

Projet de loi Organisation transformation du système de santé

Prévention
Proximité
Santé

Réunion Lessis Paris - Mardi 2 avril 2019

Notre système de santé doit changer : conçu pour la prise en charge des patients atteints de pathologies aiguës, il fait actuellement face à deux enjeux majeurs : celui de la chronicité et du vieillissement

Promouvoir une prise en charge coordonnée des patients, l'organiser dans la durée et la continuité, est le défi à relever par l'ensemble des acteurs du système de soins. Il s'agit de réussir le virage ambulatoire de notre système de soins et parvenir à l'intégrer dans un système de santé comprenant la prévention et les actions en faveur de l'ensemble des déterminants de la santé

Lors de la campagne de la présidentielle, ce diagnostic « d'expert » a été confronté à la perception de la réalité de nos concitoyens



Signaux faibles : les messages de l'opinion



Inquiets par une maladie et ses conséquences (pour eux-mêmes ou leurs proches)



des actifs inquiets par les coûts des dépenses pour se maintenir en bonne santé



ont rencontré des difficultés à obtenir un rdv chez un médecin spécialiste



de nos concitoyens déclarent avoir rencontré des difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste

La fracture médicale

Une réalité pour un nombre croissant de nos concitoyens

1.

Au 1er janvier 2018, la France comptait 226 000 médecins en activité, soit 10 000 de plus qu'en 2012. Une progression de 4,5 % des effectifs qui pourrait en satisfaire plus d'un, mais qui cache d'importantes disparités

Cette augmentation d'effectif n'a profité qu'aux spécialistes (+ 7,8 % sur la période). Le nombre de spécialistes salariés a notamment bondi de 13,9 %. Et alors que nous manquons cruellement de généralistes libéraux, le nombre de généralistes libéraux a baissé de 3,5%

2.



3.

Près de 5,7 millions de Français, soit 8,6 % de la population, résidaient en 2016 dans une commune « sous-dense » en médecins généralistes, c'est-à-dire avec une accessibilité à des praticiens inférieure de 30 % à la moyenne nationale. Au total, 9 142 communes sont en situation de « sous-densité »

Les communes rurales périphériques des grands pôles urbains ou les communes « hors influence des pôles », même si des espaces urbains sont également touchés. Un quart de la population habitant dans une commune sous-dense en médecins généralistes vit dans un pôle urbain, dont près de 18 % à Paris

4.

Des patients sans médecin traitant

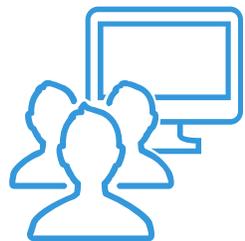
48 millions de personnes ont déclaré un médecin traitant (généraliste dans 93 % des cas, avec 864 patients affiliés en moyenne)

11,6% patients de plus de 16 ans n' en n'ont pas – en tout cas, à ceux qui en veulent un
75 caisses primaires d'assurance maladie identifient des difficultés dans ce domaine sur leur territoire

Pour quelque 4 millions de personnes, des pénalités financières s'ajoutent aux difficultés rencontrées dans leur parcours de soins, du seul fait de leur lieu de résidence



Les MSP, comme panacée contre les déserts médicaux?



971 MSP en 2019 X2 en 2020

+ 1900 centres de santé
(dont 700 centres polyvalents)



791 MSP souscrivent à l'ACI



Exercice regroupé pluri
professionnel

10 %

des médecins
généralistes

8 % des professionnels
paramédicaux.

Selon le HCAAM :

Le mouvement vers la constitution progressive d'une offre pluri professionnelle organisée dans le cadre d'équipes de soins primaires pluriprofessionnelles (pôles, maisons de santé, centres de santé), que ce soit sur un seul ou sur plusieurs sites ne s'est pas accompagné d'évolutions organisationnelles suffisamment profondes pour que les pratiques changent ou que le service nouveau puisse se généraliser.

Dans le quotidien actuel des professionnels de santé et des patients, la révolution numérique n'a en réalité pas encore eu lieu. Malgré les efforts accomplis, le risque est grand aujourd'hui que le scénario qui l'emporte soit celui de la continuité.

A nos yeux, ce scénario n'est pas une fatalité.



