



États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Les 1ers Etats Généraux de la Santé en Régions

23 juin 2011, Abbaye de Fontenay, Bourgogne





Concevoir ensemble le système de santé

Sous l'impulsion de la loi HPST, de profondes réformes sont en train de redessiner le système de santé français. Cette réorganisation complexe nécessite un dialogue et des échanges étroits entre tous les acteurs de santé.

C'est dans cet objectif d'échanges et de partage qu'ont été organisés les premiers Etats Généraux de la Santé en Régions. Au cœur de la Bourgogne, à l'Abbaye de Fontenay, 200 acteurs de santé (professionnels, institutionnels, associations de patients, étudiants, etc.) sont venus discuter ensemble, interpellier les intervenants des tables rondes et réfléchir autour de projets concrets mis en place pour améliorer l'accès et l'organisation des soins.

Cet espace commun n'existait pas. Il est maintenant créé et se renouvellera chaque année.

Sa réalisation a été rendue possible grâce aux hauts patronages de Mesdames Roselyne Bachelot et Valérie Pécresse et de Monsieur Xavier Bertrand, aux soutiens des Conseils Généraux de Côte d'Or et de l'Yonne et des Caisses primaires d'Assurance Maladie de Bourgogne. Merci également à Monsieur Drappier, maire de Marmagne, Messieurs Aynard, propriétaires de l'Abbaye de Fontenay et aux services efficaces de la municipalité de Montbard. Merci également à notre invité, Satya Oblette, Ambassadeur du PNUD et à notre Grand Témoin, Bernard Elgohzi, pour son regard amical et acéré.

Ces implications montrent combien la santé est l'affaire de tous, plus loin que les clivages professionnels ou politiques et qu'elle est une richesse pour chacun et pour les territoires.

Olivier MARIOTTE

nile



Synthèse des Premiers Etats Généraux de la Santé en Régions, 23 juin 2011 à l'Abbaye de Fontenay, Bourgogne

La loi HPST a impulsé une nouvelle dynamique de territorialisation de notre système de santé. C'est pour mieux en saisir l'application locale et les avancées concrètes réalisées jusqu'à présent, ainsi que pour mieux appréhender les opportunités et les pistes encore à explorer, que se sont tenus en Bourgogne le 23 juin 2011 les Premiers Etats Généraux de la Santé en Régions. Ils ont regroupé 200 personnes venant de toute la France.

En effet, de très nombreux talents s'expriment au quotidien sur le terrain, des projets variés sont portés par une multitude d'acteurs travaillant en coopération pour optimiser le système de soins. Or, si des défis semblables se posent sur l'ensemble du territoire français, il existe sans conteste un déficit de communication et d'échange sur les réussites, comme sur les points d'achoppement rencontrés pour les relever. Le temps d'une journée, l'abbaye de Fontenay s'est donc changée en forum réunissant l'ensemble des acteurs de santé, et les Premiers Etats Généraux de la Santé en Régions ont été un réel vecteur de communication, un lieu de brassage et de débats visant à faire connaître et partager ces initiatives locales.

Ces Premiers Etats Généraux ont été placés sous le signe de *l'innovation*. Comme l'a rappelé dans son discours introductif Monique Cavalier, directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne, l'innovation est l'essence même de la médecine. L'innovation est par ailleurs multiforme, elle peut aussi bien être thérapeutique, technologique qu'organisationnelle. Ainsi, les trois tables rondes, qui ont structuré l'événement ont abordé tour à tour ces trois aspects de l'innovation sous différents angles : celui de l'équité de l'accès aux soins d'abord, des outils ensuite et enfin celui de la qualité du service rendu aux usagers.

Ces séances de débats, mêlant expertise des intervenants et réactions de la salle, ont été entrecoupées par des « sessions de posters ». Deux heures durant, les participants ont ainsi pu déambuler et discuter autour de la présentation de 61 posters exposant chacun un projet régional, ses objectifs et ses résultats.

Ainsi, ces Premiers Etats Généraux de la Santé en Régions ont permis de rendre tangibles de grandes notions, certes maintes fois évoquées au fil de discours traitant de politiques de santé, mais dont la réalité concrète, telle que déclinée sur les territoires, est pourtant souvent occultée.

