Être performant en médecine, et plus globalement en santé, implique de mobiliser deux approches aussi indissociables que complémentaires : la technique et l'humanité. Si l'une l'emporte sur l'autre, l'équilibre nécessaire à la prise en soin performante s'éclipse, la praxis laissant la place à l'idéologie. Un soin qui ne serait plus habité par l'humanité, un souci de l'autre dépourvu d'affect et remplacé par les seules machines constituent autant de périls pour la performance en santé. Prendre le temps du lien, de la sollicitude, de l'échange, est vital. Tant pour le soignant que pour le soigné.

Loin d'être un supplément d'âme, l'humanisme dans le soin est la clé de voûte d'un système de santé performant car porteur de sens, de mieux-être, de croissance de la vitalité. Paradoxalement, l'humanisme à l'hôpital est, plus que jamais, devenu une option. L'engagement qu'il nécessite est souvent assuré par d'autres professionnels que les médecins. Une délégation de tâche illustrant le fait que l'humanisme dans le soin soit considéré comme subalterne, secondaire, peu valorisant. Dans

pareilles conditions et état d'esprit, toute tentative de performance en médecine ne peut être qu'incomplète, voire illusoire.

Plus qu'à la déploration, c'est aux perspectives qu'il convient de s'intéresser. Peut-être n'est-ce pas un hasard si dans le verbe performer se trouve aussi celui de former. Telles les deux faces d'une même médaille, la notion de performance nécessite de venir questionner celle de formation. En effet, le biomédicalisme qui gouverne l'idéologie médicale actuelle s'enseigne dès les bancs de la faculté. Il gagnerait à se voir nuancé et enrichi par l'apport d'autres disciplines. Si certaines sont considérées aujourd'hui comme essentielles à un enseignement médical digne de ce nom (anatomie, histologie, chimie, physiologie, biochimie...), puisse-t-il en être de même demain pour les sciences sociales et les humanités, telles la sociologie, l'anthropologie, l'éthique, l'épistémologie, l'histoire ou encore la philosophie.

Seule la réconciliation de la médecine dite moderne avec la globalité et la complexité des individus, des épreuves de la vie et des savoirs, ouvrira la voie à la performance, non pas (uniquement) technique et quantitative, mais (aussi) holistique et profondément humaniste.

ANALYSE

La crise sanitaire que nous avons connue a mis au cœur du débat la notion de performance en santé, et s'est imposée auprès des décideurs, des professionnels de santé mais aussi des Français. Si la « période Covid » a permis de mettre en lumière la solidarité, l'agilité et la réactivité qui caractérisent notre système de santé, elle a aussi mis en exergue ses fragilités : organisation morcelée, couverture territoriale inégale, modèle économique favorisant la multiplication des actes au détriment de la prévention, de parcours de santé coordonnés et personnalisés, gouvernance peu lisible, démotivation grandissante des professionnels, évolution défavorable des indicateurs, de l'expérience patient, défi du vieillissement, de la désertification médicale...

Ces dysfonctionnements révèlent de façon criante l'urgence de rénover en profondeur nos organisations et de porter un nouveau projet qui s'inscrive dans une logique de performance globale (organisationnelle, sociale, territoriale, managériale, économique, numérique...). Poser la question de la performance de notre système de santé est donc une manière de

construire maintenant l'avenir, afin de mieux identifier ses forces, ses faiblesses, mais surtout, les leviers permettant de le rendre encore plus universel, efficace et humain.

C'est dans cette optique que le Cercle de recherche et d'analyse sur la protection sociale (CRAPS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ont souhaité enrichir le débat sur les nouveaux chemins de la performance de notre système de santé en proposant à une quarantaine d'acteurs, issus d'horizons différents, de partager leurs réflexions et idées innovantes sur le sujet.

Si l'association des termes « performance » et « santé » est souvent présentée comme le totem d'une logique purement comptable au sein de notre système de solidarité, les auteurs rappellent que la performance, loin de se limiter au seul prisme économique, consiste en une démarche globale cherchant dans sa finalité même l'amélioration de la qualité de notre système au service de la prise en charge des patients. Par une plus grande attention à la prévention, aux ressources humaines, un recours élargi au numérique et au pilotage par les données, une accélération de l'innovation médicale et paramédicale, la démarche de performance est, en réalité, l'opposé du court-termisme.

