



Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre :

- le Conseil d'analyse économique,
- le Conseil d'analyse de la société,
- le Conseil d'orientation pour l'emploi,
- le Conseil d'orientation des retraites,
- le Haut Conseil à l'intégration.

▶ ACTES DE SÉMINAIRE

Questions sociales

Quelle organisation de l'offre de santé dans 20 ans ?

Centre d'analyse stratégique
5 décembre 2011

PLUS
D'INFOS

www.strategie.gouv.fr

Contact Presse :

Jean-Michel Roullé, Responsable
de la Communication
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr
Tel : +33 (0) 1 42 75 61 37
Port. : 06 46 55 38 38

www.strategie.gouv.fr



CONTACTS :

▶ **Sylvain Lemoine**

Chef du département Questions sociales
sylvain.lemoine@strategie.gouv.fr
Tél. : 01 42 75 60 40

▶ **Virginie Gimbert**

Chargée de mission, département Questions sociales
virginie.gimbert@strategie.gouv.fr
Tél. : 01 42 75 60 15

▶ **Mathilde Reynaudi**

Chargée de mission, département Questions sociales
mathilde.reynaudi@strategie.gouv.fr
Tél. : 01 42 75 62 64

▶ **Sarah Sauneron**

Chargée de mission, département Questions sociales
sarah.sauneron@strategie.gouv.fr
Tél. : 01 42 75 65 09

SOMMAIRE

Ouverture

Vincent **CHRIQUI**, directeur général, Centre d'analyse stratégique4

Table ronde n°1

Coopérations entre professionnels, une nouvelle donne pour l'offre de santé ?..... 6

Elise **ANGER** et Virginie **GIMBERT**, chargées de mission, département Questions sociales, Centre d'analyse stratégique6

Craig **POLLACK**, professeur, École de médecine, université John Hopkins9

Daniel **LENOIR**, directeur général, Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais.... 12

Table ronde n°2

La télésanté, une nouvelle donne pour l'offre de santé ?..... 18

Mathilde **REYNAUDI** et Sarah **SAUNERON**, chargées de mission au département Questions sociales, Centre d'analyse stratégique 19

Pierre **ESPINOZA**, praticien hospitalier, pôle Urgences réseaux télémédecine de l'Hôpital européen Georges-Pompidou21

Alexandra **GOUAZE**, aide-soignante, assistante de télémédecine à l'Hôpital Vaugirard – Gabriel-Pallez21

Henrik **BJERREGARD JENSEN**, directeur de *MedCom*, agence en charge de télémédecine pour le ministère de la Santé danois.....24

Table ronde n°3

Quelle offre de santé dans 20 ans ? Visions prospectives en débat.....28

Guy **VALLANCIEN**, médecin urologue, professeur à l'université Paris-Descartes28

Alain **LIWERANT**, vice-président, Médecins généralistes France30

Claude **LE PEN**, professeur à l'université Paris-Dauphine, président du collège des économistes de la Santé31

Didier **TABUTEAU**, responsable de la chaire Santé, Sciences Po33

Ouverture

Vincent **CHRIQUI**, directeur général, Centre d'analyse stratégique

Nous sommes très heureux de vous accueillir à ce séminaire et je vous remercie de votre présence. Les défis lancés à notre système de santé sont nombreux. Ce sont notamment le vieillissement des populations, le développement des maladies chroniques, l'inégalité d'accès aux soins et le coût élevé des nouvelles technologies. En mentionnant cela, je ne souhaite pas dresser un tableau noir de la situation, car notre système de santé présente aussi de nombreuses qualités.

Pour autant, nous devons sans cesse nous interroger sur l'organisation de notre offre de soins afin de la rendre à la fois plus efficace, plus économique et de meilleure qualité. Un enjeu particulièrement important est la gradation des offres de soins, c'est-à-dire la capacité à dispenser le soin approprié à chaque patient, pour chaque pathologie.

Au-delà de ces défis, si nous tentons de nous projeter à moyen terme, nous nous proposons d'examiner, à l'occasion de ce séminaire, ce qui peut changer de façon significative dans l'organisation des systèmes de soin au cours des années qui viennent.

Deux approches nous semblent particulièrement pertinentes pour traiter cette question. La première est la coopération entre les professionnels de santé, et plus précisément le rôle et la responsabilité que l'on peut attribuer à chaque spécialité ou à chaque professionnel selon son niveau de formation. La seconde est le rôle des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le développement de l'offre et du système de soins.

Dans ces deux domaines, certains pays sont en avance sur la France, comme les pays scandinaves. En matière de coopération, certains sont allés très loin dans la spécialisation des rôles entre les différents professionnels de santé. S'agissant du binôme « médecin-infirmier », certains pays ont adopté une répartition des tâches permettant de proposer une nouvelle forme d'accompagnement assuré par les infirmières, à la fois dans les soins courants et dans le suivi des pathologies chroniques.

En France, ces démarches demeurent relativement marginales, car elles se heurtent à de nombreuses résistances. Du côté des professionnels, les modes de rémunération, les pratiques et les identités professionnelles sont des points bloquants. Par exemple, le passage d'une tarification à l'acte à une tarification forfaitaire soulève de nombreuses interrogations. Les questions culturelles et d'identité professionnelle devront également être abordées. Du côté des patients, les craintes sont une baisse générale de la qualité des soins et le développement d'une médecine à plusieurs vitesses.

Plusieurs pistes peuvent être suivies afin d'améliorer l'efficacité du système de soins. Les trois principales sont la mise en place de structures pluridisciplinaires favorisant la coopération, la reconnaissance juridique de nouvelles missions pour les professionnels concernés et l'évolution des modèles de rémunération et de formation.

Le développement des technologies de communication présente un grand intérêt. Nous pouvons distinguer deux grandes catégories. La première désigne tout ce qui permet les consultations à distance et facilite l'accès aux médecins et aux spécialistes. La seconde recouvre la télésurveillance, notamment pour le suivi des maladies chroniques. Ces deux catégories devraient permettre d'améliorer sensiblement la qualité des soins.

La télésanté n'est pas seulement un outil à l'usage des professionnels. Elle est aussi un moyen d'associer plus étroitement les patients aux soins dont ils bénéficient. Par exemple, nous pouvons imaginer un dispositif permettant au patient de donner des informations plus rapidement sur son état, de façon à faire évoluer le soin. Dans ce domaine, les freins sont également nombreux, ils sont de nature financière ou juridique. Néanmoins, afin que ces outils se développent, il convient de soutenir l'innovation. C'est ce que fait la France à travers le chantier des dépenses d'avenir.

Afin de développer ces changements, il conviendra d'assurer la solvabilité de certaines initiatives en organisant leur industrialisation. Enfin, on devra développer l'interopérabilité des différentes solutions industrielles mises en place.

Les nouvelles technologies sont bien entendu un moyen efficace d'accroître la coopération entre les professionnels de santé. En poussant aussi loin que possible cette logique et les perspectives que je viens d'évoquer, nous sommes en mesure d'imaginer, d'ici vingt ans, un mode d'exercice de la médecine assez différent de ce que nous observons aujourd'hui, qui serait plus efficace et plus adapté aux besoins des patients.

Table ronde n°1

Coopérations entre professionnels, une nouvelle donne pour l'offre de santé ?

Participants

Elise ANGER et **Virginie GIMBERT**, chargées de mission, département Questions sociales, Centre d'analyse stratégique
Craig POLLACK, professeur, École de médecine, université Johns Hopkins
Daniel LENOIR, directeur général, Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais

I. État des lieux des coopérations en France et à l'étranger

1. La situation en France

Virginie GIMBERT

On parle aujourd'hui de coopération entre professionnels de santé lorsqu'ils développent conjointement de nouveaux modes d'intervention auprès du patient. Ils peuvent mettre en place des équipes pluridisciplinaires de soins et définir des modalités inédites d'exercices collectifs d'une part, et opérer des transferts d'activité entre eux d'autre part. Développer les coopérations permet de faire évoluer le mode d'exercice des professionnels et de repenser leur rôle, l'objectif étant d'utiliser au mieux les compétences disponibles.

En France, les avancées en matière de coopération sont à la fois récentes et marginales. C'est la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 qui autorise les professionnels à formaliser une démarche de coopération interdisciplinaire. L'article 51 de cette loi permet la mise en place d'un « protocole de coopération ». C'est le volontariat des professionnels qui prévaut à l'élaboration des protocoles. Ceux-ci sont validés par l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui les autorise sur avis de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Il existe aujourd'hui moins d'une dizaine de protocoles de coopération, qui concernent surtout le secteur hospitalier. Dans le secteur ambulatoire, les modes d'exercice collectifs et pluridisciplinaires sont encore peu développés. La structure d'exercice la plus fréquente est le cabinet de groupe, qui rassemble des praticiens issus d'une même profession. Les structures pluridisciplinaires de soins demeurent peu répandues.

Ces évolutions, très modestes en France, s'expliquent par quatre facteurs. Premièrement, la résistance des professionnels demeure forte, car la coopération touche au cœur des identités professionnelles.

Deuxièmement, le mode de rémunération est un frein notoire, en particulier pour le secteur ambulatoire. En effet, dans un système où les médecins libéraux sont rémunérés à l'acte, tout transfert d'activité se traduit par une perte immédiate de revenu pour le professionnel qui y renonce. Néanmoins, certaines évolutions

expérimentées en maison de santé vont dans le bon sens, on pense par exemple à l'introduction de modes de rémunération collectifs ou au forfait.

Le troisième frein tient au partage d'informations insuffisant entre les professionnels. De plus, tous les protocoles mis en place le sont au niveau local et il n'existe pas de protocole au niveau national.

Enfin, le cadre juridique des professions, réputé rigide, pourrait être assoupli afin de permettre une meilleure articulation des périmètres d'intervention des professionnels.

2. La situation à l'étranger

Elise ANGER

La plupart des systèmes de santé étrangers ont bâti une coopération entre les professionnels de santé beaucoup plus développée qu'en France. Dans certains pays, la restructuration des ressources humaines de santé s'est imposée dès les années 1970 comme la solution permettant de remédier aux pénuries de médecins, de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins de santé.

Les pays anglo-saxons et scandinaves ont beaucoup développé les coopérations dans le domaine des soins primaires. Pour mémoire, les soins primaires désignent l'ensemble des soins préventifs et curatifs de premier niveau et de proximité, classiquement délivrés en ambulatoire.

Aujourd'hui, la grande majorité des professionnels de santé de ces pays exercent collectivement, au sein de structures pluridisciplinaires. Le rôle des acteurs paramédicaux, et en particulier des infirmières, y est très important.

Les évaluations médico-économiques montrent que le développement des coopérations est intéressant à plusieurs titres. Tout d'abord, l'exercice de professionnels de santé issus de différents corps au sein d'une même structure permet d'optimiser les conditions d'exercice de chaque profession et la production de la structure. En outre, faire évoluer les rôles des professionnels offre la possibilité de mieux répondre aux besoins des patients. L'accès aux soins peut être amélioré lorsqu'une infirmière réalise un acte initialement dévolu au médecin. Ces substitutions raccourcissent les délais d'attente de prise en charge.