Première table ronde

« Accès à l'innovation thérapeutique : comment améliorer l'équité ? »

Participants

Christian Cailliot, responsable des Essais de Phase Précoce à l'INCa

Michel Bonjour, vice-président de SOS Hépatites

Antoine Ferry, président de CTRS

Marion Mongouachon, médecin généraliste à Montbard et adjointe au maire de Montbard en charge de la Santé et des Sports

Modération : Alain Perez, grand reporter aux Echos.

Innovation et équité : deux notions fondamentalement incompatibles ?

Les exigences des usagers du système de santé se sont accrues corolairement au développement des connaissances médicales. Chacun souhaiterait bénéficier d'outils toujours plus perfectionnés (et donc souvent plus coûteux), la diversité biologique réclamant aujourd'hui une diversité thérapeutique de plus en plus importante. Or, cet emballement recouvre en réalité une double problématique :

- économique tout d'abord : comment financer l'accès pour tous à des thérapeutiques plus pointues et donc plus coûteuses ?
- mais aussi géographique : comment garantir une équité territoriale face à une évolution alarmante de la démographie médicale et à l'accélération connexe de la désertification médicale dans certaines zones du territoire ?

Les intervenants l'ont ainsi rapidement souligné : il existera un gigantesque problème d'équité dans les années à venir. Comment l'anticiper et le résoudre ? Est-il même possible d'atténuer les disparités territoriales ? Bref, peut-on, sans mettre en danger la viabilité financière du système de santé, garantir à tous l'accès aux thérapies innovantes ?

Vers la reconfiguration d'un système de santé alliant proximité et excellence

Assurer un meilleur maillage du territoire

Si les Français sont certes attachés à la proximité de leur système de santé, les experts invités ont d'abord mis en avant la nécessité d'effectuer un arbitrage : puisque les ressources sont finies, l'innovation ne peut être présente sur l'ensemble du territoire, dans chaque ville, chaque village, chaque quartier. C'est donc l'organisation du système de santé qu'il faut réformer, afin que chacun, quelque soit son lieu de résidence, puisse tout de même bénéficier des avancées thérapeutiques. Sur

le modèle d'organisation déjà bien développé dans le traitement des cancers, le système de santé devrait tendre vers un maillage du territoire plus performant, conjuguant quelques centres d'excellence, des « centres de référence », à une médecine de premier recours déployée quant à elle sur l'ensemble du territoire.

Mettre en place des programmes personnalisés de soins

A travers son expérience à la maison de santé de Montbard, Marion Mongouachon montre que la mutualisation des moyens permet d'éviter les gaspillages, de constituer un guichet unique et d'orienter les patients vers des centres plus pointus, plus compétents pour traiter certaines pathologies. Ainsi, selon Christian Cailliot, l'avenir de notre système de santé pourrait résider dans l'adoption de programmes personnalisés de soins : si certains patients ont besoin d'avoir ponctuellement recours à des centres d'excellence, toute une partie du soin peut être relayée en région, les médecins généralistes et les pharmaciens devant ici jouer un rôle fondamental dans le suivi de ces malades. Le défi est alors double :

- il réside principalement dans le choix d'un nombre suffisant de centres de références, ainsi que dans le choix d'une localisation adaptée,
- mais aussi dans le développement de capacités de transport plus rapides et plus accessibles aux usagers.

Améliorer la qualité grâce à des diagnostics plus rapides

Une telle réorganisation du système n'est pas uniquement poussée par des impératifs économiques. Elle l'est aussi par des impératifs de qualité, comme l'a expliqué Antoine Ferry à travers l'exemple de la gestion au niveau européen de la prise en charge des maladies rares. En effet, environ 60 à 70 % des pathologies touchent moins de 500 personnes en Europe. En la matière, l'existence de centres de référence dans toute l'Union Européenne est un réel succès : ce système assure un diagnostic et un accès rapides à la thérapeutique adaptée. Il évite donc une longue errance thérapeutique, diminue les coûts et entraîne surtout un plus grand contentement des patients.

