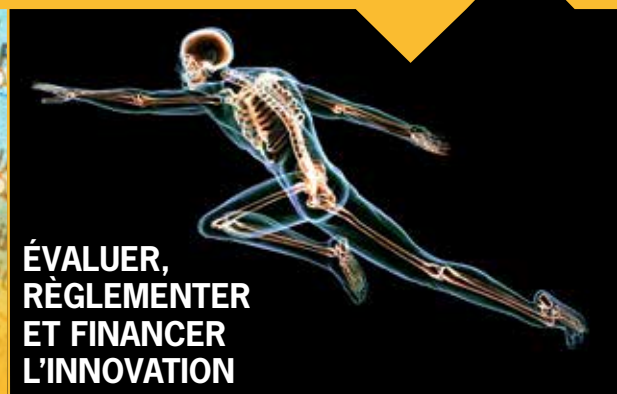




IMAGERIE MÉDICALE
UNE PME AU SEIN
DE LA CLINIQUE
DU PARC À LYON



DOSSIER TERRITORIALISATION DES SOINS
LA VRAIE RÉFORME
EST ENCORE DEVANT NOUS



ÉVALUER,
RÉGLEMENTER
ET FINANCER
L'INNOVATION

Géopolitique de la santé

Les territoires des possibles



éditorial
Ségolène
Benhamou

Le projet médical du GHT ne prévaut pas sur le projet médical du territoire : il en est une des composantes et les autres acteurs de soins ne peuvent en être les variables d'ajustement.

Un territoire est un écosystème politique, économique, social, dans lequel on évolue. Aucun territoire n'est exclusif et à l'inverse, il tire sa force de ses interconnexions avec les autres. Dès lors, comment l'offre de soins préventifs, curatifs de premier et second recours doit-elle/peut-elle s'organiser au sein de chaque territoire ?

Outre une première question de sémantique, une réflexion de fond doit être menée et une méthode tranchée. Doit-on partir de la demande ou de l'offre de soins ? Les besoins sanitaires d'une population d'un bassin de vie identifié commandent-ils la définition d'un territoire de santé, doté de professionnels et d'établissements de santé adéquats pour y répondre, ou dessine-t-on, à partir de l'implantation de ces derniers, une zone de santé dont la population devra s'accommoder ? Le bon sens nous enjoint d'opter pour la première approche, la tutelle devant être garante d'une organisation optimisée pour apporter une réponse adaptée aux besoins de la population. Mais l'articulation avec l'existant n'est pas toujours évidente.

Les réponses doivent être pragmatiques et donc plurielles en fonction de l'état des lieux et de l'évolution démographique attendue de chaque territoire : hôpital public ou privé de proximité, maisons de santé pluridisciplinaires, maillage territorial par les professionnels libéraux... Dans le cadre de Loi de modernisation du système de santé, le ministère de la Santé a mis en place des Groupements Hospitaliers de Territoire. Dédiés au monde hospitalier public, ils constituent un dispositif clé de la territorialisation des soins. Mais ils ne sont qu'un outil et non une fin, et donc seulement un des éléments de réponse, qui ne doit pas faire oublier ce qui est accompli à l'extérieur des GHT. Dès lors, il convient d'être particulièrement vigilant.

Il ne faut pas confondre l'organisation du territoire de santé et l'organisation du GHT. Le projet médical du GHT ne prévaut pas sur le projet médical du territoire :