« *Rien ne résiste à une idée dont le moment est venu** »

Le moment du numérique est venu. Le rythme du changement va s'accélérer : nous n'en sommes qu'à l'adolescence de l'ère digitale.

*Victor Hugo



« Notre sentiment est qu'après le temps de l'expansion et de la consolidation, nous avons dépensé beaucoup plus d'énergie à aménager le modèle qu'à penser sa transformation »

Avis du HCAAM Juillet 2017



Innover

Pour mieux soigner

Tous nos indicateurs de santé ne sont pas aussi bons que l'on pourrait l'attendre d'un grand pays comme le nôtre, avec une offre de soins très étoffée et un niveau de dépenses élevé.

Nous ne sommes qu'au 15ème rang de l'OCDE pour l'espérance de vie des hommes, et l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans n'est que de 10 ans pour les hommes et 11 ans pour les femmes alors qu'elle est de 15 ans en Norvège.

Alors que l'évolution des techniques médicales s'accélère et que, pour bien des maladies, l'hospitalisation n'est plus nécessaire ou seulement pour de très courtes durées, notre système de soins ne fait pas assez de place ni aux soins de ville, ni à la coordination des soins autour des malades.

Octobre 2017

Plan pour l'égal accès aux soins

Dans les territoires



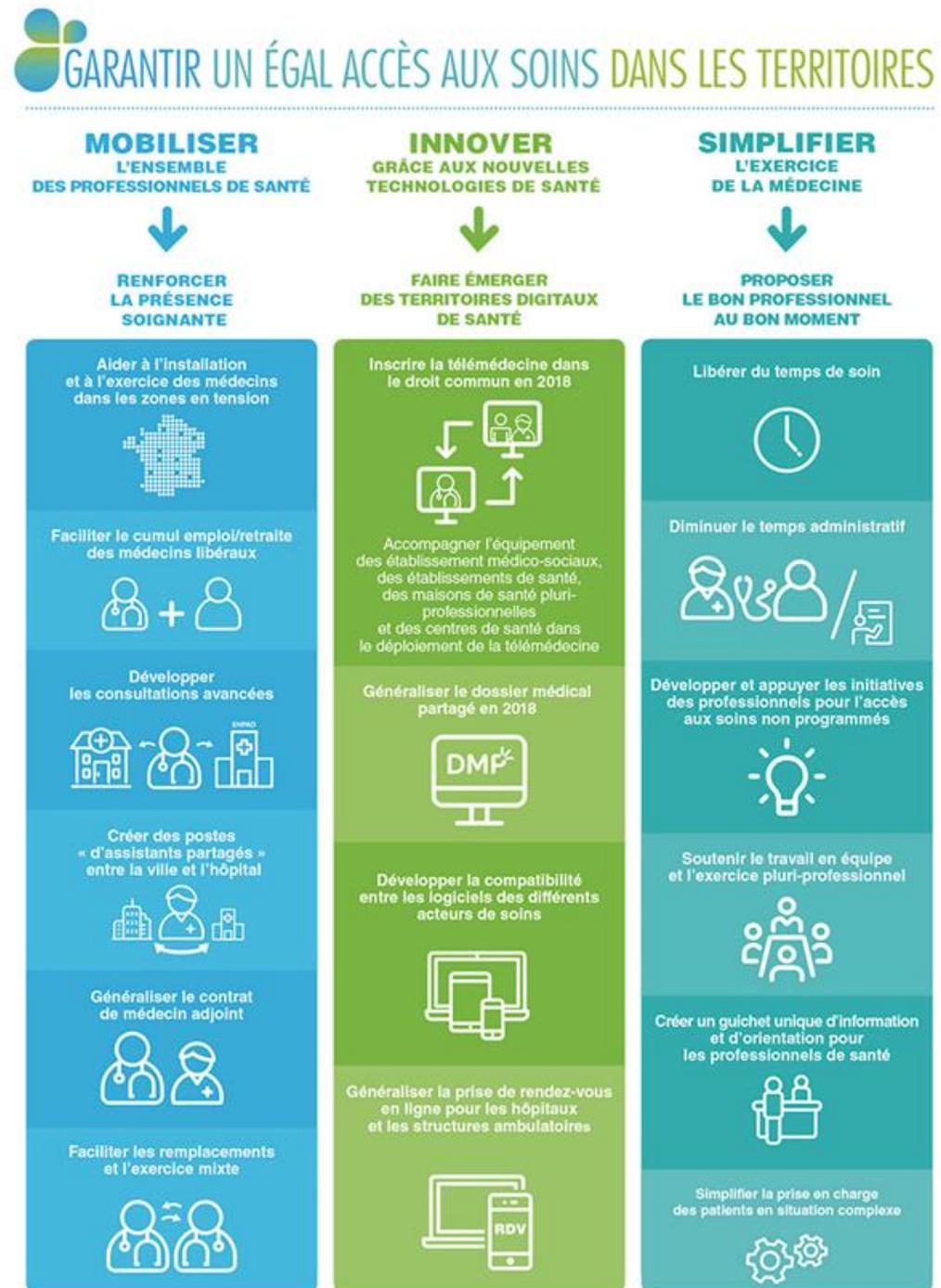
Priorité n°1 - Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients

