

Quelles pistes pour lever les freins : Faut-il réformer ?

Miser sur les bonnes volontés ?



▲ *Comment améliorer l'efficacité de la prise en charge à domicile ? Comment les ARS peuvent contribuer à promouvoir les parcours de soins hôpital-ville ? Quelle tarification pour les prestations de ville ? Comment faire évoluer les modes d'évaluation et de régulation ?*

Avec la participation de :

- **Jean Debeaupuis** *Directeur Général de l'Offre de Soins*
- **Marc de Garidel** *Président du G5 Santé, Président-Directeur Général d'Ipsen*
- **Claude Évin** *Ancien Ministre, Avocat*
- **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*
- **Claude Leicher** *Président de MG France*

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



Marc DE GARIDEL

Président du G5 Santé,
Président Directeur Général d'Ipsen

“ Réussissons ensemble cette transition vers l'ambulatoire au bénéfice des patients tout en réalisant des économies. ”

En apparence, tous les acteurs sont d'accord avec l'objectif de développer l'ambulatoire. Pourtant, les industriels se heurtent toujours à de nombreux freins, à des procédures administratives inadaptées ou inexistantes, sur fond d'incompréhension de leurs interlocuteurs.

Des réformes d'ampleur sont nécessaires, depuis l'évaluation des solutions de santé, qui ne tient pas compte aujourd'hui de leur impact sur le développement de l'ambulatoire, jusqu'aux modalités de leur financement. Elles devront impliquer tous les professionnels de santé. Développer l'ambulatoire, c'est aussi mettre le médecin généraliste au cœur du suivi des malades sortis de l'hôpital, c'est repenser la répartition des rôles entre les acteurs du soin hors de ses murs, c'est définir des parcours de soins entre hôpital et ville, mais aussi entre médecins, pharmaciens et infirmiers, donc revoir aussi la place des produits de santé. Le suivi électronique des données du patient semble être aussi un élément crucial pour faciliter cette transition entre l'hôpital et la médecine de ville.

Les mesures du Comité Stratégique de Filière Santé jouent un rôle clé pour déverrouiller, dans le dialogue, des situations bloquées depuis trop longtemps : permettre par exemple la prise en charge des dispositifs médicaux non implantables indispensables aux chirurgiens, ou encore faire prendre conscience des freins à l'utilisation des chimiothérapies orales. Un nouveau groupe de travail du CSF Santé vient d'être créé, pour mieux identifier les blocages et chercher, dans la concertation, des solutions non pas aux seules difficultés d'hier, mais en anticipant l'arrivée des innovations en développement.

L'innovation s'accélère. Réussissons ensemble cette transition vers l'ambulatoire au bénéfice des patients tout en réalisant des économies.

▲ Marc de Garidel est diplômé de l'École Spéciale des Travaux Publics en France et titulaire d'un Executive MBA d'Harvard aux États-Unis. Après différentes positions occupées chez Eli Lilly en France, aux États-Unis et en Allemagne, il va exercer des responsabilités importantes chez Amgen, le leader mondial des biotechnologies, comme Directeur Financier Adjoint du groupe et comme Directeur International pour la zone sud. Il rejoint Ipsen il y a 5 ans comme Président-Directeur Général. Après une période de réorganisation de l'entreprise, il dynamise l'activité de médecine de spécialité et développe l'empreinte du groupe aux États-Unis.

Marc de Garidel occupe d'importantes fonctions au sein de l'industrie pharmaceutique, tant au niveau européen en tant que Vice-Président de l'EFPIA, qu'en France en tant que Vice-Président du Comité Stratégique de Filière Santé et Président du G5 Santé.

Marc de Garidel est aussi membre du Conseil d'administration de Galenica (Suisse) et Pharnext (France). Il est Chevalier de la légion d'honneur.



Les problèmes de santé ont profondément changé ces dernières décennies : transition démographique, transition épidémiologique, évolutions technologiques, demande des usagers... Ceci appelle une recomposition de l'offre de soins qui touche la ville comme l'hôpital. Le "virage ambulatoire" constitue un enjeu majeur pour l'avenir de notre système et nécessite de construire des parcours dans une logique de complémentarité entre la ville et l'hôpital. Les établissements de soins doivent se recentrer sur leur mission première : les soins et non l'hébergement. Le mouvement, déjà engagé avec la place croissante de la chirurgie ambulatoire, doit se poursuivre par un transfert en hôpital de jour, des hospitalisations avec hébergement de courte durée, le déplacement vers des consultations longues de certaines activités réalisées en hôpital de jour et le transfert en soins de ville, d'activités ne nécessitant pas de mobiliser les établissements de santé. L'offre de ville doit de son côté se structurer davantage afin de garantir une prise en charge coordonnée, efficiente et sécurisée autour de ces nouvelles modalités de prise en charge. À titre d'exemple, on peut citer le développement de la chimiothérapie orale, la sortie précoce grâce à la réhabilitation après une intervention chirurgicale, la réponse aux consultations non programmées. Il est nécessaire de déployer des leviers pour encourager et soutenir les initiatives des acteurs au sein des territoires : le renforcement des soins primaires à travers notamment la promotion de l'exercice en équipe pluri-professionnelle, la mise en place de plates-formes territoriales d'appui pour aider les professionnels à orienter les patients et à suivre les situations les plus complexes, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé dont les projets seront soutenus par les ARS dans le cadre des contrats territoriaux de santé. Les Groupements Hospitaliers de Territoire devront se concerter avec ces communautés et adapter leur projet d'établissement en conséquence.

