

RAPPORT ANNUEL 2019

Le Cercle Galien

SYSTÈME DE SANTÉ :
QUE FAUT-IL NATIONALISER ?
QUE FAUT-IL DÉCENTRALISER ?

**LA RÉGION,
PIVOT DE LA GOUVERNANCE**

En partenariat avec



Un groupe de réflexion œuvrant sous la bannière du Prix Galien.

Tandis que le Prix Galien célèbre l'innovation disponible pour les patients en France, le Cercle Galien soulève, en amont, les enjeux de l'innovation en santé, identifie ses impacts sur le système de santé et préconise des réponses pour en conforter l'essor.

Dans un contexte d'évolution rapide des innovations thérapeutiques, numériques, réglementaires et organisationnelles, le tout dans un environnement économique contraint, les acteurs de santé doivent imaginer et mettre en place de nouvelles modalités de prise en charge des patients dans les parcours de soins ville-hôpital qui répondent aux attentes de tous.

Avec un comité d'experts qui regroupe décideurs institutionnels, professionnels de santé, experts, industriels et entrepreneurs, le Cercle Galien analyse la façon dont les organisations peuvent intégrer ces innovations de façon pérenne et efficace pour optimiser les prises en charge.

SYSTÈME DE SANTÉ :
QUE FAUT-IL NATIONALISER ?
QUE FAUT-IL DÉCENTRALISER ?

LA RÉGION, PIVOT DE LA GOUVERNANCE

04 LES 6 RECOMMANDATIONS DU CERCLE GALIEN

06 LES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

- 06** Avant-propos
- 07** Dans quelle mesure les dispositifs mis en place dans certains pays européens peuvent-ils nous éclairer ?
L'exemple du diabète
- 08** Point de vue
de Cédric Arcos, ancien directeur général adjoint de la FHF
- 11** Le paiement à l'épisode est-il le Graal à atteindre ?
- 12** Centralisation du système de soins : le revers finlandais
- 14** L'article 51 sur les expérimentations organisationnelles et de financement en France

16 LES COMMENTAIRES DU CERCLE GALIEN

21 LISTE DES MEMBRES

*Le rapport du Cercle Galien
est le fruit d'un travail collectif qui n'engage aucun
de ses membres individuellement.*

1 **Mettre en œuvre une gouvernance régionale décisionnaire avec notamment la nomination d'un directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) irrévocable conjointement par la ministre de la Santé et le président du conseil régional, avec l'édition d'une feuille de route**

- Renforcer l'autonomie des acteurs de santé et leur capacité d'initiative et de coopération au service du parcours en faisant évoluer le rôle des ARS. Pour favoriser une pleine logique de coopération des acteurs, le rôle des ARS doit évoluer vers une dimension moins régulatrice, privilégiant davantage l'accompagnement et la facilitation des projets, tout en conservant en ligne de mire l'équité d'accès aux soins et à l'innovation.

2 **Contractualiser avec les conseils régionaux pour porter des objectifs nationaux et mettre en œuvre des projets issus des territoires**

- Faire notamment évoluer les projets régionaux de santé pour s'adapter aux spécificités des bassins de population au sein de chaque région.
- Donner aux régions des compétences et des marges de manœuvre fortes en matière de prévention en s'appuyant sur leurs spécificités épidémiologiques et les acteurs régionaux.
- Les prérogatives actuelles (enseignement secondaire et supérieur, formation professionnelle, apprentissage et alternance, transports...) constituent des exemples possibles pour la mise en place des actions de prévention ambitieuses et efficaces.

3 **Déployer des services de proximité**

- Développer des équipes mobiles régionales dédiées à des priorités sanitaires afin de favoriser un accès aux soins dans tous les territoires. S'inspirer des expérimentations en cours (ex. : projet d'équipe mobile de soins bucco-dentaires en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD]) pour mettre en place une prise en charge quand l'offre de soins est insuffisante ou quand les déplacements sont impossibles en mixant les approches (consultations à distance grâce à la télémédecine, par exemple, et unités mobiles avec prise en charge au plus près des patients isolés).
- Élaborer des registres de données de santé et les analyser afin de proposer au niveau régional des organisations innovantes type parcours, avec des degrés de recours adaptés en s'appuyant sur les *data* et l'intelligence artificielle. Rendre obligatoire l'interopérabilité des systèmes pour accroître le partage des données.
- Organiser des concertations par région, puis nationales, des professionnels de santé sur ces questions de services de proximité et les parcours.

4

Généraliser au niveau régional des expérimentations locales sur le financement (forfaits, capitation, épisodes de soins...)

- Qualité et pertinence doivent être les fils rouges de toute prise en charge dans une logique de parcours et à toutes les étapes du parcours, en privilégiant la logique de résultat et les bonnes pratiques médicales.
- Faire émerger un véritable modèle économique pour des centres de santé de premier recours, qui répondent aux besoins de proximité des patients. Aujourd'hui, des initiatives intéressantes ont été déployées sur les territoires, mais leur modèle économique demeure fragile. Pourtant, de telles structures de proximité sont attendues par les citoyens : composées d'une équipe pluridisciplinaire, appuyée sur des pratiques avancées pour libérer du temps médical, avec imagerie et biologie médicale sur place, elles répondent aux besoins et désengorgent les urgences.
- Diversifier les modes de financement en allant vers des forfaits mixtes plus ambitieux que ceux mis en place actuellement afin de décroquer les financements, permettant ainsi d'éviter des forfaits séparés entre ville et hôpital, entre privé et public... pour accompagner les patients tout au long de leurs parcours de soins.

5

Coordonner le secteur médico-social départemental avec les régions afin de garder une cohérence dans les prises en charge et les parcours

- La région est le bon niveau de décentralisation du fait de sa taille critique pour penser le système de santé et le secteur médico-social, dans un cadre général fixé par l'État portant sur la lutte contre les inégalités et l'équité d'accès aux soins. La région constitue une unité de référence car elle investit à la fois dans la santé, dans la mobilité et le logement, des déterminants forts et à part entière de la santé des citoyens.
- Favoriser une pleine appropriation des outils d'organisation de l'offre de santé et médico-sociale par les acteurs, en privilégiant la liberté d'initiative et les modèles innovants.
- Avec la loi de santé, se développent aujourd'hui des outils prometteurs (hôpitaux de proximité, communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS]...). Ils ne seront pleinement opérationnels que s'ils communiquent entre eux, proposent une vision moderne du système de santé (réponse fine aux besoins des territoires, développement du « hors les murs »...) et s'affranchissent d'une vision territoriale centrée sur les seuls groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour permettre la coopération de tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux sans distinction de statut.

6

Valoriser la *data* et l'intelligence artificielle, et accompagner les évolutions des métiers des professionnels de santé au niveau national

- Entre la montée en puissance de l'intelligence artificielle et les questions démographiques, les professionnels de santé sont à la recherche d'une nouvelle identité...
- Former rapidement les professionnels de santé aux évolutions de l'intelligence artificielle, des technologies numériques basées sur l'utilisation des algorithmes et des bases de données, et de la réglementation en la matière avec une vision européenne.