Priorité n°2 - Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances

Priorité n°3 - Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue

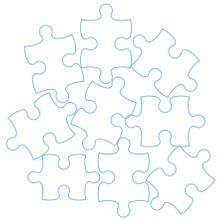
Priorité n°4 - Autonomiser les acteurs des territoires pour construire des projets et innover

Fév 2018 : Charte relative à la mise en œuvre du plan de renforcement de l'accès territorial aux soins

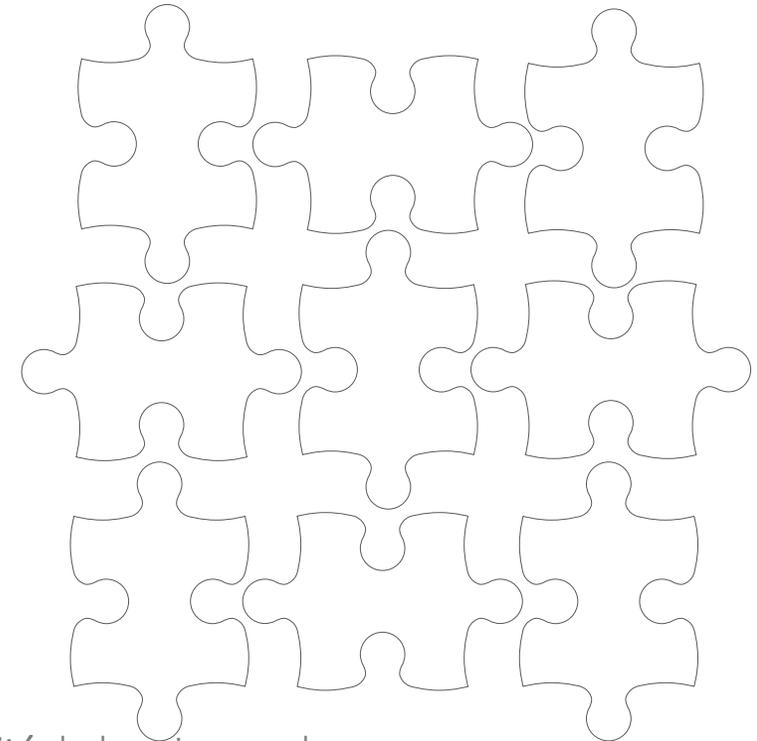


Transformer :

permettre **l'émergence** **d'innovations**
organisationnelles, fondées sur des **modes de**
financement également innovants (Art. 51)



STRATEGIE NATIONALE DE SANTE



Optimiser par une **meilleure coordination** le parcours de santé, la **pertinence** et la **qualité** de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

Organiser pour une **séquence de soins** la prise en charge des patients ;

Développer les **modes d'exercice regroupé** en participant à la structuration des soins primaires ;

Favoriser la **présence de professionnels de santé** dans les **zones sous-denses** ou des **difficultés dans l'accès aux soins**

Transformer : Soins non programmés : il y a urgence

Schéma cible d'organisation à deux ans (Rapport Mesnier)



STRATEGIE NATIONALE DE SANTE



Des **bassins de vie** couverts par les **CPTS** en coopération étroite avec de nouveaux **établissements de santé communautaire**

Faire du recours à la **régulation téléphonique** un élément clé et incité du parcours de soins, comme pour le médecin traitant

Faire de la qualité, la boussole de notre système de santé

Transformer l'offre de soins en 5 chantiers



"Pour faire de la qualité la boussole de l'organisation de nos soins, il faut pouvoir la mesurer et la diffuser, ce que l'on ne fait pas assez en France. Une faiblesse majeure du système est que la mesure de la qualité des soins prodigués au patient ne prend pas en compte la réalité de son parcours et de l'intervention de l'ensemble des professionnels", a analysé Agnès Buzyn.

