

LES ACTES

2017

PROJETS DE SANTÉ :
COMMENT FÉDÉRER LES
ACTEURS ?



Le thème des 4èmes Rencontres Santé de Nice en 2017 est: "Projets de santé: comment fédérer les acteurs?".

Ces actes ont pour objet de garder la mémoire de ce temps d'échange et de réflexion riche et vivant.

Un grand merci à Dominique Lebrun qui a rédigé avec brio les synthèses, à Guillaume Raffy pour la qualité de sa maquette et à notre dessinateur humoristique Cled'12.

Une mention spéciale pour tous ceux qui ont contribué à la réussite de ces Rencontres: intervenants, animateurs, participants, équipe logistique, partenaires institutionnels, financiers et presse.

LE PATIENT AU CŒUR DES DÉBATS



//

Didier HAAS,
Fondateur des Rencontres Santé de Nice,
Président de l'association AIRRES

//

AIRRES



LES ADMINISTRATEURS DE L'ASSOCIATION AIRRES

Christian ANASTASY,
Didier HAAS,
Dominique LEBRUN,
Pauline MAISANI,
Pascal MAUREL,
Benoît PERICARD.

Absentes:
Gertrude BOURDON,
Béatrice FERMON.

L'organisation générale est assurée par le cabinet **Didier Haas Conseil**, en lien avec le conseil d'administration de l'association AIRRES, le pôle santé de l'université Paris-Dauphine et le journal Décision Santé.

Sommaire

- p — 04 **Mot d'accueil**
du Professeur Olivier Guérin
- p — 06 **Ouverture officielle**
par Claude d'Harcourt
- p — 08 **La vision**
de Philippe Renaudi
- p — 10 **Table ronde n°1**
IMPACTS DES DERNIÈRES RÉFORMES EN FRANCE
ET AU QUÉBEC SUR LES SYSTÈMES ET PROJETS DE SANTÉ
- p — 14 **Table ronde n°2**
LOI DE SANTÉ, PRS, GHT : RETROUVER UNE LOGIQUE
POUR DE MEILLEURES RÉPONSES AUX BESOINS DE SANTÉ
- p — 18 **Table ronde n°3**
PROJETS MÉDICAUX INCONTOURNABLES !
- p — 22 **Table ronde n°4**
GHT PUBLICS, UNE VRAIE RÉVOLUTION ?
- p — 26 **Table ronde n°5**
PILOTER EFFICACEMENT GRÂCE AUX SYSTÈMES
D'INFORMATIONS EN SANTÉ
- p — 30 **Table ronde n°6**
LA DÉMOCRATIE SANITAIRE: UN CHANTIER À TRAVAILLER
COLLECTIVEMENT
- p — 34 **Table ronde n°7**
CONDITIONS POUR UNE RÉELLE FÉDÉRATION DES ACTEURS
AUTOUR DES PROJETS DE SANTÉ
- p — 38 **Trois retours d'expériences**
sur des projets de santé
- p — 42 **Analyse des programmes présidentiels**
par Benoît Péricard
- p — 44 **Regards croisés sur les Rencontres**
- p — 46 **Les Rencontres Santé de Nice en 2018**



Mot d'accueil du Professeur Olivier Guérin, *maire-adjoint de Nice chargé de la santé et de l'autonomie*

VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"



——— // ———
Bon séjour à tous à Nice,
vous êtes ici chez vous !

——— // ———

Les Rencontres Santé de Nice sont désormais inscrites dans le paysage des débats en France. Les échanges sont de grande qualité, ainsi que les orateurs présents. L'« esprit de Québec » peut vivre également à Nice, en espérant que cette opération sera ancrée dans la métropole pour les années à venir.

Il est fondamental d'avoir des échanges sur l'avenir de notre système de santé, qui au final a peu bougé depuis 20 ans malgré l'évolution des besoins, notamment le vieillissement de la population.

Le drame du 14 juillet 2016 sur la promenade des Anglais nous a apporté des enseignements positifs, comme la réactivité des établissements de santé publics et privés de Nice, l'engagement sans faille des professionnels et la capacité de mobilisation de moyens adéquats. Nous devons garder cet « esprit du 14 juillet » au quotidien, car nous avons un métier de service très particulier : soigner nos concitoyens dans la souffrance.

Plus globalement, il faudra pour préserver notre système de santé et ses capacités à agir redonner du sens, faire évoluer son organisation, réformer ses structures, investir et tout ceci dans un contexte économique contraint.





Ouverture officielle par Claude d'Harcourt, *directeur général de l'ARS PACA*



VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"



PRENDRE EN CHARGE LE PATIENT
DE FAÇON CENTRIFUGE ?!



— — — — —
" — — — — —
la question clé n'est pas
dans l'appréhension
des freins aux projets,
mais dans le bon moteur.

— — — — —
" — — — — —

Je suis très honoré d'être dans ce cénacle, ou ce «club de réflexion», auquel je n'appartenais pas jusqu'à présent.

Les ARS doivent tenir un rôle moteur et avoir des approches positives pour permettre aux grands projets de santé, et plus largement au système de santé d'être plus efficient au service des patients et des usagers.

Pour libérer les acteurs, il faut libérer les énergies et non les étouffer. Les ARS sont d'abord à l'écoute du terrain, pour agir en appui des acteurs. La performance ne peut être atteinte, que si le libre jeu des acteurs est régulé par une vision stratégique et une continuité d'action.

La question de la fédération des acteurs est redoutable, pas seulement sur un plan technique, mais au regard de la variété des situations, des enjeux et des cultures locales. La question n'est pas seulement comment fédérer, mais qui fédère et pourquoi ?

L'approche doit être centrifuge autour du patient, qui n'est pas en situation d'exprimer simplement son point de vue. Mais les tensions restent vives entre une approche métiers et une approche parcours.

La vision « régulateur centrée » doit aussi évoluer vers une vision « acteur centrée ». Clairement les nouvelles plateformes territoriales d'appui (PTA) sont acteurs centrées, avec les questions de qui est responsable de quoi et de la place des GHT (avec les projets médicaux partagés), qui sont pour l'instant uniquement publics.

En conclusion, si on veut réellement fédérer les acteurs, il faut construire une stratégie, définir un pilote, bâtir une structure, responsabiliser. En clair, la question clé n'est pas dans l'appréhension des freins aux projets, mais dans le bon moteur.



La vision de Philippe Renaudi,

président de l'Union Pour les Entreprises des Alpes Maritimes

VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"



— // —

Les défis du vieillissement de la population et l'arrivée du numérique sont deux composantes majeures du développement à venir.

— // —

Les Rencontres Santé de Nice permettent de prendre le temps de la réflexion collégiale et prospective sur le système de santé. Tous les projets en cours dessinent les évolutions de demain. En tant que président de l'Union Pour les Entreprises des Alpes Maritimes avec 34 syndicats de branche, je sais ce que fédérer les acteurs autour de projets signifie.

Sur la Côte d'Azur, la région PACA et plus largement au plan national, la santé représente un secteur majeur de l'économie, tant par les emplois que les entreprises qui le constituent. Les défis du vieillissement de la population et l'arrivée du numérique sont deux composantes majeures du développement à venir.

Notre excellence d'entreprises dépend aussi des capacités à intégrer les ruptures et à décloisonner les acteurs. Il faut repenser et revoir l'ingénierie du système de santé. La France peut être leader sur les innovations en santé, avec des stratégies industrielles ambitieuses et un investissement massif dans le capital humain.

