

Développement de l'ambulatoire : enjeux et perspectives



Synthèse : 4^e Rencontres – ICM – 5 octobre 2015

Sommaire

Ouverture	2
Marc de GARIDEL Président du G5 Santé, Vice-Président de l'EFPIA, Vice-Président du Conseil Stratégique de Filière Santé	
Soins ambulatoires : modalités de financement comparées dans l'OCDE	3
Valérie PARIS Analyste des politiques de Santé, OCDE	
Oncologie : Comment faciliter l'adaptation des parcours de soins ?	7
Les nouvelles technologies peuvent-elles permettre d'optimiser les prises en charge ?	15
Quelles nouvelles solutions face à l'antibiorésistance ?	20
Quelles pistes pour lever les freins : Faut-il réformer ? Miser sur les bonnes volontés ?	24
Grand témoin	30
Guy VALLANCIEN Chirurgien urologue, professeur à l'Université Paris Descartes, membre de l'Académie Nationale de Médecine	
Conclusion	31
Christian BÉCHON Président-Directeur Général du groupe LFB	



Ouverture

Marc de GARIDEL

Président du G5 Santé, Vice-Président de l'EFPIA, Vice-Président du Conseil Stratégique de Filière Santé

Pascal BEAU

Bienvenue à l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière pour les quatrièmes Rencontres Santé du G5 consacrées au « développement de l'ambulatoire : enjeux et perspectives ». Alors que nous nous inscrivons dans une phase historique d'innovations et d'évolution du système de soins, cette journée sera l'occasion d'entendre différents témoignages, d'aborder des cas concrets, mais aussi d'engager des réflexions politiques et stratégiques.

Marc de GARIDEL



Bonjour à tous, je suis très heureux de vous accueillir pour ces quatrièmes Rencontres. Grâce à ce rendez-vous régulier, le G5 Santé, qui, je le rappelle, représente environ 50 % de l'emploi dans le secteur de l'industrie pharmaceutique, 60 % des investissements en R&D, 70 % de la production et une grande partie de l'excédent de la balance commerciale française des entreprises du médicament, alimente la réflexion sur le développement des sciences de la vie et de la médecine de demain.

Je remercie le P^r Saillant, qui nous accueille dans ce très bel amphithéâtre. Je tiens également à saluer les quelque 300 personnes qui participeront aujourd'hui à nos débats. Dans un contexte économique et financier difficile, l'ambulatoire combine innovation et efficacité du système, dans l'intérêt des patients. Nous regrettons l'absence de Madame la Ministre de la Santé, qui n'a finalement pas pu se libérer, d'autant plus que 465 millions d'euros d'économies sont prévus en 2016 en lien avec le développement de l'ambulatoire.

Dans ce domaine, la France accuse encore un certain retard avec un taux de 45 % de recours à la chirurgie ambulatoire, alors que ce taux atteint 60 à 75 % dans les pays d'Europe du Nord. Au moment où nous débattons du PLFSS au Parlement, les économies demandées à notre secteur sont de l'ordre de 1,7 Md€. 48 % des efforts portent ainsi sur l'industrie du médicament, alors que celle-ci ne représente que 15 % des dépenses. Il n'y aura, malheureusement, pas, sur ce point, d'inflexion majeure, ce qui aura des conséquences sur l'emploi et l'investissement de notre industrie en France.

Après une présentation sur les modalités de financement comparées des soins ambulatoires dans l'OCDE, nous nous pencherons sur le cas concret de l'oncologie. Des tables rondes seront également consacrées à l'optimisation des prises en charge grâce aux nouvelles technologies, ainsi qu'à l'antibiorésistance. Nous finirons la journée par des réflexions plus stratégiques en examinant différentes pistes de réforme.

Soins ambulatoires : modalités de financement comparées dans l'OCDE

Valérie PARIS

Analyste des politiques de Santé, OCDE

Le sujet de l'ambulatoire est à l'agenda politique de nombreux pays de l'OCDE. Je me propose de présenter les parts respectives de l'hôpital et des prestataires de soins ambulatoires dans les pays de l'OCDE, avant d'exposer les résultats d'une étude qui paraîtra cet automne sur les modes de paiement innovants des prestataires.

1) Étude des parts respectives de l'hôpital et des prestataires de soins ambulatoires dans les pays de l'OCDE



Les parts respectives de l'hôpital et des prestataires de soins ambulatoires peuvent être approchées par le prisme des dépenses de santé. La structure des dépenses de santé par fonction montre que les dépenses d'hospitalisation représentent en France 35 %, contre une moyenne OCDE de 28 %, tandis que la part des soins ambulatoires s'établit à 25 %, contre une moyenne de 33 %.

Si l'on examine les dépenses de soins curatifs et de réadaptation par habitant, la dépense hospitalière par habitant n'est pas en France la plus élevée des pays de l'OCDE, même si elle représente 60 % des dépenses de soins curatifs et de réadaptation. Il convient de préciser que les soins dentaires ne sont pas inclus dans les soins ambulatoires. Il apparaît par ailleurs que les soins à domicile ne sont actuellement pas reportés de manière satisfaisante. Les dépenses d'hospitalisation de jour sont plus importantes en France que dans la plupart des pays de l'OCDE, ce qui contraste avec les éléments habituellement connus.

En France et en Allemagne, les taux d'évolution des dépenses d'hospitalisation et de soins ambulatoires ont été parallèles ces cinq dernières années, alors que dans d'autres pays comme le Danemark, le Canada, la Norvège ou la Suède, les dépenses en soins ambulatoires ont progressé beaucoup plus rapidement. Un accent important a en effet été mis au sein des pays nordiques sur les soins de premier recours et les efforts de coordination des soins entre les différents prestataires ambulatoires.

Dans les pays où les systèmes nationaux de santé sont financés par l'État, les soins spécialisés ambulatoires sont délivrés au sein des hôpitaux publics, alors que dans les systèmes d'assurances, ces soins reposent sur des prestataires ambulatoires, libéraux la plupart du temps.

Enfin, l'hôpital joue un rôle très important dans les pays nordiques en matière de soins spécialisés ambulatoires, alors que dans des pays tels que l'Allemagne, la Belgique ou la France, l'hôpital joue un rôle mineur.

II) Résultats d'une étude sur les modes de paiement innovants des prestataires

Je souhaiterais désormais présenter les résultats d'une étude qui sera prochainement publiée sur les modes de paiement innovants dans les pays de l'OCDE.

Dans un contexte où les modes de paiement actuels ne portent pas toutes les incitations nécessaires pour assurer une meilleure coordination des soins, une meilleure qualité et une certaine efficacité, des modes de paiement innovants se sont développés. Certains paiements s'ajoutent à la rémunération de base, afin d'obtenir des améliorations en matière de coordination (ENMR en France), de qualité et d'efficacité (ROSP), les rémunérations P4P (Payment for performance) s'inscrivant dans une démarche de gains de qualité.

D'autres modes de paiement consistent en un paiement forfaitaire se substituant au paiement du prestataire pour couvrir un épisode de soins, la prise en charge d'un malade atteint d'une affection chronique sur une période déterminée, ou une population de patients (« budget virtuel »).