Le chantier "Numérique" sera guidé par Dominique Pon, président de Santé Cité et directeur général de la Clinique Pasteur à Toulouse, et Annelore Coury, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de l'Assurance maladie. "Il est temps d'adopter une vraie stratégie numérique en termes de diffusions de bonnes pratiques, de suivi du patient, de mesure de la qualité, de dialogue ville-hôpital, de réduction des actes redondants", a jugé la ministre qui souhaite que soient mis en œuvre "l'accès pour tout patient en ligne à l'ensemble de ses données médicales ; la dématérialisation de l'intégralité des prescriptions et enfin la simplification du partage de l'information entre tous les professionnels de santé".

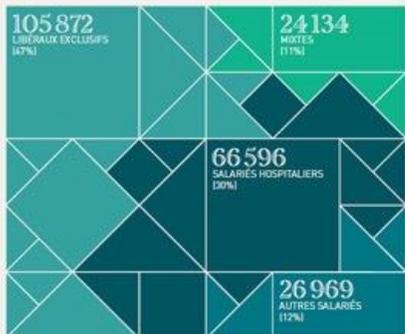
Enfin, le chantier "Organisation territoriale" sera géré par Pierre Pribile, directeur général de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté et Norbert Nabet, directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Provenances Alpes Côte d'Azur. "Pour garantir l'égalité devant l'accès aux soins, pour offrir à chaque patient tout un panel de prises en charge. (...) Il faudra continuer à structurer les soins de ville : l'exercice isolé doit devenir l'exception", a dit la ministre.

3 089

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



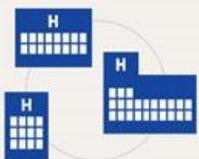
223 571 MÉDECINS SOIT



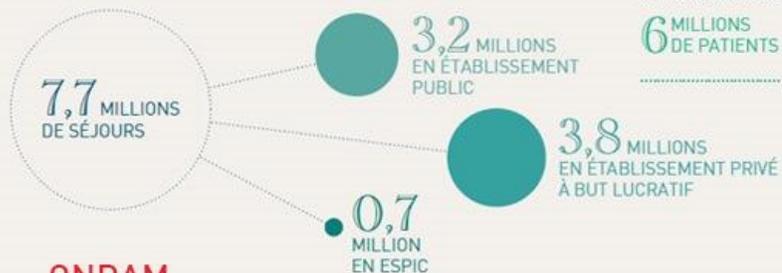
660 611 INFIRMIERS
 DONT 116 800 LIBÉRAUX OU MIXTES
 & 433 202 HOSPITALIERS EXCLUSIFS

135

GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT)



LES PRISES EN CHARGE EN HOSPITALISATION AMBULATOIRE



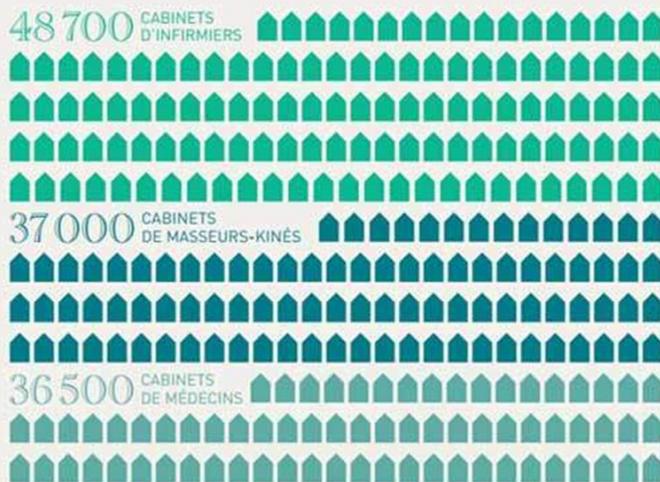
ONDAM 2018

195,2 MD€



910 Maisons de santé
 1933 Centres de santé dont 350 pluri-professionnels
 30 Plateformes territoriales d'appui (PTA)
 65 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
 21 591 Officines pharmaceutiques
 1 000 Laboratoires de biologie