L'UPE 06 a initié une commission santé autour des 3 axes suivants : élaboration d'une doctrine santé patronale sur les Alpes Maritimes, développement d'une animation territoriale des acteurs et notamment avec la CCI, et fédération des décideurs et des acteurs santé du département. Un projet consiste à faire venir des patients étrangers dans nos établissements. Un autre projet a pour objet la prévention par le sport en entreprise, pour les salariés et les dirigeants.

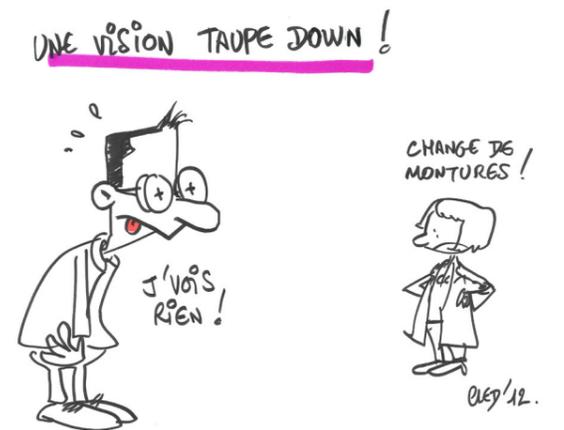




Table ronde n°1 : impacts des dernières réformes en France et au Québec sur les systèmes et projets de santé

- **Luc BOILEAU**, PDG de l'INESSS (Québec)
- **Patrick GAILLET**, administrateur national de la FEHAP
- **Dr Patrick GASSER**, président de l'UMESPE - CSMF (spécialistes)
- **David GRUSON**, délégué général de la FHF

Animation : **Dominique LEBRUN**, consultante, membre de AIRRES

La question centrale est de savoir en quoi ces réformes ont permis de mieux fédérer les divers acteurs, et si le patient ou l'utilisateur est davantage au coeur des projets de santé ?

LES RÉFORMES RÉCENTES - LOI DE JANVIER 2016 EN FRANCE ET LOIS 10 ET 20 EN 2015 AU QUÉBEC - ONT-ELLES PERMIS DE MIEUX FÉDÉRER LES ACTEURS ET DE PLACER DAVANTAGE LE PATIENT AU CŒUR DES PROJETS DE SANTÉ ?

Les Lois 10 et 20, mises en œuvre à partir de 2015 au Québec, représentent une transformation exceptionnelle par son ampleur. Dans un contexte de changement de gouvernement, ces réformes sont la marque d'un leadership affirmé pour apporter des solutions durables à des problèmes de fond: l'accessibilité aux médecins, la qualité des soins parfois défailante, l'accueil aux urgences et le coût du système de santé.

La Loi 10 met en œuvre une centralisation de l'organisation et une concentration de l'offre avec une réduction de 182 établissements de santé pour 8 millions d'habitants à 34, une suppression de 25% des postes de cadres en santé et une réduction de 30% des programmes de santé publique. Les fédérations hospitalières ont été supprimées ainsi que les agences régionales. Il n'existe plus d'espaces associatifs de discussion et de concertation sur la politique de santé.



Le ministre de la Santé assure le leadership sur la politique et adresse directement ses prescriptions aux PDG des structures.

Il est trop tôt pour établir un bilan approfondi de cette réforme mais globalement on constate que certains objectifs ont été atteints sans réelle détérioration de la qualité des soins. Des améliorations apparaissent dans certains domaines. Les dépenses de santé sont contenues et des gains de pertinence ont été relevés.

Cette réorganisation marque une rupture profonde avec le système qui a perduré pendant quarante ans.



En France, la Loi du 26 janvier 2016 se concrétise notamment par la création de 135 GHT avec une ambition forte de développer un projet médical partagé de territoire. Même si l'intensité des changements est moindre qu'au Québec, l'ampleur et la rapidité des transformations sont marquantes.

Pas de fusion d'établissements ni de volonté de supprimer des postes ou de recomposer les autorités de tutelle, mais une ambition forte de « déverrouiller le système ».

Toutefois, il existe une dichotomie notable dans les missions des GHT dont les objectifs de stratégie médicale partagée et en même temps d'efficacité économique à rechercher peuvent apparaître contradictoires. Aujourd'hui, on manque d'une réflexion globale sur l'organisation des offreurs dans un territoire. Les ARS doivent s'emparer de cette problématique qui leur revient et laisser plus d'autonomie aux établissements pour leur gestion courante.

Les partenaires du secteur privé non lucratif souhaitent vivement être associés à cette démarche de projet médical de territoire mais leur volonté de collaboration est peu entendue pour le moment. Leur crainte serait de ne se voir positionner que sur les zones vides.

Pour la médecine de ville et les spécialistes libéraux, la loi est très clivante. La restructuration de l'offre hospitalière est légitime mais quand on évoque les territoires et les parcours, on ne pose peut être pas les bonnes questions: qui définit le territoire? qu'est ce qu'un parcours de prise en charge pour un patient?

— // —
**Pour la médecine de ville
 et les spécialistes libéraux,
 la loi est très clivante.**
 — // —

Les médecins de 1ère ligne sont débordés par la demandes des usagers et les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ne représentent que 10% de l'offre et sont trop encadrées juridiquement par les ARS.

L'hégémonie de l'hôpital sur un territoire n'est pas souhaitable et il faut rapprocher la ville et l'hôpital en particulier en révisant les statuts des médecins pour retrouver une dynamique commune.



Au Québec, la Loi 20 a permis de faciliter l'accès au médecin traitant qui est passé de 68% à plus de 80%; les temps d'attente aux urgences se sont réduits et les délais de priorisation en chirurgie s'améliorent. L'objectif de réduction des coûts de 22 millions a été atteint malgré une augmentation de 22% en moyenne des rémunérations médicales sur 5 ans.

La nécessité d'évolution du statut du médecin fait consensus en France. Dans certains établissements de la FEHAP coexistent des praticiens libéraux avec des médecins salariés en fonction des spécialités médicales. La FHF propose un statut optionnel d'«autonomie avancée». Les jeunes médecins aspirent à un double statut.

En conclusion, tous les acteurs conviennent qu'il ne peut y avoir un seul pilote dans le territoire et surtout pas l'hôpital même si au Québec on a fait la preuve que les grandes organisations ne sont pas un obstacle à la mobilisation des acteurs.

La demande est forte de «revivifier» l'autonomie des établissements et de leur laisser le choix de leurs partenariats avec une saine concurrence entre les offreurs, souvent gage de qualité. La mission des ARS est d'assurer un pilotage fort et clair sur la base d'objectifs et d'indicateurs contractualisés.

VIDÉO DISPONIBLE SUR
 WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
 RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"





Table ronde n°2 : **Loi de Santé, PRS, GHT : retrouver une logique pour de meilleures réponses aux besoins de santé**

- **Anne-Marie ARMENTERAS DE SAXE**, Directrice de la DGOS
- **Claude EVIN**, Avocat, ancien Ministre de la Santé
- **Lamine GHARBI**, Président de la FHP
- **Paolo ROTELLI**, Directeur du groupe SAN DONATO

Animation : **Benoît PÉRICARD**, Directeur santé, KPMG France

SROS, PRS, GHT, MSP, MERRI, ATIH, HAS, il existe une multiplicité d'outils et...d'acronymes dans notre système de santé. Mais tous ces outils sont-ils suffisants, utiles, pertinents ? Se sont-ils améliorés au fil des années et des réformes ? La vraie question n'est-elle pas qui fait quoi, quand, comment et pour quels résultats ?