Cependant, avant de réformer l'ensemble du système, il est impératif de concerter les financements sur les opérations locales et régionales qui portent leurs fruits. Tout détruire pour tout reconstruire serait inefficace, car le système a besoin de constance et de stabilité.

Lier l'innovation à la prévention et à l'éducation thérapeutique

Par ailleurs, garantir plus d'équité passe aussi par de meilleurs dépistages et une meilleure politique de prévention. Il est nécessaire, a notamment rappelé Michel Bonjour fort de son expérience auprès des malades atteints d'hépatites, d'allier l'éducation thérapeutique à la dispensation de thérapies coûteuses afin d'optimiser l'utilisation de l'offre de soins et d'améliorer l'observance des traitements onéreux. Eviter les gaspillages grâce à plus de pédagogie et ainsi résorber l'échec de santé publique qu'est l'abandon d'un traitement commencé permettraient d'éviter, ou tout du moins de repousser au maximum dans le temps, la logique adoptée par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) anglais, qui restreint de plus en plus l'accès aux thérapies coûteuses. D'ailleurs, il y a ici sans conteste un énorme potentiel, puisque les patients sont progressivement mieux informés sur les traitements innovants que les médecins eux-mêmes.

Grâce aux économies réalisées, et si un système de fongibilité des crédits était adopté, les fonds ainsi épargnés pourraient être utilisés à meilleur escient, là où se concentrent les besoins des usagers.

Innover dans le champ de la gouvernance

Toutefois, transformer l'offre de soins ne saurait suffire. Ainsi, les décideurs politiques évoluent dans une temporalité distincte de celle de la prévention, qui s'inscrit dans un temps long. Ce décalage explique en partie la faiblesse du budget dédié la promotion de la santé : seulement 0,7% du budget total consacré à la santé. C'est pourquoi, comme l'a rappelé Monique Cavalier, des innovations au niveau de la gouvernance s'imposent. Il s'agirait tout d'abord de passer de décisions principalement verticales à des solutions développées par la base, mieux au fait des besoins des usagers. Il faudrait aussi tâcher de concilier vision à court terme des responsables politiques et résultats sur le long terme de la prévention. L'expression controversée de « gestion d'entreprise » a par ailleurs été soulignée par Antoine Ferry. Selon lui, le système actuel, caractérisé par des pouvoirs décisionnaires démultipliés, ne sera optimisé qu'à condition de rapprocher et de concentrer les décisions dans les territoires.

Ainsi, à l'issue de cette première table ronde, il semble que malgré les tensions financières, l'équité pourrait être sauvegardée, voire améliorée, si le système venait à être réorganisé. Par ailleurs, Alain Houpert, sénateur de Côte d'Or, a rappelé en guise de conclusion que si la santé est continuellement considérée comme un poste de dépenses, elle est avant toute chose une richesse, sa préservation devant donc être une priorité.

Deuxième table ronde

« L'innovation technologique pour optimiser l'accès aux soins ? »

Participants

Alain Houpert, radiologue, sénateur de Côte d'Or, vice-président du Conseil Général

Gérard Domas, directeur marketing et communication d'AGFA Healthcare

Jean-Claude Boulmer, président de l'Alliance du Cœur

Modération : Olivier Provost, journaliste

L'innovation technologique : une réponse à la désertification médicale et aux contraintes économiques

Les intervenants ont d'abord dégagé un triple constat. Tout d'abord, l'évolution de la démographie médicale est assez inquiétante. D'ici quelques années, cinq tout au plus, de nombreux professionnels de santé prendront leur retraite, entraînant une inévitable désertification des zones du territoire qui ne parviendraient pas à attirer les jeunes praticiens. De plus, les contraintes économiques pesant sur notre système de santé sont de plus en plus fortes. Par ailleurs, nous assistons à l'essor de nouvelles technologies permettant des interventions, un suivi, une surveillance et des diagnostics à distance.

Alors comment adapter le système au rythme d'obsolescence de ces moyens modernes ? Comment former les professionnels ? Plus globalement, l'accès aux soins peut-il être facilité par ces innovations technologiques ?

L'innovation technologique est une réponse aux attentes des professionnels et des usagers

Les nouvelles technologies, qu'elles donnent lieu à des possibilités de télémédecine, de télésurveillance ou encore de télétransmission, offrent une réponse à l'expression de deux attentes.

