

MOTS CLÉS

Conférence
Grant Thornton
Santé
Présidentielles 2017
Réformer

conférence

RÉFORMER LA SANTÉ

Présidentielles 2017

Les acteurs de la santé et leurs attentes

La conférence annuelle « La santé au Petit Palais » s'est tenue le 5 octobre 2016, en présence des principaux dirigeants de la Fédération hospitalière de France, la Fédération de l'hospitalisation privée, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs, UniCancer, l'Ordre des médecins, l'Union des syndicats médicaux de France, l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers, le Centre national de gestion, les Conférences des directeurs généraux, des présidents et des doyens de faculté de médecine, ainsi que plusieurs parlementaires.

Lors de son discours introductif, Jean-Pierre Dewitte, président de la Conférence des DG de CHU, le précise d'emblée: « Réformer la santé. Ces deux termes sont presque inconciliables en France! Or, réformer est un changement de caractère radical. Nous avons connu beaucoup de changements, mais pas forcément à caractère radical. » C'est pourquoi tous les acteurs doivent faire preuve de radicalisme, de radicalité, et formuler des propositions ambitieuses! Oui, il faut considérer qu'un CHU sera avant tout un grand plateau technique, informatisé, robotisé. Oui, il faut considérer qu'il n'y aura quasiment plus de lits dans les hôpitaux, et que l'activité médicale est déjà prédictive, génomique, personnalisée. Oui, on peut espérer que la télémédecine va enfin se développer et enfin être financée, dans un monde où le patient est déjà *googlelisé*. Oui, il faut modifier le *numerus clausus* et le régionaliser pour éviter de voir se multiplier les déserts médicaux. Lié à cela, oui, il faut aller jusqu'au bout des réformes territoriales! Pour Jean-Pierre Dewitte, sept mesures doivent être mises en place. La première est de faire en sorte que demain chacun soit de plus en plus proactif de sa santé, et prôner pour cela la transparence et la disponibilité des données. La deuxième mesure est de mettre en place une vraie politique de motivation de nos personnels, basée sur la qualité du

Hélène BARON-BUAL
Associée en charge
du secteur public

Pol NOLET
Directeur national
du développement,
secteur public

Grant Thornton

En collaboration
avec les entreprises
Philips et Cerner.

travail fourni et sur l'effort personnel, par une politique d'intéressement motivante. La troisième mesure consisterait à raccourcir les délais de financement pour la prise en charge de l'innovation. La quatrième serait de réorganiser le mode de financement en fonction de l'optimisation du parcours de soin du patient. Il faut dans ce domaine dépasser la barrière public/privé, ce qui suppose une refonte totale du financement des réseaux. La cinquième mesure, qui en découle, serait d'élargir les GHT au secteur privé. La sixième serait de mener une vraie politique territoriale d'offres de soins, assortie d'une restructuration de l'offre par une forte réorganisation du paysage des établissements. Enfin, la septième mesure serait la responsabilisation des patients. L'image de la gratuité totale aujourd'hui n'est plus supportable financièrement, et elle induit des comportements totalement inadmissibles.

Au cours de son allocution, le **Dr Bernard Accoyer**, député-maire d'Annecy-le-Vieux, ancien président de l'Assemblée nationale, déplore « *qu'il n'existe pas de politique de santé à long terme dans notre pays* ». Il faut partir de la prise en compte systématique des quatre critères objectifs que sont la sécurité, la qualité, l'accessibilité

(la proximité) et les coûts, pour bâtir les socles de notre future politique de santé, qui touchent à la gouvernance, au décloisonnement (lequel se décline en complémentarité et concertation), à la prévention, à la recherche et au financement de la santé. En matière de gouvernance, il convient de créer une fonction nationale qui incarne la permanence à l'abri des influences politiques. La complémentarité des acteurs est un problème majeur dans notre pays. Le décloisonnement doit se faire à tous les niveaux, depuis la formation des professionnels, la complémentarité de leurs interventions, la fluidité du parcours de soins. Au cœur de ce décloisonnement, il faut accorder une place majeure au médecin généraliste, totalement dévalorisé aujourd'hui. Dans cette complémentarité des acteurs, il convient d'évoquer la dualité public/privé. Trop souvent perçue et vécue comme une concurrence frontale, elle est pourtant garante d'une saine émulation en termes de coûts et de qualité. En ce sens, les deux acteurs sont indispensables. Cela étant dit, il convient de dépasser le stade de l'affrontement pour créer une véritable complémentarité. La politique de prévention est un point important à traiter. Il n'y a pas de véritable politique de prévention en France, pour des raisons de financement. Les collectivités territoriales et locales ont un rôle important à jouer en ce domaine, car c'est un travail qui se fait à proximité des populations et qui doit tenir compte des spécificités, voire des inégalités de territoires, qui sont une problématique complexe à résoudre. En France, nous avons un problème avec la recherche, nous n'arrivons pas à aller beaucoup plus loin que les premières étapes, et trop rarement nous participons au développement final, source de valeur ajoutée et de développement économique : l'industrialisation des découvertes part très rapidement dans d'autres pays. Nous devons mettre en place des contrats à long terme, et offrir une visibilité sur plusieurs années pour l'industrie pharmaceutique, sans quoi ces programmes coûteux se réaliseront hors de France. Enfin, sur le financement de la santé, il convient de responsabiliser beaucoup plus les Français sur leur santé : il ne faut pas avoir peur de déverrouiller le système de financement pour l'individualiser en partie en fonction des comportements de chacun.