Cette réflexion d'ensemble n'empêche cependant pas les contributeurs de se replacer dans un contexte – contraint – des finances de la protection sociale, car la santé n'a pas de prix, naturellement, mais elle a un coût. Coût qui doit être maîtrisé pour assurer la soutenabilité de notre système de santé et pour répondre aux nombreux défis de son évolution en dégageant notamment des possibilités – d'indispensables – investissements.

Loin de proposer des recettes miracles ou des solutions toutes faites, cet ouvrage collectif est avant tout une invitation à l'ouverture et au débat : comment répondre aux attentes des Français et éviter qu'un système à plusieurs vitesses ne s'installe durablement ? Comment réenchanter les professionnels de santé et redonner du sens à leur métier ? Comment lutter efficacement contre les inégalités en santé ? Comment faire des patients des acteurs de leur parcours de santé actifs, autonomes et pleinement responsabilisés ?

À l'heure où la défiance des soignants et des Français s'aggrave et que les enjeux de transformations sont identifiés, il est urgent d'agir concrètement, et d'arrêter de « panser » le système actuel pour – enfin – le repenser et opérer les changements nécessaires pour le rendre plus performant ! Les contributions reflètent une réalité difficile mais démontrent une volonté et

une capacité des acteurs à participer à la construction d'un nouveau modèle !

Bien que les approches des acteurs soient différentes et que chaque contribution soit à lire tel un recueil d'odes à la transformation, plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées.

MISER SUR LA PRÉVENTION N'EST PLUS UNE OPTION

Tous les acteurs du système de santé s'accordent à dire que la révolution de la prévention doit avoir lieu, et vite. Pourtant, cette dernière fait encore trop souvent l'objet de discours théoriques. Non, continuons in fine à fonctionner dans une logique trop curative. Ce défaut d'adaptation du système n'est pas sans incidence, puisque l'augmentation de l'espérance de vie ne s'est pas traduite par un allongement dans les mêmes proportions de l'espérance de vie en bonne santé et les inégalités de santé ne cessent de se creuser. Le retard qu'accuse la France en matière de promotion de la santé et de gestion des comportements auxquels sont liés les principaux facteurs de risque de maladie se traduit ainsi par une perte de chance pour les patients et par un coût important pour le système qui doit compenser ces dépenses évitables.

Loin d'être marginale, la question de la prévention ne peut plus être ignorée. Elle doit être appréhendée comme un élément central des politiques de santé publique, comme un investissement pour l'avenir. Le changement de paradigme doit être radical et l'ambition politique forte.

La santé doit être appréhendée de façon globale en prenant en considération les déterminants de santé car, si celle-ci est théoriquement un droit sans condition préalable, le genre, le lieu de vie, les revenus... sont autant de facteurs qui, dans la pratique, perturbent l'effectivité d'un droit dont chacun devrait bénéficier en fonction de ses besoins. L'on constate ainsi que les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées ont de moins bonnes chances de survie après un cancer ou que l'hospitalisation et la mortalité pour certaines maladies augmentent à mesure que le niveau socio-économique des patients diminue.

La santé des individus relève de l'environnement pour 7 %, des soins médicaux pour 11 %, des facteurs biologiques et génétiques pour 22 %, des conditions sociales pour 24 % et des comportements pour 36 %. Le lien de causalité établi entre les déterminants de santé et l'état de la population induit alors une réflexion bien plus large que celle sur la seule organisation des soins.

Chacun l'aura donc compris, l'efficacité ne passera que par une vision globale. Vision globale qui ne sera rendue possible que si les jeunes sont éduqués précocement à la santé et aux bons comportements, afin qu'ils puissent faire des choix éclairés en la matière. Le faible taux de littératie en santé (capacité à traduire les informations, à les comprendre et à être en mesure de les exploiter) des Français, de l'ordre de 30 %, doit être compensé par des programmes d'information et d'éducation en santé.

Les professionnels doivent quant à eux être en mesure de fournir aux patients des informations accessibles, adaptées à leur niveau de connaissances et de compréhension. Si leur rôle est central, il est impératif que nous leur donnions les moyens de s'impliquer davantage en valorisant l'acte de prévention et en révisant la formation des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux pour qu'ils soient sensibilisés à la prise en charge de populations aux besoins spécifiques.