Avant-propos

2020 sera-t-elle une année décisive en matière de décentralisation ?

Le Premier ministre Édouard Philippe a, en effet, annoncé la présentation au Parlement d'une loi sur cette thématique. La santé sera-t-elle invitée au débat ? En attendant, cette question devient un enjeu politique. Xavier Bertrand, président de la région Hauts-de-France, a clairement revendiqué un pouvoir élargi sur les questions de santé lors de l'édition CHAM 2019 et appelle à un réel transfert de compétences. Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, n'entend pas à ce stade lâcher ses prérogatives et invoque l'ardente obligation à réduire les inégalités géographiques et sociales.

La question est-elle définitivement tranchée ? Pas si sûr.

Dans un rapport du Sénat sur l'ORDAM (objectif régional des dépenses d'Assurance maladie) publié en octobre dernier, les deux auteurs, Catherine Deroche et René-Paul Savary, suggèrent l'introduction du « *principe d'ORDAM indicatifs comme outils de suivi dans le temps et d'aide à la décision* ». Ils appellent également à « *augmenter les dotations du FIR (fonds d'intervention régional) pour étendre les marges de manœuvre des ARS dans la conduite de politiques transverses entre les secteurs de l'offre de soins* ». Même si les préconisations sont prudentes, la régionalisation du système de santé hexagonal serait donc en marche.

Au-delà de ces grandes questions, Jacobins versus Girondins au cœur du (grand) débat national, comment la traduire au mieux dans le secteur de la santé en France, aujourd'hui bien malade selon les multiples rapports rédigés au cours des dernières années ?

L'une des grandes options est de changer de paradigme. Au lieu d'organiser le système de santé autour des structures professionnelles, désormais un parcours les réunit autour du patient qui devient acteur du système de soins. Mais cette convergence si simple sur le papier se heurte à de nombreux obstacles.

En premier lieu, le financement. Comment financer un parcours fluide alors que l'ONDAM (objectif national des dépenses d'Assurance maladie) est toujours divisé en un ONDAM de ville et un ONDAM hospitalier avec des enveloppes non fongibles ? Certes, cette question est au cœur de nombreuses expérimentations en cours avec, par exemple, l'article 51 qui offre un cadre expérimental, pour encourager, accompagner et accélérer le déploiement de nouvelles organisations en santé et de nouveaux modes de financement. Il ouvre la possibilité de déroger à de nombreuses dispositions législatives. Mais ce ne sont que des expérimentations et le passage à une généralisation sur le territoire national est encore à l'étude.

Au-delà des obstacles financiers, la fluidité se heurte également à l'inventivité sans limites des administrations françaises avec cette exception culturelle, proposer une nouvelle réforme sans attendre l'évaluation de la précédente. La commission des Affaires sociales du Sénat a publié les conclusions de la mission sur l'organisation territoriale de la santé rédigées par Yves Daudigny, Catherine Deroche et Véronique Guillotin. L'objectif était d'étudier les outils mis en place dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Principal enseignement, « *notre offre de soins est fragmentée et cloisonnée [...]. Il existe ainsi un décalage paradoxal entre le besoin ressenti de coopération, la pléthore d'outils juridiques existant 'sur le papier' et le manque de réponses apportées pour aider concrètement les acteurs à construire une vraie coopération au service d'un territoire* ». Trop d'outils tuent l'outil.

Par ailleurs, la gouvernance politique est morcelée entre plusieurs acteurs : la coordination entre les différentes institutions nationales est largement insuffisante pour permettre la cohérence et l'efficacité du système. La médecine de ville, le secteur hospitalier et la sphère médico-sociale font l'objet d'approches très cloisonnées qui empêchent l'émergence de priorités partagées.

En attendant, cette interrogation sur le modèle français ne peut toutefois être menée dans un seul cadre franco-français. La plupart des pays européens ont expérimenté des nouvelles prises en charge, notamment dans la prise en charge du diabète. Comment peut-on s'en inspirer ?

Dans quelle mesure les dispositifs mis en place dans certains pays européens peuvent-ils nous éclairer ? L'exemple du diabète

Les pays européens ont depuis les années 2000 mis en place de nouveaux dispositifs, notamment dans la prise en charge du diabète, un modèle de prise en charge. Voyage au Danemark, au Portugal et aux Pays-Bas ⁽¹⁾.

Le diabète a fait l'objet depuis les années 2000 d'expérimentations sur de nouveaux parcours de soins. Trois pays, le Danemark, le Portugal et les Pays-Bas ont ainsi mis en place de nouveaux dispositifs de prise en charge, avec des succès divers.



DANEMARK



Forfait par patient diabétique pour le médecin traitant

Le Danemark a été plus loin dès 2007. Un forfait substitutif à l'acte a été institué dans le cadre du diabète pour le médecin traitant. Il s'élevait initialement à 156 euros. Il n'y avait pas d'obligation à adhérer au dispositif. Après négociation au niveau régional entre représentants des praticiens de différentes disciplines et les assureurs, le forfait remplaçait ainsi le paiement à l'acte pour les médecins généralistes qui avaient choisi de participer. En contrepartie, une coordination avec les autres professionnels de santé était obligatoire et une régulation s'opérait au niveau régional entre les assureurs et les professionnels de santé. Lorsque le médecin adhérait à l'expérimenta-

tion, tous les patients bénéficiaient du dispositif afin d'éviter un biais de sélection. Les jeunes médecins ont été les plus volontaires pour entrer dans ce parcours et la mise en place du système d'information a été la grande avancée avec, notamment, un financement de 1 000 euros alloués à chaque médecin pour l'acquisition d'un système d'information.

Les résultats de l'expérimentation ont été publiés en 2015. Les médecins ont appris à collaborer. Mais, finalement, il y a eu peu de changements de pratiques. Quelles en sont les explications ? D'une part, le forfait était peu attractif sur le plan financier et, d'autre

part, le système d'information obligeait à des changements organisationnels qui sont plus facilement adoptés par des jeunes médecins.

Le système d'information est ici au cœur du réacteur. Résultats biologiques et prescriptions sont enregistrés automatiquement dans les systèmes d'information. La saisie était toutefois nécessaire pour les consultations avec les autres spécialistes qui n'étaient pas payés au forfait mais à l'acte. Les médecins disposaient d'un suivi en temps réel de leur pratique et pouvaient se comparer entre eux. L'importance des systèmes d'informations est bien le moteur de ces expérimentations.

1. <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/has-devolution-worked-essay-collection-FINAL.pdf>

PORTUGAL

Intéressement par patient diabétique et par professionnel de santé

Des structures ambulatoires de soins coordonnés, comparables aux maisons de santé pluridisciplinaires (médecins généralistes, infirmiers), versent aux professionnels salariés un complément de revenu sous forme d'incitations financières individuelles. La rémunération variable, comparable à une rémunération à la performance, dépend du nombre de patients (notamment diabétiques), des heures de travail et d'indicateurs de santé. Menée de 2006 à 2012, l'évaluation a montré des gains d'efficacité dans ces structures, en comparaison des centres de soins traditionnels : le coût de la consultation a ainsi diminué. Même si le parcours des patients n'aurait pas été modifié en profondeur, ces organisations ont permis d'améliorer l'accès aux soins et les résultats cliniques pour les patients diabétiques.