QUEL EST L'ÉTAT DES LIEUX ACTUEL DE NOS OUTILS ? CES OUTILS COMPLEXES SONT-ILS ADAPTÉS À NOS PROJETS ?

La question posée est celle de la régulation et des outils d'accompagnement. Il faut des outils de régulation pour garantir les droits d'accès de la population aux soins, à des prestations médicosociales ou à une orientation quels que soient le territoire et l'offre. Mais la régulation doit davantage prendre en compte la dimension territoire. C'est une des priorités de la Loi de Santé: une régulation nationale pour les droits d'accès de tous mais une déclinaison régionale, territoriale et locale. Dès lors, comment libérer l'initiative des acteurs locaux avec des outils nationaux. Par exemple, pour les projets territoriaux de santé mentale, le régulateur national préconise moins d'errance dans le diagnostic ou la prise en charge et invite les acteurs du sanitaire, de la réadaptation sociale, du diagnostic dans les territoires à se mettre autour de la table pour élaborer le projet territorial de santé.

Les deux enjeux prioritaires de notre système de santé sont l'organisation d'une réponse territoriale pour lutter contre les inégalités de santé et la

formalisation des parcours pour les patients chroniques et en perte d'autonomie. La palette d'outils existe mais certains peuvent renforcer le cloisonnement des acteurs comme les GHT ou les communautés professionnelles de territoire.

L'essentiel est donc de savoir ce que nous voulons faire des outils. Ainsi, les GHT ne sont pas l'alpha et l'oméga de la territorialisation. Le développement de l'ambulatoire ne se fera pas sans prise en compte des acteurs de la médecine de ville.

Pour la FHP, le GHT est une mesure phare et les pouvoirs publics doivent l'élargir aux composantes du secteur hospitalier privé. Mais la règle demeure l'accès à des soins de qualité avec une réelle transparence sur les coûts.



RETROUVEZ UNE NOUVELLE LOGIQUE DE SANTÉ EN INTEGRANT LA COHERENCE D'ENSEMBLE DES ACTEURS DES APPLICATIONS OPERATIONNELLES DANS UNE LOGIQUE DE REponses SIMPLES ET CONCISES...



En Italie, le système de santé qui occupe la deuxième place en espérance de vie après le Japon, connaît des difficultés identiques à celles de la France. C'est un système universaliste et très régionalisé avec des GHT privés et publics et un financement identique pour les deux acteurs si le cadre défini est respecté. La concurrence se fait donc sur la qualité des soins.

Depuis 2011 et le surendettement du pays, les fonds de santé sont réduits de 1% chaque année et le financement public des établissements de santé est en forte baisse avec l'existence de listes d'attente de 6 mois à un an pour certaines pathologies. Certains patients âgés qui arrivent aux urgences pourraient être pris en charge en ambulatoire mais le financement des structures de ville est insuffisant et un transfert de fonds de l'hospitalisation vers l'ambulatoire ne résoudrait rien.

On constate que ces dernières années, les assurances privées ont explosé et permettent à certains patients d'obtenir rapidement une

hospitalisation en finançant eux mêmes une partie de leur prise en charge.

Compte tenu des enjeux, quel outil doit-il être privilégié ? La contractualisation, l'évaluation sont elles des pistes à approfondir ?

Donner du sens peut permettre d'éviter une accumulation des outils. Des progrès sont attendus pour passer d'une qualité sur les processus pour des activités en silos à une qualité plus globale



avec un objectif de responsabilité populationnelle. Comment atteindre cette responsabilité populationnelle en respectant l'identité, la culture,

l'histoire des acteurs ?

L'autre axe est d'introduire la qualité par les résultats dans les modes de financement, trouver un outil de tarification ou un forfait de financement pour une

prise en charge qui mobiliserait plusieurs acteurs et rémunérer ainsi la solidarité entre les acteurs de la ville, de l'hôpital, du domicile.

Comment atteindre cette responsabilité populationnelle en respectant l'identité, la culture, l'histoire des acteurs ?

Pour développer un mode d'allocation de ressources qui facilite le décloisonnement, l'expérimentation doit être privilégiée afin de prendre en compte les différences entre les territoires. La capacité de contractualisation doit être donnée aux acteurs avec un financement aux segments de parcours afin que chacun trouve un intérêt à la coopération au service des patients. En Italie, le financement est donné au CHU que choisit le patient pour son traitement.

Les différents intervenants dans le parcours au sein du GHT sont rémunérés directement par le CHU mais cela pose la question de la liberté de choix du patient.

En conclusion, le niveau régional doit continuer à se renforcer afin de progresser vers plus d'expérimentation et vers un mode d'allocation de ressources qui facilite le décloisonnement.



VIDÉO DISPONIBLE SUR WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"





Table ronde n°3 : projets médicaux incontournables !

- Dr Jean-Marc COURSIER, directeur des relations médicales, Ramsay GDS
- Pr Olivier GUÉRIN, chef du pôle de gériatrie du CHU de Nice
- Arnaud POUILLART, dg de la Fondation Lenval, délégué 06 de la FEHAP
- Jérémie SÉCHER, directeur du Centre hospitalier d'Antibes, président du SMPS

Animation : Dr Pascal MAUREL, magazine Décision Santé

Le projet médical est la pierre angulaire des projets d'établissements
et demain, le projet médical partagé constituera
l'ossature des groupements hospitaliers de territoire.

QUELLES SONT AUJOURD'HUI LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'EXERCICE MÉDICAL À L'HÔPITAL? QUELLES PROPOSITIONS PEUVENT ÊTRE AVANCÉES POUR L'AVENIR?

Les communautés médicales doivent donner du sens à la prise en charge des patients. Le projet médical définit le sens profond de l'offre pour un territoire. La mise en place des parcours remet le patient au centre et ne donne plus la priorité à la technicité qui devient un problème d'organisation. la confrontation d'une spécialisation accrue de la médecine et de la nécessaire globalité de la prise en charge perd de son sens. Par exemple, le patient âgé poly pathologique qui décompense et arrive aux urgences est pris en charge dans un plateau multi-spécialités de post urgence par une médecine « hospitaliste » au sens nord américain. Ce sont les spécialistes qui se déplacent au lit du malade.

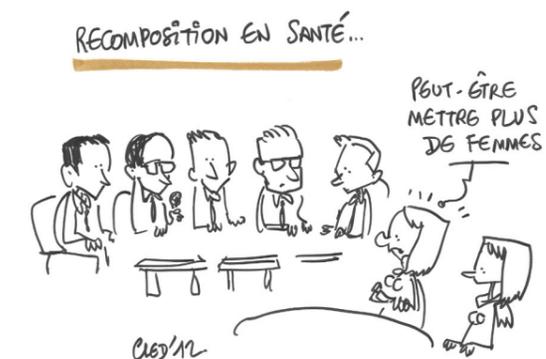
L'absence de structuration en services dans les cliniques privées favorise le déplacement du praticien au lit du malade mais des progrès restent à faire sur la cohésion d'équipes.

Les médecins en particulier les jeunes générations s'impliquent-elles dans les projets stratégiques? S'engager en médecine, c'est s'engager pour les autres. Il faut retrouver du sens qui ne peut qu'être collectif.