Le paiement par épisode de soins a déjà été expérimenté aux États-Unis dans les années 1990 sur des épisodes de soins aigus (arthroplastie de la hanche et du genou). Il se compose d'un forfait qui couvre les examens préopératoires, l'acte chirurgical, parfois la réadaptation, le suivi post-opératoire et les complications. Il est classiquement versé à un établissement hospitalier, mais celui-ci peut dans un second temps solliciter d'autres prestataires. Le tarif arrêté est, dans ce cadre, de plus en plus lié au respect de bonnes pratiques et à des indicateurs de qualité. En Suède, dans le domaine de l'arthroplastie de la hanche et du genou, les indicateurs de suivi ont permis de constater de fortes réductions des listes d'attente, des complications post-opératoires et des coûts, ainsi qu'une meilleure expérience pour les patients et les prestataires. La Suède a lancé une expérience dans le cadre de la chirurgie du rachis en prévoyant que 10 % de la rémunération dépende des PROMs (Résultats reportés par les patients eux-mêmes après l'opération).

L'exemple des *Best practice tariffs* (BPT) développés au Royaume-Uni à partir de 2010 pour des actes fréquents (arthroplasties, AVC, cataractes...) est également intéressant, les tarifs étant calculés sur la base d'un parcours idéal. La rémunération est décomposée en deux parties : un tarif de base quelque peu sous-évalué et des paiements additionnels, qui ne sont versés que si des indicateurs de qualité (processus et PROMs) sont respectés.

Un forfait sous forme de capitation peut également être prévu pour la prise en charge sur une période donnée d'un patient atteint d'une maladie chronique. Ce paiement a notamment été utilisé aux Pays-Bas (diabète, BPCO, maladies cardiovasculaires). Un contrat est alors passé entre un assureur et un *care group* (qui le plus souvent est un réseau de médecins). Une capitation est négociée pour couvrir un certain nombre de soins. Le *care group* peut ensuite contracter avec des prestataires, qui dispensent les soins nécessaires. Le versement des forfaits est conditionné au reporting d'un certain nombre d'indicateurs de qualité prédéfinis. Dans le cadre du diabète, l'amélioration de la qualité est certaine, mais elle s'est accompagnée d'une hausse des coûts. Le Portugal expérimente actuellement des capitations pour des affections essentiellement traitées à l'hôpital. Pour les patients VIH, le NHS verse un forfait mensuel à l'hôpital à condition d'un reporting sur les indicateurs de suivi des patients et d'un niveau de service minimum pour le traitement des patients. L'expérimentation a été étendue à d'autres affections (sclérose en plaques, hypertension pulmonaire, cancers du sein, de l'utérus et colorectal...). Ces types de financements représentent 10 % des financements hospitaliers.

Ces deux types de paiement favorisent en principe plus d'efficacité. Néanmoins, le paiement par épisode de soins n'a aucun impact sur la pertinence. Il convient également de citer ici la réforme du paiement des accouchements au Royaume-Uni. Dans le nouveau

dispositif, le paiement pour l'accouchement ne dépend plus du type d'accouchement, l'objectif étant de limiter les recours superflus à la césarienne. La prise en charge des malades chroniques par une capitation concentre toutefois l'attention sur la prise en charge de l'affection, sans favoriser une prise en charge holistique du patient.

Le troisième type de paiement consiste à déterminer un « budget virtuel » pour couvrir un ensemble de soins prédéfinis. Des expérimentations ont été menées aux États-Unis, en Allemagne et en Espagne. Le terme d'ACO (*Accountable Care Organization*) utilisé aux États-Unis a été généralisé aux organisations qui acceptent de recevoir cette capitation par patient pour dispenser l'ensemble des soins à une population. L'ACO et le payeur s'accordent sur un budget cible. Si les dépenses réalisées sont inférieures, un partage des économies est prévu, à condition que la qualité des soins soit assurée. Certains modèles prévoient même un partage des risques, c'est-à-dire que les ACO doivent reverser au payeur une partie des dépenses excédentaires au budget.

Les États-Unis ont mis en place 400 ACO dans le cadre de Medicare et 200 dans le cadre de l'assurance privée. La population couverte varie entre 5 000 et 50 000 assurés afin de mutualiser les risques. Une trentaine d'indicateurs de qualité ont été définis. Le budget virtuel est basé sur les dépenses pour la population couverte par le contrat, ajustées par la croissance attendue des dépenses. 25 % des MSSP ACO (fondées sur le principe d'un partage des économies) et 50 % des Pioneer ACO (fondées sur le partage des économies et des pertes) ont été éligibles à un partage des économies. Presque toutes les organisations ont satisfait aux critères de qualité définis. L'expérience des patients et prestataires est positive ; la coordination des soins a été améliorée pour les patients chroniques.



Ces paiements ne peuvent toutefois fonctionner que si la taille de la population est suffisante et si le périmètre de soins couverts est suffisamment large. Dans les modèles examinés, la participation volontaire et l'adhésion des parties prenantes semblent également déterminantes. Ces modèles incitent les ACO et les prestataires à cibler les populations les plus à risques pour concentrer sur elles leurs efforts de prévention et de coordination des soins, ce qui suppose un partage d'informations performant entre les différents acteurs. Nous pouvons enfin nous interroger sur la soutenabilité à long terme de ce type de modèle, une fois les gains d'efficacité épuisés.

En conclusion, ces réformes ou expérimentations s'inscrivent dans un contexte de focalisation sur les résultats (qualité des soins). Les premiers résultats sont positifs en termes de qualité des soins, mais plus contrastés s'agissant des dépenses. Les nouveaux modes de rémunération sont souvent introduits sur un mode expérimental, donnant lieu idéalement à des évaluations indépendantes. La participation des différents acteurs est essentielle. Enfin, les innovations reposent sur des systèmes informationnels performants entre intervenants.

Pascal BEAU

Quel est l'impact de ces pratiques sur les cultures des différents acteurs, notamment des patients, et sur les modes de gouvernance ?

**Valérie PARIS**

Je ne suis pas certaine que les modes de gouvernance aient évolué en Europe, excepté sans doute en Suède où le système de santé est relativement décentralisé, notamment dans l'élaboration des réformes. De nombreuses parties prenantes participent à la conception de ces nouveaux modes de rémunération et du parcours idéal. À mon sens, il est, en tout état de cause, essentiel que ce parcours idéal fasse l'objet d'un consensus entre acteurs.



Oncologie : Comment faciliter l'adaptation des parcours de soins ?

Participaient à cette table ronde :

- Yves L'ÉPINE, Directeur Général du groupe Guerbet
- Séverine ALRAN, Responsable de l'Unité de chirurgie ambulatoire, Département d'oncologie chirurgicale, Institut Curie
- Jean-Michel BARTOLI, Responsable de la Fédération de Radiologie Interventionnelle
- Hélène ESPEROU, Directrice du projet médico-scientifique et qualité, Unicancer
- Stéphane IRRMANN, Président de Sherpa Santé
- Xavier PIVOT, Chef du pôle de cancérologie du CHRU de Besançon

La table ronde est animée par Pascal BEAU, Directeur d'Espace Social Européen



Pascal BEAU

Chacun fera en premier lieu part de sa propre expérience sur les moyens d'adapter les parcours de soins. Avant de commencer, je tiens à vous informer d'une triste nouvelle, la disparition du P^f Josy Reiffers, qui aurait dû être présent parmi nous aujourd'hui.

Yves L'Épine, vous êtes à la tête d'un laboratoire spécialisé sur les solutions d'imagerie. Pouvez-vous nous faire partager votre expérience ?

Yves L'ÉPINE

Alors que le soin ambulatoire est consensuel et trouve une place complémentaire par rapport à la chirurgie lourde, sa place reste encore timide en France à la différence des pays d'Europe du Nord. L'ambulatoire est pourtant une évidence au regard de la

croissance démographique (3 % au niveau mondial), du vieillissement, et des progrès de l'innovation.