Attente des professionnels de santé

D'une part, ces nouvelles technologies répondent aux attentes des professionnels de santé qui plaident désormais pour une pratique moins solitaire de la médecine. En effet, s'ils sont de plus en plus spécialisés, ils réclament plus de travail en réseau, de collégialité et de pluridisciplinarité.

Attente des usagers

D'autre part, ces technologies répondent aux attentes des usagers du système de santé qui expriment leur souhait d'avoir accès plus simplement au système et de disposer de diagnostics plus rapidement. Le potentiel de la télétransmission est d'ailleurs déjà exploité par exemple, en radiologie ainsi que l'a rappelé Alain Houpert.

Cependant, l'apparition et le développement de ces nouveaux outils nécessite plus de pédagogie selon Jean-Claude Boulmer, afin de rassurer à la fois sur la sécurité et la confidentialité des données enregistrées et d'instiller une plus grande confiance et compréhension, entre autres auprès des personnes âgées. D'où l'apparition notamment de la figure du « patient éducateur » qui pourrait accompagner et tranquilliser à son tour d'autres patients. D'où aussi l'idée de faire une plus grande place aux sciences sociales, comme l'anthropologie par exemple, pour mieux adapter les réponses du système de santé aux besoins des usagers.

Toutefois, si l'e-santé et la télémédecine sont déjà une réalité sur le terrain, entre autres grâce à la loi HPST, il convient de poursuivre et pérenniser l'expérience.

L'innovation technologique a besoin d'un cadre institutionnel stable et d'une meilleure évaluation médico-économique

Améliorer le cadre institutionnel et les infrastructures locales

Ces outils au service des professionnels (dossier commun, télé-expertise, prescriptions en ligne par exemple) ont en effet besoin d'un cadre solide et stable pour se développer. L'interopérabilité des systèmes est en outre impérative pour une construction des soins intégrée. En réalité, et selon Gérard Domas, le vrai problème est moins l'innovation en elle-même, assurée par les industriels, que le cadre réglementaire et les infrastructures. Aujourd'hui, par exemple il persiste une certaine « fracture numérique médicale » sur nos territoires, certains étant largement moins bien couverts que d'autres. De plus, l'absence d'une tarification claire et établie freine le développement de ces technologies.

Allier qualité et efficacité économique

La méfiance vient également de la crainte suivante : l'innovation technologique va-t-elle être le prétexte à une diminution de l'offre et d'une fermeture d'établissements ? Ces technologies sont-elles d'abord un moyen de rationner ou bien de rationaliser le parcours de soins ?

Au terme des échanges, l'innovation technologique apparaît d'abord comme une chance, un moyen de faire baisser les coûts tout en augmentant la qualité du système au service des usagers.

Si l'évaluation de la pertinence médico-économique des systèmes mis sur le marché est un impératif afin de contenir l'augmentation des coûts, l'innovation des systèmes d'information notamment devrait permettre un maillage vertueux des territoires, tout comme un parcours plus fluide et une réelle permanence des soins.

Troisième table ronde « Innover dans les prises en charge »

Intervenants

Vincent Dancourt, directeur d'ADECA 21-58

Michel Serin, premier vice-président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

Gérard Raymond, président de l'Association Française des Diabétiques

Françoise Sellin, vice-présidente du Collectif K

Pierre-Charles Pons, vice-président de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU, directeur général au CHU de Dijon

Thomas Wanecq, chef du projet "Expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé", Direction de la Sécurité Sociale

Modération : Stéphanie Lampert, journaliste à la Gazette Santé Social

Innovation organisationnelle : d'un système fragmenté à un parcours de soins intégré ?

Le système français est complexe et fait intervenir de nombreux acteurs. S'il délivre sans conteste des soins de qualité, il existe toutefois une certaine déperdition d'énergie et de moyens, des doublons ou des carences, due à une organisation fragmentée du parcours de soin, éclaté entre ville et hôpital, public et privé, médical et médico-social. Cette complexité aboutit à esquisser un système marqué par un manque flagrant de lisibilité pour les patients et leurs familles.