Mais ce n'est pas l'apanage du corps médical. Cette préoccupation traverse la ligne du management mais s'accompagne depuis quelques années de préoccupations sur la qualité d'exercice. Comment mobiliser des médecins sur des fonctions de chef de pôle à l'hôpital? Comment renforcer la cohésion d'équipe?

C'est un enjeu de professionnalisation et de formation. La mutualisation de la contrainte notamment de la permanence des soins est aussi un levier. Pour impliquer les médecins, il faut les responsabiliser et leur donner du temps spécifique. Au Québec, la question de la baisse de rémunération (de 20% à 25%) des praticiens qui prennent des fonctions de gestion est une question ardue.

Pour élaborer le projet médical, les médecins doivent accepter un rôle de leadership collectif.



Les réformes récentes vont-elles dans le bon sens avec les projets médicaux partagés?

Le principe de faire travailler ensemble des équipes médicales publiques est une idée pertinente et le caractère obligatoire donnée par la loi est un incitatif fort et déterminant. Mais comment transformer cette idée forte dans le concret des stratégies médicales des établissements qui composent un GHT? Pour les GHT de 4 ou 5 établissements, cette voie est possible même avec un calendrier contraint mais aujourd'hui plus de 40% des GHT disent qu'ils ne seront pas prêts en juillet prochain.

Les professionnels de terrain, PH et cadres de santé sont peu impliqués dans la démarche. Le secteur médicosocial comme les partenaires du secteur privé sont très peu associés aux réflexions et les discussions pour les conventions d'association avec les CHU en sont aux prémises. La loi est donc porteuse d'idées intéressantes et prometteuses mais il faudra se donner du temps.

L'enjeu d'un projet médical partagé c'est l'accès à un plateau technique, c'est de sauver une activité chirurgicale en perte d'activité, c'est de partager la permanence des soins.

Dans le secteur privé, certains grands groupes ont engagé une démarche identique à celle des GHT avec la création de pôles territoriaux et une mutualisation de certaines activités médicales. mais, il faut tenir compte du médecin de ville qui

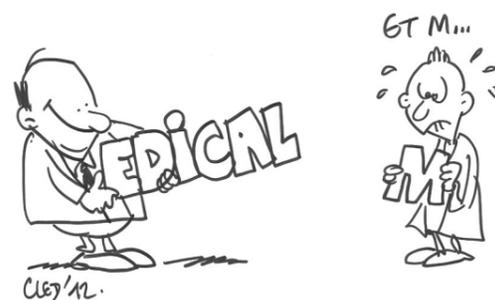
constitue un adresseur important des patients et prendre en compte le frein que peuvent représenter parfois les directeurs de sites qui perdent une activité médicale et donc affaiblissent leur compte de résultats.

La sociologie du médecin a changé. On constate un déficit d'adhésion « à la marque ». Il faut retrouver un esprit « corporate » avec une communication forte fondée sur une ambition commune. Le duo directeur/médecin est capital dans cette vision.

Pour les pouvoirs publics, dans cette évolution sociologique, l'engagement des médecins est toujours présent mais il va de pair avec la qualité de vie au travail: responsabilité, autonomie et partage au sein de l'équipe.

La qualité de vie au travail:
responsabilité, autonomie
et partage au sein de l'équipe.

PROJET MÉDICAL PARTAGÉ ...



VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"



LA PYRAMIDE DES ÂGES DES MÉDECINS ...



ceg'12.



Table ronde n°4 : GHT publics, une vraie révolution ?

- Charles GUÉPRATTE, DG du CHU de Nice
- Laurent HOUDART, avocat spécialisé en santé
- Dr Martine LANGLOIS, présidente PACA FFMPs, vice présidente MG France
- Monique RICOMES, DG de l'ARS des Hauts de France

Animation: Hélène DELMOTTE, rédactrice en chef de « Territoires et santé »

Quels sont les premiers retours sur la mise en place des GHT?
Quelles sont les stratégies de recomposition? Comment mobiliser
les acteurs et associer le public et le privé dans les territoires?

Quatorze GHT ont été définis de manière assez pragmatique dans la région des Hauts de France avec des tailles différentes couvrant des populations de 180 000 à 1,2 million d'habitants.

L'histoire et la culture de chaque région influent sur la constitution des territoires. L'élaboration du projet médical partagé a créé une réelle dynamique avec un engagement des communautés médicales qui est à souligner. La mutualisation des fonctions, comme les achats, est en route et des interrogations demeurent sur les systèmes d'informations.

On peut parler d'une évolution plus que d'une révolution ; une évolution accélérée par le tempo donné par la Loi.

Dans les Alpes Maritimes, le GHT regroupe 14 établissements soit 6000 lits. Le CHU de Nice est l'établissement support et représente 57% de l'ensemble.

Comment faire travailler ensemble l'ensemble des acteurs? Une démarche descendante ne serait ni acceptable ni acceptée. Les missions et les besoins ne sont pas comparables. La transversalité doit remplacer l'approche par cercles concentriques.

Le GHT préfigure-t-il une fusion? La Loi ne le prévoit pas et les grandes concentrations hospitalières n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Les actions de mutualisation sur la gestion permettent des rapprochements entre les établissements qui faciliteront peut être demain des collaborations plus formalisées.

On peut parler d'une évolution plus que d'une révolution ; une évolution accélérée par le tempo donné par la Loi.



La question de l'association des acteurs privés à l'élaboration des projets médicaux de territoire est au cœur des débats. Aucune disposition législative ne la prévoit pour le moment mais les coopérations demeurent toujours possibles.

Le GHT répond à une stratégie publique voulue par le législateur pour les hôpitaux publics. La stratégie des groupes privés leur est propre. Pour chaque territoire, les coopérations seront différentes: coopérations ciblées, coopérations de survie...La souplesse d'organisation doit être laissée aux acteurs.

Les établissements privés sont des partenaires naturels de l'hospitalisation publique mais la première étape concerne le secteur public où il existe aussi des positions concurrentielles.

Pour les acteurs libéraux des soins primaires, la culture de la gradation des soins et des parcours existe déjà mais depuis quelques années, l'organisation a perdu en lisibilité. La valeur ajoutée des GHT est posée. En quoi le GHT apporte-il plus de pertinence dans la prise en charge des patients? Quelle est sa plus value pour mieux travailler ensemble dans un environnement qui change notamment avec les progrès technologiques et la e.santé.

L'association des libéraux aux GHT, qu'ils exercent en ville ou en MSP (1000 structures en France)

est essentielle; les opérationnels au plus près des besoins doivent être au centre de l'organisation. La transformation des modes d'exercice avec les MSP ou les binômes médecin généraliste et infirmière déléguée à la santé publique (association ASALEE) vont dans ce sens. Mais les freins sont encore nombreux: représentativité professionnelle, mode de rémunération des temps hors consultation...

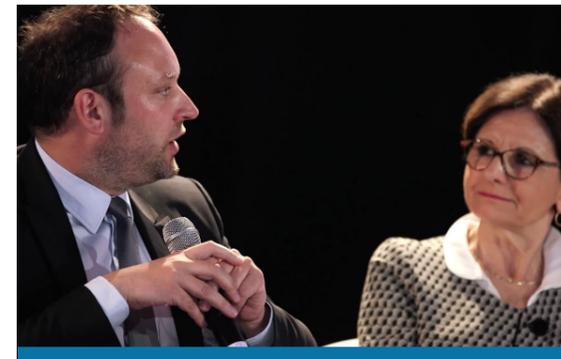
Selon les juristes, la constitution des GHT est un bouleversement considérable qui réduira à

terme le nombre des hôpitaux publics de 1000 à 135. Les GHT, outils de stratégie publique, conduisent l'ensemble des acteurs à se positionner sur un territoire. Le privé commercial accélère sa recomposition et les ESPIC sont partagés entre le public et le privé.