L'ambulatoire est également un facteur d'efficacité. Sur ce point, les industriels ont un rôle important à jouer aux côtés des académiques. Guerbet essaie par exemple, tant dans le domaine cardiovasculaire qu'en cancérologie, de cibler la tumeur grâce aux techniques de l'imagerie afin de déposer à son contact un poison antitumoral (chimiothérapie, immunothérapie, radioisotopes, thérapies géniques...). Il s'agit d'une innovation multi-technologique qui crée des emplois peu délocalisables.

Pascal BEAU

D^r Alran, vous êtes une spécialiste du cancer du sein. Quelle est votre expérience en matière d'ambulatoire ?

Séverine ALRAN

L'ambulatoire a profondément transformé notre pratique en proposant le juste soin au bon moment.

En cancérologie, un certain nombre de patients sont éloignés de l'hôpital qui réalise l'acte chirurgical. Il convient ainsi de réfléchir à des solutions pour financer l'hébergement la veille voire la nuit de la chirurgie. Je souhaiterais également insister sur la problématique de l'isolement social. Si au sein de l'Institut Curie, la chirurgie ambulatoire représente une part de 50 %, chaque patiente doit être accompagnée à sa sortie de l'hôpital et à domicile. Or en Ile-de-France, 15 % de la population est isolée. L'hôpital devrait, sur ce sujet, travailler avec des structures partenaires.



Il s'agit également de renforcer l'amont. Les consultations en anesthésie et en chirurgie s'allongent, les patientes étant de plus en plus demandeuses d'informations. Pour les patientes qui vont subir un curage axillaire ou une ablation du sein en ambulatoire, nous devons positionner les infirmières et le kiné afin de mieux préparer « l'après ». Les informations dispensées doivent être adaptées aux patients et aux professionnels de santé de la ville.

Des plateformes internet de rendez-vous peuvent parallèlement être mises en place. Ces nouveaux outils peuvent également faciliter le lien entre les médecins traitants et le monde hospitalier, notamment dans la gestion des effets secondaires.

Enfin, il s'agit de mettre en place des parcours globaux, en établissant un lien avec le monde du travail, la majorité de nos patients continuant en effet de travailler.

Nous avons déjà lancé de nombreuses initiatives en matière d'informations vidéo. Lors des consultations, nous distribuons un *flyer* renvoyant sur un site internet consacré aux voies de reconstruction après une ablation du sein. La connaissance facilite le parcours de soins en diminuant le stress.

Pascal BEAU

P^r Pivot, vous souhaitez insister sur la sécurisation des parcours.

Xavier PIVOT



Nous prenons en charge l'ensemble de la population de Franche-Comté en cancérologie. L'hôpital de jour représente plus de 80 % de l'activité. À notre sens, le « vrai ambulatoire » correspond aux traitements oraux, chimiothérapies orales ou thérapeutiques ciblées, qui représentent désormais 15 % des prescriptions des oncologues et ¼ de l'activité des médecins. Ces traitements provoquent néanmoins des complications et des problématiques de gestion du suivi.

Nous avons ainsi développé des outils, notamment un système de numéro unique afin de répondre aux patients 24 h/24. Un appel d'offres a été réalisé et une société prestataire a été sollicitée. Ce service a été développé pour répondre aux besoins spécifiques des patients en ambulatoire.

Au-delà des difficultés de valorisation de l'activité ambulatoire, se pose également un défi de sécurisation des prescriptions et de suivi des patients.

Pascal BEAU

D^r Espérou, vous êtes Directrice du projet médico-scientifique et Qualité au sein d'Unicancer.

Hélène ESPEROU

Josy Reiffers nous a quittés récemment. Il aurait dû être présent pour affirmer l'engagement de la Fédération en faveur du développement des prises en charge nouvelles, notamment de l'ambulatoire. Je voudrais évoquer en quelques mots sa mémoire. Ses travaux ont permis les premiers succès français dans le traitement de la leucémie myéloïde chronique, grâce au STI571. Premier Président de la Société française de greffe de moelle et de thérapie cellulaire, il a été l'ardent défenseur de la spécificité de la thérapie cellulaire hors du champ du médicament. Il était depuis 2005 le Directeur général de l'Institut Bergonié à Bordeaux et depuis 2010 le Président de la Fédération Unicancer.



Il a alors promu le modèle de prise en charge dans les centres de lutte contre le cancer, fondé sur le continuum soins-recherche et la prise en charge globale du patient en tant que personne. Il aimait pointer le caractère public de ces établissements de soins privés où aucun dépassement d'honoraires n'est possible. Il a également défendu sans relâche auprès des pouvoirs publics la nécessité d'un financement de l'innovation permettant un réel accès des patients aux traitements issus de la recherche. Josy Reiffers était un homme brillant et exigeant ; sa présence va beaucoup nous manquer.

Pour répondre à la problématique posée, nous avons lancé en 2015 l'actualisation de l'étude Evolpec 2013 sur les perspectives de prise en charge des patients atteints de cancer. Six grandes tendances avaient été identifiées dans le cadre de cette étude :

- la caractérisation moléculaire des tumeurs afin de permettre une thérapie ciblée ;
- la chirurgie ambulatoire et la réhabilitation précoce ;
- les nouvelles modalités de radiothérapie ;
- le développement des traitements par voie orale ;
- le développement de la radiologie interventionnelle diagnostique et thérapeutique ;
- le développement des soins et supports.

L'ensemble de ces évolutions a des conséquences sur l'organisation du système de soins, avec un développement de l'ambulatoire. Ce terme peut regrouper l'ensemble des soins de ville ou l'hôpital de jour. Les patients atteints de cancer vont en effet effectuer des allers-retours entre l'hôpital et la ville. Les médecins généralistes, les infirmières et les kinés doivent ainsi se coordonner. Les effets secondaires sont désormais différents selon les traitements et nécessitent, pour la personne qui prend en charge le patient en ville, l'accès à l'expertise au bon moment.

La communauté oncologique doit convaincre les pouvoirs publics de la nécessité de sécuriser les parcours. Si les patients atteints de cancer ne peuvent être traités qu'au sein des établissements de santé autorisés, le parcours de soins des patients atteints de cancer hors des murs doit parallèlement être sous la responsabilité du prescripteur initial. Les patients y sont très attachés.

Pascal BEAU

Jean-Michel Bartoli, il y a, à votre sens, une problématique de moyens, d'équipements et d'organisation.

Jean-Michel BARTOLI

Je suis Responsable de la Fédération de Radiologie Interventionnelle, mais également Chef du pôle imagerie de l'APHM. Mon objectif est de trouver des financements pour les activités de radiologie interventionnelle, au-delà même de mon CHU. La radiologie interventionnelle représente l'ensemble des actes médicaux mini-invasifs réalisés par un radiologue sous guidage et contrôle d'un appareil radiologique. Cette activité représente 540 000 actes, toutes structures confondues. La Fédération de Radiologie Interventionnelle vise à structurer l'ensemble des acteurs afin de rendre les actes compréhensibles auprès des tutelles et favoriser leur reconnaissance.

J'espère que nous aboutirons à un décret d'activité, dérivé de celui prévu pour la cardiologie et la neuroradiologie interventionnelle.

Ces actes doivent également être mieux valorisés, dans un contexte où le nombre d'actes de radiologie interventionnelle en oncologie sera multiplié par quatre d'ici 2020. Je rappelle que nous ne comptons pas de lits d'hospitalisation, ce qui constitue une difficulté puisqu'il faut travailler par convention. De nombreux actes ne sont pas inscrits à la CCAM. La thrombectomie cérébrale en cas d'AVC coûte par exemple aujourd'hui à mon pôle 10 000 euros par patient. Les dépenses atteignent ainsi 400 000 euros depuis le début de l'année. Des solutions doivent être rapidement apportées.