Claude Evin, ancien ministre de la Santé, avocat, distingue cinq principaux enjeux : économique, épidémiologique, écologique, technologique et démocratique. L'enjeu économique n'est pas récent, il convient de maîtriser strictement l'augmentation naturelle du coût de la santé par de réelles économies. L'enjeu épidémiologique concerne des pathologies lourdes qui demandent une prise en charge plus ambulatoire à laquelle n'est pas encore préparée l'organisation de notre système. Le troisième enjeu est écologique, au regard de l'importance que revêtent un certain nombre de problèmes environnementaux sur l'état de santé de la population. Le quatrième enjeu est technologique, sans négliger les risques éthiques qui y sont attachés. Enfin, le cinquième enjeu est un enjeu démocratique, en donnant les mêmes chances d'accès à l'information, ce qui constitue d'ailleurs une des plus grandes sources d'inégalités entre nos citoyens. Ces cinq enjeux étant posés, quatre pistes de travail doivent être lancées, selon Claude Evin.

« Les collectivités territoriales et locales ont un rôle important à jouer dans la prévention, car c'est un travail qui se fait à proximité des populations et qui doit tenir compte des spécificités, voire des inégalités de territoires. »

Premièrement, il est urgent de développer l'innovation et l'expérimentation, et adapter le système à des situations territorialement différentes et à des modes de prise en charge différents. S'il y a une réforme, une seule, qu'il convient d'identifier, c'est bien le renforcement de l'organisation régionale. Deuxièmement, il convient de décloisonner pour mieux organiser les différents parcours de soins, ce qui implique de revoir les modalités du financement entre réseaux, qui constituent le principal blocage à toute évolution. La troisième piste de travail consiste à s'inscrire dans le long terme, et revisiter le principe annuel du financement de la sécurité sociale. La quatrième et dernière piste de travail, c'est la responsabilisation des patients.

Le Dr Patrick Bouet, président du Conseil national de l'ordre des médecins, entend rappeler des principes, lancer des paris, et formuler des questions. « L'égalité doit être un premier principe pour tous nos citoyens. Un deuxième principe, c'est que nous ne réformerons pas le système de santé si nous ne travaillons pas à la réforme de l'éducation des acteurs du système de santé. Le troisième principe est celui de l'investissement. » Rééquilibrer les comptes, c'est bien, mais investir dans le monde de la santé est un principe supérieur à respecter,

il y va de la compétitivité de la France, c'est aussi un message fort à l'ensemble des acteurs. Un quatrième principe est celui du décloisonnement... qui n'est pas que décloisonnement entre professions, il est aussi décloisonnement entre modes d'activités et décloisonnement entre secteurs d'activités. Notre système ne peut fonctionner que si l'on décloisonne l'ensemble des mécanismes d'organisation, ce qui implique plutôt un virage territorial qu'un virage ambulatoire, ce dernier n'étant que la conséquence du premier. Faisons le pari que la réforme de la santé va se jouer au niveau des territoires. Aujourd'hui, aucune réflexion ne peut éluder cette question fondamentale du territoire de santé, de son organisation, de son décloisonnement, pas seulement entre professionnels, mais aussi entre modes de délivrance des soins. Faisons le pari du virage ambulatoire qui en découlera. Faisons le pari de la démocratie sanitaire, dans laquelle tous les acteurs, qu'ils soient professionnels de santé, patients et administratifs soient intégrés. Enfin, il est des questions qu'il conviendrait de reformuler inlassablement à nos politiques : que ferons-nous avec les populations âgées ? Que ferons-nous avec les migrations de population qui quitte ou qui revient dans les territoires ? Que ferons-nous pour que ce système de santé permette une prise en charge cohérente et correcte ? Que ferons-nous pour que l'innovation, pour que la télémédecine, pour que la recherche soient applicatives ? Que ferons-nous pour que les établissements soient structurés de telle sorte que dans chaque coin du territoire nous ayons

des recours de technicité et des recours de pertinence ? Que ferons-nous pour que les professionnels dans ces territoires puissent travailler ensemble à l'intérêt des populations qui les environnent et puissent apporter une réponse attendue par la population ?