Mais une clarification est nécessaire car il existe une certaine ambiguïté

sur la finalité du GHT. Un outil intégratif pour aller vers une pré-fusion des structures et/ou l'animateur d'un projet médical associant tous les offreurs de soins sur un territoire.

La taille des territoires devra être revue; certains sont trop vastes pour espérer des résultats concrets pour les établissements et les patients. Enfin, la délégation de compétences pour les fonctions mutualisées est à revoir sur un plan juridique.



COMMENT EST ASSOCIÉ LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL?

Certaines régions ont eu une vision très volontariste en intégrant le secteur médico-social public. Ce sera la deuxième étape des GHT après le PMP et les ARS seront vigilantes sur cette association.

Mais il faudra veiller à ne pas avoir une approche exclusive des parcours entre établissements publics en remettant en cause les filières de prise en charge existantes avec le secteur privé, par exemple sur le SSR.

La reconfiguration du secteur public prend du temps mais ne doit pas ralentir la politique d'amélioration de l'offre de santé sur les territoires. Le nouveau projet régional de santé mettra l'accent sur les parcours et le nécessaire décloisonnement des acteurs.



QUELS SERONT LES OUTILS POUR ÉVALUER LA PERFORMANCE, LES PARCOURS, LES RÉSULTATS ÉCONOMIQUES DE CETTE RÉFORME?

C'est une des préoccupations du ministère qui réfléchit à l'évaluation des GHT. Quel est leur impact sur les parcours, sur la qualité de vie au travail? Sur la productivité? Des indicateurs sont en cours de mise en place.

Il faut aller vers une « gouvernance clinique de territoire » et la nouveauté c'est qu'aujourd'hui la restructuration ne se fait pas sous l'angle de l'efficience.

VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"





Table ronde n°5 : Piloter efficacement grâce aux systèmes d'informations en santé

- Gertrude BOURDON, PDG du CHU de Québec, membre de AIRRES
- Jean BOULANGER, directeur des technologies de l'information, CHU de Québec
- Philippe BURNEL, directeur stratégie des SI de santé, sg des ministères sociaux
- Jean-Pierre DEWITTE, président de la conférence des DG de CHU

Animation : Joëlle BOUET, associée cabinet Opus Line

UN LEVIER, L'INNOVATION...



QUEL ÉTAT DES LIEUX PEUT-ON DRESSER DES SI EN FRANCE ET AU QUÉBEC? QUELLES SONT LES AMÉLIORATIONS ATTENDUES?

En France, les équipements et les usages présentent un bon niveau puisque 42% des établissements satisfont aux indicateurs « programmation/agenda/ressources » du plan Hôpital Numérique et 63% à l'indicateur « pilotage médico-économique ». En ville, 78% des médecins généralistes utilisent un logiciel d'aide à la prescription.

”

En ville, 78% des médecins généralistes utilisent un logiciel d'aide à la prescription.

”

Deux points faibles concernent la télé-médecine avec un équipement inférieur aux pays scandinaves et à l'Espagne et le SI sur la coordination (DMP et outils d'aide à la décision).

La France rencontre des difficultés dès qu'il s'agit d'échanger et de partager de l'information. Dans les pays où les systèmes d'informations sont intégrés au niveau national, cette faiblesse est moindre.

Au Québec, la stratégie numérique est récente (octobre 2016). Un investissement de 200 millions\$ sur 5 ans a été attribué aux entreprises qui ont bénéficié également d'avantages fiscaux. Dans le cadre de la réforme du système de santé, un plan d'actions pour des SI unifiés a été déterminé avec le choix de CRISTAL Net comme dossier clinique informatisé pour tout le Québec.

La constitution du dossier clinique informatisé a commencé en 2005 avec les résultats de laboratoire, puis de la pharmacie et de l'imagerie. Tous les professionnels peuvent se connecter sur les plateformes de données (registres) de l'assurance maladie et ont accès à ces données. En 2011, une programmation triennale et une planification annuelle sont devenues obligatoires avec autorisation du ministère.

LA TÉLÉMÉDECINE





En 2016, le ministre a défini les grandes orientations stratégiques du Système d'informations avec 45 actions dont l'implantation généralisée de CRISTAL Net, et les coûts par parcours de soins (T2A).

En France, le SI n'a été pendant longtemps ni une priorité ni un investissement nécessaire. Les managers n'étaient pas acculturés à l'informatique. On a empilé des « briques » et on est devenu les champions des interfaces sans avoir mis « le toit ». Cette situation incohérente s'est trouvée renforcée par la volatilité des fournisseurs et la volonté de différenciation systématique des établissements.

Le Plan « Hôpital Numérique » a permis de fixer un cadre et des règles: sécurité, confidentialité, organisation pour aller vers plus de fiabilité. Au delà de la technologie, peut-on dire qu'on exploite complètement les données dont on dispose?

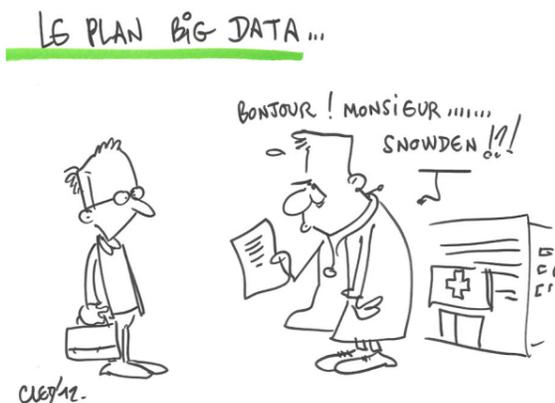
Pour avoir une bonne donnée, il faut savoir poser la bonne question. Il faut structurer les données pour obtenir des indicateurs pertinents. Par exemple, le CHU de Québec considère que la mobilisation des chirurgiens n'intervient que sur des approches



scientifiques avec des résultats probants pour faire évoluer la pratique clinique.

En France, les GHT s'interrogent sur les SI mais il faut se garder d'une vision trop intégrative avec une uniformisation excessive des différents systèmes. Pour communiquer entre établissements, les outils doivent et peuvent être simples. Les systèmes doivent être des portails ouverts sur les patients et sur la médecine de ville.

VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"



Existe-t-il un Plan Big Data?

Avec le SNIRAM (système national inter-régimes de l'Assurance Maladie), on peut suivre le parcours de vie d'un patient sous l'angle médico-économique mais aussi en partie clinique.

Comment rassembler et rattacher les bases de données cliniques?

- Construire une base de données cliniques dans des entrepôts de données
- Créer des synergies et des complémentarités entre professionnels de santé, statisticiens, et entreprises
- Envisager les conséquences juridiques et répondre aux interrogations sur « le droit d'usage » qui est exclu en France. Le patient ne donne pas son accord pour des réutilisations de ses données sur plusieurs années.

Quels sont les enjeux pour l'avenir?