La réussite du virage préventif ne sera possible que par la mise en place de politiques de prévention et de promotion de la santé ambitieuses, dont l'efficacité devra faire l'objet d'une évaluation et qui se basent davantage sur la démarche « d'aller vers ». Le renforcement de la santé publique, de ses métiers et de la recherche, l'élaboration d'une loi

pluriannuelle fixant les objectifs de santé publique, l'évaluation systématique des lois en termes de santé comme cela existe en matière environnementale, la responsabilisation des autres acteurs à fort impact de santé autour des déterminants majeurs (logement, santé au travail, secteur agroalimentaire...) ou encore la redéfinition du rôle des collectivités territoriales en matière de prévention et de promotion de la santé sont des pistes d'amélioration de la santé – en amont de la maladie – qui devraient être explorées.

Les démarches de prévention peuvent par ailleurs être envisagées comme un vecteur de performance économique. Trop souvent considérée comme une charge, la prévention doit être considérée comme un investissement de long terme. Le cas de la prévention de l'obésité est à cet égard éclairant : un dollar dépensé en prévention de cette pathologie générerait un peu plus de cinq dollars de retour sur investissement.

Dans la même veine, un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité chez les seniors représenterait une économie de près d'1,5 milliard d'euros dans les dépenses de l'assurance maladie. Développer une réelle culture préventive permettrait donc, non seulement de mieux vivre, mais aussi de retrouver les marges de manœuvre nécessaires pour répondre aux nombreux défis auxquels notre système de santé est confronté :

déserts médicaux, vieillissement de la population, chronicisation des maladies...

Enfin, les connaissances en biologie moléculaire et en génomique, conjuguées aux nouvelles technologies - dont certaines permettent d'envisager une médecine prédictive et personnalisée - transformeront les outils et les stratégies de prévention. Les données de santé et les capacités d'analyse et de calcul sont donc centrales et nécessitent le déploiement d'une stratégie et de moyens importants. Elles nécessitent également une formation et un accompagnement pour que la population et les professionnels de santé puissent comprendre et s'appropriier ces nouvelles technologies. Une telle transformation du système ne pourra réussir sans un dialogue dans la durée entre les différents acteurs.

QUALITÉ DES SOINS : ACCORDER UNE PLACE CENTRALE AU PATIENT

Le patient a longtemps été considéré comme un récepteur de soin passif, un sujet médical auquel il n'était accordé que peu de poids dans la prise en charge. Jusqu'hier, la qualité des soins était généralement occultée par la course à la quantité de soins et par l'analyse des processus et des procédures. La place du patient reste encore bien souvent marginale lorsqu'est évoquée la performance en santé, une tendance contradictoire alors

que le système se tourne collectivement vers l'objectif de prodiguer des soins de qualité, avec empathie et humanité au bon patient et au bon moment. Il devient alors indispensable d'aller plus loin dans l'évaluation d'un soin, de tenir compte de l'expérience des patients et d'introduire - enfin - la notion de qualité des soins.

L'expérience patient c'est reconnaître le patient comme un acteur central à toutes les étapes de sa prise en charge et considérer qu'il apporte et contribue activement à l'amélioration de toute la chaîne du soin. Une véritable reconnaissance du savoir expérientiel et de l'expertise du patient est nécessaire, celle-ci passant par la redéfinition du rôle des patients experts, patients partenaires et représentants des usagers.

L'appel des auteurs est unanime : pour redonner toute leur place aux patients, nous devons tenir compte de leur expérience dans l'évaluation de la qualité des soins. Cette considération de la qualité des soins perçue par le patient passe, entre autres choses, par la généralisation à l'échelle nationale de l'utilisation des indicateurs PREMs (Patient-Reported Experience Measures) et PROMs (Patient-Reported Outcome Measures).

Depuis plusieurs années, de multiples actions ont été mises en place pour permettre aux praticiens d'améliorer leur pratique au quotidien, notamment l'accréditation

pour les spécialités à risque. De même, la Haute Autorité de santé (HAS) soumet les établissements de santé à une certification qui tient compte de la gestion des risques, des évènements indésirables liés aux soins... et qui intègre de plus en plus les patients, notamment à travers un questionnaire de satisfaction qui leur est proposé à la sortie.