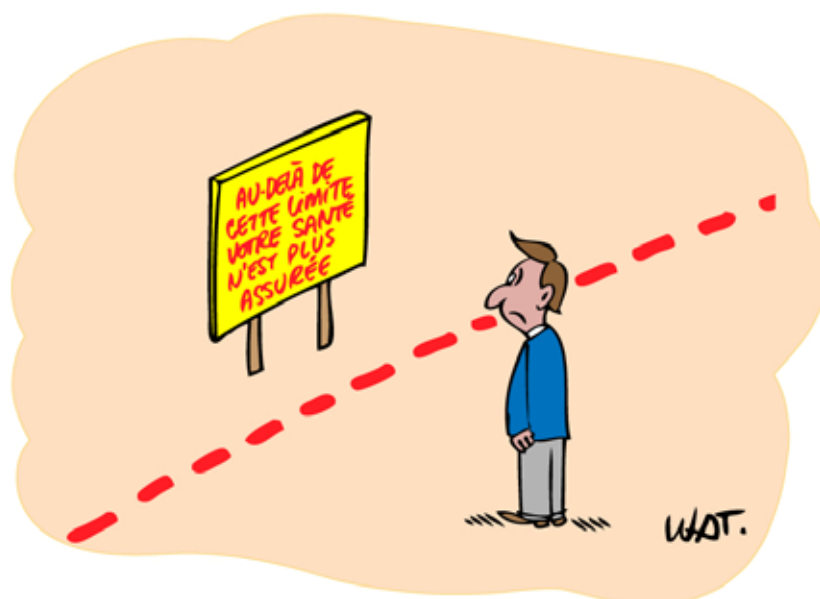
il en est une des composantes et les autres acteurs de soins ne peuvent en être les variables d'ajustement.

Il faut préserver les filières existantes, dans la mesure où elles sont efficaces, et maintenir les complémentarités - notamment public/privé - que les professionnels ont mis tant de temps à construire : elles sont cohérentes, garantissent qualité et sécurité des soins et maintiennent le libre choix de l'utilisateur.

Enfin, il faut une organisation construite de manière « positive », fondée sur le respect et la valorisation de chaque acteur. Nous plaçons pour une organisation de l'offre basée sur le recours, c'est-à-dire sur la confiance, et rejetons l'idée d'une offre de soins basée sur la classification des acteurs entre eux, c'est-à-dire sur la hiérarchie.

Une organisation territoriale ne se décrète pas, elle se construit en s'appuyant sur l'adhésion des professionnels et des établissements de santé à un projet territorial commun et partagé. La clé de la réussite sera bien d'embarquer tous les acteurs dans la réflexion.

Ségolène Benhamou
Présidente de la FHP-MCO



PAROLE AUX MÉDECINS

Territoires de santé

Médecins, patients, tutelles, chacun souhaite un territoire de santé à sa main. Comment concilier les besoins et les contraintes de tous ? Quatre grandes voix présentent leur grille de lecture de la territorialisation des soins et questionnent l'aménagement du territoire, l'évaluation de l'offre, l'équité des acteurs, et les outils de la gouvernance.