De plus, le développement de compétences complémentaires à celles des médecins engendrent de nouveaux services, tels que l'accompagnement des patients chroniques par les infirmières. Enfin, en renforçant le secteur des soins primaires, la coopération entre les professionnels améliore l'efficacité du système de santé dans son ensemble. En améliorant l'accès aux soins primaires et leur qualité, la coopération diminue le recours à l'hôpital, très coûteux. Une meilleure organisation des prestataires de soins permet d'absorber en ambulatoire une partie de l'activité hospitalière, telle que les urgences non-vitales ou la petite chirurgie.

Comment les pays anglo-saxons et scandinaves ont-ils développé les coopérations dans le secteur des soins primaires ? La coopération a été structurée très largement autour du binôme « médecin-infirmière », selon deux priorités.

La première est l'amélioration de l'accès aux soins courants. Dans certains pays, les infirmières assurent un tri des patients. En fonction de leur état, soit elles les prennent directement en charge, soit elles les orientent vers le médecin généraliste ou l'hôpital. Les infirmières sont capables de diagnostiquer et de prescrire pour les affections bénignes et peu complexes. Elles deviennent alors le principal point d'entrée des patients dans le processus de soins. Le triage s'effectue généralement au sein de centres pluridisciplinaires, mais certains pays, comme les États-Unis ou le Royaume-Uni, ont développé cette fonction au sein même de structures dédiées, telles que les *Retail Clinics*.

La seconde priorité en matière de coopération a été d'améliorer la qualité de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Dans les pays scandinaves, les infirmières sont fortement impliquées dans le suivi de ces malades. Elles ont largement développé les missions de conseil, d'accompagnement et d'éducation thérapeutique. Elles effectuent dans certains cas l'analyse des examens de contrôle et elles peuvent également réajuster le traitement. Plusieurs pays ont confié à des infirmières spécifiques la planification des soins, améliorant ainsi la coordination et la continuité des soins délivrés aux patients chroniques.

Dans les pays mentionnés ici, les innovations en matière de coopération et d'organisation des soins primaires sont nombreuses et variées. Le succès de ces entreprises repose sur deux conditions : le soutien volontariste des pouvoirs publics au regroupement des différents professionnels en une même structure pluridisciplinaire d'une part, la reconnaissance juridique des nouvelles compétences acquises par les professionnels d'autre part. Dans les pays les plus avancés, de nombreux statuts et niveaux de qualification ont été formalisés au niveau juridique pour la profession d'infirmière. Ils sont en passe d'être institués de façon pérenne.

En conclusion, l'observation des nouveaux dispositifs de coopération en vigueur dans certains pays offre des pistes intéressantes pour repenser le monopole médical en France, ainsi que le périmètre d'intervention des infirmières et autres professionnels paramédicaux. Elle peut également aider à faire évoluer le cadre juridique actuel des coopérations et à accélérer l'émergence des maisons de santé pluridisciplinaires.

Sylvain LEMOINE,

Remercie vivement la direction générale de l'Offre de soins (DGOS), avec qui le Centre d'analyse stratégique a travaillé ces derniers mois, pour la précieuse aide documentaire qu'elle lui a apporté. Les nombreux échanges ont permis de rendre le travail d'aujourd'hui plus concret. Il salue la présence de Hugo Gilardi, chef du bureau « Coopérations et contractualisations » de la DGOS, qui animera la seconde table ronde.

Craig Pollack va présenter deux dispositifs en plein essor aux États-Unis, les *Retail Clinics* et les *Patient Center Medical Homes*, très intéressants car ils montrent une répartition différente des rôles entre les acteurs de santé.

II. Les *Retail Clinics* et les *Medical Homes* aux États-Unis

Craig POLLACK

Un article publié dans la presse il y a trois semaines expliquait que l'initiative du groupe de grande distribution Wall Mart était l'occasion de donner une nouvelle impulsion aux soins primaires. Wall Mart propose en effet de développer des plateformes de soins primaires à faibles coûts. La nouvelle a évidemment beaucoup surpris les médecins généralistes, qui sont très inquiets à l'idée que Wall Mart puisse s'occuper de médecine et de soins courants.

Cette initiative soulève en effet de nombreuses questions : à quoi ressembleront les soins primaires dans les dix à vingt ans qui viennent ? Wall Mart pourra-t-il s'appuyer sur ses centres commerciaux pour mettre en place des systèmes de soins plus performants que ceux dont nous disposons actuellement ?

Aujourd'hui, les États-Unis occupent la première place en termes de dépenses de santé. Or, ce rythme est tout à fait insoutenable et ne saurait être pérenne. Qu'obtient-on au moyen de ces dépenses ? Tout d'abord, nous observons que l'accès aux médecins est sous-optimal. Autrement dit, le pourcentage d'adultes atteints d'affections chroniques, susceptibles de consulter un médecin le jour même, est assez faible. La qualité des soins est par ailleurs extrêmement médiocre. Le pourcentage d'adultes ayant bénéficié de soins préventifs et de dépistages est également faible : à peine plus de la moitié de la population masculine subit un dépistage du cancer du colon après 50 ans.

La réforme du système de santé offre de grandes opportunités et les défis à relever sont nombreux pour le secteur des soins primaires. Tout d'abord, les États-Unis pâtissent d'une pénurie de médecins généralistes. Les taux de remboursement des soins primaires sont très faibles, ce qui entraîne de faibles salaires pour les médecins qui les délivrent. En outre, le prestige des médecins généralistes n'est pas très important et leur image n'est pas bonne. Cela induit une certaine désaffection vis-à-vis de cette profession. Il faut également souligner que de très fortes disparités d'accès aux médecins existent d'une région à l'autre, au sein d'une même ville, d'une catégorie socioprofessionnelle à l'autre ou d'une ethnie à l'autre. Par exemple, l'accès aux soins primaires est très différent selon que l'on parle anglais ou non.

Deux réponses peuvent être apportées à ces problèmes : les *Retail Clinics*, qui sont une initiative du secteur privé, et les *Medical Homes*, c'est-à-dire les établissements de soins intégrés.

1. Les *Retail Clinics*

Les *Retail Clinics* sont des dispensaires implantés dans des centres commerciaux, dans des pharmacies ou dans des espaces de grande distribution. Ces dispensaires sont animés par des infirmières cliniciennes. Ces professionnelles n'ont pas suivi d'études médicales, mais elles possèdent les compétences nécessaires pour effectuer certains actes médicaux sans rendez-vous.

Le mode de fonctionnement des *Retail Clinics* est le suivant. La personne entre son nom dans une console électronique. La première personne arrivée est directement reçue. La durée moyenne d'une consultation est de 20 minutes. Les dispensaires

ont des horaires d'ouverture élargis en soirée et les week-ends. Un tableau précis des affections a été établi, avec une tarification correspondant à chacune d'entre elles.

Les infirmières recevant les patients posent des questions précises en fonction de chaque symptôme et proposent un traitement adapté. Le dispositif est extrêmement rigide. Au fond, l'idée est un peu de transformer les centres de soins en *Macdonald's*. Dans cette chaîne de *fast-food*, où que je me présente, je recevrai toujours le même sandwich. En matière de soin, la situation est évidemment très différente.

La grande majorité de la population américaine a accès à ce type de dispensaire en moins de dix minutes de trajet. L'activité développée par les *Retail Clinics* connaît une croissance fulgurante (on est passé d'environ 200 en 2006 à plus de 1200 en 2010).

Les infirmières animant ces centres peuvent traiter toutes les affections mineures et bénignes, telles que les infections urinaires, les conjonctivites et les lombalgies par exemple. Le prix de ces services varie entre 89 et 119 dollars pour les personnes qui ne sont pas assurées. Les personnes bénéficiant d'une assurance n'ont rien à payer. Des pathologies comme l'asthme, le diabète, l'hypertension ou l'hypercholestérolémie sont également suivies, moyennant le système de tarification décrit *supra*.

Ce système pose bien entendu la question de la qualité des soins. Une étude récente montre que celle-ci est tout à fait comparable à celle délivrée par les autres centres de soins, tels que des cabinets médicaux ou des services d'urgence hospitaliers. En revanche, les prix affichés sont bien inférieurs. Si l'on considère la chaîne complète de soins, c'est-à-dire le diagnostic initial, le traitement et le résultat, on s'aperçoit que les soins octroyés par les *Retail Clinics* sont beaucoup moins onéreux. Ils coûtent 110 dollars en moyenne, contre 166 dollars en cabinet privé et 170 dollars dans un service d'urgence hospitalier.

Pour autant, les *Retail Clinics* ne comportent pas que des avantages. Des organisations de médecins ont engagé des actions contre les *Retail Clinics*, car elles s'opposent à ce que ces centres traitent les affections chroniques. Le recours à ces dispensaires pour des enfants a également suscité une vive contestation. Le dispositif soulève également de grandes craintes concernant à la fois la continuité et la coordination des soins médicaux. En effet, le médecin traitant ne sera pas nécessairement informé du traitement qui aura été délivré dans une *Retail Clinic*.

Par ailleurs, de nombreux actes préventifs ne peuvent pas être effectués dans ces centres. Il est donc possible de passer à côté de certaines pathologies, faute d'un examen suffisamment approfondi. Le dispositif risque également d'entraîner une demande accrue d'accès à ces centres. Les personnes pourraient s'y rendre bien plus souvent que chez leur médecin généraliste ce qui pourrait poser, à terme, des problèmes de coûts.

2. Les Medical Homes

Ce concept de *Medical Homes* n'est pas nouveau ; il a vu le jour dans les années 1970, dans le secteur pédiatrique en particulier. L'objectif était que les enfants reçoivent tous les soins souhaités en un seul et même lieu. Le centre de traitement devait donc être en mesure de fournir tous les services attendus d'une part, et d'assurer la coordination entre les différents services d'autre part. Les *Medical Homes* sont apparus comme un moyen de revitaliser les soins primaires. Malheureusement, ces établissements attirent une faible part des médecins diplômés.

Leur fonctionnement repose sur cinq principes. Premièrement, comme je l'ai dit, les soins sont intégrés, c'est-à-dire que tous les soins demandés sont dispensés en un seul et même lieu. Deuxièmement, les soins doivent être adaptés aux valeurs et aux convictions des patients, compréhensibles au plan linguistique, et permettre l'implication de l'entourage familial. Troisièmement, les soins sont coordonnés : le médecin généraliste connaît les spécialistes consultés par son patient et les traitements prescrits. Quatrièmement, les soins doivent être aisément accessibles, dans de brefs délais. Enfin, il convient de contrôler la qualité et la sécurité des soins dispensés. Par exemple, il est très important de connaître le pourcentage des patients recevant la bonne chimiothérapie.

Des moyens technologiques significatifs sont requis pour satisfaire à ces conditions. Les cabinets ont consenti des investissements élevés pour en être dotés. Qui plus est, ces structures n'ont pas seulement besoin de médecins. D'autres professionnels, tels que les nutritionnistes, les infirmiers et les auxiliaires, sont impliqués dans les soins prodigués aux patients. Cela ne va pas toujours de soi, d'autant qu'aux États-Unis les soins primaires sont le plus souvent dispensés par de petits cabinets. Personnellement, travaillant au sein de l'hôpital John Hopkins, je bénéficie du fait qu'il est naturellement beaucoup plus facile pour un cabinet de cette taille d'investir dans les équipements nécessaires. La situation est délicate pour les petits cabinets privés.