Dans un établissement de santé, la qualité des soins passe par ailleurs par deux leviers de performance incontournables : la pertinence des soins et l'évaluation des résultats.

On n'améliore que ce que l'on mesure. Malgré les réticences, la performance en santé doit passer par l'évaluation des résultats des actes prodigués aux patients. Les indicateurs de résultats mesurent leur état de santé à la suite d'un acte ou d'un traitement et portent, le plus souvent, sur la sécurité des soins comme la mortalité ou la survenue des complications. Loin d'être une sanction, l'évaluation des résultats pour une équipe médicale consiste à identifier les écarts entre résultats attendus et obtenus et à activer des leviers pour améliorer sa pratique.

Grâce aux moyens informatiques, il est possible d'évaluer en temps réel l'activité des soignants sur des critères objectifs - taux de reprise opératoire pour complication,

taux de transfert pour complication, taux de décès - et subjectifs, à partir d'une enquête de satisfaction réalisée par le patient. En matière d'évaluation de la qualité des soins, le manque de volonté persiste alors que les outils existent et que les intentions sont louables pour les équipes, pour les patients et pour le système.

Quand pertinence rime avec performance. En santé, la notion de performance est indissociable de celle de pertinence vers laquelle tous les acteurs du soin doivent absolument tendre. Un soin ou un acte est pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient et conformément aux recommandations des sociétés savantes. À l'inverse, un soin non justifié, mal administré ou inapproprié fait courir un risque au patient et détériore sa qualité de vie.

Changeons de paradigme : donnons au patient la place qui lui est due à tous les niveaux de décision : de la définition des politiques publiques à la stratégie de soins, en passant par la gouvernance des établissements. En véritable partenaire, le patient pourrait ainsi participer à l'amélioration des pratiques et des organisations des centres, dans le cadre d'un modèle agile de décisions partagées.

PRENDRE SOIN DE CEUX QUI NOUS SOIGNENT

Comment œuvrer à un système de soins plus performant quand nos soignants vont mal ?

Avant d'être technologique, logistique, financière, numérique... la performance en santé est indéniablement humaine et ne fonctionne que par l'intermédiaire d'hommes et de femmes qui œuvrent au quotidien pour administrer un soin pertinent, de qualité et dans les meilleures conditions à leurs patients.

Or, dans un centre hospitalier universitaire, seul 35 à 65 % du temps de travail des soignants est véritablement consacré au soin. Un chiffre révélateur de la généralisation du modèle du "tout soignant", cumulant les fonctions supports, administratives, logistiques, d'accueil, de parcours et - tout de même - de soin. Une réalité qui ne contribue ni à l'épanouissement professionnel, ni à l'attractivité d'un corps précieux, difficile à recruter et à fidéliser. Il est alors indispensable d'opérer un choc de simplification du système pour redonner du sens au travail des soignants et les soulager d'une surréglementation contreproductive afin de leur permettre de se recentrer sur leur cœur de métier : le soin.

Il est tout aussi indispensable de faire confiance aux acteurs pour réaliser leurs missions et innover dans les territoires. Pour l'heure, force est de constater qu'au lieu de faire le pari de l'expérimentation, on préfère créer des parcours administratifs d'une complexité abyssale qui découragent plus qu'ils ne mobilisent. Ce constat appelle un profond changement culturel, une profonde révolution de la confiance.

La douloureuse crise d'attractivité des métiers s'explique également par un manque préjudiciable de perspectives d'évolution de carrière et de formation continue. Rares sont les jeunes qui acceptent aujourd'hui de s'engager 40 ans dans un même métier, à un même poste, pour exécuter les mêmes tâches. Nous devons faciliter les parcours professionnels, donner des perspectives d'évolutions plus claires et moins linéaires, permettre à chacun de se projeter dans une carrière stimulante.

En amont, les métiers du soin ne pourront évoluer sans une profonde révision de la formation initiale et continue des professionnels à travers, notamment, le recours à la VAE pour les aides-soignantes souhaitant devenir infirmières et l'implantation de la pratique avancée pour les professionnels paramédicaux.