Selon David Gruson, délégué général de la FHF, « *outre l'immense chantier du vieillissement, nous devons poursuivre – ou accélérer – notre triple révolution de la santé : révolution des territoires, révolution du numérique, et enfin révolution des métiers* ». Tout d'abord, nous devons favoriser le rapprochement de tous les acteurs publics et privés, médecins et auxiliaires de santé, responsables politiques et patients vers une dynamique territoriale forte. Ensuite, il conviendra d'emboîter résolument le pas de la révolution numérique qui sera majeure pour notre compétitivité, sans toutefois miser sur le « tout numérique » : l'enseignement, la formation, la recherche, le soutien à l'innovation thérapeutique, l'encadrement de nos unités de soins restent la base, le socle de notre système, et il convient de ne pas le déséquilibrer. Enfin, il conviendra de déverrouiller les délégations d'actes. Faisons un pari de confiance ! La confiance renvoie à l'autonomie. Cette notion d'autonomie renvoie elle-même à des principes de gestion, à des principes de fonctionnement, qu'il faudra sans doute élargir, approfondir, mais elle est aussi un signal de confiance que les pouvoirs publics sont en capacité d'envoyer aux acteurs de notre système de santé. Cela en appelle aussi à notre capacité, comme acteurs de soin, à porter suffisamment d'énergie pour défendre cette autonomie, tant il est vrai qu'il est souvent plus confortable de se laisser encadrer, piloter, diriger. L'autonomie permet de vivre aux plus près, d'être acteurs des révolutions car placés au mieux pour les comprendre.

Harold Juillet, président de Cerner France, considère « *qu'il nous revient, chacun dans notre rôle (institutionnels, professionnels de soin, industriels), de donner aux Français les moyens, notamment technologiques, de mieux maîtriser leur santé, et cela passe par la nécessaire accélération du virage numérique de notre système de santé* ». L'exploitation des données est en effet une véritable richesse pour améliorer la santé. Dans l'histoire de la révolution numérique, on passerait ainsi de la séquence de la création et de la production, à celle de l'exploitation et de la mise en intelligence des données de santé. En termes d'exploitation des données, il faut embrasser le virage numérique, c'est là une véritable richesse. Les projets informatiques qui ont été menés au cours de ces dernières décennies permettent de disposer des données cliniques partout en France. Aujourd'hui, elles restent fort dispersées, et il convient de les rassembler pour pouvoir les analyser, pour permettre d'améliorer la qualité des soins, approfondir les recherches, et générer des traitements thérapeutiques. On parle beaucoup de décloisonnement de territoires, de décloisonnement de métiers, parlons également de décloisonnement des systèmes d'information ! Tout cela n'est toutefois réalisable que si l'on investit de manière beaucoup plus importante et surtout à bon escient dans les

systèmes d'information. Aujourd'hui, les établissements les plus courageux ne consacrent que 1 à 2 % dans l'exploitation des données de leurs systèmes, c'est nettement moins que dans certains pays. Il convient de trouver un équilibre entre l'expérimentation morcelée, consommatrice de temps sur des expérimentations et des projets qualifiés d'intérêt national dont l'intérêt est au moins contestable, et une généralisation qui peut provoquer « un bond en avant » considérable si elle est menée correctement.

Nicolas Best, directeur général du CH Annecy-Genevois, déplore « *qu'à force d'être piloté par la structure, notre système perd en sens et en visibilité, voire en motivation* ». Ce qui frappe de prime abord dans la loi constituant les GHT, c'est la mise en place prioritaire de structures de pilotage de projets médicaux, organisationnels et de gestion, plus directives, moins souples, obligatoires et généralisées. Raisonement par la structure et non par le projet ! Quels sont les points clés d'une bonne gestion territoriale de la santé ? Ils sont au nombre de deux : le projet médical et l'organisation par filières. Il convient de remettre le projet médical au cœur du projet territorial, mettre en place des filières graduées, harmoniser les statuts juridiques et les règles de financement des opérateurs. Dans ce cadre, les GHT, constitués en apparence, pourront passer de la façade au concret. L'organisation par filières (des urgences, des personnes âgées, de soins de suite et de réadaptation, de chirurgie programmée, des soins de médecine...) permettrait d'assurer une prise en charge graduelle du parcours du patient. L'absence d'approche par filières est l'une des grandes faiblesses de notre système. De plus, la motivation de mettre en place des filières est fortement atténuée par la réalité des financements différenciés, dans des logiques d'opérateurs liés à des dynamiques financières qui leur sont propres et souvent contradictoires avec toute idée de coopération. L'hétérogénéité des financements liée à des échelles tarifaires différentes sera un frein à l'intégration harmonieuse du parcours du patient, entre opérateurs concurrents et non complémentaires, quels que soient les outils de pilotage juridique mis en place dans le cadre de ces strates successives. Enfin, la nature juridique de l'hôpital, établissement public de santé *sui generis*, en fait un monstre juridique, qui empêche en partie de lever les barrières public/privé. La nature juridique de l'hôpital public est aussi un frein à l'innovation, à la recherche et au développement industriel. Il est regrettable que l'hôpital, et notamment les CHU, acteurs majeurs dans leurs territoires, ne puissent pleinement participer à la politique de soutien à l'innovation.