DR ANTOINE LEVENEUR PRÉSIDENT DE L'UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX (URML), NORMANDIE

UNE COMMUNAUTÉ DE PROFESSIONNELS

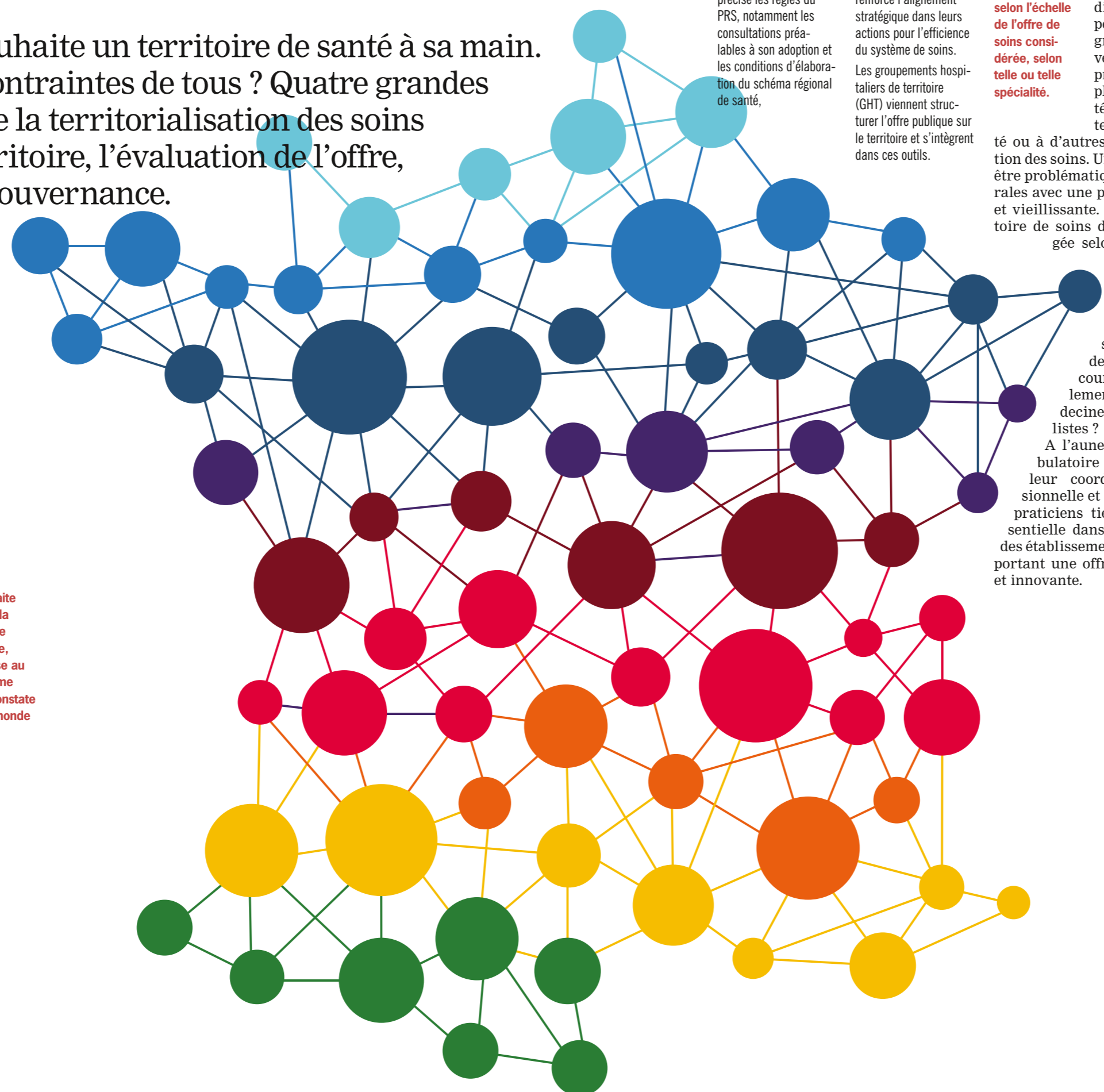
Un territoire de santé, c'est d'abord une communauté de professionnels au service de la population d'un territoire, que ces professionnels soient libéraux ou salariés, dans le secteur privé ou public. Les ressources médicales manquent, et travaillant sur ce sujet depuis 2006, nous avons rapidement déplacé le curseur et parlé d'aménagement du territoire. Nous avons dit aux collectivités territoriales : venez jouer avec nous car sans vous on aura du mal à sauver les meubles. La santé n'était pas leur priorité mais à notre initiative en 2008, les collectivités territoriales, le conseil régional, les conseils départementaux, puis l'ARS et d'autres ont signé, avec nous, une charte qui est toujours active. Nous sommes un acteur économique. La médecine libérale générait en 2014 en Basse-Normandie 2,2 % du PIB régional. Un chiffre intéressant à mettre en rapport avec celui de l'agriculture : 2 %. La médecine libérale, ce sont autant de petites entreprises que nous devons consolider dans le cadre de l'aménagement du territoire.

Ensuite, nous avons fait émerger des « pôles de santé », basés sur un projet médical de territoire : ils sont au nombre de 90, et regroupent 25 à 62 médecins et para-médicaux, tous libéraux. Une évaluation externe commanditée par le conseil régional et l'ARS a montré que la densité démographique médicale remontait sur les territoires d'implantation des pôles de santé : ça marche ! Enfin, on s'approprie des outils. À ce sujet, nous appelons à une nouvelle génération de groupements hospitaliers de ter-

ritoire (GHT) prenant en compte la réalité de l'offre des établissements privés et l'offre de soins de premier recours. Nous expérimentons en Normandie des plateformes territoriales d'appui (PTA). Pour nous, c'est une structure légère, avec un médecin ou un infirmier coordinateur, un ou deux travailleurs sociaux, une secrétaire un téléphone et un ordinateur. Cette ressource est à disposition des médecins traitants pour la coordination des cas complexes, un véritable guichet unique pour les champs sanitaire, médico-social, et social. Ces PTA ont vocation à passer des conventions avec les établissements et les réseaux du territoire. À l'heure du virage ambulatoire, ce nouveau dispositif nous va bien. Néanmoins, les PTA sont intéressantes pour peu que l'émergence et la gouvernance soient confiées aux professionnels de santé libéraux, qui sont justement priorités dans les décrets. Pour le moment, nous avons proposé à l'ARS Normandie 5 dossiers de PTA. À nos yeux, une telle plateforme concerne 2 à 300 000 habitants pour un budget d'1 euro par habitant et par an.