Pour répondre aux aspirations des jeunes générations et attirer de nouveaux profils, nous devons, sans attendre,

adopter une vision prospective des métiers de demain et proposer une nouvelle forme de management, basé sur la confiance, la collaboration et l'engagement.

Prendre soin de ceux qui nous soignent et leur proposer les meilleures conditions d'exercice, telle doit être la première pierre de l'édifice.

SORTIR DES CORPORATISMES POUR REPENSER LE SYSTÈME

L'accès aux soins est une préoccupation majeure des Français qui ne bénéficient ni de la même qualité, ni de la même couverture médicale en raison de disparités géographiques et sociales. La France subit une érosion sans précédent de l'accès aux soins de premier recours comme en témoignent les 6 millions de patients sans médecin traitant en France, dont 650 000 sont en affection longue durée (ALD). Dans ce contexte, l'organisation territoriale de notre système de santé pose particulièrement question. L'approche très hospitalo-centrée et curative, la multiplication des structures et les fonctionnements en silos sont autant de facteurs qui se répercutent sur les prises en charge des patients présentant notamment des maladies chroniques, dont l'orientation au sein du système relève bien souvent du parcours du combattant.

L'organisation d'une continuité des soins et la coordination entre les acteurs constituent pourtant des facteurs clés d'amélioration tant en termes de qualité de prise en charge que de maîtrise des coûts. Ce constat implique de repenser l'organisation et que les silos entre ville-hôpital-médico-social qui minent notre système soient rompus. Cette nouvelle organisation suppose d'ouvrir l'hôpital à la ville et au médico-social et de permettre une circulation d'information fluide entre les différentes étapes des soins et entre des professionnels qui se connaissent mal, échangent peu et ont des visions et des pratiques parfois très différentes. Si les solutions numériques en santé permettent de faciliter le lien entre les différents secteurs et d'œuvrer en faveur d'un exercice coordonné, force est de constater que, faute de pérennité et de visibilité des soutiens financiers, ces solutions ne changent pas d'échelle.

La performance d'un système c'est aussi savoir dépasser les représentations figées. Il n'y aura donc pas de performance du système de santé si de nouvelles conditions d'exercice - conformes aux aspirations des professionnels - ne sont pas proposées et facilitées. L'exercice groupé, multisite, au sein d'équipes pluridisciplinaires, est aujourd'hui largement plébiscité par les professionnels. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) s'imposent d'ailleurs de plus en plus comme un mode d'exercice de la médecine

de ville promu par les pouvoirs publics et souhaité par les jeunes médecins. Les conditions propices à cette forme d'exercice doivent être facilitées, notamment dans les grandes villes en zone carencée. Une évolution positive de la démographie médicale est en effet constatée lorsque les maisons de santé sont implantées dans ces zones. Le modèle des centres de santé polyvalents suscite également un intérêt grandissant et gagnerait à être encouragé et développé.

Repenser le système suppose par ailleurs que la formation des professionnels soit revue en créant par exemple de véritables écoles supérieures de santé dans les métropoles, mais aussi dans des villes moyennes, dans les quartiers et en ruralité. Cela suppose aussi que la durée des études soit réduite en multipliant les outils de simulation. Gagner en performance, nécessite en outre de maximiser l'utilisation des ressources disponibles et de remédier à quelques corporatismes bien installés, pour favoriser la fluidité des carrières, les pratiques avancées, les partages de compétences ; faire pièce à certains clichés en favorisant la montée en mixité des métiers de la santé ; intégrer les innovations dans une vision prospective des métiers de demain, pour attirer de nouveaux profils dans le secteur.

Les difficultés rencontrées par les patients et les professionnels de santé invitent à envisager une approche

plus spécifique des parcours de soins, organisés autour des acteurs locaux de santé. La différence grandissante des besoins de santé en fonction des bassins de vie implique en effet un pilotage de notre système de santé au plus près de leurs attentes.

Si les politiques de santé doivent être décidées au niveau national pour assurer un cadre commun, il devient urgent de laisser aux territoires la liberté et la responsabilité de s'investir en faveur de la santé (organisation des soins primaires, prévention, déploiement des innovations...) afin que chaque politique locale puisse contribuer à la réalisation d'objectifs de santé, définis selon les besoins populationnels. Donnons le pouvoir d'agir à ceux qui sont les plus à même de comprendre et d'apporter des réponses aux besoins de santé de leurs populations : collectivités locales et territoriales, professions de santé, branches professionnelles, organismes paritaires et mutualistes... !