PAYS-BAS



Forfait par patient diabétique pour une équipe de soins primaires (zorggroepen)

Le modèle est souvent cité en exemple car il intègre des équipes de soins. Le pays comprend quatre assureurs principaux qui se partagent le marché. La réforme a été lancée en 2009 entre des assureurs et des prestataires de soins. On parle ici de paiement à l'épisode car le forfait est versé chaque année sur un an. Pour les patients diabétiques, les assureurs signent avec les prestataires de soins constitués en *zorggroepen* (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, nutritionnistes, psychologues, laboratoires de biologie) des contrats intégrés qui comprennent l'ensemble des besoins de prise en charge du patient pour une année, sur une base financière forfaitaire bilatéralement négociée. La réforme a été lancée en 2009 avec, pour objectifs, d'améliorer l'adhésion aux *guidelines*, de réduire la variabilité des pratiques et de développer les délégations des tâches. Les médecins comparent ainsi leurs données sur la pression artérielle, l'HbA_{1c} ou le cholestérol de leurs patients. Depuis 2011, une généralisation est constatée avec plus de 110 *zorggroepen* dans le pays (en moyenne 80 médecins généralistes par groupe) et près de 90 % des diabétiques néerlandais sont désormais inclus dans ce dispositif. De récentes évaluations ont montré que ce dispositif avait effectivement conduit

à une meilleure coordination interprofessionnelle et à un meilleur respect des recommandations médicales.

Chaque *zorggroepen* décide sur la façon de faire. Concernant les tarifs, ils ont évolué au fil du temps. Au départ, on observait une disparité importante entre 250 euros et 500 euros. Puis s'est opérée une convergence autour de 400 euros. Résultat, un meilleur respect des recommandations et une réduction du nomadisme médical ont été observés. La liberté de consultation du patient a toutefois été réduite. Aux Pays-Bas, les patients sont contraints de consulter l'ophtalmologiste qui a contracté avec le *zorggroepen*. Quant aux indicateurs de santé, le bilan est plus contrasté. Il n'y a pas eu d'effet majeur sur le niveau de prescription de l'HbA_{1c} qui était déjà très élevé. En outre, on note une réduction du recours à l'hôpital, mais la tendance s'avère difficile à vérifier. Autre avancée, ces réformes permettent une meilleure délégation de tâches et une communication renforcée entre professionnels. Le reporting vis-à-vis des assureurs est par ailleurs performant. Toutefois, concernant le médecin, il est à la fois le négociateur avec l'assureur et l'effecteur des soins. Le risque est une éventuelle collusion. Enfin, le problème des comorbidités doit être soulevé. Un tiers des diabétiques sont coronariens, un tiers des coronariens sont diabétiques.

Outre les *zorggroepen*, il existe également des centres d'expertise, notamment pour les diabètes de type 1, créés en dehors de l'hôpital avec des halls de jeux pour les enfants et des infirmières en soins avancés spécialisées dans le diabète.

Point de vue



© DR

Cédric Arcos,
ancien directeur général
adjoint de la FHF

Quelles sont les compétences de la région en matière de santé ?

Les prérogatives de la région ne sont pas directes. Elles concernent toutefois la formation des professionnels paramédicaux. Un budget de 250 à 280 millions d'euros y est consacré chaque année. La région ne dispose pas de compétences, mais exerce une grande influence dans la vie quotidienne. De nombreuses thématiques impactent la santé. Citons la prévention, le sport, l'accès aux transports, la qualité des logements, soit une approche de santé publique. Il s'avère important de décloisonner. En France, c'est plutôt le contraire. Plus c'est difficile, plus on centralise. Et moins on fait confiance aux territoires. Résultat, les dépenses de santé sont certes maîtrisées mais à quel prix ! L'étranger a fait quasiment le choix inverse. Les Danois, par exemple, ont élaboré un système de santé édifié sur des prérogatives nationales. On construit le Grand Paris. Mais a-t-on imaginé d'y associer une politique de santé ? Il y a là une pauvreté de la réflexion.

Tous les signaux confirment que la santé sera pourtant le grand enjeu économique de demain. Les grandes firmes étrangères y investissent en force comme les GAFA (Google, Apple, Facebook, Amazon). On ne peut enfermer la santé dans le seul département ministériel de la Santé. Comment faire de la santé un vrai élément de valeur ajoutée ? Il faut changer de regard, oser décentraliser une partie du système de santé. Par exemple, les territoires sur la mise en musique du soin doivent être davantage associés. La santé doit irriguer l'ensemble des politiques. Les élus régionaux et municipaux sont aujourd'hui dans la pire des positions. En cas de fermeture d'un hôpital, que disent-ils ? Je prends mon écharpe. Et ne comptez pas sur moi pour soutenir une position dont je ne suis pas à l'origine. La médecine de ville, l'hôpital, l'industrie s'inscrivent dans un *continuum*, comme à Saclay, par exemple. Je crois que l'on peut progresser.



... Mais l'Île-de-France est plus grande qu'un pays ?

L'État est très peu stratège. La région est le bon niveau de décentralisation. Il faut, en effet, avoir une taille critique pour penser le système de santé. Et ne pas être embourbé dans les problématiques locales, de gestion d'allocations, de prestations au quotidien. Soixante pour cent de notre budget relèvent de l'investissement. Autrement dit, ce sont des dépenses d'avenir. Confier à la région un rôle en matière de santé, c'est reconnaître à la santé un rôle majeur dans l'avenir du territoire. L'État fixe le cap, est garant de la lutte contre les inégalités. Des opérateurs vont ensuite agir. Les ARS devraient être rattachées aux régions et couper le cordon avec l'État. Une alliance entre la région et l'ARS doit être envisagée. Il faut une autorité politique et pas symbolique qui gouverne le système de santé en région. Le suffrage universel ouvre des choix, des projets portés par la région. Pour éviter que l'ARS ne devienne une instance politique de régulation, le président de région et le ministre de la Santé nomment conjointement le directeur de l'ARS avec la signature d'une feuille de route. Il ne sera plus ensuite révocable. Ce qui évite toutes les pressions politiques. Ce serait un des moyens de réduire les inégalités de santé. On observe une différence d'espérance de vie de sept ans chez les Franciliens qui vivent pourtant au sein d'une région très riche, dense en infrastructures. Huit millions de Français n'ont pas accès aux soins. Cela pose pour le moins question. On n'en a pas pour nos 200 milliards d'euros investis chaque année. Le premier sujet évoqué par les Gilets jaunes a d'ailleurs été la santé.

Mais sur les parcours de soins, que fait la région ?