- La responsabilisation des patients et une médecine plus personnalisée en faisant en sorte que le patient devienne véritablement acteur et prenne sa place.
- De nouvelles fonctions dans les établissements de santé
- Le développement et le suivi de la relation du patient à son domicile avec les professionnels de santé.





Table ronde n°6 : **« La démocratie sanitaire : un chantier à travailler collectivement »**

- **Vincent DUMEZ**, co-directeur collaboration patient, faculté de Montréal
- **Filippo MONTELEONE**, président de Careit
- **Chantal DE SINGLY**, présidente de l'ANAP
- **Maurice SCHNEIDER**, président de la Ligue contre le cancer du 06

Animation : **Pauline MAISANI**, directrice de la qualité, AP HP

Comment s'incarne aujourd'hui la démocratie sanitaire au niveau collectif et au niveau individuel? En quoi la démocratie sanitaire peut-elle être un levier pour faire évoluer notre système de santé et passer d'une logique de l'offre à une logique de la demande?

La relation patient a beaucoup évolué depuis une vingtaine d'années. En cancérologie, c'est au cours d'une réunion nationale de patients, organisée par la Ligue contre le cancer en 1998, qu'a été évoquée pour la première fois la brutalité de l'annonce. Cette interpellation des patients a conduit les pouvoirs publics à mettre en place le dispositif d'annonce et les infirmières référentes au sein des établissements. Les « Lois KOUCHNER » puis les trois « plans cancer » ont été déterminants avec la création de l'Institut National du Cancer pour l'avancée des droits des patients, la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaires, les soins de support et les conditions de réinsertion après la maladie.

Mais l'évolution des textes est-elle suffisante ? Le cadre législatif est aujourd'hui assuré mais la mise en œuvre concrète doit être accentuée.

Les représentants des usagers siègent au conseil d'administration de l'ANAP depuis 2014 mais l'effectivité de cette mesure réglementaire n'est pas encore complète pour des questions de représentation. La vraie question est à quoi cela va servir réellement ? Les représentants des usagers seraient sans doute plus pertinents dans les groupes de travail de l'ANAP.

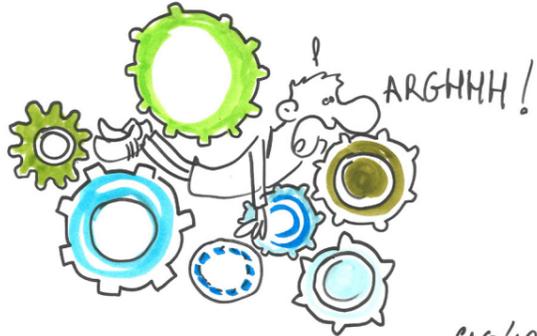
Il faudrait être moins dans le formalisme et plus dans le pragmatisme.

Au Québec, l'expertise des patients atteints notamment de maladies chroniques est mise en valeur dans la formation des professionnels de santé. Un bureau de l'expertise patients a été créé au sein de la Faculté de Médecine de Montréal et aujourd'hui plus de 250 patients sont des formateurs qui interviennent dans le cycle de formation des études médicales. De même, dans l'organisation des soins, des binômes médecin/patient ont contribué à la formation de plus de 3000 professionnels de santé. Cette co-construction est essentielle car seul le patient à une vision systémique pour discuter sur les parcours et les trajectoires de soins.

Depuis deux ans, le bureau de l'expertise patient est sollicité par des réseaux de recherche pour développer les programmes de recherche sur l'organisation des soins. L'amélioration de la qualité des soins passe à la fois par une représentation institutionnelle des usagers et par une mobilisation des savoirs expérientiels citoyens. Au développement des maladies chroniques doit répondre de plus en plus l'utilisation des savoirs des patients.



L'USAGER DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ...



Clément

La logique de la demande doit remplacer la logique de l'offre mais notre système de santé est encore trop solitaire autour de l'hôpital.

Quelles sont les résistances à vaincre pour aller dans cette direction? Quels sont les leviers pour améliorer la relation individuelle patient/professionnel de santé et dépasser la problématique des « droits et des devoirs »?

Partager une expérience et une expertise permet de dissiper les craintes et les réticences. Il n'existe pas de liste de compétences requises pour la qualité des relations avec le patient mais c'est un travail collectif qui pourrait être mené par les 35 facultés de médecine et les 350 IFSI. L'expérience du Québec l'a montré, le modèle de l'éducation est majeur.

Il ne faut pas confondre défense des droits et participation à l'amélioration de la qualité des soins. La distinction entre ces deux missions est claire. L'enjeu est de rendre les compétences du patient de tacites à explicites .



La demande qui émerge depuis plusieurs années des commissions d'usagers concerne le manque d'informations. Cette question renvoie au référent familial qui reste encore dans la pratique très peu positive et trop formelle. Dans le secteur médico-social, la personne référente est un vrai correspondant pour les professionnels. Au Québec, on les appelle des « référents pivots » Un guide des usagers serait peut être nécessaire en France.

L'institut de l'expérience patient va sans doute contribuer à développer et formaliser cette approche.

VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"





Table ronde n°7 : Conditions pour une réelle fédération des acteurs autour des projets de santé

- Gertrude BOURDON, PDG du CHU de Québec
- Pierre GILLET, Directeur médical CHU Liège
- Emmanuel MASSON, Directeur Général du Groupe CLINEA
- Paolo ROTELLI, Directeur Général Groupe OSPEDALIERO SAN DONATO Milan

Animation: Christian ANASTASY, IGAS



LES PRINCIPES DE CHANGEMENT ÉVOQUÉS DANS CETTE TABLE RONDE SONT ISSUS DES TRAVAUX DE JOHN P. KOTTER - HARVARD BUSINESS SCHOOL : "LEADING CHANGE 1966". JOHN P. KOTTER, A DÉMONTRÉ QUE LA RÉUSSITE DES PROJETS DE TRANSFORMATION REQUIERT 15% DE SALARIÉS CONVAINCUS ET 75% DES MANAGERS.

IL A DÉFINI 8 CONDITIONS POUR ASSURER LA RÉUSSITE D'UN PROJET DE CHANGEMENT:

1. CRÉER UN SENTIMENT D'URGENCE
2. FORMER UNE COALITION PUISSANTE
3. DÉVELOPPER UNE VISION
4. COMMUNIQUER LA VISION
5. LEVER LES OBSTACLES AU CHANGEMENT
6. DÉVELOPPER DES RÉSULTATS À COURT TERME
7. BÂTIR SUR LES PREMIERS RÉSULTATS POUR ACCÉLÉRER LE CHANGEMENT
8. ANCRER LES NOUVELLES PRATIQUES DANS LA CULTURE DE L'ENTREPRISE

1. CRÉER UN SENTIMENT D'URGENCE

Pour le groupe San Donato, l'enjeu était l'achat du CHU de Milan très fortement endetté; cet établissement de 1500 lits avait accumulé les pertes depuis trente ans. La reprise par le groupe San Donato et la transformation en société par actions ont été acceptées par les professionnels

car le risque à faire perdurer cette situation était la fermeture de leur établissement.

De même, le rachat d'un hôpital spécialisé en maladies cardiovasculaires a été rendu possible par la prise de conscience de ses dirigeants que la pérennité était en cause du fait de leur taille critique de 200 lits.

2. FORMER UNE COALITION PUISSANTE

Pour le CHU de Liège, la compétence et la crédibilité constituent les fondamentaux du changement. Les leviers d'action sont nombreux mais trois méritent d'être mis en avant.