**Pascal BEAU**

Stéphane Irrmann, vous êtes Président de Sherpa Santé. Quelle est votre activité ?

Stéphane IRRMANN

En 2010, dans le cadre du Plan Cancer 2, j'ai décidé de chercher à améliorer la coordination du parcours de soins en cancérologie. Dans le modèle d'organisation qui a alors été défini, tous les patients sont pris en charge et l'objectif est d'améliorer la transversalité entre l'hôpital et la ville. Des groupes de médecins traitants sont constitués. En Bourgogne, nous avons par exemple retenu le territoire de santé de Châtillon-sur-Seine et des spécialistes de Dijon se sont déplacés sur place. Des démarches de formation et d'accompagnement (« compagnonnage ») ont été mises en place auprès des médecins traitants.

In fine, mon objectif est de mettre en évidence que ce modèle permet des économies, en particulier sur les territoires de santé excentrés. La coordination est actuellement financée par la formation des médecins *via* l'OGDPC. J'espère que nous pourrions rapidement faire la démonstration de l'efficacité économique de ce modèle, au-delà de l'amélioration de la qualité et de la transversalité permise.

Pascal BEAU

D^r Alran, quel est le principal défaut du dispositif actuel ?

Séverine ALRAN

La culture des soignants et des patients, basée sur l'idée que l'hôpital fait tout, doit être dépassée. Le dialogue doit également être engagé avec les médecins traitants, qui ont de nombreuses pathologies à traiter.

Hélène ESPEROU

Le médecin généraliste doit disposer des informations sur les traitements administrés aux patients. L'InCA vient par exemple de publier sur son site des fiches sur les effets secondaires des thérapies orales en hématologie. Nous avons également mis en place à Caen, dans un centre de lutte contre le cancer, un portail où le médecin a accès au dossier patient, si celui-ci donne son accord, et peut dialoguer avec l'équipe médicale.

Xavier PIVOT

Les médecins hospitaliers ne peuvent toutefois se décharger sur la médecine de ville. Le parcours de soins doit, en premier lieu, être sécurisé et le patient doit pouvoir joindre l'hôpital à tout moment.

Hélène ESPEROU

Un réseau de gynécologues a été mis en place par Curie afin d'assurer la prise en charge partagée des patients, notamment dans le cadre du suivi post-cancer. Les équipes hospitalières, au sens large, doivent jouer un rôle de coordination entre la ville et l'hôpital. La responsabilité des médecins hospitaliers prescripteurs doit toutefois être maintenue, grâce à un financement des pouvoirs publics.

Stéphane IRRMANN

Je crois beaucoup à un accompagnement sur mesure des médecins traitants pour gagner leur implication. Un travail doit également être mené sur l'interférence entre le cancer et les autres pathologies.

Yves L'ÉPINE

Deux questions sont posées, celle de l'amélioration de la reconnaissance de certains actes techniques à travers une évolution de la nomenclature, et celle de la coordination entre les différents acteurs pour une meilleure prise en charge des patients. Au regard de mon expérience professionnelle, les rencontres physiques me paraissent essentielles. Les échanges doivent ensuite être structurés, grâce à des moyens techniques adaptés.

Pascal BEAU

Les établissements sont toutefois confrontés à des problématiques d'organisation et de lourdeur administrative.

Xavier PIVOT

Les administrateurs de l'hôpital sont obligés de mieux comprendre la médecine, tandis que les médecins doivent disposer de notions en économie. À cet égard, nos formations pourraient sans doute évoluer. J'ajoute que le système de financement est très fragile, ce qui ne permet pas aux établissements de s'inscrire sur le long terme.

Séverine ALRAN

La création d'unités décloisonnées, entre la chirurgie, l'anesthésie et la radiologie, me paraît intéressante.

Nathalie SAULE, Pharmacienne, Utip

Je regrette que les pharmaciens n'aient pas été évoqués. Ceux-ci sont vigilants au niveau des prescriptions et ont par ailleurs sans doute davantage de temps que les médecins traitants pour accompagner le patient dans son parcours de soins.

Xavier PIVOT

Nous nous sommes également localement appuyés sur les pharmaciens. Nous avons élaboré un système web, afin que ceux-ci puissent effectuer leurs commandes avant que le patient n'arrive et ainsi se préparer à l'accompagnement thérapeutique. S'agissant des prescriptions, elles ne peuvent actuellement toujours être contrôlées.

Michel DRIEUX, Ancien PU-PH, Hôpital Cochin

Des réseaux ville-hôpital ont été créés il y a plusieurs années. À votre sens, pourquoi cette expérience est-elle un échec ?

Hélène ESPEROU

En oncologie, il faut distinguer les réseaux régionaux de cancérologie labellisés par l'InCA, purement organisationnels, des réseaux territoriaux de soins. Certains réseaux fonctionnent très bien sur les territoires ; d'autres beaucoup moins. Il convient parallèlement de noter que les financements ont diminué.

Yves JUILLET, Secrétaire général de la Fondation de l'Académie de médecine

Xavier Pivot, comment envisagez-vous l'évolution de la prise en charge globale afin de permettre une généralisation des structures que vous avez développées ?

**Xavier PIVOT**

À mon sens, nous risquons d'assister à une forfaitisation du parcours de soins, ce qui pourrait être source de tensions entre professionnels de santé.

Hélène ESPEROU

Afin d'éviter ces écueils, nous devons décrire les parcours le plus précisément possible, en identifiant les activités des hospitaliers actuellement non reconnues et donc non financées.

Jacques BONTE, Directeur Santé Mondial Assistance

Les organismes régulateurs rencontrent actuellement des difficultés à évoluer à la même vitesse que la technologie. Le développement de l'ambulatoire devra, à l'avenir, par exemple être mieux pris en compte dans le cadre des conditions générales d'assurance.

Pascal BEAU

Merci à l'ensemble de nos intervenants.

Les nouvelles technologies peuvent-elles permettre d'optimiser les prises en charge ?

Participaient à cette table ronde :

- Christian BÉCHON, Président-Directeur Général du groupe LFB
- Olivier GRYSOY, Directeur de la Communication digitale du groupe Servier
- Benjamin LEPERCHEY, Sous-directeur des industries de santé et des biens de consommation à la Direction Générale des Entreprises, Ministère de l'Économie
- Pierre LEURENT, Directeur Général de Voluntis
- Thierry ZYLBERBERG, Vice-Président d'Orange, Directeur d'Orange Healthcare

La table ronde est animée par Pascal BEAU.



Pascal BEAU

Cette table ronde est consacrée aux technologies et à leurs impacts sur les prises en charge. Christian Béchon, quelles sont les principales évolutions que permettent les nouvelles technologies pour les patients ?

Christian BÉCHON

Le LFB est un laboratoire purement hospitalier. Nous proposons par exemple une gamme de produits en anesthésie-réanimation. Nous nous sommes, dans ce domaine, alliés aux technologies de réalité virtuelle afin de développer des logiciels de simulation médicale, sur le modèle des simulateurs de vol pour les pilotes, afin de former les jeunes médecins et l'équipe médicale à la prise en charge des situations d'urgence complexes. Il s'agit d'un exemple de l'impact des nouvelles technologies sur le système de soins, en particulier sur la performance des équipes et la qualité des soins.

Cette démarche est reproductible dans d'autres domaines thérapeutiques. Nous devons toutefois d'abord lancer les expérimentations sur le terrain, plutôt que d'attendre les financements.

Pascal BEAU

Benjamin Leperchey, quel est votre constat au niveau du ministère ?