LES CABINETS LIBÉRAUX



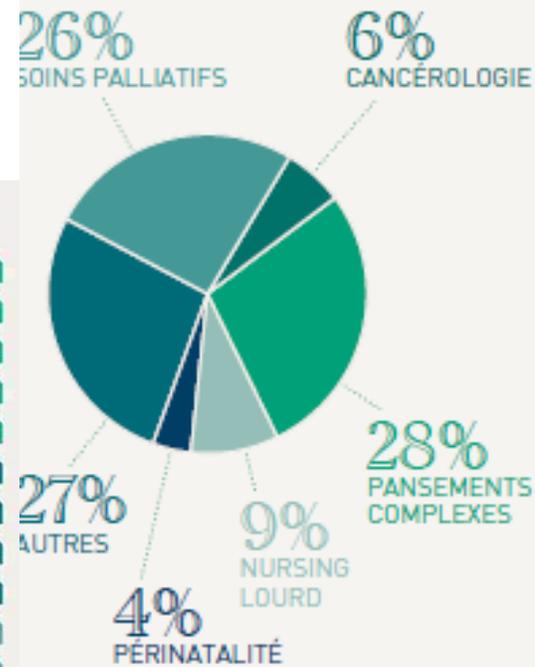
L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

4,9 MILLIONS DE JOURNÉES

110 000 PATIENTS PRIS EN CHARGE

27,6 JOURS D'HOSPITALISATION EN MOYENNE

LA RÉPARTITION DES SÉJOURS EN HAD



Source : chiffres clés ARTIS 2018



Organisation

À l'agenda de la Xvème législature

#STSS : Scénario disruptif et alignement stratégique

Partir des besoins des patients et des professionnels de santé

Organiser l'accès des habitants d'un territoire par des services pertinents et de qualité :

- avoir un médecin traitant ;
- avoir accès à une consultation dans des délais appropriés suivant l'apparition d'un problème de santé et à l'expertise spécialisée, le cas échéant nécessaire ;
- accéder, en cas de pathologie chronique, à une équipe qui suive le patient et l'oriente ;
- bénéficier effectivement, en cas de besoin, d'un service d'éducation thérapeutique ;
- accéder si nécessaire aux technologies les plus rares et les plus coûteuses ;
- pouvoir vivre ses derniers jours chez soi si tel est son voeu...



Socle de valeurs professionnelles adaptées à notre temps

Ces valeurs devraient s'articuler autour de :

- l'égalité et la justice sociale ;
- le travail collectif,
- la coopération et la collaboration entre professionnels ;
- la primauté et le respect du patient (bien être, autonomie) ;
- la compétence et la médecine fondée sur des preuves
- et enfin la gestion raisonnée des ressources limitées du système de santé, l'inter-professionnalité, l'approche de santé publique, la préoccupation du « juste soin le juste join

Garantir l'égal accès aux soins pour tous et le droit à la protection de la santé

11ème alinéa du préambule de la Constitution de 1946

Changement de paradigme : Rémunération à la performance

Des financements populationnels, déconnectés du volume d'actes

Des modes de rémunération, de financement et de régulation

Au service du projet de transformation

Modifier les règles en vigueur pour l'ensemble des acteurs et expérimenter par des financements dérogatoires (article 51 de la LFSS 2018)

Paiement au suivi

Inciter les professionnels à se focaliser sur la prévention et les résultats de santé obtenus plus que sur le nombre d'actes ou de séjours.
Particulièrement adapté aux pathologies chroniques

Paiement à la qualité et à la pertinence

Paiement à la séquence de soins

Paiement pour la restructuration du service

Répondre aux besoins de chaque territoire ou à la nature particulière d'une activité

Paiement à l'acte et au séjour

Adéquat pour les épisodes uniques de soins et représente 55 % des séjours hospitaliers selon la Cnam.