Alors, comment innover pour optimiser la prise en charge et garantir une meilleure fluidité du système ?

Il existe d'ores et déjà un certain nombre d'outils pour mieux organiser le système, certains anciens, comme les réseaux de santé, d'autres plus récents, ancrés au niveau régional depuis la loi HPST : les ARS regroupant médical et médico-social, les maisons de santé pluridisciplinaires, la possibilité de délégations de tâches et transferts de compétences, les pharmaciens correspondants et les communautés hospitalières de territoires entre autres.

Cette dernière table ronde a ainsi exploré les innovations organisationnelles, déjà bien visibles sur les territoires comme l'a souligné Vincent Dancourt.

Les solutions apportées par un travail coordonné des professionnels de santé

Le débat s'est notamment focalisé sur les maisons de santé, dont le nombre devrait être multiplié par quatre pour atteindre un total de 240 fin 2011. Elles pourraient être un des leviers du décroisement et d'un mouvement du curatif vers plus de préventif. Ces maisons de santé pourraient ainsi résoudre d'épineux problèmes comme l'évolution des maladies chroniques, qui nécessitent des équipes coordonnées, ou encore répondre à la désertification médicale. En l'occurrence, plusieurs intervenants ont précisé que le succès d'une maison de santé ne se résume pas à la simple édification de quatre murs. En effet, il est rare de constater la réussite d'une maison de santé qui ne serait pas la résultante du projet d'une équipe médicale. Par ailleurs, s'ajoutent à ces maisons de santé les opportunités ouvertes par les groupements de coopération sanitaire et les communautés hospitalières de territoire (CHT) par exemple. Pierre-Charles Pons a ainsi rappelé qu'en Bourgogne, un territoire représente un département, aussi une CHT s'est développée à partir du CHU de Dijon. Selon lui, si la coopération entre établissements de santé n'est pas innée, la dynamique partenariale est déjà bien engagée, notamment en Côte d'Or.

Toutefois, les démarches à effectuer pour mieux coordonner le parcours de soins demeurent fort complexes. Ainsi, l'article 51 de la loi HPST, ouvrant la voie à une plus grande coopération entre professionnels de santé, impose la validation par la HAS des protocoles envisagés par un site ou une équipe. C'est pourquoi des discussions ont été entamées entre ARS et URPS pour simplifier et concevoir une évolution de ces cadres encore assez restrictifs.

Le rôle des associations de patients dans la réorganisation du système de santé

Selon Françoise Sellin, cette réorganisation du système doit aussi impérativement prendre en compte la place des associations de patients. En effet, un couple resserré médecin/patient, conjuguant ainsi « expertise scientifique » et « expertise profane », pourrait peut-être faire bouger les lignes à l'avenir. Cependant, la santé publique ne relève pas des seuls malades. Ainsi, au-delà des attentes des patients, ce sont plus généralement les demandes des usagers, des citoyens, qui doivent être entendues, certes à travers les associations de patients, mais aussi à travers les associations de familles et de consommateurs, représentées notamment par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (le CISS).

Au final, comme l'a souligné Michel Serin, cette réorganisation pourrait accélérer la prise en compte de l'humain dans sa globalité, qui ne serait désormais plus réduit à la simple expression d'une pathologie.

L'innovation dans la prise en charge nécessite un autre modèle de formation

L'innovation organisationnelle passe également par la refonte de la formation.

La formation des professionnels de santé d'abord, qu'elle soit initiale ou continue, devrait leur permettre de mieux se connaître, mieux appréhender la diversité des métiers de santé, et ainsi aider au décloisonnement du parcours de soins.

Mais la formation concerne aussi les patients, a rappelé Gérard Raymond. Comme cela avait déjà été expliqué dans les débats précédents, l'éducation thérapeutique devrait désormais être réellement mise en place et financée, et non plus simplement citée comme un terme en vogue lors des discussions autour de notre système de santé.

Pérenniser l'innovation dans la prise en charge : instituer de nouveaux modes de rémunération et mieux évaluer les expérimentations

Avant toute diffusion d'une innovation organisationnelle, l'instauration d'un cadre de rémunération est indispensable. Repenser les tarifs et les nomenclatures pour prendre en compte le temps passé auprès du malade est ainsi indispensable, d'où une réflexion active sur les nouveaux modes de rémunération.