La région s'engage dans un projet mené dans le cadre de l'article 51. Comment améliorer les indicateurs santé ? On va voir des équipes de santé sur un territoire et on les sollicite avec, comme question, « Comment agir à votre niveau pour les améliorer ? ». Les professionnels décident une action sur des sujets très concrets comme l'accueil des personnes handicapées, le dépistage des cancers. La région intervient en donnant les moyens. Dans certains cas, il suffit de modifier le trajet d'un bus ou de créer un transport à la demande pour le rentabiliser avec des problématiques de santé.

Comment fait-on lorsque l'on dispose sur son territoire du premier groupe hospitalier européen alors que persistent des déserts médicaux ?

En l'état actuel des compétences, c'est un rôle d'influence. Nous disposons d'un siège au conseil d'administration de l'AP-HP. Dans nos prises de parole, nous pointons le besoin d'un rééquilibrage de l'offre, qui se traduirait au moins par la proposition de consultations avancées. Nous nous sommes engagés dans la construction d'un nouvel hôpital à Saint-Ouen. Soyons honnêtes, le processus n'en est qu'à son début. Ce que l'on a accompli dans les lycées, le transport, la formation, on peut le réaliser dans le domaine de la santé. Cette thématique doit être intégrée dans une problématique plus locale et dans une logique de santé globale, et pas seulement d'offre de soins. On n'a jamais autant parlé de territoire. On n'a jamais aussi peu fait avec les territoires. On recentralise en fait fortement le système de santé.

Le paiement à l'épisode est-il le Graal à atteindre ?

Le paiement à l'épisode de soins ou bundled payment repose sur le versement d'un paiement forfaitaire unique pour l'ensemble des prestations nécessaires à la prise en charge globale d'une pathologie donnée, en ambulatoire comme à l'hôpital. Ce type de rémunération incite tous les professionnels à optimiser leur prise en charge et à réduire les actes inutiles. Il se heurte toutefois à de nombreux obstacles en pratique. Il faut désigner un interlocuteur unique auquel est versé le forfait. Les logiciels de comptabilité doivent être paramétrés. L'évaluation du niveau de risque du patient contraint à une analyse fine. Exemple type, les complications d'une pathologie chronique sont plus fréquentes après plusieurs années d'évolution. La fixation du coût de l'épisode exige de nombreux arbitrages. Enfin, il faut être en situation de mesurer les résultats de santé et de disposer de systèmes d'information efficaces afin de diffuser les informations auprès de tous les acteurs.

Economix, la chaire de l'AP-HP, s'est livrée à une revue de la littérature internationale sur les épisodes de soins. Sont concernées la chirurgie cardiovasculaire et la chirurgie orthopédique. Au fil des années, le parcours s'est densifié. Il ne comprenait au départ que des consultations et des hospitalisations. Le forfait s'est ensuite élargi à la consultation et aux soins postopératoires, puis aux soins préopératoires.

Aux États-Unis, si l'on prend l'exemple de ProvenCare, l'expérience sur le versant économique s'est révélée être un franc succès. En revanche, sur le paramètre des ré-hospitalisations ou du recours aux urgences, il n'y a pas été observé d'avancées significatives. Bref, la qualité de la prise en charge n'a pas été améliorée, comme l'illustre le pontage aorto-coronarien avec l'absence de réduction de la mortalité. La difficulté, lorsqu'une pathologie est retenue, est de sélectionner les indicateurs pertinents. Si, en effet, les objectifs sont trop ambitieux, les équipes ne seront pas volontaires pour participer à l'expérimentation. S'ils sont trop modestes, il n'y aura pas d'effet levier sur la qualité. En cas d'expérimentation, les

établissements les plus performants sont volontaires. Ce qui leur permet de capter de nouveaux revenus grâce au gain de parts de marchés. Le coût des forfaits est, en effet, fixé à partir d'une moyenne de prix, à l'image des groupes homogènes de séjour (GHS), avec une réduction régulière de la rémunération pour inciter à une meilleure efficacité.

Les expériences déjà menées à l'étranger témoignent, cependant, des difficultés rencontrées lors de la mise en pratique avec plusieurs paramètres ou non à inclure comme les soins pré- ou post-hospitaliers. Les pathologies ne sont pas systématiquement chirurgicales. La sélection des patients constitue un risque majeur. Ce danger a en fait été très peu étudié. Quant aux critères de succès, les incitatifs financiers dans un objectif d'optimisation de la qualité apparaissent indispensables afin de favoriser l'adoption des bonnes pratiques.

La France, à travers l'article 51, s'efforce d'acclimater ces différents modèles. La tarification n'incite pas à la coopération entre acteurs au sein d'un territoire. En France, l'évaluation repose davantage sur les moyens que sur les résultats. Il faudra envisager dans le contexte français de réfléchir aux leviers à mettre en œuvre afin d'inciter les CPTS, par exemple, à s'inscrire dans les expérimentations en cours des nouveaux modes de financement.



Centralisation du système de soins : le revers finlandais

Le système de santé finlandais souvent cité comme exemple à suivre est organisé au niveau communal (regroupement de communes). L'offre de soins est publique sous le contrôle de l'État, du Parlement et des communes. Les municipalités assurent la gestion de l'hôpital et des centres de santé. En 2015, on recensait 301 municipalités et une vingtaine de districts hospitaliers. Chaque municipalité doit intégrer un district hospitalier. Les soins très spécialisés comme en hématologie ou en néphrologie sont dispensés sur cinq zones qui regroupent des activités universitaires et de recherche. Le découpage concernant les services sociaux était légèrement différent.

Le gouvernement finlandais a lancé un plan de réforme (SOTE) du système de santé et du système social afin de mettre en place un transfert des compétences à des entités plus grandes que les municipalités actuelles : les comtés. L'objectif était de mener à bien une régionalisation du processus de décision aujourd'hui géré au niveau communal. Il s'agissait donc du passage d'un niveau local à un niveau régional. La réforme proposait ainsi 18 nouveaux comtés responsables des services SOTE, précédemment exécutés par les municipalités en fusionnant les compétences en matière sanitaire et sociale. La réforme SOTE a été planifiée par trois gouvernements successifs, mais aucun n'a réussi à le faire voter au Parlement. En mars 2019, un nouvel échec a conduit à la démission du gouvernement.



Pourquoi avoir souhaité mener une réforme ?

Si l'on s'intéresse au critère démographique, la population se concentre sans surprise au sud du pays. Phénomène qui s'accroît année après année avec une population en croissance dans les grandes villes. Comme en France, on peut évoquer des déserts médicaux.

La Finlande n'est pas épargnée par le phénomène de vieillissement de la population et le pourcentage de besoins non satisfaits s'élève à 3,1 %. Même s'il paraît faible, il est comparativement plus élevé que dans d'autres pays scandinaves. Les personnes âgées éprouvent de plus grandes difficultés que d'autres classes d'âge à bénéficier de soins. Comment l'expliquer ? Selon un des arguments avancés, la médecine du travail, destinée aux actifs, serait la porte d'entrée privilégiée pour accéder au système de santé.

Enfin, le reste à charge (20 %) demeure assez élevé et on relève certaines inefficiences dans les maladies chroniques accentuées par des disparités de moyens entre municipalités qui génèrent des inégalités de prises en charge.