Un schéma organisationnel cible de l'offre de soins de ville



Territorialisation & Graduation des soins

Des ponts et des outils de coordination et de collaboration



CENTRES HOSPITALIERS

pour les soins les plus lourds



500 HOPITAUX DE PROXIMITE

en charge des urgences bénignes, des soins gériatriques, de certaines interventions chirurgicales



1000 CPTS

réparties sur l'ensemble du pays et consacrées aux soins dits "primaires"



accès à un médecin traitant, soins non programmés, organisation du parcours du patient complexe, prévention



Canevas législatif et conventionnel 2019

pour généraliser l'exercice coordonné

ACI SOUTENIR TOUTES LES FORMES DE COOPERATION

La négociation dans un cadre conventionnel avec l'assurance maladie permet de préserver notre statut libéral tout en nous confiant une nouvelle responsabilité populationnelle au-delà de notre patientèle de "médecin traitant", estime encore Claude Leicher. Pour les autres professions de santé, la notion de responsabilité populationnelle n'intervenait guère que sur la question des gardes.

Négociations conventionnelles

ORGANISATION ET TRANSFORMATION

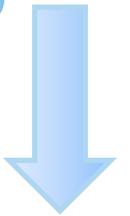
1000 CPTS
500 Hôpitaux de proximité
Exercice coordonné généralisé

PJL OTSS 2019
Ordonnances

STRUCTURATION

Déterminer les nouveaux modes de rémunération à l'épisode de soins, intéressement ou parcours

Plfss 2020



Négociations conventionnelles
2020

PROJET DE LOI

Organisation et transformation du système de santé

CONSEIL UNCAM CNAM

Quatre voix pour (CFDT, CFTC, CFE-CGC), deux voix défavorables (CGT et CGT-FO) et douze prises d'acte (Medef, CPME, U2P, CCMISA, travailleurs indépendants).

DISCUSSION PARLEMENTAIRE

Examen à l'AN, du 18 au 22 mars 2019
Vote en 1^{ère} lecture AN 26 mars 2019
Sénat en juin 2019

Mise en œuvre de la réforme des parcours de formation et des carrières des professionnels de santé

TITRE PREMIER

Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires

TITRE II

Développer l'ambition numérique

TITRE III

Mesures diverses

TITRE IV

Ratification et modification de diverses ordonnances

TITRE V



Vos articles
en débat

Développer l'ambition numérique en santé

Art.11 Innover en valorisant les données cliniques

Elargissement du champ du système national des données de santé à l'ensemble des données cliniques obtenues dans le cadre de soins remboursés par l'Assurance maladie pour favoriser la production et l'utilisation des données de santé et création de la Plateforme des Données de santé

De telles dispositions sont indispensables pour améliorer l'efficacité de la recherche (en construisant des infrastructures de recherche utiles à de nombreux projets) et pour améliorer la qualité du suivi des pratiques thérapeutiques (en enrichissant automatiquement divers registres des données du système national des données de santé ce qui économise du temps médical et évite le phénomène des perdus de vue).

Cette structure prendra la forme d'un groupement d'intérêt public.

Les demandes d'autorisation pour les recherches, études et évaluations dans le domaine de la santé ne seront expertisées que par un seul comité avec des compétences éthiques et scientifiques contre deux actuellement, rejoignant ainsi les pratiques actuelles mises en œuvre pour certains entrepôts hospitaliers ou dans d'autres pays.

L'État n'aura pas à payer de tiers de confiance. L'économie réalisée serait de l'ordre d'un million d'euros. Ce montant correspond à la mise en place d'une infrastructure technique suffisamment sécurisée, à l'alimentation de cette plateforme ainsi qu'à l'administration et à la maintenance d'une telle plateforme.

Art 11 (suite)

Enjeux économiques

L'exploitation des données massives de santé évitera d'importants coûts pour l'Assurance Maladie.

S'agissant du diabète, il est possible d'appliquer une méthode similaire à celle du « National Health Service » (NHS) Scotland. En France, on constate 8000 amputations annuelles chez les diabétiques. Une amputation évitée engendre une économie minimale de 30 000 €. Si dans 4 ans, 10 % des amputations sont évitées, soit un tiers de ce qui a été évité en Ecosse, et que l'on considère un gain net de seulement la moitié du coût des amputations, du fait d'éventuels soins supplémentaires, même si les soins de référence sont peu coûteux (examens de pédicure podologue et traitements des plaies éventuels), l'économie devrait être de 12 M€ par an à cet horizon.