Un autre problème qui se pose est celui du financement. Le modèle du paiement à l'acte a cours aux États-Unis également, mais d'autres formules sont envisageables. Nous avons pensé à différents dispositifs d'incitation alternatifs, tels que l'octroi d'une part variable en fonction du nombre de patients accueillis.

Les premiers résultats sont assez prometteurs. Un certain nombre d'études conduites sur ces systèmes de soins intégrés montrent que tous les professionnels sont bien impliqués dans le dispositif. Il est toutefois trop tôt pour dresser des conclusions à l'échelle du territoire national. Plusieurs projets pilotes sont toujours en cours. En 2010, cinq millions de patients étaient traités dans ces établissements. La tendance est à la croissance mais il faut attendre pour voir comment la situation va évoluer. Dans l'immédiat, il demeure difficile de mesurer concrètement le respect des cinq principes énumérés ci-dessus.

Quoi qu'il en soit, il convient d'élaborer de meilleures pratiques pour ces centres. Cela peut se faire au moyen de groupes de travail. Certaines pratiques doivent s'apprendre, car elles ne figurent pas dans la formation initiale du médecin, notamment la coordination avec les infirmières ou avec les spécialistes.

Pour conclure, les principales observations concernant les deux types de structures présentées peuvent se résumer ainsi :

- ✓ s'agissant des coûts, les *Retail Clinics* sont moins chères que les autres centres. Nous n'avons pas assez d'informations sur ce point en ce qui concerne les *Medical Homes* ;
- ✓ les *Retail Clinics* offrent un meilleur accès aux soins pour les personnes qui n'ont pas de médecin généraliste, ce qui est le cas d'une grande partie de la population américaine. Les *Medical Homes* contribuent également à améliorer l'accès aux soins ;
- ✓ concernant la qualité des soins, elle semble bonne pour les *Retail Clinics*. Il convient d'attendre les résultats des études concernant les *Medical Homes*.

Les *Retail Clinics* comme les *Medical Homes* continueront à se développer dans les années qui viennent. La question est de savoir si ces structures permettront d'améliorer la qualité des soins, tout en abaissant le coût des dépenses de santé. Nous pouvons aussi nous demander si ces structures pourront se compléter ou si elles se feront concurrence. Enfin, la distinction entre ces structures va-t-elle s'effacer ou non ?

Sylvain LEMOINE

Remercie Craig Pollack pour son intervention très précise et intéressante, qui a évoqué les technologies, les modèles de financement et les préoccupations des patients. Les interrogations ont été nombreuses sur ces dispositifs de soins « low cost » et leur impact sur la qualité des soins. Les évaluations nous ont beaucoup surpris. Les réticences des médecins face aux *Retail Clinics*, tant vis-à-vis de la qualité des soins que de la rémunération, constituent un signal important. En effet, ce modèle ne pourra se développer que si chacun y trouve son compte : professionnels de santé, patients et assureurs.

Daniel Lenoir, directeur général de l'Agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais, va maintenant faire part de son expérience et de son opinion concernant la coopération entre professionnels de santé.

III. Freins et leviers du développement des coopérations au niveau régional

Daniel LENOIR

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, nous sommes en train de finaliser l'élaboration du projet régional de santé sur lequel la conférence régionale va prochainement donner son avis.

Comme cela a été dit, la France est très en retard dans les dispositifs de coopération, évoqués précédemment. Je commencerai par rappeler le contexte. La région Nord-Pas-de-Calais présente la particularité notoire d'afficher, sur la quasi-totalité des sujets, les indicateurs de santé les plus mauvais de toute la France métropolitaine. Or, cela ne s'explique pas par des dépenses de soins insuffisantes puisque la région a plutôt tendance à dépenser plus que la moyenne nationale. Une des explications majeures tient à un recours aux soins beaucoup trop tardif : de

nombreuses personnes ne se rendent pas chez le médecin et se retrouvent aux urgences hospitalières.

Le Projet Régional de Santé vise donc d'abord un recours plus précoce aux soins, à partir de trois axes principaux : une meilleure articulation entre la médecine de prévention, la médecine scolaire, la médecine traitante et la médecine du travail ; un rôle accru des pharmacies comme premier recours et enfin, un programme ambitieux d'éducation à la santé.

La loi HPST traite de médecine « de premier recours » et non de soins primaires. Cette médecine doit répondre à plusieurs enjeux : permettre une prise en charge plus précoce, orienter et accompagner vers les spécialistes, garantir la continuité de la prise en charge dans la durée et assurer l'éducation thérapeutique du patient. Pour atteindre ces objectifs, priorité a été donnée dans la région aux maisons et aux pôles de santé. Ces actions contribueront à atteindre l'objectif démographique, mais l'objectif initial est de proposer une nouvelle organisation des soins de premier recours.

Les maisons de santé organisent régulièrement des réunions d'échanges sur les pratiques et sur les cas, ce qui est très important. Les conditions d'exercice doivent être repensées, et notamment la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle.

Ce cadre doit rendre possible une coopération accrue, qui permettra les avantages évoqués précédemment, en particulier un gain de temps et une montée en compétences des acteurs paramédicaux.

Aujourd'hui, une véritable dynamique est amorcée dans le Nord-Pas-de-Calais, avec plus de 60 projets de maisons et pôles de santé, dont neuf fonctionnent déjà. Ces structures ont suscité une grande satisfaction des patients et une forte adhésion des collectivités locales. Les maisons de santé sont beaucoup plus souples et adaptables que les centres de santé, issus chez nous du régime minier et très imprégnés par la culture minière. Par ailleurs, les centres de santé rencontrent des difficultés économiques importantes ; ils ne sont, aujourd'hui, pas rentables.

Quoi qu'il en soit, ces dispositifs ne représenteront, à terme, que 5 % de l'offre de médecine générale. La marge de manœuvre de l'ARS est limitée, car nous sommes très dépendants du dispositif d'accompagnement. Le comité de pilotage réunit l'ensemble des partenaires et le dispositif comprend en outre une cellule d'appui technique constituée par l'ARS, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) (ex-URML, union régionale des médecins libéraux) et le Conseil régional. Le dispositif d'accompagnement a été bâti en fonction des projets considérés. Nous développons deux types de projet : les projets privés, portés par des professionnels de santé, et des projets publics. Ces derniers, qui émanent le plus souvent de communes, sont, par exemple, la création d'une maison de santé.

La cellule d'accompagnement assure le soutien des médecins et des professionnels libéraux. Elle peut aider les acteurs à formaliser leur projet afin qu'il s'inscrive dans une logique de territoire. Dans les cas où les collectivités s'inquiètent du départ de médecins, on fait appel à des consultants extérieurs pour bâtir un schéma médical adapté. Le critère d'un bon projet médical est la formalisation par les professionnels d'une organisation interne précise.

Concernant la coopération entre professionnels de santé, elle est très peu développée. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, il n'en existe aujourd'hui que deux cas. L'un d'eux est une coopération entre un ophtalmologiste et un orthoptiste, pour lequel l'avis de la Haute Autorité de Santé est attendu ; en cas de réponse positive, vivement souhaitée, ce type de coopération serait un bon moyen d'accélérer la prise en charge des patients. À terme, nous pourrions aller plus loin et envisager une coopération entre les médecins généralistes et les orthoptistes.

Dans la majorité des maisons de santé, les professionnels seraient favorables à des projets de coopération. Nous sommes cependant confrontés à trois types de difficultés pour les développer. Le premier frein est une trop faible coopération entre la médecine de ville et l'hôpital. La loi HPST a mis en place des communautés hospitalières de territoire visant à développer la coopération et notamment une meilleure gradation des soins, de façon à éviter que personne ne sache assurer convenablement le second recours. À cet égard, la concurrence entre les hôpitaux publics est un frein assez fort à la coopération. Celle-ci est également limitée avec le secteur médico-social. Au-delà d'un maillage territorial perfectible, ces deux mondes s'ignorent trop. Face au vieillissement de la population, le suivi des médecins en EPHAD est un enjeu important. Enfin, afin d'accroître la coopération avec l'environnement, la mise en place du dossier médical personnel doit permettre d'assurer la continuité de la formation. Cette condition est nécessaire, mais elle ne sera pas suffisante.

Le second type de frein, évoqué précédemment, est le cadre juridique, mais surtout la lourdeur des processus. Je ne suis pas sûr que l'on gagne à vouloir modifier les décrets relatifs à la définition des compétences. Des dispositifs partant du terrain sont une bonne idée, à condition que les barrières à la coopération, culturelles, idéologiques ou corporatistes, soient levées.

Le principal frein au développement des maisons de santé, et plus généralement à la coopération, est le mode de rémunération. J'ai souhaité inscrire la Région dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Les neuf maisons de santé participent à la démarche. Nous ne disposons pas encore des évaluations permettant de savoir si le dispositif peut générer ou non des économies. La loi a défini quatre modules : les deux premiers sont la coordination et l'éducation thérapeutique du patient, auxquels nous participons. Les deux autres modules sont le financement de modes de coopération et une rémunération au forfait pour la prise en charge des maladies chroniques. Je regrette que nous ne puissions pas engager les deux derniers modules, car nous sommes en train de faire face, avec le développement des maladies chroniques, à une véritable révolution épidémiologique. Par conséquent, nous ne pourrions continuer à assurer une prise en charge concertée en nous appuyant uniquement sur la rémunération à l'acte. Nous devons expérimenter un nouveau mode de rémunération compatible avec une prise en charge collective continue et pérenne.

IV. Échanges avec la salle

- De la salle :

Les centres de santé sont désormais rattachés à la CNAM, et non plus à Caisse Nationale des Mines qui disparaît. Cela provoque un certain trouble ; quelles sont les perspectives ?

Daniel LENOIR

Historiquement, les Mines avaient développé une médecine de caisse. L'évolution a conduit à ouvrir ce dispositif pour le transformer en centres de santé. Ceux-ci, qui existent depuis très longtemps, ne sont pas des maisons de santé. Il s'agit d'organismes mutualistes ou non lucratifs. Les médecins y sont salariés ou vacataires. L'ancienne caisse des mines s'est réorganisée en regroupant ses implantations, de façon à ce que ses médecins soient moins éparpillés sur le territoire. Cela a modifié à la fois le mode d'exercice des praticiens et la clientèle. L'intégration des centres de santé dans les unions de gestion des caisses d'assurance maladie (UGECAM) ne devrait pas poser de problème particulier. Néanmoins, je regrette que les centres de santé ne disposent pas encore d'un modèle économique qui leur permette de fonctionner. Des efforts peuvent être faits en matière d'efficacité et de productivité. Par ailleurs, le mode de rémunération doit correspondre aux fonctions de la structure. Il est clair que la rémunération à l'acte n'est pas adaptée aux centres de santé.

- De la salle :

Parmi les résistances au changement, le corporatisme a été évoqué. Il serait intéressant d'analyser le *statu quo* des modes de rémunération, y compris du payeur. Peut-on faciliter les expériences réellement novatrices ? L'analyse des résistances au changement ne doit pas être négligée.

Sylvain LEMOINE

La proposition 4 de la *Note d'analyse* qui vous a été transmise vise à expérimenter des modes de rémunération à la performance collective notamment. L'idée est de partir d'expériences et de demandes identifiées sur le terrain.