Autant d'éléments qui ont conduit, en 2015, à proposer une réforme globale qui tendait à la recentralisation, en relevant d'un cran la prise de décision, avec une gestion du système de soins à partir de l'échelon régional incarné par les comtés élus (18) qui auraient eu à gérer le secteur sanitaire et social, donc un parcours sans rupture, le tout au meilleur coût. Trois gouvernements ont tenté de faire voter cette réforme. Ils n'y ont pas réussi. Les grandes villes surtout ont manifesté leur opposition.

Quels sont les motifs d'opposition à cette réforme ? Selon l'université d'Helsinki qui a rédigé un rapport pour le compte de l'Union européenne, le partage des risques a été jugé inégal. Le nombre trop élevé de comtés était l'une des critiques récurrentes. Douze d'entre eux présentaient une taille plus faible qu'une ville. D'où des disparités importantes.

L'intégration du secteur privé à l'offre publique induisait un risque de sélection des malades, les plus lourds étant confiés au public. Enfin, le regroupement entre secteurs sanitaire et social n'avait pas été assez travaillé en amont. Par ailleurs, des blocages au niveau politique ont été nombreux. La création des comtés a soulevé de fortes oppositions. Les municipalités qui avaient consenti d'importants investissements dans des infrastructures de santé ne souhaitaient pas en être dessaisies. La Laponie s'est ainsi soulevée contre le principe de la réforme. Les enjeux nationaux et locaux divergent parfois. Quant à la volonté d'économies, elle a été jugée irréaliste du fait de nouveaux coûts générés par la réforme, notamment par ce nouveau découpage administratif (comté).

L'Observatoire européen des systèmes de santé a soulevé d'autres critiques. Certes, des comtés, grâce à une politique d'achats plus offensive, auraient généré des économies. Pour autant, ce processus exigeait de renforcer les compétences et les systèmes d'information qui étaient loin d'être tous interopérables. La différence de besoins selon les comtés n'avait pas été anticipée. Les experts, enfin, préconisaient le maintien d'instances nationales pour la rédaction de recommandations.

L'expérience finlandaise met en lumière la difficulté à déterminer l'échelon administratif le mieux adapté à la prise de responsabilité. Les réformes se heurtent à de nombreux blocages politiques et administratifs.



L'article 51 sur les expérimentations organisationnelles et de financement en France

L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a été lancé en avril 2018 par la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, qui préside le Conseil stratégique de l'innovation en santé. Ce dispositif vise à favoriser l'émergence d'organisations et de modes de financements innovants, à travers des expérimentations portées par des acteurs de terrain.

Ces expérimentations, financées par un fonds dédié (le fonds pour l'innovation du système de santé), feront l'objet d'une évaluation indépendante systématique. Le caractère généralisable des expérimentations sera un des critères majeurs de ces évaluations, conjointement pilotées par le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance maladie ⁽²⁾.

L'article 51 prévoit en matière d'expérimentation une amélioration à :

- **La pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale.**
- **Au parcours des usagers, à travers une meilleure coordination des acteurs.**
- **L'efficacité du système de santé.**
- **L'accès de prise en charge (de prévention, sanitaire et médico-sociale).**

Une expérimentation n'est éligible que si elle nécessite au moins une dérogation à des règles de financement ou d'organisation de droit commun. Les principaux critères de sélection des projets portent sur la faisabilité, la reproductibilité, le caractère innovant et l'efficacité. Ces projets font l'objet d'une évaluation systématique financée par le fonds d'innovation du système de santé (FISS).

En rendant systématique l'évaluation pour toutes les expérimentations, celle-ci est un élément majeur du dispositif « article 51 ». Les rapports d'évaluation viendront éclairer les avis du comité technique, puis du Conseil stratégique de l'innovation en santé, sur les suites à donner aux expérimentations, notamment sur l'opportunité de les généraliser. Ces rapports d'évaluation et ces avis seront ensuite transmis au gouvernement qui présentera chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations achevées et en cours.

Dans ce contexte⁽³⁾, un guide méthodologique de l'évaluation des projets « article 51 » a été élaboré, qui définit à la fois le cadre méthodologique général dans lequel les travaux d'évaluation doivent s'inscrire et une démarche commune de mise en œuvre de ces travaux⁽⁴⁾.

À la fin de 2018, 374 projets au niveau régional et 44 au niveau national ont été déposés *via* une plateforme dématérialisée, soit auprès du ministère des Solidarités et de la Santé pour les projets dont le champ d'application territorial est national, soit auprès de l'une des ARS pour les projets locaux ou régionaux.

Dans les projets régionaux, 5 régions (Île-de-France, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes, Pays de la Loire et Bretagne) représentent les 2/3 des projets. Les maladies chroniques sont ciblées dans 37 % des cas et les personnes âgées dans 15 %. Dans la moitié des cas, le porteur du projet est un établissement de santé public ou privé.

2. <https://assurance-maladie.ameli.fr/actualite/organisations-innovantes-du-systeme-de-sante-les-experimentations-de-l'article-51>

3. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_guide_methodologique_evaluation_des_projets_articles_51_document_complet.pdf

4. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article/l-evaluation-des-projets>

EXEMPLES D'EXPÉRIMENTATIONS NATIONALES

Dans le cadre des projets d'expérimentation d'innovation en santé (article 51), le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance maladie ont lancé, le 3 juillet 2019, deux appels à candidature nationaux⁽⁵⁾.

● **Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville – PEPS**

L'expérimentation repose sur une logique de volontariat pour tester une rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville, substitutive au paiement à l'acte et libre dans son utilisation et dans sa répartition. Elle a pour objectifs de favoriser la pertinence, d'optimiser la prise en charge

par une meilleure coordination, d'améliorer la qualité du parcours de soins et l'accès aux soins en zone sous-dense.

● **Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée – IPEP**

L'expérimentation repose sur une logique de volontariat pour tester une incitation collective des professionnels de santé à s'organiser au bénéfice d'une patientèle commune.

Elle a pour objectifs d'améliorer le service rendu aux patients et l'efficacité des dépenses de santé, ainsi que de responsabiliser les acteurs du système de santé pour une population donnée, impliquant des changements significatifs de la conception ou du conditionnement, du placement, de la promotion ou de la tarification d'un produit.

EXEMPLES D'EXPÉRIMENTATIONS RÉGIONALES

● **Projet régional CICA Corse**

Dispositif de coordination et d'appui d'expertise dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Corse.

Tester une organisation innovante financée forfaitairement avec pour objectifs :

- ▶ De faire émerger une équipe experte de plaies.
 - ▶ De rendre lisibles les compétences en région.
 - ▶ D'apporter un appui sécurisé, y compris par téléconsultations aux équipes requérantes.
- Tout en renforçant le rôle du médecin traitant dans son rôle de prescripteur de la prise en charge.

● **Projet ARS Auvergne-Rhône-Alpes (un projet d'équipe mobile est également évalué dans le Finistère)**

Expérimentation d'un service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy-de-Dôme :

- ▶ Parmi les résidents en EHPAD, on estime que 35 % à 50 % des résidents souffrent de pathologies dentaires et bucco-dentaires. La focalisation sur le département du Puy-de-Dôme (hors Clermont-Ferrand) a été faite à la demande de l'ARS car :
- ▶ Identification d'un besoin prioritaire dans ce département.