Plus largement, relever collectivement les défis de notre système de santé implique un renouvellement de la démocratie sanitaire, en intégrant l'ensemble des parties prenantes : citoyens, associations, société civile, assureurs, écoles, acteurs institutionnels des territoires... aux politiques de santé, de leur construction à leur déploiement, en sortant du seul périmètre de la santé, dans une approche globale. Sans

réponse démocratique, nous ne pourrons pas construire les conditions nécessaires à la confiance dans notre système, qui nous fait défaut.

Pour conclure, les défis sont immenses, les chantiers sont vastes et les pistes nombreuses pour remettre sur pied un système de santé en proie aux difficultés mais qui n'a eu de cesse de démontrer ses capacités d'adaptation, d'innovation et de mobilisation. Sur le chemin de la performance, nous avons un allié de taille : le numérique, qui, au-delà d'un outil, est devenu une promesse.

Il constitue, tout à la fois, une réponse à la demande exponentielle de soins, à la qualité de prise en charge, au manque de temps médical, au mal-être des soignants, aux complexités administratives et au virage préventif. À titre d'exemple, la productivité des professionnels de santé pourrait varier de 15 points en 2030, soit l'équivalent du temps de près de 300 000 professionnels de santé grâce à l'usage du numérique. Ce temps pourrait être « réinvesti » dans des activités médicales et soignantes au service des patients, ou pour améliorer le bien-être au travail des professionnels. L'enjeu est majeur.

Pour autant, une telle transition s'exécute rarement de manière spontanée et confortable. Elle implique une

prise de conscience, une vision stratégique partagée et le déploiement de moyens et de compétences adaptés. En France, malgré les ambitions portées, les usages des technologies numériques, robotiques et d'IA par les professionnels de santé restent très faibles, privant les professionnels, comme les patients, d'avancées substantielles.

Les médecins de demain sont actuellement sur les bancs de l'Université : il convient d'accélérer la transition numérique en santé, et d'agir, dès maintenant, auprès des futurs professionnels de santé pour favoriser l'adoption des innovations technologiques et leur prise en main dans des conditions satisfaisantes et valorisantes, et ce, au service et au bénéfice des patients.

La performance en santé revêt mille visages et appelle à travailler de concert avec toutes celles et ceux qui œuvrent pour le système. C'est tout l'enjeu de cet ouvrage qui, avec humilité, unit les voix et allie les forces pour dresser les pistes d'amélioration qui s'offrent au système de santé.

PROPOSITIONS

***Horizon 2030 : 10 chemins
de la performance***

Proposition 1. Simplifier et faire confiance. Notre système de santé est d'une complexité abyssale, à rebours de toute fluidité de parcours. La simplification à tous les échelons et l'allègement des pesanteurs technocratiques, au bénéfice des acteurs de santé comme des patients, sont des préalables à toute recherche de performance, pour renouer avec le sens de l'action. Plus largement, nous ne pouvons pas restreindre la performance à une profusion d'indicateurs en nous cantonnant à une grille de lecture statistique de la santé. À une approche par le contrôle doit se substituer une approche fondée sur la

confiance *a priori* et sur les bonnes pratiques de terrain des professionnels et des établissements.

Proposition 2. Remettre la prévention au centre des choix stratégiques en proposant des messages personnalisés selon les caractéristiques des populations cibles puisque nous savons que la réception des messages de prévention est bien plus efficace que tout traitement lorsque la pathologie est déjà présente.

Proposition 3. Offrir aux professionnels de véritables perspectives d'évolution et de carrière au sein du système de santé en proposant, comme facteur d'attractivité et de fidélisation, des évolutions de carrières basées sur le mérite, l'engagement, les pratiques et la qualification, notamment à travers le recours à la VAE pour les aides-soignantes souhaitant devenir infirmières et l'implantation de la pratique avancée pour les professionnels paramédicaux.

Proposition 4. Moderniser la culture managériale à l'hôpital au profit d'un management de la confiance, de la liberté, de l'innovation et de la collaboration. Favoriser les initiatives des équipes sur le terrain et encourager les prises de décisions en circuit court sont

des critères clés pour attirer les futures générations et de nouveaux profils.