Benjamin LEPERCHEY

Si certains pays sont en avance par rapport à la France, notre pays est loin d'être si en retard. La situation est plutôt satisfaisante dans le domaine des SI hospitaliers. La coordination avec les autres acteurs reste en revanche à améliorer. L'objectif du benchmark international que nous menons actuellement est d'identifier les pistes d'amélioration en nous inspirant des meilleures pratiques. Un rapport devrait être publié d'ici la fin de l'année.

Pascal BEAU

Pierre Leurent, quelle est l'activité de votre société, Voluntis ?

Pierre LEURENT

Voluntis est un fabricant de logiciels compagnons thérapeutiques, c'est-à-dire de logiciels utilisés par les patients pour mieux gérer une maladie ou un traitement en lien avec une équipe soignante à distance. Ces logiciels vont aider à la décision thérapeutique, à la différence de systèmes plus « passifs ».

Nous avons par exemple été précurseurs dans le domaine du diabète, où nous avons travaillé avec Sanofi pour proposer des solutions de santé intégrées afin d'aider les patients à s'injecter la bonne dose d'insuline. Nous travaillons également avec Roche dans le domaine de l'oncologie, afin de mieux gérer les effets indésirables des nouvelles thérapies. Les soignants ont, à chaque fois, accès à des tableaux de bord pour individualiser le traitement du patient. L'intégration des technologies doit se conjuguer à une refonte des parcours de soins actuels, en prévoyant par exemple des infirmiers en télémédecine afin d'accompagner le patient.



La tarification doit parallèlement évoluer afin de favoriser une diffusion plus large de ces innovations. Nous devons également progresser dans l'évaluation des solutions multi-technologiques ou composites.

Pour mieux accompagner le développement de ces projets innovants, une co-construction entre les différentes parties prenantes me paraît indispensable.

Pascal BEAU

Olivier Gryson, quelle est votre vision en tant que spécialiste de la communication digitale ?

Olivier GRYSON

À mon sens, les nouvelles technologies peuvent permettre d'optimiser les prises en charge. Le digital peut être utilisé dans la prévention des risques ou encore dans l'amélioration de l'observance. Le laboratoire Otsuka a par exemple déposé une AMM pour une version connectée de son médicament Abilify contenant une puce électronique comestible afin de s'assurer de l'observance. Dans le domaine de l'ambulatoire, des pilotes extrêmement intéressants ont été menés dans le domaine du suivi de l'insuffisance cardiaque.

Au-delà des défis techniques, le principal défi est d'ordre sociétal. Servier a par exemple décidé de lancer un projet d'étude observationnelle en équipant ses salariés d'un bracelet connecté pour suivre leurs habitudes. Cette initiative permettra de mobiliser l'ensemble de nos personnels sur les enjeux digitaux.

Pascal BEAU

Thierry Zylberberg, Orange Healthcare est une filiale très importante d'Orange. Quels sont les freins en matière de développement des nouvelles technologies ?

Thierry ZYLBERBERG

Dans le cadre de la médecine de parcours, les nouvelles technologies permettent un meilleur accompagnement du patient. Sur ce point, l'initiative Territoires de soins numériques lancée par le Gouvernement mérite d'être signalée.

La société américaine Proteus fabrique des pilules connectées ; il s'agit d'ores et déjà d'une réalité. La plupart des appareils médicaux commencent, de la même façon, à être connectés. Les nouvelles technologies permettent d'améliorer la prévention et de faciliter le maintien à domicile.

Pourquoi les progrès sont-ils alors si lents ? Les freins ne sont, à mon sens, pas tant culturels, que liés à la nécessité de transformer les processus. Les incitations des différents acteurs ne sont aujourd'hui pas alignées. Les pacemakers connectés sont par exemple remboursés, alors que leur utilisation ne l'est pas. La gestion du changement, tout comme l'évaluation des nouveaux dispositifs, nécessite des moyens.

**Pascal BEAU**

Faut-il recomposer le mode de gouvernance médico-économique ? Des logiques plus libérales ou plus décentralisées doivent-elles être adoptées ?

Thierry ZYLBERBERG

Il faut examiner les impacts du développement de l'ambulatoire sur l'hôpital et mettre en place les compensations tarifaires correspondantes, sans pour autant déployer une

nouvelle usine à gaz. Des initiatives régionales peuvent, sans doute, plus facilement être développées sur le terrain. La flexibilité entre les enveloppes doit, pour cela, être améliorée. Il convient ensuite de passer à une phase de standardisation, en ne retenant qu'un seul modèle.

Christian BÉCHON

L'innovation nécessite un *business model* pertinent pour être développée sur le terrain. Pour cela, il faut partir du système de santé actuel et de la législation applicable.

Pierre LEURENT

Si les bonnes volontés sont réelles, les orientations doivent être définies en lien avec l'ensemble des acteurs. Le monde industriel est, en tout cas, prêt à s'engager dans une telle démarche.

Olivier GRYSON

Le patient et le Gafa peuvent jouer un rôle dans ces évolutions. C'est en effet peut-être d'Apple ou de Google que viendra une standardisation des technologies, même si le législateur devra gérer les risques.

Benjamin LEPERCHEY

La réussite de nombreux projets est liée à un acteur local particulièrement motivé. Ces expériences me paraissent souvent difficilement standardisables.

Guy VALLANCIEN,

Laissez faire et certaines expériences essaieront !



Benjamin LEPERCHEY

Ces pilotes sont, malgré tout, portés, au niveau local, par une personne particulièrement active. À mon sens, il ne s'agit pas seulement d'une problématique réglementaire.

Thierry ZYLBERBERG

Nous n'avons pas besoin de porteurs de projets admirables, mais avant tout d'aplanir les difficultés réglementaires.

De la salle

L'innovation réside-t-elle dans le dispositif technique ou le dispositif réglementaire ?

Thierry ZYLBERBERG

La technologie est seconde, à mon sens. C'est le process qui doit être innovant.

Alain CLERGEOT, Nuron Bioetch AC-CA

Lorsque l'on voit les investissements de Google dans le domaine de la santé, il est certain que les modèles existeront demain et seront adoptés dans notre pays. Nous avons pourtant tout pour réussir et être précurseurs. Les innovations pourraient également venir de l'usage, avec des patients demandeurs d'une utilisation des nouvelles technologies dans le domaine de la santé.

Thierry ZYLBERBERG

Je ne suis pas certain que cette révolution arrive si vite. Evgeny Morozov, chercheur de Harvard, adopte par exemple un regard critique vis-à-vis de ce qu'il nomme le « solutionnisme » du Gafa, en estimant que certains problèmes sont des problèmes humains et sociaux, qui ne peuvent être traités par la technologie. La santé n'est en effet pas un marché comme les autres. Un récent baromètre Odoxa montrait par exemple que les patients étaient très satisfaits de l'hôpital public et considéraient que leur pathologie chronique devait être traitée à l'hôpital. 25 % des patients avaient même pris rendez-vous directement à l'hôpital.

Olivier GRYSON

La situation est sans doute variable en fonction des pathologies. La révision culturelle pourrait peut-être arriver plus vite qu'on ne le pense.

De la salle

Les patients ont l'impression que l'ambulatorio est principalement lié au souci d'économies et que l'hôpital cherche à « se débarrasser » d'eux. Plutôt que de parler sans cesse d'économies, il faudrait mettre en avant l'excellence et la qualité des soins.

Alain PEREZ, Journaliste en santé

Les nouvelles technologies permettent une surveillance à distance des patients et une amélioration de l'observance. Quelle position devons-nous adopter sur ce sujet à votre sens ?