La détection précoce est l'un des enjeux majeurs pour la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive. En Finlande, une expérience a été menée en mobilisant des données de monitoring, et entre 2000 et 2009, une réduction de 40,7 % des hospitalisations relatives à une complication de la bronchopneumopathie chronique obstructive a été enregistrée alors que, dans le même temps, la prévalence reste croissante. En France, on constate environ 100 000 hospitalisations chaque année pour des exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive pour un total de 800 000 journées. Une réduction de ne serait-ce que 10 % de ces hospitalisations pourrait ainsi éviter au moins 24 M€ de dépenses par an, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation étant supérieur à 300 €.

En ce qui concerne les réhospitalisations, on en compte 920 000 dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Une baisse de 10 % du volume (contre 20 % constatés au Texas) pourrait permettre d'économiser plus de 100 M€. En se concentrant uniquement sur les 10 % de l'activité pour se limiter à des groupements homogènes de séjour courants et à fort taux de réhospitalisation, l'économie espérée serait de 15 M€ par an.

Doter chaque usager d'un espace numérique de santé

Art.12 Ouvrir d'ici 2022, un espace numérique de santé pour chaque usager

Le rapport intitulé « Accélérer le virage numérique » de Dominique Pon et Annelore Coury, publié en septembre 2018, a mis en évidence les freins majeurs à l'accélération du virage numérique :

- L'utilisateur est l'oublié du virage numérique de santé ;
- L'offre aux professionnels de santé est morcelée et rend les usages complexes dans la pratique quotidienne ;
- Le déploiement des outils et fonctionnalités de base, nécessaires à un développement cohérent de la e-santé en France, reste incomplet ;
- La stratégie nationale du numérique en santé est peu lisible par les acteurs et reste encore incomplète ;
- Enfin, la gouvernance n'est pas assez structurée pour mettre en œuvre efficacement la stratégie nationale du numérique en santé.

La présente mesure consiste à offrir, dès la naissance à chaque usager du système de santé, un espace numérique de santé sécurisé et personnalisé lui permettant d'avoir accès à l'ensemble de ses données et services tout au long de sa vie.

Il s'agira d'un compte personnel unique, créé dès la naissance pour chaque citoyen, donnant accès à un portail personnalisé de services ainsi qu'à des applications de santé référencés. Il sera accessible sur tous supports (smartphone, ordinateur, tablette, borne interactive...) et permettra à chaque usager de gérer l'ensemble de ses données personnelles de santé ainsi que tous ses services numériques de santé.

Art. 12

La réalisation, la mise en œuvre et l'hébergement de l'espace numérique en santé confiée à l'Etat ou un de ses opérateurs

Seule la puissance publique est en mesure de mettre en place un espace comprenant l'ensemble des services nécessaires à l'utilisateur pour gérer sa santé, apportant les garanties indispensables à la confiance de l'utilisateur et au meilleur fonctionnement de cet espace : confidentialité des données, haut niveau de sécurité, neutralité de l'opérateur, garantie d'interopérabilité des services référencés, gratuité.

Agenda 2019 2020

Travaux de mise en cohérence pour les acteurs et offreurs de service en santé

Pour que le portail fonctionne de façon attractive pour les usagers, et qu'il devienne un outil indispensable de leur santé il faut que **l'espace numérique de santé ne soit pas un simple agrégateur de données multiples et hétérogènes rassemblées dans un espace virtuel unique mais conservant leur étanchéité d'origine.**

Chantier Interopérabilité



Négociations conventionnelles Rémunération des téléconsultations



Modèles de prise en charge Patient centré

Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins

Art.13 Autoriser les professionnels de santé non médicaux à réaliser une activité à distance

Les pratiques de télésoins sont apparues, dans les années 1960, aux Etats-Unis, 1970 au Canada et, depuis les années 1990, au Royaume-Uni. Depuis, ces pratiques se sont étendues à de nombreux autres pays parmi lesquels les Pays-Bas, la Suède, et l'Australie.

Certains Etats tels que l'Australie, le Canada, les Etats-Unis, le Royaume-Uni et les Pays-Bas⁹¹, remboursent les actes de télésoin.

Par ailleurs, plusieurs pays n'opèrent pas de distinction entre la télémédecine et le télésoin ; c'est le cas du Canada avec le Québec où la télésanté était déjà intégrée dans son plan stratégique 2010-2015 comme : « un réseau intégré et performant de services de santé et de services sociaux, près des personnes et des milieux de vie ».