- De la salle :

Les efforts en matière de prévention sont réels, mais encore insuffisants. Des études montrent qu'une meilleure prévention primaire permettrait de diminuer la prévalence des maladies de surcharge, comme le diabète. Il faut, de ce point de vue, pleinement encourager les programmes d'éducation à la santé. Seront-ils généralisés dans toute la France ?

Par ailleurs, la définition donnée du « premier recours » dans la loi HPST, l'associant fortement au médecin généraliste, n'est-elle pas un frein à l'organisation de la coopération professionnelle ? Le rôle du médecin généraliste ne doit-il pas se situer, au-delà du premier recours, dans la synthèse, le diagnostic et le suivi ?

- De la salle :

Une question adressée à Craig Pollack : quel est le modèle économique des *Retail Clinics* ? Dans quelle mesure permettent-elles de réduire le déficit des services de santé ?

Craig POLLACK

À l'origine, le coût devait être pris en charge par les patients eux-mêmes. L'assurance maladie ne couvrait pas ces dépenses. Néanmoins, la situation a évolué

et aujourd'hui, les assurances maladies les remboursent en partie. Le paiement des soins est assuré à la fois par le patient et par l'assurance maladie.

- De la salle :

Autre question ? adressée à Craig Pollack, relative à l'exemple de Wall Mart qu'il a mentionné : cela signifie-t-il que les pharmacies indépendantes sont hors jeu aux États-Unis ?

Craig POLLACK

Sans être un expert de la question, je pense que les grandes pharmacies jouissent effectivement d'une part de marché et d'un effet de consolidation bien plus importants. En outre, elles sont souvent associées aux CVS¹, ce qui accroît la tendance à la concentration et à la consolidation.

- De la salle :

La coopération comprend deux axes : le transfert d'actes ou la réponse à des besoins médicaux non couverts. Cela suppose de faire évoluer les compétences, au moyen de la formation notamment. Comment articuler ces deux axes ?

Par ailleurs, doit-on travailler concomitamment sur les soins hospitaliers et ambulatoires ou bien doit-on donner la priorité à un domaine par rapport à l'autre ?

- De la salle :

Les conseils régionaux sont désormais en charge des schémas régionaux d'aménagement du territoire. Pourquoi sont-ils si peu articulés avec les éléments de programmation que les ARS sont en train de développer ?

De surcroît, dans le Nord-Pas-de-Calais, il existe une demi-douzaine d'agences d'urbanisme et une ingénierie territoriale considérable. Nous avons le sentiment qu'il existe un gros problème de communication des acteurs de la santé avec ces agences.

- De la salle :

S'agissant du transfert de tâches, il faut préciser qu'il existe un certain nombre de missions qui, sans être médicales, sont susceptibles d'être transférées, notamment l'administration et le paiement pendant la consultation.

Daniel LENOIR

Je suis d'accord avec cette dernière intervention : l'organisation du travail et la gestion sont très importantes dans une maison de santé. Les professionnels de santé souhaitent se faire accompagner dans ces missions, en particulier concernant les tâches administratives, car elles ne relèvent pas forcément de leur métier.

¹ CVS Pharmacy ou CVS/pharmacy : la deuxième chaîne de pharmacies aux États-Unis.

S'agissant de l'urbanisme, le conseil régional du Nord-Pas-de-Calais est très partie prenante des travaux effectués. Nous tentons d'établir des diagnostics localisés et d'améliorer notre système d'information de santé. Cela suppose notamment d'avoir enfin accès au SNIIRAM de l'Assurance Maladie. Nous avons établi une carte des zones où il y aura pénurie de professionnels de santé dans cinq ans. Néanmoins, l'installation d'une maison de santé dépend de l'existence d'un véritable projet médical, dans lequel les professionnels doivent s'investir. L'ingénierie territoriale est une chose, mais il faut aussi trouver les ressources.

L'éducation thérapeutique du patient est un besoin non couvert. Je crois qu'il est préférable de s'inscrire dans une logique « *bottom-up* » sur ce sujet. Néanmoins, si de nombreux protocoles de coopération se développent, il pourrait être utile de les généraliser à un moment donné.

Je suis également favorable à la généralisation des soins de prévention. L'un des enjeux de la nouvelle organisation est que la médecine de premier recours intervienne avant que les personnes soient malades. Je ne pense pas que la loi HPST soit mal rédigée sur le premier recours. Nous avons besoin d'acquérir suffisamment d'expérience, notamment dans les maisons de santé, afin de réécrire éventuellement l'article de la loi. Nous verrons comment procéder en fonction du développement des professions paramédicales au sein de ces structures.

Nous devons effectivement approfondir l'analyse des résistances au changement, afin de savoir comment les traiter et de prendre des décisions aussi éclairées que possible.

Table ronde n°2

La télésanté, une nouvelle donne pour l'offre de santé ?

Participants

Mathilde REYNAUDI et Sarah SAUNERON, chargées de mission, département Questions sociales, Centre d'analyse stratégique

Pierre ESPINOZA, praticien hospitalier, pôle Urgences réseaux télémédecine de l'Hôpital européen Georges-Pompidou

Alexandra GOUAZE, aide-soignante, assistante de télémédecine à l'Hôpital Vaugirard-Gabriel Pallez

Henrik BJERREGARD JENSEN, directeur de *MedCom*, agence en charge de télémédecine pour le ministère de la Santé danois

I. Introduction

Hugo GILARDI

Nous avons eu beaucoup de plaisir à préparer ce séminaire avec le Centre d'analyse stratégique. Il est l'occasion de confronter les propositions particulièrement pertinentes formulées dans les deux *Notes d'analyse*¹ parues à cette occasion.

Le second facteur de transformation de l'offre de soins identifié est la rencontre entre le système de santé et les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Cette rencontre est riche de promesses. Elle pourrait tout à la fois réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, favoriser le maintien à domicile des patients en évitant un recours inapproprié à l'hôpital, renforcer la transparence du système pour les usagers, décloisonner l'offre de soins en assurant une continuité entre les secteurs sanitaire, social et médico-social et enfin faciliter le parcours des patients.

Nous avons collectivement intérêt à investir dans l'intégration de ces technologies à l'acte médical lui-même d'une part, et aux services de santé d'autre part. La télémédecine est un sous-ensemble bien particulier de la télésanté, qui soulève de nombreuses questions d'organisation, de rémunération et d'impact sur les ressources humaines notamment.

Les pouvoirs publics ont bien pressenti l'intérêt de cet investissement. Le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) est déjà engagé de manière significative. Le cadre juridique de l'exercice de la télémédecine est posé. On a commencé à y consacrer des crédits pour soutenir les projets pilotes. Les sites d'information du patient progressent, notamment en matière de qualité et de sécurité. Ces initiatives montrent que nous avons bien pris conscience de l'intérêt du sujet. Toutefois, les comparaisons avec l'étranger ne nous sont pas toujours très favorables.

Un certain nombre de freins doivent être levés pour permettre un véritable déploiement de la télésanté en France. En outre, de nombreuses questions se

¹ *Note d'analyse*, n° 254 et n° 255, disponibles sur http://www.strategie.gouv.fr/archives_publication/1/2011

posent. S'agissant de la télémédecine tout d'abord, comment rémunérer des actes réalisés à distance ? Comment diffuser les bonnes pratiques sur l'ensemble du territoire national ? Comment réguler les actes de télémédecine de manière à ne pas constater une inflation contreproductive à son déploiement ? Enfin, comment faire adhérer les professionnels et les usagers à cette pratique ?

En ce qui concerne la télésanté, nous posons les questions suivantes : est-il nécessaire de contrôler l'information médicale mise à la disposition des usagers ? Si oui, comment procéder ? Comment faire du patient un acteur de sa santé sans déséquilibrer sa relation avec les professionnels ? Enfin, comment assurer la cohérence globale du système ? Il convient de définir dès à présent les lignes directrices du développement des systèmes d'information et des technologies associées.

II. Télésanté : vers une transformation de l'offre et de la demande de soin

Mathilde REYNAUDI

Si elle suscite un engouement incontestable, la télésanté demeure encore sous-exploitée, notamment en France, où la priorité a d'abord été donnée à la modernisation administrative. Nous n'en sommes encore qu'aux prémises de l'utilisation des Technologies d'Information et de Communication (TIC) pour améliorer la prise en charge des patients. Quelques expériences isolées sont conduites aujourd'hui sur le territoire, principalement dans les hôpitaux et très rarement en ville.

Depuis le début de l'année 2011, la France s'est davantage engagée dans le développement de la télésanté, avec le déploiement du Dossier médical personnel (DMP). En outre, la dématérialisation des ordonnances en vue de leur télétransmission progressive vient d'être annoncée.

La télésanté offre des solutions à un certain nombre de problèmes. Concernant l'offre de santé, la télémédecine présente un double intérêt, permettant de produire des soins à distance d'une part, et de réorganiser le système grâce à une production en réseaux d'autre part.

L'utilisation de la télémédecine peut améliorer la qualité de vie des patients en leur donnant accès à des professionnels et à des services de santé à distance. La télémédecine permet de dématérialiser une grande partie de la production de soins, de la consultation à la surveillance à domicile. Dans certains hôpitaux, les patients peuvent avoir accès à l'avis d'un spécialiste par visioconférence. La télésurveillance permet non seulement le maintien des personnes âgées à domicile, mais aussi le contrôle des indicateurs biologiques des personnes atteintes de maladies chroniques.

La télésanté peut, plus généralement, servir de levier à la transformation des structures actuelles en un système beaucoup plus intégré. Elle facilite le travail en réseau par la mise en place de plateformes collaboratives et de messageries professionnelles notamment. Les pays scandinaves ont pris de nombreuses initiatives dans ce domaine.

Permettant de rechercher la compétence adéquate au bon moment, la télésanté peut contribuer à la gradation des soins, c'est-à-dire à l'adaptation des moyens aux besoins du patient. Elle rend possible un recours à une télémédecine structurée en trois échelons, des soins primaires idéalement délivrés en maisons de santé, en passant par les soins secondaires réalisés en centres plus spécialisés jusqu'aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) prenant en charge les soins tertiaires. Ces trois échelons devraient s'articuler avec la prise en charge à domicile, afin qu'aucune donnée ne soit perdue. L'organisation de la télémédecine peut ne pas se limiter à un territoire national. C'est le cas des pays du nord, avec le *Baltic Health Network*.

Plusieurs obstacles doivent être levés pour développer ce dispositif. Le premier est juridique et normatif. Il convient de garantir le consentement, l'hébergement et la traçabilité des données. En outre, les incertitudes quant au modèle économique à adopter n'encouragent pas les industriels et les professionnels de santé à s'engager davantage en télémédecine.

Aujourd'hui, aucune grille tarifaire n'est encore définie concernant les actes de télémédecine. En l'absence d'une évaluation médico-économique convaincante, l'Assurance Maladie craint que la télésanté n'entraîne une hausse des coûts.

Au-delà de la rémunération des professionnels, le financement des équipements et des services de télésanté pose problème. Les pouvoirs publics ont délégué 26 millions d'euros aux ARS dans ce cadre, mais ce montant ne suffira pas et il sera nécessaire de développer des partenariats avec les industriels et les assurances complémentaires.