Le développement de l'ambulatoire répond d'abord à une évolution épidémiologique puisque la prise en charge à domicile des maladies chroniques impose une profonde réorganisation des différents acteurs.

C'est d'abord une volonté commune d'améliorer la qualité sans objectif économique, même si cela permet aussi de redistribuer des financements de façon différente pour mieux répondre aux besoins de prise en charge en perpétuelle évolution. Accélérer le développement de l'ambulatoire passe aussi par un changement des représentations et impose de lever des freins culturels et psychologiques autant chez les patients que chez certains professionnels de santé y compris au sein des établissements de santé, appelés à se réorganiser pour permettre des sorties à la fois rapides et simples. Il n'est plus juste question de coordination entre la ville et l'hôpital, c'est l'ensemble de la chaîne des soins qui doit se conjuguer pour des prises en charge fluides, souvent plus confortables pour les patients. Une simple lettre de sortie ne suffit pas pour organiser les soins et beaucoup de choses restent à faire pour garantir la continuité entre les différents acteurs. Sur ce point, l'établissement de nouveaux modes de financement me paraît un excellent levier pour changer de paradigme, renforcer la complémentarité et le partage des tâches entre professionnels dans la chaîne de soins.



Jean DEBEAUPUIS

Directeur Général de l'Offre de Soins

“ Déployer des leviers pour encourager et soutenir les initiatives des acteurs au sein des territoires. ”

▲ Ancien élève de l'ENA et de l'école Polytechnique, Jean Debeaupuis débute sa carrière à l'IGAS et devient conseiller technique au cabinet du Ministre des Finances. Attaché scientifique et social à l'ambassade de France aux Etats-Unis, il revient en France en tant que chef de la division de lutte contre le SIDA à la DGS. Conseiller technique puis directeur adjoint du cabinet du Ministre des affaires sociales, il prend ensuite la direction de l'hôpital Purpan puis celle de la qualité et de la stratégie au centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse. La DGOS ne lui est pas inconnue : il a été le chef de service de cette direction – alors direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) – de 1999 à 2003. Après un nouveau passage à IGAS, il prend la direction générale du CHU de Grenoble. Depuis le 1^{er} octobre 2013, Jean Debeaupuis est Directeur Général de l'Offre de Soins au Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes.



Claude ÉVIN

Ancien Ministre, Avocat

“ Une évolution irréversible et nécessaire de nos modalités de prise en charge. ”

▲ Vient de rejoindre le cabinet DLA Piper où il intervient dans le secteur des Sciences de la vie et de la Santé. Docteur en droit, avocat au Barreau de Paris, Claude Évin a été Ministre des Affaires sociales et de la Santé de 1988 à 1991 laissant son nom à de nombreuses réformes de santé publique et concernant l'organisation du système de santé : par exemple la loi hospitalière de 1991 et la loi sur la protection sociale complémentaire. Député de Loire-Atlantique jusqu'en 2007. Claude Évin a exercé divers mandats dans les collectivités territoriales et assuré de multiples responsabilités institutionnelles et associatives, notamment à la présidence de la FHF de 2004 à 2009. Professeur associé à la Faculté de droit de l'Université de Nantes jusqu'au 30 septembre 2009, date à laquelle il a été nommé responsable préfigurateur de l'ARS Ile-de-France qu'il a dirigé jusqu'en août 2015. Claude Évin est Président de l'Institut des Hautes Études de Protection Sociale.