David Corcos, président de Philips France, réaffirme « *qu'on parle beaucoup d'inégalités. Il conviendrait d'y rajouter deux autres constats : déséquilibres et écarts significatifs de qualité* ». Les nouvelles technologies peuvent être le liant qui permet de répondre à cette problématique et apporter une réponse à cette équation de la qualité, que la démographie médicale seule n'arrivera pas à résoudre. Nous devons faire preuve d'innovation, non seulement dans les

« **La nature juridique de l'hôpital public est un frein à l'innovation, à la recherche et au développement industriel. Il est regrettable que l'hôpital, et notamment les CHU, acteurs majeurs dans leurs territoires, ne puissent pleinement participer à la politique de soutien à l'innovation.**

nouvelles technologies, mais aussi dans notre approche de la santé. Le fil rouge inclut d'abord le continuum de bonne santé (le mieux manger, une hygiène bucco-dentaire adaptée,...), qui peut être suivi par chaque citoyen à travers les multiples « appareils connectés » qui lui seront proposés, et dont l'exploitation des données personnelles offrira un suivi de son comportement et lui proposera des alertes. Ensuite, c'est la prévention, deuxième étape, qui inclut la mise en œuvre d'un certain nombre d'approches, notamment de diagnostic précoce auquel sont attachées des technologies en forte évolution. Dans ces phases amont, l'objectif est de dépister plus tôt pour éviter de basculer dans le système de soins. En aval, l'objectif est de permettre aux patients de quitter au plus vite le système hospitalier, avec une gestion des soins dans le cadre d'un retour à domicile, où un suivi à distance sera assuré. L'engagement des grands groupes de technologie de la santé est de couvrir tout le spectre du suivi de la personne, depuis la prévention jusqu'au suivi à domicile, et de concourir avec toute une série d'innovations, y compris d'innovations en termes d'organisation en lien avec les équipes soignantes pour aider les personnes à rester en bonne santé, à poser le bon diagnostic le plus vite possible, à traiter les patients d'une manière moderne et moins invasive, et à accompagner le retour à domicile. Cette approche moderne a vocation à réduire les inégalités de territoire, de qualité, et de continuité des soins du patient.

Le Pr Jean-Luc Dubois-Randé, président de la Conférence des doyens de facultés de médecine, indique que *«l'intégration est une notion beaucoup plus puissante que celle que nous observons à travers les GHT. Car l'intégration commence par le rapprochement des professions, médicales et paramédicales. Décloisonnons!»* Regroupons autant que faire se peut les lieux de formation des métiers médicaux et paramédicaux. Faisons sauter tous les verrous! celui du *numerus clausus* qui est, en l'état, une aberration complète. Faisons sauter le verrou des facultés cloisonnées par disciplines! Ouvrons nos portes aux ingénieurs, aux étudiants en sciences sociales. Créons des doubles parcours. Accélérons la création des maisons médicales pluriprofessionnelles: c'est un élément de maillage du territoire, c'est une nouvelle approche de la médecine générale, qui est une spécialité aujourd'hui prisée par les étudiants. Dans ce réquisitoire, quelles sont les chances d'avenir des GHT? Les GHT peuvent devenir des instruments puissants, à condition qu'ils permettent un vrai maillage médical, c'est-à-dire un partage des savoirs. Un partage en trois temps, qui doit se faire dès le départ, dès la prise en charge des étudiants internes, par le passage d'une structure à une autre au sein d'un GHT. Ensuite, par la création de postes partagés, parce que ce qui fait l'attractivité d'un hôpital général, c'est aussi d'avoir accès à des plateaux techniques et donc de participer à l'attraction du CHU. Et, enfin, par la création de postes de PH-enseignants dans les hôpitaux généraux, qui seraient des postes intermédiaires, très *starters* comme diraient les Anglo-Saxons, de professeurs assistants, de jeunes professeurs qui soient motivés par des perspectives de progression plus rapide.