S'agissant des obstacles culturels, la première étape est de sensibiliser les professionnels à la télémédecine, afin qu'ils s'en approprient les différents outils. Sans cette condition, son déploiement sera impossible. Les usagers, quant à eux, craignent parfois une dépersonnalisation de la relation médicale. Néanmoins, sur le terrain, ils se sentent plus autonomes et en contact plus étroit avec leur équipe soignante.

Sarah SAUNERON

La télésanté est aussi une opportunité de gain d'autonomie pour le patient. L'implication croissante du patient dans sa prise en charge est une dimension majeure de la réorganisation de l'offre de santé de demain.

Grâce aux TIC, l'utilisateur pourra d'abord devenir expert de sa santé. Les sites Internet d'information en santé se sont considérablement développés, on en dénombre 3 000 en France aujourd'hui. Plus d'un français sur deux y a cherché des précisions concernant sa pathologie ou les traitements existants. Des réseaux sociaux de patients se sont constitués. Internet est devenu la seconde source d'information en santé, ce qui soulève au moins deux questions : la fiabilité des informations d'une part et l'évolution de la relation entre patients et médecins d'autre part.

Fort de son expertise, le patient deviendra coproducteur de soins, c'est-à-dire qu'il pourra contrôler à tout moment son état de santé. Il pourra recevoir un programme personnalisé, comme le programme Sophia de l'Assurance Maladie, proposé aux diabétiques. Ces initiatives vont sans doute se développer, avec le support croissant des complémentaires Santé ou d'autres acteurs privés.

L'utilisateur sera aussi un évaluateur. Internet lui offrira la possibilité de partager son regard critique. Cela permettra à la fois de renforcer la démocratie sanitaire et d'améliorer la qualité du système de soins. C'est dans cette double perspective que le ministère de la Santé britannique a développé son site *NHS Direct*, qui permet à chacun de publier des notes et des commentaires sur les établissements de santé. Ce site offre également un service d'autodiagnostic, pouvant ainsi jouer un rôle de pré-régulation médicale.

La télésanté étant susceptible de faire évoluer à la fois l'offre et la production de soins, les pouvoirs publics doivent encourager son déploiement, tout en l'encadrant, afin qu'elle contribue à la gradation des soins.

III. La télémédecine et son impact potentiel sur la réorganisation du système sanitaire français : enseignements tirés du réseau Télégéria

Pierre ESPINOZA

Télégéria est une boîte à outils qui propose de la télémédecine depuis sept ans. Depuis deux ans, nous avons organisé plus de 1 000 sessions en haute définition. Les technologies existent et permettent dès à présent de se connecter avec un centre de santé, un cabinet libéral, un hôpital de proximité ou un domicile. Il s'agit d'une organisation et de pratiques nouvelles. L'enjeu est la réussite du déploiement territorial. C'est sur ce point que portent nos efforts depuis plusieurs années. Ce déploiement doit s'effectuer dans le cadre d'une politique sanitaire et en fonction d'une identification pertinente des besoins.

Alexandra GOUAZE

L'hôpital Vaugirard est un centre de gérontologie qui possède 11 lits d'hôpital de jour, une unité de gériatrie aiguë (UGA) de 10 lits, un soin de suite de rééducation de 124 lits et une unité de long séjour. 21 spécialités sont présentes, mais la plus sollicitée est l'orthopédie.

Certains suivis ont fait l'objet de plusieurs consultations dans chaque spécialité. La majorité des demandes porte sur les soins de suite et sur la rééducation. Les soins de longue durée et l'UGA sont également beaucoup demandés.

Les équipements vidéo permettent une consultation en face-à-face, ainsi que la visualisation partagée des clichés radiologiques.

Pierre ESPINOZA

À l'hôpital Georges Pompidou, ce qui est vu par le patient l'est aussi par le spécialiste, et réciproquement. Ce partage est très important au plan éthique. Tous les examens sont traçables et conformes au décret relatif à la télémédecine¹.

¹ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, <http://www.legifrance.gouv.fr>.

Alexandra GOUAZE

Ces nouvelles pratiques professionnelles impliquent non seulement les spécialistes, mais aussi les gériatres, les kinésithérapeutes et les autres professionnels de santé.

Un nouveau métier est celui d'assistante en télémédecine. Ses missions sont de maîtriser les technologies mises en œuvre et de les mettre à disposition des spécialistes. Elle doit également accompagner le patient pendant la consultation et assurer la médiation avec les spécialistes.

Pierre ESPINOZA

Avec Télégéria, nous disposons déjà d'une expérience pratique et concrète qui permet de saisir tous les enjeux de la télémédecine : technologiques, scientifiques, juridiques, organisationnels et économiques.

Des chercheurs de grandes écoles scientifiques travaillent avec nous sur les nouveaux modèles économiques en santé. Ce point est fondamental car ces compétences manquent aux médecins. La technologie est un pivot à chaque étape du changement.

Nous projetons d'élaborer demain, en partenariat avec SFR, une plateforme couvrant deux territoires d'Île-de-France : le 75 et le 95. Le grand emprunt devrait nous permettre de franchir cette étape. Quoi qu'il en soit, nous aurons besoin d'une nouvelle tarification expérimentale dès 2012. Si tel n'est pas le cas, le projet n'aboutira pas. Les orthopédistes n'arrêteront certainement pas leurs consultations pour venir faire de la télémédecine. Nous avons donc besoin que la CNAM soit présente dans nos discussions ; tel n'est pas le cas aujourd'hui.

Nous avons fait de la téléconsultation, de la télé-expertise et de la téléassistance, mais pas encore de télésurveillance. Sur notre plateforme, nous souhaiterions recourir aux services d'une PME capable d'effectuer cette télésurveillance, avec des capteurs installés au domicile des patients.

Si nous nous en tenons à la construction d'une plateforme inter-hospitalière, nous n'atteindrons pas notre objectif d'efficacité médico-économique. La plateforme doit exister pour l'hôpital et pour la ville, sans quoi elle sera condamnée. Les cloisonnements entre la ville et l'hôpital, entre le médical et le social, qui ont marqué les limites du système durant ses quarante dernières années, doivent être supprimés.

Les technologies nous permettent de faire beaucoup de choses. Elles doivent être mises à disposition des centres médicaux pour faire émerger des initiatives concrètes. Tout cela devra être rigoureusement évalué. Pour ce faire, nous travaillons avec l'INSERM et avec l'unité économique de Créteil.

Il est important de réfléchir à notre stratégie de déploiement. Avec Télégéria, nous menons des consultations spécialisées entre les EHPAD et les hôpitaux. Il existe 11 000 EHPAD en France et 700 EHPAD en Île-de-France. Comment procéder, par exemple, pour que 200 EHPAD soient connectés à 20 établissements dans trois ans ? Avec l'École Centrale de Paris, nous travaillons sur les modèles économiques, et plus précisément sur l'émergence des valeurs qui vont concerner les patients et les professionnels.

Dans nos travaux, nous avons comparé le processus de télémédecine à celui des autres consultations « classiques ». Nous avons élaboré un guide des procédures. Cela est essentiel car nous ne développerons pas une bonne télémédecine si nous n'écrivons pas tout ce que nous faisons.

Nous devons aussi penser l'organisation territoriale. Les établissements de niveau 1 demandent des avis généraux de premiers soins. Ceux de niveau 2 demandent des avis spécialisés courants. Néanmoins, il ne faut pas oublier les établissements de niveau 3, qui dispensent des avis très spécialisés, en neurochirurgie par exemple. Or, en Picardie par exemple, le seul centre de neurochirurgie se trouve à Amiens. Les consultations hyperspécialisées doivent être intégrés aux schémas de développement. Une plateforme peut être multi-spécialisée et intégrer à la fois le traitement de la douleur ou l'éducation thérapeutique, par exemple.

La télémédecine peut faire évoluer le concept de proximité, sous réserve que nos institutions l'acceptent, qu'elles l'accompagnent et que les professionnels s'impliquent dans le dispositif.

À l'hôpital Georges Pompidou, la télémédecine existe pour le suivi des femmes diabétiques enceintes, pour le suivi de l'hypertension artérielle, pour les maladies rares, etc. À partir d'un serveur, qui reste à constituer, nous pourrions établir de multiples liaisons, mais à condition d'être véritablement accompagnés.

Les facteurs clés de succès de la télésanté sont d'abord la tarification. Ce système doit être débloqué afin que nous puissions nous engager dans des projets nouveaux. Un projet médical doit être de type « bottom-up », avec des objectifs de soins bien définis et une conduite de projet. Le problème est que la médecine s'est tellement spécialisée qu'elle peut se retrouver isolée en silos. Il est impératif de mettre en place une sécurité commune pour n'importe quel silo. La maintenance et les guides de procédures doivent également être communs et l'évaluation doit être effectuée par des équipes qui sont en charge de projets dans plusieurs réseaux. Enfin, il est important que les ARS qui engagent l'assistance à maîtrise d'ouvrage ou à maîtrise d'œuvre puissent le faire dans des réseaux mutualisés. Il n'y a pas de raison pour que l'on construise une plateforme de services réservée au diabète, alors qu'elle pourra également assurer d'autres suivis à l'avenir.

Hugo GILARDI

Nous venons d'entendre que tout cela peut bien fonctionner. La question est de savoir comment nous nous organisons pour diffuser et généraliser les bonnes pratiques. En France, subsistent deux obstacles importants au développement de la télémédecine : la rémunération et la coordination entre les responsables de projet au niveau national et les ARS. Comment les difficultés rencontrées par les porteurs locaux de projets peuvent-elles être connues et traitées au niveau national ? Henrik Bjerregard Jensen va maintenant apporter quelques précisions sur ces points en présentant l'expérience danoise.

IV. Le Danemark : un modèle de déploiement national de la télésanté ?

Henrik BJERREGARD JENSEN,

Se félicite d'avoir à traiter ici le sujet, qui relève plus d'une question que d'une affirmation, « Le Danemark est-il un modèle de déploiement national de la télésanté ? ». En effet, si l'expérience des pays scandinaves comporte de nombreux aspects très positifs, nous devons aussi nous enrichir de l'expérience française.

Au Danemark, où l'on travaille sur ces points depuis longtemps, les institutions ont donné la priorité aux premiers soins en hôpital et aux pharmacies, afin d'assurer une meilleure coopération entre ces différents secteurs de la santé.

Le Danemark a su développer l'utilisation des nouvelles technologies de manière à montrer la voie. Une étude comparative, conduite il y a trois ans par la Commission européenne, montre que de très nombreux pays n'utilisent pas du tout la prescription électronique. Le Danemark est *leader* dans ce domaine, suivi par la Suède, les Pays-Bas, l'Islande et le Royaume-Uni.

L'étude a également permis de mesurer l'importance de la télémédecine dans les soins primaires. Le Danemark affiche de très bons résultats dans ce domaine. Le pays, qui compte 5,5 millions d'habitants, est divisé en cinq régions qui prennent chacune en charge les dépenses de santé publique. Les municipalités sont responsables des soins à domicile, tandis que la quasi-totalité des hôpitaux sont régionaux. Le pays compte également dix hôpitaux privés.