- ▶ Filières gérontologiques déjà en place pour améliorer la coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux (hôpitaux, EHPAD, équipes mobiles de gériatrie, etc.) en Auvergne-Rhône-Alpes pour promouvoir une prise en charge globale du patient âgé. Le dispositif d'expérimentation mis en place par l'article 51 répond à une attente des acteurs des secteurs sanitaire et médico-social comme l'attestent le nombre et la diversité en termes de contenus et de promoteurs des projets reçus.

5. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/projets-d-expérimentation-d-innovation-en-santé-article-51-peps-et-ipep>

Le système de santé

La santé est un facteur constitutif de fierté nationale en France et la question se pose du bon échelon administratif pour réussir une décentralisation en matière de santé.

L'échec de la réforme en Finlande s'explique par la méthodologie utilisée par le gouvernement. La réforme a été menée sur une approche *top-down*. Les découpages ont été réalisés au niveau national et la question de savoir si les comtés étaient adaptés aux besoins a été soulevée dans un second temps.

L'échec est ici très intéressant. Dans un système très décentralisé, la réforme envisagée avait pour objectif de recentraliser, soit l'inverse du système français où il s'agit d'ailleurs de déconcentrer plutôt que de décentraliser. Tout changement, quel qu'il soit, exige des moyens spécifiques et il était très ambitieux de procéder à une réforme en même temps du système sanitaire ET social.

Mettre en œuvre une réforme tout en espérant immédiatement générer des économies s'avère pour le moins difficile. Il faut donc programmer un budget spécifique pour la réforme.

Le secteur social est géré au niveau du département. Si l'on souhaite réformer ce secteur, il faut donc changer la structure budgétaire. Si l'on prend comme référence les départements, leur nombre est trop important. Si l'on adopte plutôt des inter-régions, cela ne sera pas gérable. Les citoyens européens ne souhaitent pas être dessaisis de la proximité, un obstacle sur lequel les élus butent en France. Le mouvement des Gilets jaunes proteste notamment contre la fermeture des services publics, facteurs de fierté du territoire.

Dans la loi « Ma Santé 2022 », les hôpitaux de proximité sont un élément majeur de la réforme. Un processus de réhabilitation de la proximité devrait être imaginé avec une ligne de crête complexe entre sécurité et proximité. Les ARS, de leur côté, ont perdu le lien de proximité avec les territoires comme l'a reconnu la ministre de la Santé. Elles sont juges et partie, à la fois gestionnaires de l'hôpital public et ordonnatrices de l'offre de soins. Il faut passer d'un mode de fonctionnement qui repose sur la contrainte à un mode fondé sur la confiance et la contractualisation et l'évaluation.

Le succès d'une réforme repose sur le consentement de la population et des professionnels. Comment aujourd'hui conjuguer proximité avec progrès technique ?

Outre l'absence de professionnels de santé dans les déserts médicaux, les avancées médicales exigent des moyens financiers toujours plus élevés, donc une concentration des équipes. Il y a là pour le moins une vraie difficulté pour la réforme « Ma Santé 2022 ». En ce qui concerne la proximité, la télémédecine et la télésurveillance participent également à une certaine forme de proximité qui n'est pas seulement de nature géographique. En parallèle, les patients seraient prêts à y renoncer à condition de bénéficier d'une meilleure qualité des soins, mais il faut aussi envisager les moyens nouveaux pour accéder à cette qualité des soins.

Le discours de réhabilitation sur la proximité doit être développé sans approche binaire. La médecine de proximité ne doit pas être opposée à une médecine d'excellence, ce n'est pas une médecine au rabais. On ne peut cependant pas réformer la santé sans s'attaquer à ses poches d'inefficience.

Il faut aussi décliner comme autres grands principes la qualité, la sécurité, l'accessibilité, sans oublier l'équité. Les patients devraient connaître le coût des services de santé et disposer d'une échelle permettant de les comparer à ceux d'un autre département ou d'une autre région.

Une réforme de proximité doit être menée avec les acteurs locaux en incluant les élus, à condition d'être responsables sans tenir un double discours. Les maires, par exemple, ne disposent pas d'outils permettant de connaître les besoins, les problématiques en santé de leurs citoyens. Il faut déterminer les indicateurs d'évaluation tant cliniques qu'en termes de résultats et disposer des systèmes d'information pour recueillir l'ensemble des données. Finalement, il serait légitime de soumettre ces changements à une sanction par le vote.

La prise en charge du diabète témoigne de la difficulté à faire collaborer le secteur de soins primaires avec l'hôpital. Il ne faudrait pas envisager un financement unique pour un parcours fluide, mais inciter à une mixité du mode de financement. On bute aussi sur la question de l'évaluation exercée notamment par les patients. Il y a là un réel enjeu. Le parcours du diabétique n'est pas linéaire. La problématique est analogue en oncologie avec des parcours non linéaires tributaires d'une variété de facteurs : lieu d'habitation, environnement social, évolution de la maladie...

La prévention est un vrai sujet souligné par tous. On peut s'inspirer de certains succès comme la lutte menée par la municipalité d'Amsterdam contre l'obésité des enfants et adolescents.

La prévention est l'une des avancées des financements à l'épisode de soins. Un financement unique aide à la délégation des tâches, aux protocoles de coopération entre professionnels.

Quant à l'article 51, c'est un exemple extraordinaire de repolarisation administrative d'une initiative politique dont les intentions étaient excellentes. Au départ, l'idée était d'encourager l'esprit d'entreprise des acteurs. Finalement, on se retrouve avec une circulaire de 42 pages.

Après évaluation par le comité *ad hoc*, il faudrait modéliser les projets susceptibles d'être généralisés avec un tronc commun et des parties adaptables aux bassins de populations.

La généralisation nationale des projets régionaux soulève quatre remarques :

- **Éviter de gommer les spécificités régionales en voulant généraliser au niveau national.**
- **Mettre en place des modalités de financement pérennes.**
- **Tenir compte des spécificités des bassins de populations et de vie sous la responsabilité des ARS.**
- **Tenir compte de la mobilité qui redéfinit les limites des territoires.**

Les systèmes d'information

En France, l'un des enjeux est de construire un système d'information qui permette la coordination et l'échange entre professionnels. Il est certes judicieux de regarder les exemples étrangers, mais nous devons aussi valoriser ce qui existe déjà dans l'Hexagone. Il faut surtout promouvoir l'objectif d'interopérabilité. Une feuille de route a été annoncée par la ministre de la Santé le 25 avril 2019, qui dresse une série d'actions et dessine les grandes orientations de la politique du numérique en santé pour développer l'échange et le partage des données de santé.