Proposition 5. Réviser la formation des professionnels et rééquilibrer le parcours en créant de véritables écoles supérieures de santé, non seulement dans les métropoles, mais aussi dans des villes moyennes, dans les quartiers et en ruralité. Rééquilibrer le parcours de formation nécessiterait par ailleurs que la durée des formations médicales initiales soit réduite au profit d'une augmentation massive du temps consacré à la formation continue, pour tenir compte de l'accélération du rythme d'évolution des connaissances et des techs.

Proposition 6. Mesurer et comparer la qualité des pratiques grâce à une évaluation systématique des actes prodigués aux patients en commençant par les disciplines « dures » : chirurgie, oncologie, certaines spécialités médicales... là où les résultats peuvent être mesurés et comparés au sein d'un service d'hospitalisation, d'un établissement, d'une région, avec des PROMs et PREM's simples.

Proposition 7. Recentrer le soin autour du patient en reconnaissant qu'il est un acteur central à toutes les étapes de sa prise en charge dans un système de soins qui est aujourd'hui largement multi-institutionnel. C'est permettre que le patient apporte et contribue activement à l'amélioration de toute la chaîne du soin. Pour ce faire, des espaces de rencontres où professionnels du soin et patients travaillent ensemble doivent être mis en place. C'est un véritable partenariat qu'il s'agit de créer, autour de l'idée que le patient devient un acteur du service et pas seulement une ressource que l'on mobilise pour tester une idée, un produit, un support...

Proposition 8. Repenser le financement du système de santé pour tenir compte de la qualité du soin délivré en passant par un financement mixte, basé sur l'activité mais aussi sur l'analyse du service rendu à la population et aux patients. Cela ne sera pas possible par un forfait global de prise en charge, sous peine de voir la qualité globale délivrée se fondre dans un financement général sans responsabiliser et redonner du sens à chaque acteur.

Proposition 9. Renforcer et développer les centres de santé polyvalents notamment dans les zones

sous-dotées en professionnels de santé, qu'elles soient urbaines, périurbaines, avec une attention particulière pour les quartiers populaires. Ce modèle présente, en effet, des avantages pour le patient, les praticiens et sur le plan de la maîtrise des dépenses de santé (polyvalence de l'offre de soins, plateau technique d'imagerie, équipes pluridisciplinaires, pratiques collaboratives, partage des tâches, optimisation du temps médical, accessibilité au même endroit des compétences médicales et paramédicales complémentaires...).

Proposition 10. Prendre le virage numérique et se saisir de toutes les opportunités offertes par l'IA pour une médecine personnalisée et prédictive avec une adaptation en temps réel des choix stratégiques et thérapeutiques. Le numérique, au-delà d'un outil, est devenu une promesse : gain de temps médical, réduction des irritants du quotidien, amélioration du suivi des patients... Il faut lever les barrières de prise en main et de méfiance et investir massivement dans les outils et technologies d'ores et déjà proposés sur le marché. Se saisir du potentiel du numérique, c'est offrir un système de santé plus performant aux patients, comme aux professionnels.

MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

STÉPHANE PARDOUX

PRÉSIDENT DU COMITÉ D'EXPERTS
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ANAP

CÉCILE WAQUET

ASSOCIÉE CHEZ TNP CONSULTANTS

OLIVIER RICHEFOU

PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA MAYENNE

ÉRIC CHENUT

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE
LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)