Les soins primaires sont gratuits au Danemark. Pour les dix années qui viennent, nous allons d'abord développer la télésanté dans le secteur hospitalier. Nous comptons l'implanter dans 21 hôpitaux et nous prévoyons la construction de cinq nouveaux hôpitaux pour les soins aigus. Les autres hôpitaux concernés par la télésanté sont des structures spécialisées dans la chirurgie électorale, le remplacement de hanches notamment. Sont également concernées toutes les structures requérant un diagnostic et une prise en charge spécialisés. Enfin, 1,5 million d'habitants souffrant de maladies chroniques devront être progressivement pris en charge par les structures de soins primaires.

Au cours des années qui viennent, nous souhaitons nous appuyer sur une coopération accrue entre les trois niveaux d'organisation du système de santé, c'est-à-dire structures de soins primaires, soins secondaires et de spécialisation de pointe, en impliquant davantage les patients dans la prise en charge. Ils devront pouvoir mieux surveiller leur pathologie et leur traitement.

Aujourd'hui, c'est le médecin généraliste qui pilote la prise en charge du patient. Nous tenterons de mettre en place un processus plus souple et une meilleure coordination des différents niveaux de soins. Chaque acteur sera amené à jouer un rôle accru dans la prise en charge des patients. Cette vision n'est pas très différente de celles des autres pays d'Europe.

Le médecin généraliste en charge des soins primaires devra exercer une fonction de coordination bien plus importante, notamment avec la municipalité et les hôpitaux. Il devra en outre planifier les soins. Au Danemark, comme aux Pays-Bas, le système

fonctionne comme suit : le patient s'adresse d'abord à son médecin traitant, qui l'oriente ensuite vers un spécialiste.

Au niveau des municipalités, un certain nombre d'organisations de soins à domicile devront intégrer de nouvelles responsabilités, notamment dans le domaine de l'éducation à la santé et de la rééducation.

Les technologies de l'information joueront un rôle fondamental dans toutes ces évolutions. Au Danemark, nous savons bien organiser la coopération entre les institutions publiques, aux niveaux national et municipal. La coopération est également très bonne entre *MedCom*¹ et le portail de santé danois qui couvre l'ensemble du territoire. Le Gouvernement a par ailleurs créé, il y a un peu plus de dix ans, une agence nationale de coordination des efforts de santé, chargée d'élaborer des stratégies et des plans d'action à l'échelle nationale.

Chez *MedCom*, nous nous occupons de la communication entre les hôpitaux, les médecins, les pharmacies et les soins à domicile. Nous tentons de proposer des solutions standardisées, qui puissent être déployées à l'échelle du pays. Tous les médecins traitants utilisent des prescriptions électroniques pour adresser les ordonnances aux pharmacies. L'élaboration de ce dispositif *MedCom* a pris plus de quinze ans puisqu'il a débuté en 1994.

Cette « médecine connectée » (*Connected Medecine*) a été mise en place dans les centres de soins primaires. Les résultats de laboratoire, les lettres de sortie d'hôpital et les lettres d'orientation sont désormais envoyées par voie électronique. Depuis cinq ans, les laboratoires, les médecins et les pharmacies utilisent ce système pour envoyer ces informations. 90 % de ces messages transitent désormais par ce système. Je précise que nous avons travaillé en étroite collaboration avec une soixantaine d'éditeurs de logiciels, afin d'échanger ces différentes données de façon structurée.

Le portail santé des pouvoirs publics (*Sundhed.dk*²) a été bâti en 2003, l'objectif étant de proposer un point d'entrée unique sur Internet aux citoyens et aux professionnels de la santé. Ce portail contient des informations sur les pathologies, les centres de soins et les traitements. Il permet également la prise de rendez-vous avec les médecins et l'accès aux dossiers hospitaliers sur tout le territoire. Il offre enfin l'accès aux informations concernant les médicaments délivrés par chaque pharmacie. Tous les médicaments sont couverts par ce système depuis deux ans. Nous utilisons un système de signature électronique, fonctionnant suivant un dispositif de clé publique. Il peut être utilisé pour communiquer avec tous les services publics.

En somme, le Danemark dispose d'une certaine avance dans les domaines évoqués, par rapport à la plupart des autres pays. Une étude comparative réalisée par un laboratoire de Washington souligne que les points forts du Danemark sont la qualité du pilotage du dispositif au niveau national et les dispositifs d'incitation financière mis en place. L'établissement de normes de coordination et de certification, l'identification de fournisseurs de logiciels, ainsi que la mise en place d'une infrastructure nationale, sont des éléments très importants.

¹ <http://www.medcom.dk/wm109991>.

² <https://www.sundhed.dk/>.

Le projet a été mis en œuvre de façon très progressive. La télésanté s'est déployée étape par étape. La démarche étant complexe, le système doit rester simple et il convient de ne pas dévier du cap stratégique que l'on s'est fixé. Nous avons, nous aussi, rencontré des résistances et des difficultés lors de la mise en place du programme ; à cet égard, il est important de persévérer dans la même voie.

Hugo GILARDI

Merci pour cette intervention très intéressante, dont je retiendrai deux messages. Premièrement, les technologies doivent se mettre au service d'une organisation définie en amont, et non l'inverse. Deuxièmement, il faut être patient car ce type de projet prend du temps. Nous sommes en train de le découvrir en France.

V. Échanges avec la salle

- De la salle :

Une première remarque : nous devons bien distinguer la télémédecine, qui doit s'exercer dans un cadre régulé, et la télésanté sur Internet, qui présente un certain nombre de risques. Nous considérons que 80 % des informations véhiculées dans les sites sont dangereuses pour la santé. L'initiative du Gouvernement danois est donc salubre de ce point de vue.

Par ailleurs, les initiatives danoises sont concentrées sur le soin. Or, dans un pays confronté à un vieillissement massif, l'enjeu est de définir une solution efficace non seulement en matière de soins, mais aussi pour le maintien de l'autonomie. Nos médecins ne savent pas répondre aujourd'hui à un certain nombre de personnes qui leur demandent comment elles peuvent vivre de façon autonome au quotidien. Il convient donc d'élargir l'accès aux ressources pour le maintien de l'autonomie au domicile, en partant des besoins des personnes âgées. Sur ce point, il n'est pas sûr que nous possédions tous les éléments permettant de choisir un modèle économique à long terme.

Comment passera-t-on d'un modèle traditionnellement curatif à un modèle préventif équilibré, permettant une co-responsabilité des acteurs ?

Henrik BJERREGARD JENSEN

Les services sociaux sont traditionnellement bien implantés dans les pays nordiques. Dans le domaine de la santé, la situation est différente. La seule croissance démographique pourrait entraîner dans les prochaines années l'augmentation d'un tiers des dépenses de santé. Nous devons donc trouver de nouveaux moyens de délivrer des soins. Il est très important de pouvoir se rapprocher des patients et d'élargir la palette des services qui leur sont offerts. Nous devons développer l'utilisation des technologies de l'information, en particulier pour les soins à domicile.

- De la salle :

Le modèle danois qui a été décrit ne propose le recours à la technologie que pour les transferts de données d'hospitalisation, de biologie ou de prescription. Néanmoins, il n'utilise pas encore les technologies en support aux consultations, pour les transferts d'actes.

Henrik BJERREGARD JENSEN

En effet, nous avons donné la priorité aux communications que j'ai décrites. Néanmoins, je crois que nous poursuivons le même objectif que d'autres pays, notamment celui de développer la télémédecine de consultation pour les patients à domicile. Nous avons engagé la réflexion sur le sujet. Un projet serait d'élargir le rôle des intermédiaires sociaux à domicile. Les infirmières exercent déjà cette fonction.

Pierre ESPINOZA,

Souligne de nouveau qu'il ne faut pas confondre les objectifs de la télésanté et ceux de la télémédecine. La France souhaite mettre en place des programmes régionaux de télémédecine, puis un programme national. Nous pensons que les ARS concevront des programmes plus spécifiques dans les domaines de l'éducation thérapeutique et de la prévention. C'est la synthèse de ces dispositifs qui permettra l'élaboration d'un programme national.

Les outils technologiques dont nous avons parlé peuvent servir dans de nombreux domaines, comme la télé-expertise, mais cet élargissement doit s'opérer progressivement.

- De la salle :

Il semble que les pays dans lesquels les échanges de données se sont développés grâce aux technologies sont ceux qui se sont dotés d'un système national ou régional de santé. Or, la France présente un modèle différent, dans lequel l'acteur dominant est l'Assurance Maladie. Par conséquent, n'est-on pas confronté à un problème de gouvernance pour la mise en place de ces projets ? Daniel Lenoir, pensez-vous que nous avons les moyens d'avancer sur ce plan ?

Daniel LENOIR

L'éparpillement des acteurs n'est certes pas un avantage pour définir une maîtrise d'ouvrage. Obtenir un consensus pour mener un projet collectif est toujours difficile. C'est un exercice diplomatique complexe, car les acteurs doivent être convaincus à la fois d'agir et d'investir. Un système national de santé offre une plus grande concentration des acteurs et facilite ces prises de décision. La véritable solution permettant d'aboutir est la mise en place d'une maîtrise d'ouvrage régionale. Tant qu'elle ne sera pas effective, les projets dépendront de la convergence temporaire d'intérêts particuliers.

La loi a posé l'obligation d'élaborer un programme régional de télémédecine. Nous avons commencé le travail et certaines réalisations sont déjà opérationnelles. Par exemple, notre système de télé-AVC permet au neurologue et au radiologue qui se trouvent à distance de prendre une décision en moins d'une heure.

Table ronde n°3

Quelle offre de santé dans 20 ans ? Visions prospectives en débat

Participants

Guy VALLANCIEN, médecin urologue, professeur à l'université Paris-Descartes
Alain LIWERANT, vice-président, Médecins généralistes France
Claude LE PEN, professeur à l'université Paris-Dauphine, président du Collège des économistes de la Santé
Didier TABUTEAU, responsable de la Chaire Santé, Sciences Po

Sylvain LEMOINE

En guise de conclusion pour ce séminaire, quatre interventions libres vont reprendre chacune un aspect particulier des débats. Nous avons beaucoup insisté au cours des échanges sur l'importance croissante accordée aux soins primaires. Guy Vallancien, avez-vous le sentiment que cette prise de conscience pourrait se traduire dans les faits ?

Guy VALLANCIEN

Le directeur de l'agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais nous a dit qu'il existait déjà 60 projets de maison de santé. Actuellement, pour 250 maisons de santé existantes, nous dénombrons 1 000 projets en cours. J'avais dit qu'il en faudrait 4 000. Nous atteindrons cet objectif. Lorsque le décret attendu sur ce sujet sortira, nous allons observer une accélération spectaculaire de la conception de ces projets. De plus, dans les 10 ans qui viennent, 20 000 médecins généralistes vont partir à la retraite et 20 à 25 000 jeunes les remplaceront. Ils montreront sans doute une très grande capacité de coopération avec les autres professionnels de santé.

Nous sommes en train de créer des « Monop' » sanitaires, sous l'impulsion des grands distributeurs. L'hospitalo-centrisme est par conséquent un modèle pratiquement révolu. La chirurgie va perdre 50 % de ses lits et nous allons enfin revenir à une médecine vraie, la médecine de proximité, qui représente 90 % de la production de soins en France. Les autres pays d'Europe vont également dans le même sens.