Selon Philippe Folliot, député du Tarn, *«dans la ruralité, peut-être plus qu'ailleurs, tout se tient. Les professionnels de santé ont un rôle majeur à jouer. Il faut avoir une vision non pas horizontale mais transversale des choses, de telle sorte que tous les professionnels de santé puissent travailler ensemble, en réseau»*. D'abord entre médecins, ensuite avec les autres professions médicales (dentistes, kinés, infirmières...), les maisons médicales sont un signe fort, tant pour la population que pour les professionnels. Ensuite, c'est le fait de pouvoir travailler avec tous les hôpitaux, cliniques et spécialistes des villes voisines, pour faire en sorte qu'il puisse y avoir là aussi un travail en réseau, concerté, afin que chacun puisse avoir accès à ces services dans de bonnes conditions. Or, on ne peut engager sur un territoire une stratégie de développement économique et social (de service public, de service privé, de service à la population...) s'il n'y a pas de médecins, dont la présence est essentielle et fondatrice pour nos concitoyens. La répartition inéquitable des médecins sur le territoire national est un problème majeur qu'il faut combattre comme une priorité absolue. Le système des incitants à l'installation ne fonctionne pas, on le sait, on le constate, on le vit au quotidien, partout en France. Seule une loi peut résoudre de manière radicale la question de la désertification médicale: calquer le mode d'installation des médecins sur celui des pharmaciens. Provocation? Peut-être, mais au minimum imposons quelques règles: des stages obligatoires pour des étudiants en médecine dans des zones faiblement dotées (ce qui vise à faciliter les installations ultérieures par acculturation et appétence), un *numerus clausus* différencié selon les régions, assorti d'une obligation d'installation, au moins pour quelques années, dans les régions sous-dotées.

Le Dr Carine Puech, médecin généraliste en milieu rural, insiste sur la nécessité de revaloriser la médecine générale en milieu rural. De manière très pragmatique, pour lutter contre la désertification médicale, la réponse se décline en quatre points. Le premier point a trait à la formation initiale des médecins. Si les jeunes médecins ne veulent pas venir en milieu rural, c'est d'abord parce qu'ils ont peur, ils sont loin du confort des plateaux techniques, de la biologie, des radios. Si les jeunes médecins refusent le milieu rural, c'est aussi parce que la médecine générale a été beaucoup dévalorisée par rapport aux autres spécialités. Les étudiants ne perçoivent pas toute la richesse de cette discipline. Aussi, dès l'externat, tous les étudiants devraient effectuer un stage en milieu rural pour qu'ils en comprennent la richesse, afin que lors de leur choix final, un nombre suffisant soit motivé à venir s'y installer! Le deuxième point pour combattre la désertification médicale, c'est de considérer la lutte contre la désertification dans le cadre d'une prise en charge globale de la ruralité, pour créer une attractivité du milieu rural. Le troisième point, c'est le travail en collaboration, en équipe de soins primaires. Les jeunes médecins ne veulent plus travailler seuls. Le dernier point serait d'axer le déploiement de la médecine rurale par la création de cabinets dits secondaires. Avoir un cabinet principal et plusieurs cabinets secondaires dans des régions

les plus sous-dotées, pouvoir se détacher, exercer quelques demi-journées dans ces ruralités profondes, constitue un palliatif efficace à la désertification de nos régions.

Daniel Kurkdjian, président de Grant Thornton France, souhaite porter un regard sur notre système de santé à la lumière de ce qui se dessine au niveau mondial, et que l'on peut résumer en trois constats et trois tendances. Le premier constat, c'est l'augmentation des dépenses de santé dans la plupart des pays développés. Face à la croissance « naturelle » des dépenses et l'évolution vers une technologie coûteuse, l'enjeu est de maintenir une charge globale des dépenses de santé à un niveau acceptable, ce qui implique de trouver un bon équilibre entre augmentation du prix de la technologie et diminution des charges de fonctionnement par une meilleure rationalisation. Le deuxième constat est l'émergence d'une concurrence mondiale en termes d'offres de santé. À la volatilité du patient va s'ajouter la volatilité des médecins, qui est une des conséquences directes des classements : le praticien cherchera à rejoindre le meilleur établissement, lequel souhaitera s'adjoindre les meilleurs professionnels. Le troisième constat est la propagation de l'analyse des données à grande échelle, ce qu'on appelle aujourd'hui les *big data*, considérés comme un vecteur majeur d'efficacité. Ces constats étant posés, les tendances qui se dessinent ont trait à la recherche d'une plus grande efficacité. La première tendance est une forte rationalisation de structure des établissements de santé, par la prise de conscience par les responsables de santé de la nécessité de concentrer leurs efforts sur le patient, point de départ en amont du dispositif. Les axes de réflexion vont ainsi vers une optimisation des structures et une accélération du rapprochement entre les établissements. La seconde tendance est l'arrivée de nouvelles sources de financements par de nouveaux entrants du système, notamment liés à l'exploitation des *big data*. On observe clairement un investissement majeur d'entreprises comme Google pour collecter toutes les informations possibles en matière de santé, les analyser, les traiter et partager le bénéfice de leur exploitation. La troisième tendance est de mettre davantage le patient à contribution de sa santé, tant en termes de responsabilité financière qu'en termes de suivi personnel de son état de santé. L'exploitation des informations personnelles de chaque individu ouvre la porte à une modulation de la contribution du patient en fonction de ses comportements personnels (tabagisme, habitudes alimentaires...), par exemple en termes de montants d'assurances.