Les modalités de tarification des produits de santé peuvent évoluer en prenant en compte les procédures et processus de soins. Des modes innovants de rémunération au parcours qui intègrent les actes et des produits pourraient faire évoluer les modalités de financement et produire ainsi des résultats intéressants qui se révéleront clairement dans les années à venir. Par ailleurs, la tarification des dispositifs médicaux peut faciliter des retours plus rapides au domicile. Pallier une insuffisance respiratoire chez soi, pratiquer une chimiothérapie à domicile est aujourd'hui pratique courante à condition que toute une chaîne d'acteurs se mobilise : industriels, professionnels médicaux et paramédicaux, prestataires de services et accompagnants. Ce suivi possible dans beaucoup d'autres domaines, devient une réelle valeur ajoutée et mérite clairement d'être valorisé dans nos processus de tarification appelés à évoluer.

Favoriser le développement de l'ambulatoire se heurte à de multiples obstacles et les réformes successives de notre système de santé ne parviennent pas, ou peu, à favoriser le décloisonnement et la bonne articulation ville/hôpital que tous les acteurs appellent de leurs vœux. Réaliser cette transformation suppose de répondre à plusieurs questions.

- La tarification et la planification incitent-elles actuellement les acteurs à se coordonner pour faciliter la fluidité des parcours des patients ?
- Faut-il tout attendre des décideurs publics ou les acteurs de santé peuvent-ils s'organiser pour proposer des pistes de réforme ?
- Quelle peut être l'implication des patients dans ces évolutions ?
- Quelles préférences expriment-ils et sont-elles réellement prises en compte aujourd'hui ?

L'hospitalisation à domicile, qui appartient à la fois au monde hospitalier et au monde ambulatoire, pourrait sans doute constituer une passerelle utile pour favoriser une telle évolution.

La réforme du système de santé a créé le médecin traitant auquel a été confié l'organisation d'un parcours de soins et de santé efficient pour répondre précisément aux besoins de la population. Encore aujourd'hui, les acteurs du système de santé font comme si cette première étape de la réforme n'avait pas eu lieu. L'hôpital qui n'utilise pas bien ses ressources internes, n'écrit pas au médecin traitant et reconvoque les patients à de multiples reprises. Pourtant, la prise en charge ambulatoire s'organise avec des équipes de soins primaires et notamment les maisons de santé qui fonctionnent déjà très bien. L'association Asalée (action de santé libérale en équipe), est l'un des très bons exemples de cette réorganisation d'un travail conjoint entre les médecins et les infirmières, notamment de santé publique. Sur le terrain, ces initiatives remportent un franc succès auprès des professionnels, mais les pouvoirs publics s'entêtent à ne pas leur donner les moyens de se développer trop vite. Il n'y a plus aucune raison de réserver les budgets à un futur plan-hôpital au moment où il faut accompagner le développement des soins primaires. De 2007 à 2015, nous avons attendu la généralisation des nouveaux modes de rémunération, mais aujourd'hui l'administration refuse toujours d'augmenter les 175 ETP de l'association Asalée, que la CNAMTS conteste avec son système Sophia. Les décideurs ne décident pas, hésitent et tergiversent, mais jusqu'à quand ?



Dominique GIORGI

Président du Comité Économique des Produits de Santé

“ Des modalités de financement mieux adaptées pour ouvrir de nouvelles perspectives ambulatoires. ”

▲ Diplômé de l'IEP Paris et ancien élève de l'ENA, inspecteur général des affaires sociales, ancien Secrétaire Général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Président du Comité économique des produits de santé.



Élisabeth HUBERT

Ancien Ministre, Présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

“ Constituer une passerelle utile pour favoriser cette évolution. ”

▲ Présidente bénévole de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNHEAD) depuis avril 2006. Médecin généraliste durant 14 ans, Élisabeth Hubert a été Député de Loire-Atlantique de 1986 à 1995 et Ministre de la Santé et de l'Assurance Maladie en 1995. Directeur Général France des Laboratoires Fournier durant près de 8 ans, Élisabeth Hubert est administrateur de plusieurs sociétés de biotechnologies. Elle préside actuellement HAD France, structure de quatre HAD. En avril 2010, Élisabeth Hubert a été chargée par le Président de la République d'une mission sur la médecine de proximité.



Claude LEICHER

Président de MG France

“ L'absence de décision et la gestion politique hésitante du développement de l'ambulatoire se révèlent le maillon manquant dans notre système de santé. ”

▲ Médecin généraliste libéral installé depuis 1985 à Étoile-sur-Rhône, un village de 4 500 habitants dans la Drôme (26). Il crée en 2003 une maison de santé pluridisciplinaire qu'il partage aujourd'hui avec 4 autres généralistes, des infirmières, des orthophonistes, dentiste, kinésithérapeute, podologue, diététicienne. Depuis le 12 décembre 2009, Claude Leicher préside MG France, premier syndicat des médecins généralistes dont il était membre du bureau et élu national du comité directeur depuis 1997. Il est par ailleurs membre du Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).