Les conditions de prise en charge sont fixées par décret en tenant compte notamment des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique . Les modes de rémunération et tarifs qui contribueront à garantir la qualité des prises en charge des patients, notamment autres que le paiement à l'acte, sont définis par les partenaires conventionnels.

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les activités de télésoin sont autorisées par arrêté du ministre en charge de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis mentionne les conditions de réalisation garantissant la qualité, la sécurité, la pertinence.

Moderniser le cadre de la prescription dématérialisée

Article 14 - Moderniser le cadre de la prescription dématérialisée

Moderniser le cadre de la prescription dématérialisée, en deux volets : tout d'abord en procédant à l'abrogation d'une disposition devenue obsolète, restreignant la prescription au seul courriel et à la condition d'un examen clinique préalable du patient (I), et en procédant, par voie d'habilitation à légiférer par voie d'ordonnances, à un développement de la e-prescription (II).

Selon la Cour des comptes, en 2017, la France faisait partie des cinq derniers pays de l'Union Européenne où la prescription médicale électronique sécurisée de médicaments et de dispositifs médicaux n'était pas encore déployée.

À titre de comparaison, dans un pays comme l'Espagne, ce sont aujourd'hui 84 % des ordonnances qui interviennent sous un format électronique sécurisé.

En France, la prescription électronique se limite pour le moment à l'article 34 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, qui permet d'envoyer des ordonnances par courrier électronique sous certaines conditions.

Pourtant, la prescription électronique est le corollaire nécessaire du développement de la télésanté. Elle doit également permettre d'alléger les tâches de gestion des caisses d'assurance maladie.



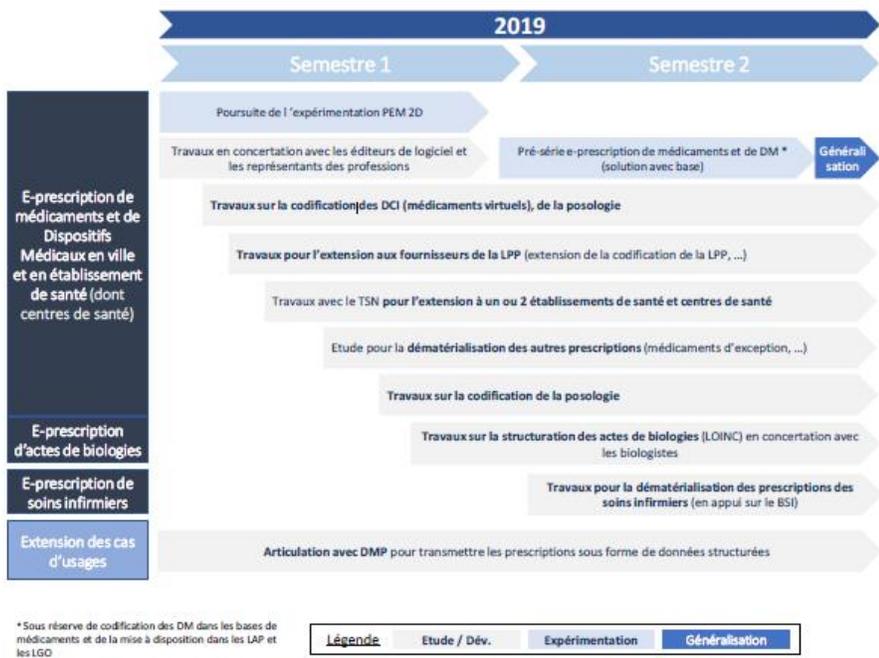
[Agenda 2019 2020](#)

Négociations conventionnelles

Calendrier de déploiement

Circuit de e-prescription fixé par la Cnam

CALENDRIER DE DÉPLOIEMENT DU PROJET E-PRESCRIPTION



CIRCUIT DE LA E-PRESCRIPTION TELLE QUE PRÉVU DANS LA NOUVELLE EXPÉRImentation



Source : CNAM.



#MaSanté2022

Les acteurs au pied du mur



Pour opérer cette transformation,
la technologie, pas plus que l'autoritarisme de l'Etat, ne
suffiront à eux seuls pour conduire le changement
Il faut s'interroger sur les voies et moyens de déployer
une stratégie d'adhésion des acteurs et construire un
environnement favorable à leur intervention