Pour le Dr Gérard Bapt, député de Haute-Garonne, « la première source d'efficacité pour un système de santé, c'est de développer la prévention ». La France est très mal classée dans ce domaine. La deuxième source d'efficacité, c'est de lutter contre le cloisonnement. Et le premier des cloisonnements est celui de l'État lui-même. Le territoire devra jouer un rôle majeur en matière de réorganisation de l'offre de soins. L'efficacité, c'est aussi la lutte contre le gaspillage, et la lutte contre les redondances. L'efficacité, c'est aussi une meilleure observance. L'observance préventive,

« Face à la croissance « naturelle » des dépenses et l'évolution vers une technologie coûteuse, l'enjeu est de maintenir une charge globale des dépenses de santé à un niveau acceptable, ce qui implique de trouver un bon équilibre entre augmentation du prix de la technologie et diminution des charges de fonctionnement par une meilleure rationalisation.

l'observance de suivi. Nous devons nous diriger vers un système incitant nos citoyens à moins de négligence dans leur comportement, pour la promotion de la santé. L'efficacité, c'est aussi la qualité des soins. Le classement des établissements en cinq catégories (A-B-C-D-E) doit être un élément discriminant en termes de financement. Enfin, en termes de rapprochement entre efficacité et recherche de ressources financières, un débat capital s'ouvre : préserver notre assurance maladie universelle et solidaire ou opérer un nécessaire transfert soit sur l'assurance privée (mutuelle ou assurance) soit sur le reste à charge pour le patient lui-même. C'est le débat majeur.

Le Pr Michel Claudon, président de la Conférence des présidents de CME de CHU, précise que « parler des grands chantiers à venir, c'est d'abord devoir évoquer le financement du secteur de la santé, et notamment celui des hôpitaux, qui est un souci constant ». La T2A peut être source d'innovation, mais aussi un frein au changement. Mise en place de la T2A et réduction des Migac sont difficilement compatibles avec les contraintes d'établissements publics dont la gestion est rendue plus complexe par le fait de devoir traiter des pathologies extrêmement diverses et sans possibilité de sélection. Peut-on espérer de nouveaux financements

« alternatifs », tels ceux provenant des régions et des départements ? Que penser surtout des fondations ou, de manière plus générale, de l'ouverture à des fonds privés dans nos travaux et recherches, ou encore de la création de filiales pour les CHU ? La mise en place des fondations hospitalières se révèle très complexe. Cette lourdeur se retrouve également dans l'exploitation concrète d'opportunités créées par des partenariats avec des laboratoires de recherche privés notamment à travers des start-up. Enfin, en ce qui concerne les filiales des CHU, seuls quelques établissements pourraient en profiter. À côté de ce grand chantier du financement de la santé, deux autres grands projets méritent d'être mis en exergue. Le premier concerne la gradation des soins dans le cadre des GHT, le second a trait à la responsabilisation du patient. Les GHT peuvent être un instrument particulièrement utile, mais le projet médical semble avoir été relégué au second rang. Parlons d'abord d'efficacité du parcours de soins du patient, d'optimisation des filières ! Le patient comme acteur de sa santé, voici un chantier à promouvoir. Mais pour cela, il convient de lui donner les moyens de suivre son état de santé. Ne bloquons pas le progrès en nous cachant derrière l'éternel prétexte de la protection du secret médical.

Lamine Gharbi, président de la FHP, l'affirme avec vigueur : « *Le quinquennat qui s'achève laisse derrière lui de nombreuses interrogations sans réponse.* » Plusieurs d'entre elles méritent d'être rappelées ! La première, la plus flagrante, a trait à notre système de facturation de la santé : pourquoi recevoir moins quand on en fait plus ? La convergence des tarifs est un chantier à reconsidérer. Pourquoi risque-t-on d'être sanctionné lorsqu'on optimise la facturation, alors que certains établissements sont lourdement déficitaires notamment du fait de leur négligence

en matière de facturation ? La deuxième a trait à la qualité : à quoi sert que la HAS note les établissements sur une grille de A à E, si les plus mauvais ne sont pas sanctionnés, et si les meilleurs ne sont pas récompensés ? Le classement des filières et des professionnels est une autre opportunité pour tous, car il invite chaque acteur à s'améliorer en permanence. La troisième question porte sur le territoire : qu'a-t-on fait pour promouvoir l'efficacité globale du système de santé ? La mise en place des GHT ne s'étend pas aux cliniques et établissements privés, pourquoi ? Enfin, en matière de nouveaux modes de financement, une opportunité doit être saisie : celle d'un juste retour, pour les acteurs réellement impliqués, du formidable gain de productivité que nous connaissons notamment grâce à l'ambulatoire. Voici donc la dernière question : pourquoi ne pas appliquer un système de gagnant/gagnant : si un établissement excelle dans l'ambulatoire, et réduit considérablement le nombre de jours de séjours, pourquoi ne pas organiser une juste répartition des économies ainsi réalisées ?