Thierry ZYLBERBERG

Ces évolutions ont déjà été mises en place dans le domaine de l'apnée du sommeil et les difficultés rencontrées ont été majeures. Il faut sans doute réunir l'ensemble des parties prenantes pour surmonter ces écueils.

Pierre LEURENT

La dénomination même de « télésurveillance » médicale dans la loi est sans doute peu heureuse. Conditionner le remboursement à l'observance est un débat de société. Des réponses adaptées doivent être trouvées en concertation avec l'ensemble des acteurs.

Pascal BEAU

Un mot peut-être pour conclure nos débats, Christian Béchon.

Christian BÉCHON

L'innovation ne se résume pas à l'IT. Notre système évolue et l'innovation doit prendre en compte les contraintes financières pour pouvoir avancer.

Pascal BEAU

Merci à l'ensemble de nos intervenants.

Quelles nouvelles solutions face à l'antibiorésistance ?

Participaient à cette table ronde :

- Jean-Luc BÉLINGARD, Président Directeur Général de bioMérieux
- François BRICAIRE, Chef de service des maladies infectieuses et tropicales, Pitié-Salpêtrière
- Pascal MICHON, Directeur des Affaires scientifiques Sanofi France
- Mark MILLER, Directeur médical de bioMérieux

La table ronde est animée par Pascal BEAU.



Pascal BEAU

Alors que le rapport du Dr Jean Carlet vient d'être publié et qu'un plan international sera prochainement annoncé, l'antibiorésistance n'est pas un sujet nouveau, mais les améliorations tardent à venir.

Jean-Luc Bélingard, quelles sont les ambitions du G5 dans ce domaine ?

Jean-Luc BÉLINGARD

L'antibiorésistance est une problématique mondiale et les initiatives sont nombreuses. En France, 160 000 patients sont confrontés chaque année à une pathologie infectieuse résistante aux antibiotiques. 13 000 d'entre eux décèdent. Depuis 20 ans, seules deux nouvelles familles d'antibiotiques ont été mises sur le marché.

En France, Marisol Touraine a fixé des objectifs de réduction de 25 % de la consommation d'antibiotiques et de diminution du nombre de décès à 10 000. La principale arme, à mon sens, sera la multifonctionnalité, c'est-à-dire le déploiement du parcours de soins.

Pascal BEAU

François Bricaire, est-ce un phénomène nouveau ?

François BRICAIRE

L'antibiorésistance n'est pas nouvelle, mais il s'agit d'un phénomène qui prend de l'ampleur. Dans le cadre d'une lutte contre des organismes vivants, l'antibiothérapie aboutit naturellement à induire un phénomène de sélection. Néanmoins, une mauvaise utilisation accélère considérablement le phénomène. Depuis très longtemps, nous avons tiré la sonnette d'alarme, sans être véritablement écoutés. La France n'est pas la plus vertueuse, même si d'autres pays, notamment en Asie, en Afrique ou en Amérique, sont sans doute davantage touchés.

La Pitié-Salpêtrière traite une trentaine de souches extrêmement résistantes chaque année. Le milieu vétérinaire est encore malheureusement davantage affecté.

Pascal BEAU

Mark Miller, pouvez-vous expliquer le rôle du diagnostic in vitro dans la lutte contre l'antibiorésistance ?

Mark MILLER

Le diagnostic poursuit quatre principaux objectifs : distinguer les infections virales des infections bactériennes ; identifier le pathogène qui cause l'infection ; trouver le profil de résistance ; suivre les résistances afin de prévenir la contagiosité. Si les tests de diagnostic rapides sont malheureusement encore trop peu utilisés par les médecins généralistes, nous devons poursuivre nos efforts de recherche afin de nous doter de tests de plus en plus ciblés, rapides et efficaces. La non-correspondance entre le remboursement et la valeur médicale de ces tests explique néanmoins en partie les réticences actuelles.

Pascal BEAU

Pascal Michon, vous avez travaillé dans le cadre du rapport Carlet. Quels ont été les sujets examinés et quelles sont vos préconisations ?

Pascal MICHON

Nous avons travaillé sur des sujets tels que la recherche, les indicateurs de mesure, le bon usage des antibiotiques et la communication auprès du grand public. Quatre mesures phares ont été annoncées :

- composer un comité interministériel avec un délégué interministériel dédié ;
- développer un plan national de recherche interdisciplinaire avec des fonds sanctuarisés pendant cinq ans ;

- proposer un statut particulier pour les médicaments anti-infectieux innovants ;
- faire de la lutte contre l'antibiorésistance la grande cause nationale 2016.

Nous sommes en réalité confrontés aux défis du tarissement des ressources naturelles, de l'inadaptation des contraintes réglementaires aux essais cliniques et de la recherche d'un modèle pharmaco-économique pertinent.

En matière de recherche, trois axes sont actuellement étudiés : la recherche de molécules naturelles ; la recherche d'antibiotiques ciblés (par exemple contre le *Pseudomonas*...) et d'autres thérapies pour permettre aux antibiotiques de redevenir efficaces (anticorps monoclonaux, immunothérapie...); la recherche en matière de prévention (par exemple le vaccin contre le *Clostridium Difficile*...).

S'agissant du bon usage des antibiotiques, un des objectifs est de mettre à disposition des professionnels de santé des outils pratiques adaptés. Un site internet d'information www.antibio-responsable.fr a par exemple été récemment mis en ligne par Sanofi. Ce site ne contient évidemment aucune donnée à caractère promotionnel.

Pascal BEAU

Les préconisations du rapport Carlet sont-elles partagées à l'international ?

François BRICAIRE

Des mesures doivent être prises dans l'ensemble des pays. Le corps médical, mais aussi le grand public, doivent être conscients des enjeux.

Pascal MICHON

Dans un contexte où 44 % des antibiotiques prescrits en ville le sont dans des pathologies virales, et où 40 % des antibiotiques prescrits sont générateurs de résistances, l'objectif d'une baisse de 25 % de l'usage des antibiotiques paraît atteignable. Il faut toutefois, entre autres mesures, mettre en place des indicateurs pertinents dans les ROSP pour pouvoir l'atteindre.



Mark MILLER

En matière de diagnostic, la stratégie doit également être mondiale. Un travail doit en parallèle être mené sur la sur-utilisation des antibiotiques chez les animaux.

Pascal BEAU

Faut-il former les médecins prescripteurs ?

François BRICAIRE

La démarche de formation et de sensibilisation est engagée depuis plusieurs années, mais il faut redoubler d'efforts. Chaque prescription d'antibiotiques doit pouvoir être intellectuellement justifiée.

Jean-Luc BÉLINGARD

L'innovation nous permet toutefois de regarder l'avenir avec un certain optimisme. L'identification du pathogène à l'origine de l'infection peut désormais être réalisée en moins d'une heure. Des tests simultanés peuvent être menés pour une trentaine de pathogènes de suspicion. Nous savons également de mieux en mieux les caractériser, notamment grâce aux techniques de séquençage. Enfin, la caractérisation d'une prescription et l'accompagnement du patient progressent.

De la salle

Deux arguments sont évoqués pour expliquer les réticences des industriels pour développer de nouveaux antibiotiques : l'absence de garantie sur la propriété intellectuelle et la préférence pour les maladies chroniques.

Jean-Luc BÉLINGARD

Nous ne choisissons pas nos axes de recherche en fonction de la rémunération associée, mais en fonction de nos compétences et de nos savoir-faire. De nombreuses sociétés cessent d'ailleurs de déposer des brevets, car elles pensent que la compétence est davantage facteur de protection que la propriété juridique.