La difficulté est que les professionnels ne sont pas tous prêts. Le corps infirmier, en particulier, est très réticent à l'idée de passer sous la coupe des médecins dans le cadre des maisons de santé. Ce ne serait pourtant pas le cas. Nous allons nous orienter vers la notion de professionnels non médecins à compétences augmentées, par le biais de masters 1 et 2. Je milite pour que ces professionnels fassent partie de la médecine. Je n'aime pas la distinction entre le « paramédical » et le « médical », car elle crée une césure. Distinguer les soins infirmiers des soins médicaux ne veut rien dire ; tout est médical, les différents métiers sont au service d'une prise en charge partagée. Aujourd'hui, entre le bac + 3 de l'infirmière et le bac + 10 ou + 12 du médecin, il n'existe pas de corps intermédiaire. Nous sommes l'une des rares professions à pâtir de ce fossé délétère.

Je suis très confiant en l'avenir. Les « Monop' » sanitaires vont modifier la disposition des villes moyennes. Les habitants, notamment les personnes âgées, voudront s'installer à proximité de ces structures. Cela se fait déjà aux États-Unis. Jadis, les églises signaient l'existence d'un village par leur clocher. Demain, la croix bleue des centres, ouverts jour et nuit, caractérisera la prise en charge sociétale de la population. Cela se fera ainsi et pas autrement. Les professionnels de santé sont intelligents. Si on leur montre l'intérêt collectif de ce projet, ils n'opposeront pas de résistance à ce changement.

Concernant la télésanté, nous devons effectivement obtenir des financements. Néanmoins, il ne faut pas surévaluer le risque d'une hausse incontrôlée des dépenses : si un médecin se met à télétransmettre pour 20 % de sa patientèle, cela devrait représenter, plus ou moins, 20 % d'actes et de consultations qu'il effectuait auparavant. La patientèle d'un médecin et le temps médical disponible ne sont pas extensibles à souhait. Nous pouvons d'ores et déjà commencer à tester le dispositif, quitte à le réévaluer s'il y a inflation. Sur ce sujet, il convient de monter en puissance sans attendre que toute initiative vienne d'en haut.

L'état d'avancement du Danemark est compréhensible, puisqu'il représente la superficie et la population de la région Rhône-Alpes. Il est beaucoup plus aisé d'opérer à l'échelle d'une région. À cet égard, je souhaite délivrer le message suivant : laissons faire les régions et surtout les acteurs. De nombreux systèmes n'ont pas besoin d'un modèle formalisé. Cela pourrait condamner l'activité. Si nous figeons trop les dispositifs, les acteurs ne s'engageront pas. Laissons-les faire et payons à la consultation, dans un premier temps. Nous verrons bien comment la situation évolue. Les technologies de l'information requièrent tout sauf de la centralisation. Laissons interagir les petits systèmes entre eux et l'évolution s'effectuera beaucoup plus rapidement.

Il est possible que 80 % des informations de santé disponibles sur Internet soient fausses, bien que ce chiffre me paraisse trop élevé. Quoi qu'il en soit, les patients qui souhaitent être acteurs de leur santé sont libres et opéreront un tri dans ces informations.

Je télé-enseigne la chirurgie à des praticiens étrangers. Je télétransmets les dossiers pour des cancers de la prostate. Des centaines de malades nous envoient des commentaires d'un grand intérêt pour leur suivi. La communication par Internet est un outil prodigieux. Entre professionnels de santé, nous organisons des formations continues entre l'école que nous avons créée et les maisons de santé. La formation intervient tous les lundis, sur le temps de travail. Pour le moment, elle n'est pas rémunérée, mais nous y arriverons. De nombreuses expériences ont cours. Laissons-les se dérouler sans forcément vouloir tout réorganiser.

Sylvain LEMOINE

Alain Liwerant, vice-président de Médecins Généralistes France, va maintenant répondre à ce message enthousiaste et optimiste.

Alain LIWERANT,

Partage les propos de Guy Vallancien, mais pourquoi attendre 20 ans ? Aujourd'hui, en médecine primaire et de premier recours, nous ne recevons qu'un compte-rendu sur dix des patients sortant de l'hôpital. En améliorant déjà ce point, nous progresserions beaucoup sur le service rendu aux patients.

S'agissant de l'offre de soins en 2030, nous visons trois objectifs : améliorer la qualité du service aux patients, augmenter la compétence des professionnels de santé et réaliser des économies.

Le service apporté aux patients suppose tout d'abord un système de soins organisé. Organisé ne veut pas dire « ligoté », mais il n'est pas non plus envisageable de pouvoir faire tout et n'importe quoi, au nom de la liberté individuelle. Notre service étant social et mutualisé, un minimum d'organisation est requis. Le système devra comprendre des soins primaires, des spécialités et le pôle d'excellence de l'hôpital. Les échanges entre les deux premiers niveaux se font tant bien que mal. Avec le troisième échelon, un important frein au changement est l'absence de rapport entre la ville et l'hôpital. Si ces deux niveaux parvenaient à communiquer un peu, les premiers gagnants seraient les patients.

L'augmentation des compétences des professionnels de santé se fera par la constitution d'équipes pluridisciplinaires. Celles-ci devront compter des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des diététiciens, ainsi que tous les acteurs parties prenantes dans l'accompagnement d'un patient.

Les transferts de compétences, à des infirmières par exemple, sont envisageables. Néanmoins, une enquête réalisée il y a quelques années par la Société française de médecine générale a montré qu'au cours d'une consultation de médecine générale, on évoque en moyenne 3,6 pathologies. Cela signifie que le transfert de compétences doit être précisément organisé. Ces transferts permettraient d'accroître la prévention. Pour mémoire, l'Assurance Maladie ne rembourse les actes de prévention que depuis quinze ans environ. La prévention en France est embryonnaire et chacun gagnerait à la développer. Les équipes pluridisciplinaires pourraient non seulement développer l'éducation thérapeutique des patients, mais aussi prendre en charge le suivi des pathologies et leur traitement.

Les freins à la prévention sont le cloisonnement des compétences. Il existe de nombreuses barrières entre les compétences de mon voisin et les miennes, et il sera difficile de les briser. Pour cela, il conviendra d'établir un dialogue entre les professionnels. Le couple « médecin-infirmier » a été évoqué aujourd'hui. Néanmoins, le couple qui entretient les rapports les plus fréquents avec le patient est celui du médecin et du pharmacien. Les infirmières ne voient que 6 à 8 % de nos patients, alors que les pharmaciens en voient 100 % et même plus, puisque de nombreuses personnes vont les voir pour éviter de consulter un médecin.

Concernant le volet économique, en France le système se limite au paiement à l'acte. Le Royaume-Uni a adopté le paiement forfaitaire salarié. Les travers de chaque système sont désormais clairement identifiés. Le paiement à l'acte doit demeurer l'un des moyens de paiement des médecins ou des professionnels de santé. Le forfait, quant à lui, se justifie dans le cadre de l'éducation thérapeutique ou de la prévention. En effet, il serait absurde de payer ces pratiques à l'acte. Nous nous acheminons petit à petit vers leur rémunération au forfait.

J'ajoute qu'il devrait exister un autre forfait, qui est le forfait Structure. La constitution d'équipes pluridisciplinaires est un beau projet, mais elle suppose que les acteurs soient déchargés d'un certain nombre de tâches purement administratives ou de gestion, qui prennent beaucoup de temps. En France un médecin généraliste emploie 0,3 salarié ETP, il est de 6,6 en Angleterre. Le forfait Structure permettrait d'augmenter le temps médical des praticiens ce qui n'est pas négligeable en cette période de démographie négative.

Je rejoins Guy Vallancien à propos de notre besoin de liberté. Il ne faudrait pas que les médecins se retrouvent confrontés à des textes trop contraignants. J'ai participé dans le passé à un fonds de modernisation des soins créé par l'Assurance Maladie. Un grand nombre d'expériences se sont développées en toute liberté et ont été évaluées. Certaines ont été reconnues comme extrêmement positives et innovantes. Malheureusement, elles ont dû être abandonnées car le programme ne durait pas plus de deux ans.

Sylvain LEMOINE

Nous avons évoqué différents aspects et fonctions du patient : l'acteur, l'éducateur, le coproducteur et l'évaluateur : Claude Le Pen, pouvez-vous nous dire quelques mots de ces nouvelles facettes du consommateur de soins ?

Claude LE PEN

Mon inquiétude porte aujourd'hui sur les perspectives macroéconomiques et leur incidence sur le système de protection sociale. Si nous entrons dans un cycle de croissance ralentie pendant dix ans, l'impact sur ce système pourrait être extrêmement violent. Il existe des précédents. Si nous examinons la croissance macroéconomique sur les cinquante dernières années, nous observons que 1974 a constitué une rupture nette et brutale, puisque nous sommes passés d'un taux de croissance de 4,5 % à un taux de 2,5 %. Si la croissance baisse au taux réel de 1,5 %, le choc sera au moins aussi important qu'en 1974.

Une croissance en valeur de 2,5 à 3 % serait égale au taux de croissance actuel des dépenses de santé. Ce parallélisme au PIB ne résout pas la dette. La situation est loin d'être équilibrée, car pour maintenir ce rythme de croissance, nous devons trouver deux à trois milliards d'euros d'économies chaque année. Les économies seront de 2,7 milliards d'euros cette année, mais il sera très difficile de renouveler l'opération tous les ans. Une fois que des économies auront été réalisées sur tous les postes, en particulier dans la mutualité, il n'existera plus de marge de manœuvre. Le pays sera alors confronté à de sérieux problèmes.

Certes, le système présente un potentiel important de gains de productivité. L'illusion serait de croire que la mobilisation de ce potentiel serait gratuite. La plupart des mesures qui augmentent la productivité du système ont de fortes répercussions en termes structurels. En d'autres termes, si le système devient productif, il sera très différent de celui dans lequel nous vivons aujourd'hui.

Afin d'extraire de la rente de la médecine de ville, par exemple, il conviendrait d'abolir la médecine libérale. Pour obtenir de la rente de l'hôpital, il faudrait le gérer et réduire le pouvoir médical. Afin de rendre l'organisation des soins rentable, une coordination des soins serait nécessaire. Aucun des moyens que nous pourrions mettre en œuvre pour récupérer la ressource latente n'est gratuit. Les efforts à

fournir seront importants et pénibles, pour les professions de santé et pour l'ensemble des citoyens français.

Pour le moment, nous n'identifions pas clairement les sources de croissance à moyen terme. Quoi qu'il en soit, il est préférable de vouloir changer le système, plutôt que de subir un changement inévitable. Le changement volontaire permettrait une répartition plus harmonieuse des prélèvements d'économies. Le financement serait maintenu pour certaines activités et abandonné sur d'autres.

Une première action consisterait à élaborer un modèle d'organisation axé sur le soin chronique. Le modèle actuel est orienté vers le soin aigu. Or, un nombre croissant de pathologies sont chroniques et les patients voient leur médecin plusieurs fois par mois. Nous avons besoin d'établir un financement approprié à ces relations fréquentes et régulières. Une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital, ainsi que la forfaitisation, sont des moyens d'atteindre cet objectif.