Antoine Dubout, président de la Fehap, précise que dans le cadre d'une approche populationnelle, plusieurs axes sont à considérer. Le premier axe, souvent appelé « personnalisation du système de santé et de protection sociale », se trouve véritablement au cœur de cette approche populationnelle, qui s'interroge sur un territoire, sur les besoins d'une population et sur la façon d'y répondre, dans l'ensemble du champ qui s'étend du secteur social (car il y a toujours une dimension sociale dans cette réponse) jusqu'au secteur sanitaire proprement dit. La prise en compte de cette dimension multiple lui donne toute sa richesse et reflète la complexité des situations. Le deuxième axe est la mutation des opérateurs et le décloisonnement des prises en charge au-delà des réseaux. Le troisième axe est l'efficacité du système, sa gouvernance. En matière d'organisation de la gouvernance, il faut s'appuyer sur la refonte des collectivités locales et en particulier sur les rôles nouveaux dédiés aux régions comme socles de réorganisation. La régionalisation doit être un des critères majeurs du redécoupage, en renforçant le rôle des ARS dans leurs responsabilités d'organisation de tous les acteurs. Il convient aussi de réattribuer les responsabilités de gestion aux établissements eux-mêmes. Tous les établissements devraient changer de statut, et passer sous le statut d'établissement sanitaire et médico-social d'intérêt collectif (Espic). La France doit en finir avec son système dual de santé opposant privé et public, pour remettre en valeur le statut privé d'intérêt collectif. Il convient enfin de moderniser en profondeur l'action socio-médicale par des investissements judicieux : équiper la totalité du territoire en fibre optique, développer les maisons de santé, les centres de santé et les plateaux techniques de proximité, l'ensemble allant de pair avec une réduction drastique du nombre de lits des établissements de santé.

Pascale Flamant, déléguée générale d'UniCancer s'interroge : « *Quelles sont les tendances probables ?* » D'abord, ce sont des soins de moins en moins invasifs, grâce aux progrès de

l'intervention sous imagerie, laquelle permettra de plus en plus de réaliser des actes qui auraient exigé des chirurgies très lourdes. En contrepartie, ces soins de moins en moins invasifs sont de plus en plus coûteux, de plus en plus sophistiqués et nécessitent de la part de nos organisations des interventions de plus en plus complexes mais aussi plus limitées dans le temps, avec un développement majeur de la charge ambulatoire. Or, les hôpitaux ne sont pas organisés face à ces enjeux. Pour répondre à ces défis, trois axes majeurs sont attendus des pouvoirs publics : ce sont avant tout des modes de financement adaptés, autres que le canal de la T2A. Ce sont aussi des modalités de toilettage des carcans juridiques relatifs à l'accès et l'exploitation des données (tout en s'assurant bien sûr que ces données soient fiabilisées et confidentielles). Ce sont enfin les créations de nouvelles filières de formation pour pouvoir répondre à ces exigences des nouveaux métiers techniques.

Le Dr Catherine Genisson, sénatrice, souhaite rappeler les grands principes du service public de la santé. La mise en place des GHT réaffirme le principe du service public hospitalier, lequel doit être structurant sur son territoire. Bien sûr, créer des passerelles, entre le public et le privé, entre acteurs de santé, mettre le citoyen au centre de la réflexion, telle est la juste réflexion. Nous verrons si les GHT tiennent leurs promesses en tant que locomotives au sein du territoire sanitaire. Il faut réaffirmer le principe de la primauté de l'assurance maladie comme maître d'œuvre et régulateur vis-à-vis des citoyens, pour tous les secteurs de soins, préventifs et curatifs, spécialisés ou non. C'est l'assurance maladie qui doit fixer la feuille de route en toutes matières. Il faut aussi réaffirmer le principe de la solidarité. Solidarité intergénérationnelle, solidarité entre catégories de travailleurs. Ces principes devraient être appliqués avec attention aux statuts des nouveaux travailleurs issus de l'« uberisation ». Il faut réaffirmer le principe de l'égalité des traitements et des soins entre tous les citoyens. Les déserts médicaux ne sont pas nécessairement un problème insoluble et durable. Pour ce faire, il faut revaloriser le métier de médecin généraliste, cœur de notre système. Il faut accorder au médecin généraliste toute la reconnaissance qu'il mérite et organiser, pour tous les étudiants, des stages systématiques de médecine générale en campagne, en ville, en banlieue. Il faut réaffirmer les principes d'humanité. La médecine a réalisé d'énormes progrès au cours de ces dernières décennies. Aussi, le rôle du médecin sera humain, autant que scientifique. Ce qui devrait amener à modifier quelque peu les critères de réussite des étudiants au moment de leur recrutement. Il faut enfin réaffirmer le principe de prévention. Trop de Français négligent leur santé, ne réagissent pas assez rapidement aux premiers symptômes. Il y a là toute une éducation à mener. On l'aura compris, tous les acteurs doivent être associés dans ce formidable chantier qu'est la santé.