Il y existe une vision d'ensemble au niveau national pour partager les fondations autour des principes communs d'interopérabilité, de sécurité et de services socles à mutualiser, tels que le dossier médical partagé (DMP) et les messageries sécurisées. À partir de ces fondations, il est possible de construire de nouveaux services conçus au niveau régional privé ou une plateforme numérique à destination des patients, des bouquets de services à destination des professionnels, ou le *Health Data Hub*. Afin de préciser ces enjeux, une doctrine du numérique en santé sera publiée en 2020.

Séparer les données de logistique des données de santé. Aujourd'hui, le système disponible est davantage conçu pour collecter des données que pour être au service des patients. Si c'était le cas, seraient présents tous les interlocuteurs impliqués dans l'élaboration des parcours du patient.

L'évaluation

Il y a un vrai problème méthodologique dans les études qui s'efforcent d'évaluer la performance. Ce sont des systèmes « cyclopiques », avec un seul œil pour regarder les entrées et les sorties sans étudier ce qui se déroule entre ces deux temps. Les performances intermédiaires ne sont pas réalisées. Une alternative serait donc de compléter cette approche globale par des études de performances intermédiaires. Si l'on prend l'exemple de l'AVC, tout se joue avec l'accès rapide à une imagerie de qualité. Or, ce critère est à peine évoqué.

Dans toutes les organisations complexes, un rôle clé est assuré par le Traffic manager qui aide à l'implication de l'ensemble de la chaîne. Chaque acteur doit trouver un bénéficiaire, y compris le patient pour lequel l'indicateur principal est la qualité de vie. En parallèle aux indicateurs, le parcours de soins ou de santé doit comprendre les recommandations qui ont démontré leur pertinence. Le système d'information de l'hôpital n'est pas la réponse, ce serait plutôt le DMP. Que contient-il actuellement pour flécher le parcours de soins par rapport aux recommandations ?

Les acteurs

● Les professionnels de santé

Les professionnels de santé ne s'estiment pas toujours concernés par les problématiques du handicap et de la dépendance. On gère de l'explication sur la complexité. Comment le système fonctionne-t-il ? L'étanchéité entre les deux systèmes est totale.

La Finlande, comme la France, est exposée au vieillissement de la population, à l'explosion des pathologies chroniques, des polyopathologies, complexité en soi à gérer sur les plans sanitaire et médico-social.

Comment penser la problématique actuelle des déserts médicaux ? Les citoyens qui aspirent à moins de complexité plébiscitent la coercition pour les médecins. Les débats au Parlement ne sont plus clivés politiquement. L'enjeu est plutôt de redonner du sens à l'exercice médical et de favoriser la coordination, les temps d'échanges entre professionnels de santé. Pour autant, ce type de solution est à rebours de l'esprit du temps, sans parler du génie français à contourner la loi.

Une réforme doit s'interroger sur le partage, la délégation de tâches. La France est en retard dans ce domaine. Il faut peut-être inventer des nouveaux métiers et arrêter de penser que tout repose sur le médecin. D'autant que les nouvelles technologies sont appelées à changer les pratiques. Inclure une flexibilité est absolument nécessaire. Au maximum, 3 % du budget des ARS sont flexibles. Les médecines scolaire, pénitentiaire et du travail doivent de nouveau être attractives. Ce type de médecine doit être revalorisé. De même que l'accroissement des infirmiers(ères) aux pratiques avancées dont la fonction a été instituée afin d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours. En outre, ils (elles) pourraient exercer en étroite collaboration avec les médecins cités (généralistes ou scolaires, pénitentiaires, du travail...).

● Les patients

Dans toutes les études, l'expérience patient n'est pas mesurée. Elle permettrait pourtant d'identifier les obstacles à la fluidité des parcours. Un retour précoce à domicile est-il toujours possible ? D'où l'intérêt de développer une méthodologie de recueil de l'expérience patient. Il faudrait peut-être davantage sensibiliser les patients. Est-ce si évident ? Plutôt que de les faire payer davantage, on devrait s'interroger sur les causes de la mauvaise observance dans les maladies chroniques. En fait, on note un déficit d'informations, d'accompagnement du patient. Pour sensibiliser le patient, on doit plutôt pratiquer l'*empowerment*.

Comment mesurer la qualité des soins, notamment autour de la qualité de vie et selon quels critères ? Des échelles de mesure de la qualité de vie validées scientifiquement pourraient tout à fait être intégrées à l'évaluation globale d'une prise en charge dans le cadre d'une pathologie donnée. Comment dispenser des soins de qualité ? La dimension du *care* est rarement prise en compte. Pourtant, en institution, le *care* est généralement évalué à partir de « questionnaires satisfaction » sans validité scientifique. Exemple : satisfaction de la prise en charge reçue au sein de l'établissement. Il serait intéressant d'objectiver davantage la mesure de ces données.

L'ensemble des expérimentations menées aux États-Unis est financé par des assurances privées, d'où l'accent mis sur les aspects monétaires au détriment d'autres facteurs. En France, le système de régulation est plutôt étatique, régalién. Sur cette problématique de responsabilisation du patient, il est indispensable d'impliquer le pharmacien, notamment officinal.

La co-construction entre « le savoir des professionnels » et « l'expérience des patients » est un moyen d'optimiser la qualité de l'accompagnement : elle permet au soignant de mieux comprendre le patient dans sa globalité et, ainsi, de personnaliser son approche, ses recommandations. Au-delà, elle favorise la confiance mutuelle et, par extension, la prise en charge des patients, dont l'observance. Tout système repose sur la coopération entre acteurs et ceux-ci doivent gagner à coopérer.

● Les aidants

Avec le développement des maladies chroniques et le maintien du handicap à niveau élevé, le nombre d'aidants va continuer à s'accroître. On compte 8,5 millions d'aidants (plus de 500 000 jeunes), dont 60 % de femmes. La moitié est en activité. Ils permettent « d'économiser », selon les approches, de 10 à 168 milliards d'euros par an. Ils accompagnent des personnes en risque vital (et sont eux-mêmes souvent en besoin de soutien), y compris sur le plan des soins. De plus en plus, la relation patient/soignant est une relation triangulaire patient/aidant/soignant.

Ils ont de fait un rôle majeur et participent dans de nombreuses situations, notamment à l'observance thérapeutique de leur proche malade. En gériatrie, cela est criant : nombreuses sont les familles gérant les traitements, les rendez-vous médicaux, paramédicaux, etc. S'ils sont les « oubliés » de la chaîne, rappeler l'importance de les inclure davantage tout au long du parcours de santé de leur proche malade est utile. Cela permet aussi de réguler/optimiser la prise en soins. Cas des soins de suite et de réadaptation (SSR) en gériatrie : aidants sollicités en « dernier recours » pour « enclencher une demande » d'intégration en EHPAD. Résultats de la demande trop tardive : le patient reste hospitalisé en SSR (avec généralement un aller-retour à l'hôpital pour « justifier » la ré-hospitalisation en SSR), tandis qu'il ne relève plus de ce type de soins... Les SSR deviennent alors une « salle d'attente » avant l'accord officiel des EHPAD sollicités.