En second lieu, nous pouvons promouvoir l'efficacité organisationnelle par une gestion rigoureuse des structures de santé, y compris au plan financier. Je ne trouve pas que la Tarification à l'Activité (T2A) soit un crime contre l'humanité. Elle est scandaleuse en ce qu'elle fait du médecin un acteur économique. L'hôpital n'est plus financé par une dotation venue d'en haut, mais par l'activité de ses praticiens. La T2A induit ainsi un changement radical de l'origine des ressources financières.

Le système doit-il conserver une visée strictement égalitaire ? Ne faut-il pas s'orienter vers de la discrimination positive, en remboursant mieux les plus pauvres et les plus malades ? La crise atteint tout le monde, mais elle affectera davantage les plus faibles, aux niveaux social, médical et économique. Faisons en sorte que notre système protège ceux-là. Tel est déjà le cas. Près de 70 % des dépenses de l'Assurance maladie concernent les Affections de Longue Durée (ALD), qui représentent neuf millions de personnes. Les discussions sont nombreuses sur l'écart entre les taux de remboursement. Mais ceux-ci varient surtout en fonction de l'âge, ce qui signifie qu'une même personne sera remboursée à ces différents taux tout au long de sa vie. Il n'est pas anormal de rembourser des soins lourds et chers à des patients très malades ou très pauvres.

Je suis favorable au maintien du financement contributif. Il serait regrettable que le financement de la Sécurité Sociale soit intégralement fiscalisé et disparaisse dans un grand financement public. Ce serait même une incitation à dépenser plus, étant donné que la dette de la Sécurité Sociale, de 130 milliards d'euros environ, ne représente qu'un peu moins de 10 % de la dette publique totale, comprise entre 1 500 et 1 800 milliards d'euros. Le financement contributif devrait être universalisé. La TVA sociale serait une excellente solution à cet égard. La fusion de la CSG et de l'IRPP ne me semble pas satisfaisante pour la raison que je viens d'évoquer.

Tous ces changements peuvent nous éloigner de certaines valeurs traditionnelles, mais ils nous rapprochent d'une gestion de crise plus efficace, qui nous permettra de sauvegarder l'accès aux soins dans les dix ans qui viennent, en dépit d'une situation économique vraisemblablement difficile.

J'en viens à ma vision du patient de demain. Dans un des articles que j'ai publié sur le sujet¹, j'ai réagi à l'idée que le patient serait un agent économique incapable d'effectuer un choix rationnel, parce qu'il combinerait l'ignorance et l'émotion. Partant, il devrait être mis sous tutelle. Cette conception correspond assez bien à la vision traditionnelle du patient chez les médecins. Or, aujourd'hui, la situation est bien différente et la tendance est à la normalisation du patient. Comme le dit Canguilhem², la maladie est une allure de la vie et il est normal d'être malade. Le malade chronique recrée une vie normée.

Le médecin a un devoir d'information et d'éducation vis-à-vis de ses patients, mais ces derniers sont capables de choisir. La tendance consumériste est finalement un peu le prix à payer de l'autonomie des patients. Le patient consommateur attend un médecin technicien bien sûr, mais aussi et surtout une capacité d'écoute et de compassion.

Les médecins ont d'abord cru qu'ils tireraient prestige des nouveaux pouvoirs issus de la technologie. Or, celle-ci se banalise et elle banalisera très sûrement les pouvoirs qu'elle procure. Les patients attendent plutôt des médecins le retour à des fonctions de prise en charge et d'accompagnement. Si le médecin n'est pas là pour remplir cet office de prêtre laïc, personne ne jouera ce rôle à sa place.

Sylvain LEMOINE

Didier Tabuteau a maintenant la parole pour la dernière intervention de cette rencontre.

Didier TABUTEAU

Vous aviez aujourd'hui l'ambition de nous faire réfléchir à horizon de vingt ans. Je trouve cette perspective extrêmement intéressante. Nous n'avons pas souvent effectué cet exercice dans le domaine de la santé et nous en avons payé le prix. C'est un travail difficile et nous avons créé au sein de la chaire Santé de Sciences Po l'Office de prospective en santé (OPS) pour contribuer à de telles réflexions.

On peut avoir le sentiment qu'une durée de vingt ans est très longue et que l'échéance est si lointaine qu'elle permet toutes les fantaisies. C'est vrai qu'elle permet de faire preuve d'imagination, c'est d'ailleurs l'intérêt de ce type d'exercice. Néanmoins, si l'on observe ce qui s'est passé depuis vingt ans dans le système de santé, des tendances lourdes, relativement prévisibles, ont largement structuré l'évolution du système de santé. Depuis 1991, la consommation de soins et biens médicaux représente 1,5 point de PIB de plus. Le système de santé compte 50 000 à 60 000 médecins de plus qu'à l'époque.

Quant à son organisation, elle s'est avérée particulièrement stable. Le rapport Santé 2010³, élaboré sous la présidence de Raymond Soubie il y a vingt ans, proposait la création d'agences régionales des services de santé, qui sont devenues les ARS en 2009 !

¹ Le Pen C. (2009), « « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, n°2.

² <http://centrecanguilhem.net/>.

³ « Santé 2010 » (1993), rapport du groupe Prospective de santé, Commissariat général du Plan, La Documentation française.

En somme, alors que le système de santé évolue et se restructure rapidement, la capacité de réforme est, quant à elle, extrêmement réduite. Pour le système de santé, un cycle de réforme représente souvent un processus complexe de concertation, d'expérimentation, d'évaluation... Si l'on ajoute un changement d'équipe, une nouvelle expérimentation, des élections, une nouvelle évaluation; dix années se sont écoulées !

La France a choisi, il y a longtemps, un système pluriel ; mais au lieu de le laisser produire l'énergie et l'intelligence dont il dispose, elle fait tout pour le gérer comme un système national. À un moment donné, il faudra choisir : soit on élabore un système national qui serait piloté selon les recommandations de Claude Le Pen, suivant des matrices carrées ; soit on conserve un système pluriel, complexe et ingénieux, dont je ne suis pas sûr qu'il soit particulièrement inefficace ou coûteux. En cette période de crise, je crois qu'il est vivement souhaitable de parier sur le succès de ce système pluriel et intelligent.

Quelles difficultés pourrions-nous rencontrer dans les années qui viennent ? La première question porte peut-être sur la géographie de la santé : où seront les personnes gravement malades dans vingt ans ? La majeure partie des jeunes retraités vivent aujourd'hui dans les banlieues des grandes villes. Le système de santé doit donc s'organiser pour prendre en charge les populations qui seront confrontées aux problèmes chroniques de santé dans ces zones. Or, ces localités ne sont pas les mieux pourvues en hôpitaux, en transports, en services médico-sociaux et sociaux.

En second lieu, le principal impact de la démographie médicale sera une redistribution complète du financement de l'Assurance Maladie. 10 000 ou 15 000 médecins en moins induiront une transformation profonde des flux des fonds sociaux. C'est le bon moment pour parler de politique des revenus avec les professionnels. Le temps est venu de remettre à plat un système qui a produit en 25 à 30 ans des inégalités de revenus absolument considérables au sein des professions médicales et paramédicales. En accord avec Guy Vallancien sur la terminologie, il est grand temps de supprimer la notion d'« auxiliaires médicaux » dans le Code de la santé publique et même de réunir toutes les professions sous le titre de « professions médicales », à compétences plus ou moins larges.

Quoi qu'il en soit, la restructuration des revenus réels de chaque profession est une exigence majeure aujourd'hui. On peut être libéral et parler politique des revenus, cela ne porte en rien atteinte à l'indépendance de l'activité ou aux conditions de fonctionnement d'un cabinet médical, qu'il soit pluridisciplinaire ou monodisciplinaire. J'ajoute que, au cours des années qui viennent, le corps médical sera d'autant plus influent que le temps médical va manquer. Il est donc nécessaire de définir au plus tôt, en concertation avec ses représentants comme avec les autres professions et les associations d'usagers du système de santé, de nouvelles règles pour la régulation professionnelle.

Comme Claude Le Pen, je suis sensible aux perspectives macroéconomiques. Si la croissance chute en-dessous de 1 % en rythme annuel, les conditions seront réellement très difficiles et le système de santé en subira directement les conséquences. D'une manière générale, le système de santé devra suivre l'évolution de l'économie et s'y adapter. Il ne bénéficiera pas d'un traitement privilégié.

En revanche, dans l'hypothèse d'une évolution de 1 % par an, soit environ 3 % de masse salariale, la baisse de la démographie médicale et l'absence d'innovations thérapeutiques majeures, en l'état des informations disponibles, permettraient de passer les cinq prochaines années, non sans difficultés, mais sans remettre en cause les acquis fondamentaux du système.

Enfin, la transformation des attentes et des rôles patients est un point essentiel. Elle signifie que le système de santé ne sera plus géré à partir du couple État/Assurance Maladie d'une part et professions de santé d'autre part. Cette gestion devra s'organiser autour de quatre partenaires : l'Assurance Maladie, les professionnels de santé, l'État et les associations de patients. C'est ce nouveau système mariant démocratie sociale, démocratie sanitaire et démocratie politique qu'il faut organiser ; cela paraît essentiel pour rééquilibrer le débat et éviter de voir des questions secondaires monopoliser l'attention alors que les échéances imposent de se concentrer sur l'essentiel.

PARUTIONS
RÉCENTES

. « **La croissance de demain** », 232 p.

Colloque, Centre d'analyse stratégique, 12 septembre 2011
Dans la série Rapports et Documents, n°44, Paris, la Documentation française

. « **Le vieillissement des sociétés : un défi pour les politiques publiques. Regards croisés Allemagne - France** », 50 p.

Colloque, Centre d'analyse stratégique, en partenariat avec la Fondation Konrad Adenauer, 29 juin 2011

. « **L'«impératif participatif» dans la politique de la ville en France et à l'étranger** », 31 p.

Kiosque-Séance 2, Centre d'analyse stratégique, en partenariat avec le Conseil national des villes, 27 juin 2011

. « **Du «dénier des cultures» au défi de la diversité** », 27 p.

Kiosque-Séance 1, Centre d'analyse stratégique, en partenariat avec le Conseil national des villes, 27 avril 2011

. « **Croissance et déséquilibres mondiaux. Approches chinoises et européennes** », 73 p.

version anglaise : fichiers audio sur www.strategie.gouv.fr
Colloque, Centre d'analyse stratégique en collaboration avec l'université Paris-Dauphine, le CEPPI et le Shanghai Advanced Institute of Finance (université Jiao-Tong), 23 mai 2011

. « **Incitations comportementales et environnement** », 67 p.

Colloque, Centre d'analyse stratégique, 9 mars 2011

. « **Jeux vidéo : Addiction ? Induction ? Régulation.** », 39 p.

Séminaire, Centre d'analyse stratégique, 23 novembre 2010

Les Actes de colloque du Centre d'analyse stratégique
sont disponibles sur

www.strategie.gouv.fr, rubrique Publications

Retrouvez les dernières actualités du Centre d'analyse stratégique sur :

-  Internet : www.strategie.gouv.fr
-  Facebook : [centredanalysestrategie](https://www.facebook.com/centredanalysestrategie)
-  Twitter : [Strategie_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)

www.strategie.gouv.fr