Le Dr Rachel Bocher, présidente de l'INPH, rappelle qu'un des problèmes croissants de notre système de santé est le manque d'homogénéité de la prise en charge du patient sur

« La régionalisation doit être un des critères majeurs du redécoupage, en renforçant le rôle des ARS dans leurs responsabilités d'organisation de tous les acteurs. »

l'ensemble du territoire, qui conduit au constat qu'un citoyen n'a pas les mêmes chances de guérison en fonction du lieu géographique où il se trouve. Certes, notre système est robuste, mais on ne peut le faire évoluer de telle manière qu'il n'assure plus la solidarité et l'égalité de nos citoyens. Une des manifestations les plus criantes de cette rupture d'égalité est la multiplication des déserts médicaux. Or, la relation singulière entre le médecin et son patient est une des bases de notre système. Parler de télémédecine, confier certaines tâches à des acteurs paramédicaux peut être une réponse, mais celle-ci ne saurait être que partielle et subsidiaire. Le médecin ne doit jamais perdre cette fonction d'accompagnement du patient, d'humanité, expression même du serment d'Hippocrate qu'il a prononcé et qui est souvent une des raisons pour lesquelles il a choisi ce métier de proximité avec son prochain. Une autre manifestation de cette rupture est le désintérêt des médecins pour l'hôpital. Comment l'expliquer ? c'est probablement une conjonction de facteurs : différences de conditions financières, de conditions de travail, de moyens techniques. Plus que jamais le statut et la place du médecin doivent être au cœur de tous les débats.

» » **Tant dans l'intérêt des acteurs que dans celui du patient, la médecine de territoire ne pourra se faire que par un regroupement des professionnels, et tout particulièrement des médecins.**

Pour le Dr Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF, il faut organiser notre système de santé à partir du principe de proximité, confier au médecin de proximité une dimension populationnelle et lui donner les moyens financiers et organisationnels de remplir ces missions dans l'intérêt collectif. C'est pourtant le constat inverse qui s'impose, au vu des récentes évolutions, notamment à l'occasion de la mise en place des GHT. Or, l'ensemble des intervenants devraient être en relation étroite et simplifiée, de manière à créer de la coordination entre leurs différentes actions. Aujourd'hui, ce dont nous souffrons le plus cruellement, c'est du manque d'échanges et du manque de coordination. La médecine d'aujourd'hui et de demain s'exercera en équipes qui regrouperont plusieurs spécialités médicales ainsi que des professionnels de santé paramédicaux (des infirmières, des kinésithérapeutes),

voire des acteurs sociaux. Tous ces intervenants exerceront en étroite collaboration au sein de structures communes. Dès lors, tant dans l'intérêt des acteurs que dans celui du patient, la médecine de territoire ne pourra se faire que par un regroupement des professionnels, et tout particulièrement des médecins. Phénomène très important, ce travail en équipe, pluridisciplinaire, pluriprofessionnel, permettra le développement d'autres missions qui pourront être assurées par ces professionnels, missions non plus centrées sur le patient, mais sur la population. Par exemple, ce sera l'éducation thérapeutique. Les conditions du succès comportent évidemment une dimension financière et une évolution significative dans les modes de rémunération.

Lors de son allocution de conclusion, **Danielle Toupillier**, directrice générale du CNG, a rappelé que « nous devons engager plusieurs combats ». Tout d'abord, lutter contre les inégalités d'accès aux soins, c'est s'engager dans un véritable combat placé au cœur de notre modèle républicain, garantir l'accès de tous, sans discrimination, à une offre de soins financièrement et géographiquement accessible, sur un territoire donné. Ensuite, c'est délaisser un modèle de gestion essentiellement réactif à la maladie et à ses conséquences au profit d'une approche plus proactive qui contribuera vraiment à maintenir et à améliorer la santé, en introduisant le concept de responsabilité populationnelle, une approche essentiellement fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer par la responsabilisation de chacun. Enfin, l'avenir de notre système de santé repose sur le levier majeur qu'est l'innovation, parce que l'innovation, c'est la promesse de vivre mieux et plus longtemps, parce que l'innovation est source d'efficacité pour permettre à tous de continuer à accéder à des soins de qualité et qu'elle est aussi un fort enjeu socio-économique, parce que l'innovation est une opportunité, non seulement pour l'industrie de la santé et ses emplois mais aussi pour la compétitivité et le rayonnement de la France. ●