ALEXANDRE VALLÉE

RESPONSABLE DE SERVICE ÉPIDÉMIOLOGIE - DATA -
BIOSTATISTIQUES, MD, PHD À L'HÔPITAL FOCH

THIBAUT NALINE

VP PARTNERSHIPS & SALES APPS CHEZ LIFEN

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE P. 9

CONTRIBUTIONS P. 15

D^R NORBERT NABET P. 16

FÉLIX FAUCON P. 22

ANNE-SOPHIE JOLY P. 28

SOPHIE BEAUPÈRE P. 34

ROBIN MOR P. 40

NICOLAS GOMART, EMMANUEL RUFFIN P. 48

MARIE-LAURE DREYFUSS P. 54

DIDIER BAZZOCCHI P. 60

MATTHIEU GIRIER P. 68

QUENTIN BERIOT P. 74

D^R FRANÇOIS BLANCHECOTTE P. 80

D^R JEAN-PAUL ORTIZ P. 86

D^R LINE FARAH P. 94

SÉBASTIEN GUERARD P. 100

BÉATRICE NOËLLEC P. 106

D^R BRICE LAURENT P. 112

MATHIAS DUFOUR, ÉLISABETH HACHMANIAN P. 118

CATHERINE TOUVREY P. 124

D^R NICOLAS LEBLANC P. 130

PAULINE D'ORGEVAL P. 140

THOMAS HAGEMEIJER P. 146

P^R GUY VALLANCIEN P. 154

NICOLAS SOUVETON P. 162

CHRISTELLE MASSON P. 168

D^R PIERRE SIMON P. 176

NATHALIE BASS HAGENMÜLLER P. 184

P^R ALAIN BERNARD P. 194

P^R CHRISTIAN HERVÉ, HENRI-CORTO STOEKLÉ, PhD P. 202

GILBERT HANGARD P. 210

SIBYLLE REICHERT, THOMAS KANGA-TONA P. 216

CHRISTIAN ANASTASY P. 222

GUILLAUME WASMER P. 232

PIERRE-VALENTIN MARTINEL P. 240

VALÉRIE MOULINS P. 248

VÉRONIQUE DESJARDINS P. 258

PIERRE-HENRI HALLER P. 264

ABRAHAM HAMZAWI, P^R BERNARD AGUILANIU P. 272

ANNE-SOPHIE TUSZYNSKI P. 278

D^R ALICE DESBIOLLES P. 284

ANALYSE P. 291

PROPOSITIONS P. 313

PARTENAIRES

Aéma groupe
www.aemagroupe.fr

AirInSpace
www.airinspace.com

Assia
www.assia.fr

Avenir Mutuelle
www.avenirmutuelle.com

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

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

Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)
www.cneh.fr

Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)
www.ctip.asso.fr

CPAM de l'Essonne
www.ameli.fr

CPAM de Paris
www.ameli.fr

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

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

Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR)
www.ffmkr.org

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)
www.fnehad.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

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

Syndicat des Audioprothésistes
www.sdaudio.org

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

Voyage dans l'histoire de la Protection sociale

Décembre 2022

Refonder notre système de santé : 4 inspirations danoises

Mai 2022

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

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

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public

Décembre 2016

Pour structurer la médecine du XXI^e siècle : la télémédecine

Décembre 2016

CRAPSLOGS

PLFSS 2023 : La politique du rabot signe son grand retour

janvier 2023

Les données sociales au coeur d'une juste prestation

Juin 2022

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

Janvier 2022

L'Etat 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

**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

DIRECTEURS DE PUBLICATION

Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL

Hervé Chapron

CONCEPTION & RÉALISATION

Fabien Brisard & Anaïs Fossier

REMERCIEMENTS

Anna Morvan, Anthony Aly & Thomas Suarez

RELECTURE & MAQUETTE

RédacNet - Karen Platel

CRAPS

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

© CRAPS 2023

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 42249

Dépôt légal
Mars 2023

ISBN : 978-2-492470-17-2

LES NOUVEAUX CHEMINS DE LA PERFORMANCE EN SANTÉ

Avec la crise sanitaire, la notion de performance du système de santé a été remise au cœur du débat. Auprès des décideurs, des collectivités, des professionnels de santé, mais aussi des citoyens. Cette pandémie a, s'il en était encore besoin, mis en lumière la solidarité, l'agilité et la réactivité qui caractérisent notre système de santé. Elle nous a montré que le système français par son universalité, son reste à charge, sa couverture territoriale et son degré technologique, offrait à la population une prise en charge de grande qualité. Cette crise nous invite toutefois à repenser et élargir les enjeux de performance afin d'en offrir une approche plus globale, dans laquelle la performance économique n'est qu'un point d'entrée parmi l'ensemble des leviers de performance, voire la conséquence d'une performance globale.

Alors, plutôt que de considérer que notre système ne serait pas performant, que tout serait à changer, le CRAPS et l'ANAP proposent à une quarantaine d'acteurs de partager leurs idées innovantes pour améliorer notre système et in fine le rendre encore plus universel, efficace et humain !