Le partage d'informations est essentiel et la Belgique a déjà mis en place une carte d'identité numérique qui contient les données de santé du patient. C'est un atout pour la communication entre professionnels. Le levier économique est également puissant comme des incitations financières pour s'équiper en informatique. Enfin, le facteur humain joue un rôle important.

3. DÉVELOPPER UNE VISION

Au CHU de Québec, la vision de la Directrice Générale pour la fusion de plusieurs établissements en 2012 a été « Un Grand CHU ». Trois mots qui donnaient la vision et qui ont été ensuite déclinés en valeurs, missions, objectifs et communiqués en cascade auprès de la direction, de l'encadrement puis des salariés. La construction de la vision et sa communication sont intervenues en même temps.

4. COMMUNIQUER LA VISION

Le groupe San Donato consolide sa recomposition en 2013 avec 18 structures. Mais comment créer un esprit de groupe et une marque forte? La direction générale décide de mettre en place un bureau de la communication qui va élaborer une charte de la communication concernant tous les types de supports: graphisme, presse, vidéos, réseaux sociaux...

Cette initiative est un succès: le groupe compte rapidement 1,2 Million de followers sur Facebook. De multiples supports sont créés, affiches, spots publicitaires, pour communiquer sur les valeurs du groupe.

5. LES OBSTACLES AU CHANGEMENT

La connaissance des obstacles et des risques est une étape essentielle dans les processus de transformation. Le groupe CLINEA a travaillé sur une cartographie des risques qui a ensuite été partagée avec les professionnels afin de démontrer aux équipes leur capacité à les surmonter. Les relais sur le terrain sont nécessaires pour veiller au retour des informations.

6. & 7. DÉVELOPPER DES RÉSULTATS À COURT TERME ET BÂTIR SUR LES PREMIERS RÉSULTATS POUR ACCÉLÉRER LE CHANGEMENT

Les changements doivent être rapides et concerner tout le monde. Le CHU de Liège a pu répondre rapidement à la demande des médecins généralistes qui rencontraient des difficultés pour organiser la garde de nuit. Des « infirmières de tri » ont été affectées aux urgences pour réguler les demandes d'interventions médicales. Aujourd'hui, cette solution a été étendue à tous les secteurs autour du CHU.

Pour améliorer leur trajectoire de soins, des patients chroniques ont été équipés de tensiomètres lisibles à distance par un call center relayé si nécessaire par un médecin généraliste. Les économies réalisées dans la prise en charge sont redistribuées aux acteurs puisque les praticiens reçoivent 150€ par patient.

8. ANCRER LES NOUVELLES PRATIQUES DANS LA CULTURE DE L'ENTREPRISE

Cette dernière étape est particulièrement difficile. Pour agir sur le long terme, il faut anticiper et dès le départ concevoir, pour les acteurs concernés par le processus de changement, des outils qui soient souples, légers et ne requièrent pas une énergie forte pour les déployer.

Se donner des temps d'écoute, de rencontre et d'évaluation est aussi un facteur de succès.

EN CONCLUSION, QUELQUES FONDAMENTAUX:

- **Une présence forte d'un leadership qui transforme**
- **Viser l'excellence, jamais l'idéal et accepter l'imperfection mais jamais la médiocrité**
- **Mutualiser et partager l'information**
- **Construire un business modèle pérenne**
- **Analyser les résultats négatifs avec lucidité sans bâtir de storytelling pour les justifier**
- **Travailler en équipe de plus en plus élargie et évaluer en permanence**
- **C'est la somme des personnes qui créent l'institution**



VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"





Trois retours d'expériences sur des projets de santé

- **Martine COUTURE**, PDG du CIUSSS de Saguenay Lac Saint-Jean, Québec
- **Professeur Hicham NEJMI**, DG du CHU Mohammed VI de Marrakech
- **Vincent TASSY**, Healthcare Solution Architect, IBM

Animation : **Joëlle BOUET**, associée Cabinet Opus Line



AU QUÉBEC, LA LOI 10 EN 2015 POURSUIVAIT PLUSIEURS OBJECTIFS:

- Simplifier l'accès aux services de santé pour la population
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Assurer la continuité des services de proximité
- Harmoniser et simplifier la gestion et respecter les défis budgétaires.

La mise en place des CIUSS (Centres Intégrés Universitaires de Santé et Services Sociaux) à l'échelle des territoires permet-elle de faciliter l'intégration des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux?



Le CIUSS Lac Saint Jean a regroupé 9 structures en une seule qui compte 10 000 employés et couvre un territoire de 90 000 km² au nord de Québec. Après deux ans de mise en oeuvre, on constate déjà quelques progrès et améliorations dans les accès aux services.

Ainsi, dans le secteur de la jeunesse, la fusion des services de la première ligne (niveau de la ville) et de la deuxième ligne de prise en charge (services de protection de la jeunesse) ont permis une co-construction d'une offre de services totalement intégrée.

Des indicateurs ont été créés pour mesurer les changements: accès, continuité, fluidité, durée de la prise en charge.

En matière de technologies de l'information, chacun des 34 établissements du Québec (CHU, CIUSS...) a reçu un mandat spécifique pour proposer une offre de système d'informations qui sera ensuite généralisée dans les autres structures. Le CIUSS du Lac Saint Jean a élaboré ainsi un logiciel de gestion financière et d'approvisionnement.



Au Maroc, le système de santé connaît depuis 5 ans une évolution majeure. La constitution de 2011 a été suivie de plusieurs lois très structurantes sur l'équité d'accès à la santé, la carte sanitaire, l'exercice de la médecine, l'ouverture aux investisseurs étrangers, les partenariats public-privé et récemment sur la sécurité des systèmes d'informations.

Des comités régionaux de l'offre de soins regroupent tous les acteurs sur un territoire pour définir la planification sanitaire sous l'autorité du préfet. La consolidation se fait au niveau national sous la forme d'un schéma national de l'offre de soins.

Le CHU de Marrakech comprend 5 hôpitaux pour une capacité de 1500 lits au service d'une population de 4,5 millions d'habitants sur un territoire de 40 000 km² avec des zones montagneuses enclavées.

Le système d'informations s'est déployé par étapes avec une volonté forte d'inter-opérabilité entre les établissements. Une application de télé-médecine est lancée pour des consultations de contrôle et de la télé-expertise entre le CHU et les hôpitaux périphériques. Il existe un programme de e.learning et la construction d'un data center

de niveau 2 est en cours qui à terme sera mis à la disposition de tous les établissements sanitaires de la région.

En Catalogne, la question de l'inter-opérabilité s'est posée pour 8 centres hospitaliers qui avaient la volonté d'harmoniser leur système d'informations et d'avoir une meilleure connaissance de la consommation de soins dans leur territoire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Un projet pilote de suivi des patients à risques atteints de maladies chroniques a été engagé avec IBM en associant la médecine de ville, les travailleurs sociaux et les hôpitaux à la fois pour améliorer leur suivi mais aussi pour étudier les impacts financiers. Cette approche économique et qualitative a facilité le travail en commun.

La constitution de bases de données plus approfondies permet ainsi d'obtenir des résultats concrets qui ouvrent la voie à l'utilisation de l'intelligence artificielle pour exploiter des données plus complètes qui auront des effets plus porteurs notamment sur les traitements et les prises en charge. Par exemple, la synthèse et l'analyse de toutes les publications médicales dans le monde pourront être mises au service de tous les praticiens.