Comme l'a rappelé Thomas Wanecq, il est aujourd'hui aussi essentiel d'évaluer les résultats des expérimentations en cours afin de voir si celles-ci seraient exportables et applicables ailleurs sur le territoire.

Mais changer d'échelle et généraliser les succès locaux est un réel défi, ainsi que l'ont montré les « sessions de posters ».

Sessions de posters « les territoires comme gisements d'idées »

Les débats des tables rondes ont été entrecoupés par deux « sessions de posters », deux heures durant lesquelles les participants ont pu discuter des 61 projets locaux présentés, découvrir les acteurs et les fonds mobilisés à cette occasion, les échelles, les domaines d'actions, les populations cibles, mais aussi les bilans comprenant à la fois les réussites et les difficultés rencontrées. Ces 61 projets, de Bourgogne et d'ailleurs, ont ainsi mis en lumière de façon didactique et concrète les différents aspects de l'innovation (thérapeutique, organisationnelle et technologique) traités durant les tables rondes.

Des projets variés

Plus précisément, sur ces 61 projets, 26 s'attaquaient à la réorganisation des soins et à l'adaptation des services aux populations, 19 concernaient le dépistage, la prévention, ou plus généralement

l'instauration d'une écoute et d'un dialogue entre usagers et professionnels, 9 se concentraient sur la formation et la sensibilisation des professionnels à certaines maladies ou nouveaux modes de traitements, alors que deux concernaient la formation des patients et que trois étaient des projets d'études et de recherche. Enfin, deux projets cherchaient à diffuser l'utilisation de nouvelles technologies au service des usagers du système de santé.

La diversité des territoires invités à ces Premiers Etats Généraux de la Santé en Régions et celle des actions menées sur le terrain ont ainsi permis de démontrer que l'échelon local regorge de bonnes idées à exploiter plus avant et potentiellement à répliquer à plus grande échelle.

Comment passer du local au global ?

Cependant, ces sessions ont témoigné du fait que les acteurs locaux sont souvent confrontés à des difficultés pour pérenniser leurs projets et passer du stade de l'expérimentation au développement. Ces difficultés peuvent être dues à un manque de financements, de moyens de communication, mais aussi parfois à un manque d'encouragements et d'intérêt de la part des centres de décision. Globalement, la journée s'est donc voulue le cadre d'importation et d'exportation de ces idées, afin de leur donner une plus grande portée et de leur offrir la visibilité qui leur fait parfois défaut.

Conclusion

Grand Témoin de la journée, Bernard Elghozi, médecin généraliste et membre du Réseau de Santé de Proximité de Créteil Solidarité, a clos les débats en soulignant temps forts et idées clés. Ainsi, il a tout d'abord rappelé qu'il est désormais nécessaire d'oser un nouvel équilibre, notamment entre préventif et curatif. Il a par ailleurs réaffirmé qu'il est aujourd'hui possible d'optimiser l'organisation de notre système de santé. Cette reconfiguration devra se baser à la fois sur une plus grande écoute des besoins exprimés par la population, sur une meilleure mutualisation des moyens et tout particulièrement sur une alliance renouvelée entre professionnels de santé, usagers et élus territoriaux.

Au terme de cette journée, organisée conjointement par nile et les étudiants de l'Association Dijonnaise pour l'Industrie Pharmaceutique de la faculté de pharmacie de Bourgogne (ADIP), les Premiers Etats Généraux de la Santé en Régions ont ainsi permis de mettre en lumière les territoires, forces de propositions et viviers d'énergies. Ils ont en outre fédéré un temps professionnels de santé, usagers, industriels, élus et gestionnaires en permettant la convergence des vitalités locales, afin qu'elles soient reprises, transformées et adaptées à d'autres territoires et aux besoins de leurs populations.

Car il ne s'agirait pas d'oublier que le système de santé de demain sera construit par les personnes d'aujourd'hui et que l'innovation, quelle qu'elle soit, devra en définitive se faire avec et pour les usagers de notre système de santé.