Pascal MICHON

La compétence de Sanofi Aventis dans le cadre des maladies infectieuses est très ancienne. Nous répondons à des besoins non satisfaits, parfois des niches, et non des marchés, même si un industriel doit au minimum avoir un retour sur investissement.

De la salle

Le microbiote a-t-il un rôle à jouer dans l'antibiorésistance ?

François BRICAIRE

Je le pense. Lorsque les malades sont porteurs de bactéries multi-résistantes, il convient de les détecter et de reconstituer un microbiote le plus naturel possible, ce qui est plus facile en dehors du secteur hospitalier. Nous sommes obligés d'admettre ces malades, de les isoler, tout en les soignant pour la pathologie pour lesquels ils ont été hospitalisés. Le défi est important pour nos centres hospitaliers.

Pascal BEAU

Merci à l'ensemble de nos intervenants.

Quelles pistes pour lever les freins : Faut-il réformer ? Miser sur les bonnes volontés ?

Participaient à cette table ronde :

- Marc de GARIDEL, Président du G5 Santé, Président-Directeur Général d'Ipsen
- Dominique GIORGI, Président du Comité Économique des Produits de Santé
- Élisabeth HUBERT, ancien Ministre, Présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- Yannick LE GUEN, Chef de service DGOS
- Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, ancienne présidente de l'USPO
- Guy VALLANCIEN, Chirurgien urologue, professeur à l'Université Paris Descartes, membre de l'Académie Nationale de Médecine

La table ronde est animée par Pascal BEAU.



Pascal BEAU

Cette table ronde sera consacrée aux pistes de réforme pour favoriser le développement de l'ambulatoire. Élisabeth Hubert, quels sont les freins ? Comment les dépasser ?

Élisabeth HUBERT

Le premier frein tient, à mon sens, à la formation des médecins. Les médecins sont aujourd'hui formés en CHU, alors qu'ils travailleront, pour la plupart, en dehors de ces centres hospitaliers. Nous ne prenons pas non plus la juste mesure de l'impact des nouvelles technologies et de leur capacité à établir un lien à distance entre patients et médecins. Enfin, la démarche du médecin prescripteur tout-puissant n'est plus pertinente. Si les jeunes générations ont, heureusement, désormais une vision plus collective de leur métier, le secteur hospitalier est cependant encore trop considéré comme l'alpha et l'oméga des soins, alors que la notion de structure hospitalière doit être dissociée de l'hébergement hospitalier. Nous avons encore trop tendance à mettre un patient dans un lit.

Pascal BEAU

Dominique Giorgi, comment développer le parcours de soins ?

Dominique GIORGI

La première contrainte est de satisfaire les besoins des patients. La deuxième est de nature financière. Sur ce point, le soin adapté est, précisément, le plus économe.

La troisième problématique est l'appropriation des nouvelles technologies, afin de permettre une meilleure adéquation des parcours de soins aux besoins des patients. L'exemple de la télémédecine peut, à cet égard, être cité.



Le Comité Économique des Produits de Santé est particulièrement attentif aux médicaments qui favorisent le maintien à domicile (chimiothérapie per os...). En matière de dispositifs médicaux, les produits et les prestations doivent être associés. Enfin, une évolution de l'offre de soins est nécessaire. Le produit doit pouvoir permettre au service de se développer en parallèle.

Pascal BEAU - Comment la DGOS prépare-t-elle le virage ambulatoire ?

Yannick LE GUEN

Il existe des freins structurels, tels que la formation et les modalités de remboursement. Certains sont également liés à l'organisation et aux pratiques. L'objectif du projet de loi est de mettre en place une nouvelle approche de régulation centrée autour du patient. Des progrès ont toutefois d'ores et déjà été enregistrés. En matière de chirurgie ambulatoire, le rythme de progression annuel est par exemple d'environ 2,5 %.

Il s'agit également d'aller au plus près des professionnels de santé. Le numérique constitue, à cet égard, une chance afin d'échanger des données pour créer du service. Nous allons, sur ce point, devoir revoir nos approches et les modalités de remboursement, aider les professionnels de santé dans leur prise de décision, et chercher à améliorer l'observance.

Pascal BEAU

Marie-Josée Augé-Caumon, quelle est la place des pharmaciens ?

Marie-Josée AUGÉ-CAUMON

Pour réussir le virage ambulatoire, il faudra de plus en plus appliquer des techniques innovantes et mieux se coordonner. Pour cela, il est essentiel de rétablir la confiance entre acteurs. Nos métiers sont complémentaires et il ne faut plus parler de délégation, mais de complémentarité de tâches. Un système d'informations partagé doit être mis en place. Le pharmacien est encore malheureusement trop souvent exclu, sans pouvoir accès aux dossiers patients. Enfin, le patient doit être de plus en plus impliqué afin qu'il adhère au traitement. L'utilisation des nouvelles technologies est, à cet égard, essentielle pour individualiser les thérapeutiques. Nous devons également mettre en place des formations communes entre professionnels de santé.

**Pascal BEAU**

Marc de Garidel, comment aller de l'avant ?

Marc de GARIDEL

Ce colloque a démontré que les nouvelles technologies vont pouvoir apporter une meilleure qualité des soins au bénéfice de l'ensemble des acteurs et du système de santé, dont les coûts seront réduits.



Il n'est toutefois aujourd'hui pas normal que seulement quelques dossiers de demande de création d'actes innovants soient traités chaque année. De nombreuses petites sociétés innovantes partent de ce fait se développer à l'étranger, faute d'accès au marché en France pour leurs solutions de santé.

Nous devons par ailleurs chercher à améliorer la coordination. L'initiative du P^f Pivot m'a, sur ce point, paru extrêmement intéressante en matière de développement des échanges entre l'hôpital et la ville en oncologie en Franche-Comté.

Pascal BEAU

Il semble que ce soient toujours des pionniers qui bouleversent le système.

Élisabeth HUBERT

Certains termes, tels que celui de coordination, sont « fourre-tout » et chacun y met ce qu'il entend. Au niveau réglementaire, nous devons avant tout garantir la qualité et la sécurité *via* le dispositif de certification. En revanche, les initiatives du terrain ne doivent

pas être corsetées par des dispositifs administratifs extrêmement lourds. Il n'y a pas besoin de réinjecter de l'argent, mais de le réaffecter.

Guy VALLANCIEN

Nous confondons toujours santé et soin, ce qui ne permet pas de définir une politique pertinente. Si l'on pense système de soins, nous devons investir sur la prédiction génomique, la prévention ou encore le traitement précoce. En ce sens, l'hôpital signifie l'échec d'un système de santé. L'objectif doit en réalité consister à améliorer notre système de santé, en intégrant l'agroalimentaire et l'environnement. Il ne s'agit pas de faire des économies, mais avant tout de ne pas gaspiller. Nous devons nous projeter à dix ans, ce qui n'est malheureusement pas le propre de nos politiques.

J'ajouterai, plus prosaïquement, que pour développer le lien entre l'hôpital et la ville, chaque praticien hospitalier doit être doté d'un mobile professionnel.

Pascal BEAU

En matière de gouvernance, Paris doit sans doute desserrer son étouffement. Yannick Le Guen, les ARS auront-elles plus d'autonomie demain ?

Yannick LE GUEN

L'innovation s'effectuera au plus près du patient. Il faudra toujours des leaders ou des pilotes qui créent l'innovation, charge à nous de capter la valeur et de la diffuser. Il appartiendra parallèlement toujours à l'État de mettre en place des référentiels de sécurité.