En conclusion, dans un système de financement en fonction des résultats, les nouvelles technologies de l'information et la fédération des acteurs permettraient-elles de mesurer l'amélioration de l'état de santé d'une population?

Un meilleur partage de l'information est possible avec la population mais le système de santé n'influe qu'à hauteur de 20 à 25% sur l'état de santé qui est impacté également par d'autres déterminants comme l'alimentation, l'éducation, le logement... et par la responsabilité personnelle du patient.



VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"



CHEF DE PÔLE !!



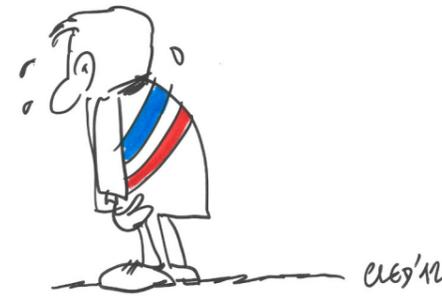


Analyse des programmes présidentiels par Benoît Péricard

vice-président de l'association AIRRES, KPMG



ÉLECTIONS EN MAI ... BURN AOÛT !



Benoît Péricard a présenté le programme des 5 principaux candidats (plus de 10%) à l'élection présidentielle en matière de santé, mais aussi des 6 « petits candidats », dont certains ont sorti des programmes de santé abondants, à la dernière minute.

La santé n'avait jamais fait partie des sujets majeurs des élections présidentielles, mais pas cette fois-ci. François Fillon a ouvert le débat en amont, en faisant le distinguo entre le petit risque et le gros risque. Martin Hirsch et Didier Tabuteau ont produit une tribune dans le Monde, invitant à supprimer les mutuelles (inutilité et coût), et à les réintégrer dans le régime général pour faire 6 milliards d'économies.

Les déserts médicaux ont été des concepts brandis par tous les candidats et pour lesquels on doit trouver des solutions.

6 sujets ont été évoqués : le financement de la santé, la prévention en santé publique, les soins et la médecine, le parcours du patient, les établissements de santé, les réformes institutionnelles et éthiques.

Sur le financement de la santé, unanimité pour ne pas moins rembourser, avec des nuances pour l'optique et le dentaire. Engagement d'Emmanuel Macron sur un taux d'ONDAM à 2,3% par an sur 5 ans, soit 15 milliards d'économies. Plans d'investissements variables selon les candidats.

Sur la prévention et la santé publique les imaginations se débrident. Jean-Luc Mélenchon insiste fortement sur la prévention, notamment

de la souffrance au travail. Les sujets sont variés : diesel, cannabis, vaccinations, rôle du médecin généraliste, douleur.

Certains prônent une médecine nationalisée et entièrement publique et un conventionnement retiré dans les zones surdotées. Multiplier par deux les maisons de santé dans les 5 ans à venir d'après Emmanuel Macron. Une vision régionale du numéris clausus.

Le parcours du patient avec la proposition de Benoît Hamon d'une mission nationale d'accès aux soins. La télémédecine est promue par plusieurs candidats. François Fillon est favorable à un décloisonnement entre le public et le privé.

Sur les établissements de santé, une certaine continuité, sauf par Marine Le Pen qui veut arrêter la fermeture des hôpitaux de proximité. Benoît Hamon demande une meilleure gestion des carrières. Emmanuel Macron propose de réduire la T2A à 50 % du financement des hôpitaux. Les GHT doivent s'ouvrir au secteur privé. Un label « Hôpital France » pourrait être créé.

VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"





Regards croisés sur les Rencontres

- **Dr Frédéric PRATE**, directeur Centre référence Santé, UCA
- **Valentine GUÉRIN**, directrice clinique St François, Nice
- **Corinne RETALI**, Centre Hospitalier Princesse Grace de Monaco

Animation : **Dr Pascal MAUREL**, magazine Décision Santé



Pour Corinne Retali du CHPG, la question majeure reste la fourniture de soins de qualité aux patients. L'hôpital de Monaco ne déroge pas au fonctionnement des hôpitaux français, mais est placé sous des lois souveraines et bénéficie de moyens spécifiques. Intéressée par l'ensemble des débats des deux jours, elle est favorable à l'intensification des partenariats entre les hôpitaux de la région. Les projets soignants ne doivent pas être oubliés, au côté des projets médicaux. De même, les patients seront bénéficiaires d'une coordination optimale entre les médecins, les soignants et les administratifs.



Valentine Guérin a évoqué la mise en place de la future « Cité Européenne de la Santé » sur l'est de Nice sur un écosystème de santé rassemblant le CHU, la faculté de médecine, les écoles, le 27 Delvalle, le CIUSS....Le terrain est favorable et le projet mobilise les différents acteurs de la santé de ce grand quartier de Nice. La clinique Saint François est un établissement de taille moyenne, mais prodiguant des soins d'excellence et a toute sa place dans cette future Cité. Un regret est de ne pas travailler dans le cadre du nouveau GHT 06 (concurrence ?), car les parcours des patients ne connaissent pas de frontières entre le public et le privé. Un chantier colossal est aussi à entreprendre autour des SIH et des dossiers patients.

Frédéric Prate dépend du CHU et travaille pour l'Université Côte d'Azur sur 3 centres de référence: smart city, numérique et santé/bien être/vieillesse. Le travail en réseau est fondamental pour faire avancer les recherches sur ces thématiques. Il aurait voulu que le thème de la formation soit davantage abordé et que l'on parle de parcours de vie. Sa vision de l'hôpital du futur est un hôpital sans patient qui ne soit qu'un maillon du parcours.



VIDÉO DISPONIBLE SUR
WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM
RUBRIQUE "GALERIE VIDEOS - NICE 2017"





Les Rencontres Santé de Nice 2018 : « Améliorer l'accès aux soins: quels outils ? »

les 29 et 30 mars 2018 à l'hôtel Méridien de Nice, France

RENDEZ-VOUS SUR WWW.RENCONTRESSANTENICE.COM



Les RENCONTRES SANTÉ de NICE

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS: QUELS OUTILS ?

Pour 2018, l'angle sera plus politique et autour des questions de l'accès aux soins et des modifications à apporter aux organisations et systèmes de santé.

La question de l'accès aux soins sera traitée sous l'angle économique, social, géographique, technologique et culturel.

Des comparaisons des approches de différents pays seront présentées sur ces questions majeures. Comment travaillent-ils pour apporter des solutions de qualité, compatibles avec les ressources disponibles ? Quels sont les résultats obtenus et les marges de progression ?

En France, on parle beaucoup de soins de premier recours, de maisons de santé, de permanence des soins, de parcours de santé, de coordination des intervenants,

mais au delà des mots, notre performance sur ce sujet peut être interrogée et de nouvelles approches définies. **Le patient est-il réellement au cœur des dispositifs ?** Les professionnels et les patients peuvent apporter des pistes de solutions réalistes et économiquement solvables.

Ces 5èmes Rencontres Santé de Nice permettront de réfléchir à l'optimisation du système et à la façon de faire bouger les lignes de la gouvernance, des structures, et des modes d'interventions. Ne pas avoir peur de transformer nos structures, nos établissements, nos méthodes, pour au final améliorer cet accès à la santé et à des soins de qualité pour tous.



Les RENCONTRES SANTÉ de NICE

MERCI À NOS PARTENAIRES FINANCIERS