Le financement

La tarification est le critère clé en matière d'offre de soins. En témoigne la tarification dans les centres de dialyse qui n'incite guère les professionnels à proposer l'hémodialyse à domicile. Les modifications de tarification induisent des changements de comportement. Les expérimentations menées en Scandinavie ne sont pas transposables en France pour des raisons géographiques et culturelles. Il faut partir des territoires. Si l'on ne conçoit pas un nouveau système à partir de ce présupposé, on aura les coûts mais pas l'efficacité. On ne peut gérer les acteurs par le stress. Pour mener à bien ces réformes, il faut d'abord investir.

Concernant les exemples étrangers, il faut comparer avec ce qui est comparable. Les Pays-Bas, par exemple, doivent être comparés avec des régions françaises et les écarts de richesse doivent être pris en compte.



Pascale Augé

Présidente du directoire d'Inserm Transfert



Christian Deleuze

Sanofi Genzyme & Genzyme Polyclonals General Manager



Manuel Géa

Cofondateur et P.-D.G. de Bio-Modeling Systems, conférencier, consultant et business angel ; chairman de Adebiotech



Dr Alexandra Henrion-Cauclé

Docteur en génétique, directrice de recherche à l'Inserm, université Pierre-et-Marie-Curie



Dr Rachel Bocher

Présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH)



Dr Philippe Denormandie

Chirurgien orthopédiste, directeur des relations santé de nehs



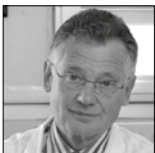
Lamine Charbi

Président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)



Maryvonne Hiance

Présidente de France Biotech, vice-présidente et directeur de la stratégie de OSE Immunotherapeutics



Pr François Bricaire

Professeur de médecine, ancien président du Prix Galien France, ancien chef de service (consultant) des maladies infectieuses et tropicales, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière



Claire Desforges

Responsable des affaires publiques de la Fédération française des diabétiques



David Gruson

Membre du comité de direction de la Chaire Santé de Sciences Po Paris, président de Ethik IA



Karine Lamiraud

Professeur d'économie de la santé, titulaire de la chaire Innovation thérapeutique, vice-doyenne des professeurs à ESSEC Business School



François Buton

Politiste et socio-historien, directeur de recherche au CNRS (Triangle, Lyon). Responsable scientifique des programmes NOTISS et DEPOLISS sur la politisation des professionnels de santé (fonds recherche ENS Lyon et MSH-LSE)



Alain Dutilleul

Head of Public Affairs France & Vaccines, Sanofi



André Guinet

Ancien directeur général de l'hôpital américain de Paris, ancien directeur général de Philips Medical Systems France



Jacques Léglise

Directeur général, hôpital Foch (Hauts-de-Seine)



Martial Fraysse

Président du CROP Île-de-France, membre du comité d'experts de l'IDS, membre du conseil scientifique de l'OMEDIT et du comité de pilotage de l'ETP à l'ARS, Île-de-France



François Haffner

Président de l'Association nationale Spina Bifida Handicaps (ASBH), membre du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), expert auprès de l'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux (UNPDM) et au Comité économique des produits de santé (CEPS)



Claude Le Pen

Économiste de la santé, professeur à l'université Paris-Dauphine



Victorine Carré

Pharmacien-consultant pour le conseil économique et réglementaire des entreprises



Guy Frija

Professeur émérite, université René-Descartes (Paris), professeur à l'université McMaster (Canada), membre du conseil scientifique de l'IRSN, vice-président de la section imagerie de Medicon



**Dr Olivier
Le Pennetier**

Praticien hospitalier contractuel, SAMU de Paris, SMUR hôpital Necker-Enfants malades, membre du conseil scientifique (section X) du Conseil supérieur de la formation et de la recherche stratégique (CSFRS)



**Dr Didier
Mennecier**

Directeur des systèmes d'information et du numérique (DSIN) du service de santé des armées, hépato-gastro-entérologue et addictologue, membre du club Digital Santé et du Lab e-Santé



**Pr Jean-Louis
Prugnaud**

Président du Prix Galien France, membre de l'Académie nationale de pharmacie, ancien pharmacien-chef à l'AP-HP, membre de l'ex-commission d'AMM, ancien président de la commission de thérapie génique et cellulaire



**Pascale
Sauvage**

Directrice par intérim de l'ASIP Santé



**Dominique
Maigne**

Conseiller de la présidente de la HAS, président de l'ANAP



**Pr Étienne
Minvielle**

Professeur à l'École polytechnique, directeur de l'équipe d'accueil Management des organisations de santé Gustave-Roussy



**Stéphane
Roques**

Délégué général – CEO de Medicen



**Christian
Seux**

Expert auprès de Bpifrance, personne qualifiée de la filière santé dans le cadre de la Médiation inter-entreprises, ancien président du SNITEM, ancien P.-D.G. de Becton Dickinson France



**Dr Alain
Marié**

Médecin, président du board scientifique du Groupe Profession Santé



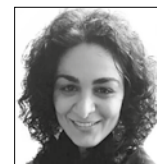
**Béatrice
Noellec**

Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale à la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)



**Dr Hélène
Rossinot**

Présidente du fonds de dotation Jump In For Health, présidente fondatrice du cabinet de conseil ZIBENS consulting et médecin spécialiste de santé publique



**Dr Véronique
Suissa**

Docteur en psychologie, laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie, université Paris 8, psychologue clinicienne, Groupe Korian, Clinique SSR, Val-de-Marne



**Dr Thierry
Marquet**

Senior Director, Patient Access Excellence Head, Head of Value Demonstration & Access, Shire France & Benelux (Takeda)



**Dr Antoine
Poignant**

Expert de la transformation digitale du secteur santé. Cofondateur de Connected Doctors et de la Blouse Blanche. Médecin urgentiste de formation (SAMU 77), diplômé de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) en anthropologie médicale



**Pr Monique
Rothan-Tondeur**

Professeure associée, titulaire de la chaire Recherche en sciences infirmières, AP-HP – LEPS, université Paris 13



**Florent
Surugue**

Directeur PME, ETI & Développement économique, SNITEM

COMITÉ D'ORGANISATION



**Dr Arnaud
Bayle**

Interne en oncologie, interne à l'OMS et à l'EU en management des politiques, stratégies et programmes



**Michel
Le Taillanter**

Rédacteur en chef de l'agence scientifique du Groupe Profession Santé



**Dr Gilles
Noussenbaum**

Médecin, rédacteur en chef de Décision & Stratégie Santé



**Maud
Pilloud**

Responsable de l'opération Innovation & Galien



Réunion du Cercle Galien du 5 novembre 2019 à la Tour de Lyon, à Paris.

Ouvrage réalisé par le comité de pilotage du Prix Galien France
Corédacteurs : Gilles Nossenbaum, Michel Le Taillanter, Arnaud Bayle
Secrétaire de rédaction : Slimane Zamoum
Conception graphique : Katia Cipoire, Leslie Nadotti
Coordinatrice : Maud Pilloud
Impression : Numéricopy – Décembre 2019
© Tous les droits de reproduction sont réservés et strictement limités

Le Cercle
Calien

Avec le soutien de :

SANOFI GENZYME 



Une production

**AGENCE
PROFESSION
SANTÉ**