Les Agences disposent d'un fonds de 3 Mds€ de FIR, totalement fongibles. Chaque année, 40 M€ sont par exemple destinés à la télémédecine, sans être entièrement consommés. Il faut progresser en matière de subsidiarité et contractualiser au niveau régional. C'est en effet au niveau local que doivent se décider les incitations financières pour favoriser une meilleure coordination.



Jacques BONTE, Directeur Santé Mondial Assistance

Dominique Giorgi, la priorité ne serait-elle pas de vous confier l'ensemble du système de régulation économique, au regard de l'intrication entre actes et produits ?

Dominique GIORGI

En prenant ces fonctions en 2012, j'ai été étonné de la différence de traitement entre les produits de santé et des actes, qui tardent souvent à être tarifés. Un texte a toutefois été voté l'an passé pour encadrer les délais de mise en œuvre de la tarification. Au-delà de la relation avec les professionnels de santé, d'autres logiques pourraient présider à la tarification des actes.

Jacques BONTE, Directeur Santé Mondial Assistance

La tarification de l'acte est issue de la demande d'un syndicat professionnel. Or, en cas d'évolution, le syndicat n'a pas nécessairement intérêt à demander la prise en charge d'un nouvel acte.

Marc de GARIDEL

. Dans ce domaine, le G5 est favorable à un rôle accru du CEPS. Le CEPS est en effet un organe interministériel qui peut prendre en compte les impératifs non seulement sanitaires, mais aussi économiques et industriels.

Guy VALLANCIEN

La tarification à l'activité mise en place a été pervertie en tarification à l'acte. Si ceci a permis de détecter la sous-productivité de certains services, la mauvaise qualité est néanmoins, dans les faits, rémunérée, les hôpitaux touchant de l'argent en cas de complications chirurgicales par exemple. Il n'est pourtant pas si difficile d'évaluer la qualité. En chirurgie, quatre items pourraient par exemple être pris en compte : le taux de mortalité dans le séjour opératoire, le taux de saignement, le taux de reprises opératoires ou de transferts dans un autre service ou un autre hôpital, et le taux de marges positives. Le but est avant tout de faire progresser ceux qui présentent les plus mauvais résultats.

Élisabeth HUBERT

Le critère de la qualité devrait être beaucoup plus contraignant. La HAS devrait, pour cela, mettre en place des incitations financières. Un tel dispositif amènerait à des décisions de fermeture, ce qui nécessite évidemment un certain courage politique.

Yannick LE GUEN

La santé est l'un des rares secteurs où les dépenses issues de prélèvements obligatoires progressent de l'ordre de 2 Mds€ par an. Des mesures incitatives doivent effectivement être mises en place pour favoriser les démarches de qualité. Parallèlement, pour les établissements dont la qualité est insuffisante, il faut remédier aux manquements constatés *via* la mise en place de plans d'action. Des mécanismes incitatifs et coercitifs doivent coexister.

Guy VALLANCIEN

Les textes doivent être simplifiés, afin d'être compréhensibles par les médecins et les patients.

La mise en place d'une base de données est par ailleurs nécessaire, notamment pour les médecins généralistes. Avec 50 M€, un dispositif informatisé performant pourrait être développé. Le médecin doit capter la confiance de son patient pour l'aider dans son parcours de soins. À mon sens, les médecins spécialistes devraient progressivement disparaître au profit de personnels médicaux à responsabilité variable. En nous appuyant sur une meilleure répartition des tâches, nous pourrions facilement mettre un terme aux déserts médicaux.

Angèle SAMAN, Coordinatrice scientifique internationale, ANR

Chez nos voisins européens, l'ambulatoire est-il confronté aux mêmes obstacles ? L'Europe a inclus dans son programme H2020 un axe sur la médecine personnalisée.

Élisabeth HUBERT

L'hospitalisation conventionnelle représente 37 % des dépenses de santé remboursables en France, vs 28 ou 29 % au niveau de l'OCDE. Le différentiel montre bien que nous devons progresser.

Pascal BEAU

Nous payons relativement cher, à mon sens, la séparation entre l'État et l'Assurance maladie.

Marc de GARIDEL

Comment mesurer la performance d'un système de santé ? L'Europe souhaite mettre en place des incitations afin de mieux exploiter le big data, alors qu'aux États-Unis, des décisions sont d'ores et déjà prises pour mesurer le bénéfice d'un acte thérapeutique pour le patient.

Yannick LE GUEN

Le ministère de la Santé consacre un budget de 80 M€ par an aux soins primaires, notamment pour les recherches cliniques ou médico-économiques. Ces crédits sont ouverts aux établissements, aux centres et aux maisons de santé. Or les projets sont encore en nombre insuffisant.

Alain PEREZ, Journaliste en santé

La semaine dernière, la HAS a célébré son 10e anniversaire. À cette occasion, Jean-Luc Harousseau a, malheureusement, indiqué qu'il était opposé à toute diffusion publique des indicateurs de performance des établissements de santé.

Guy VALLANCIEN

La situation est complexe, car certains hôpitaux ne traitent pas le même type de patientèle. Le secteur de la santé ne peut, en ce sens, être rapproché de celui de l'hôtellerie.

Pascal BEAU

Merci à tous.



Grand témoin

Guy VALLANCIEN

Chirurgien urologue, professeur à l'Université Paris Descartes, membre de l'Académie Nationale de Médecine

Pascal BEAU

Nous sommes à une période charnière, le numérique bousculant nos métiers. Guy Vallancien, vous êtes auteur de l'ouvrage *La médecine sans médecin ?* Comment l'avenir se présente-t-il ? Quels sont les principaux enjeux ?

Guy VALLANCIEN

Le rôle de médecin n'est plus celui du savoir, mais celui de l'accompagnement. Les malades en sauront en effet de plus en plus que nous à l'avenir, surtout dans le cadre des pathologies chroniques.

Aujourd'hui, nous détectons les maladies avant qu'elles ne parlent. Nous entrons dans une médecine médicalement muette. Demain, le séquenceur nous permettra de choisir le traitement le plus adapté. Du temps de la Haute-Egypte, les spécialistes étaient très mal considérés, tandis que le généraliste était quant à lui honoré, car il prenait en charge globalement un malade. Je crois que nous nous orientons de la même façon vers un « médecin global », un homme ou une femme de la synthèse. Les spécialistes seront, à mon sens, de plus en plus des non-médecins, des ingénieurs opérateurs par exemple, travaillant avec des dispositifs robotisés et se reformant régulièrement à chaque innovation technologique.

L'amélioration de la qualité globale passe, en tout état de cause, par l'industrialisation des process. Contrairement aux idées reçues, l'industrialisation sait personnaliser, comme le montre l'industrie automobile et le nombre d'options qu'elle peut proposer sur chaque modèle de véhicule.



La relation avec le patient constitue le cœur de notre travail. C'est la seule valeur du serment d'Hippocrate.

À l'avenir, nous aurons besoin d'être moins nombreux et de réaliser un véritable transfert de compétences vers les autres métiers de la santé. Le système étant particulièrement complexe, nous devons également chercher à mieux éclairer les politiques et pour cela nous regrouper pour aboutir à cinq ou six propositions clés.



Pascal BEAU

Du côté industriel, comment s'assurer que la France continue à être un pays attractif ?

Guy VALLANCIEN

L'industrie pharmaceutique est montrée du doigt comme peu d'autres industries. Or elle ne sait aujourd'hui pas se défendre. Elle ne devrait pas hésiter à clairement exposer ses chiffres.



Conclusion

Christian BÉCHON

Président-Directeur Général du groupe LFB

Merci à l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière de nous avoir permis d'utiliser cet amphithéâtre. Merci à tous pour votre présence. Je vous donne rendez-vous à nos prochaines Rencontres.