Un autre outil intéressant pour les territoires est bien évidemment la télé-médecine. Les médecins libéraux sont prêts au déploiement de consultations, télé-expertise, etc. Mais dans ce domaine, nous regrettons le manque d'ambition et d'accompagnement des pouvoirs publics. Au final, sur cette question de territorialisation, nous sommes en avance sur l'ARS !

La DGOS qui souhaite relancer la recherche en France, s'intéresse au dynamisme qu'elle constate dans le monde libéral.



Les outils juridiques du territoire

La Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit des dispositions modifiant le projet régional de santé (PRS) instituant des territoires de démocratie sanitaire et, sur chacun d'eux, la constitution d'un conseil territorial de santé (CTS) remplaçant les conférences de territoire. Trois décrets du 26 juillet 2016 mettent en application ces dispositions :

-le décret 2016-1023 précise les règles du PRS, notamment les consultations préalables à son adoption et les conditions d'élaboration du schéma régional de santé,

-le décret 2016-1024 détermine les conditions dans lesquelles les directeurs généraux des ARS déterminent les territoires de démocratie sanitaire, les zones du schéma régional de santé et la composition et le fonctionnement des CTS,

-le décret 2016-1025 précise les modalités de coordination entre les ARS et les organismes d'assurance maladie, et prévoit un nouveau contrat État-UNCAM qui renforce l'alignement stratégique dans leurs actions pour l'efficacité du système de soins. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) viennent structurer l'offre publique sur le territoire et s'intègrent dans ces outils.

DR ÉRIC BLONDET PRÉSIDENT DE L'UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECINS LIBÉRAUX (URPS), BOURGOGNE

UNE LOGIQUE DE STRUCTURE

Chaque acteur – tutelle, médecins libéraux, établissements, patients – appréhende la notion de territoire selon son propre point de vue, par définition différent. La première étape consiste donc à redéfinir cette notion.

Les tutelles ont une approche centrée sur les structures plus que sur l'offre de soins. Le déploiement des groupements hospitaliers (publics) de territoire en témoigne, par des conventions constitutives validées bien souvent en amont de tout projet médical partagé. Le modèle des maisons de santé pluridisciplinaires – regroupement de nature géographique le plus souvent –, semble le seul promu et laisse peu de place aux communautés professionnelles territoriales de santé ou à d'autres formes de coordination des soins. Une telle approche peut être problématique dans des zones rurales avec une population disséminée et vieillissante. La question du territoire de soins doit donc être envisagée selon l'échelle de l'offre de soins considérée, selon telle ou telle spécialité. Le zonage est souvent appréhendé sous le seul angle de la médecine de premier recours ; mais peut-on réellement envisager une médecine générale sans spécialistes ?

À l'aune d'une chirurgie ambulatoire en plein essor, et par leur coordination interprofessionnelle et interdisciplinaire, les praticiens tiennent une place essentielle dans l'ancrage territorial des établissements, en développant et portant une offre de soins cohérente et innovante.

DR MAURICE BENSOUSSAN PRÉSIDENT DE L'UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECINS LIBÉRAUX (URPS), OCCITANIE

LA MÉDECINE LIBÉRALE OUBLIÉE

En région Occitanie, l'échelle territoriale a été définie au niveau des départements. L'ARS avait en effet proposé à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de faire des territoires de santé beaucoup plus larges et de définir quatre zones en fonction des bassins de vie ou des caractéristiques géographiques. Toutefois, nous constatons dans la politique régionale menée par l'ARS un déficit de prise en compte de la médecine libérale dans le maillage territorial. Si, au niveau d'un territoire, la pratique libérale des médecins généralistes n'est pas contestée, la question est plus complexe pour ce qui concerne les autres spécialistes. L'exemple de la permanence des soins en établissement montre de grandes disparités entre les deux anciennes régions, sans que nous n'ayons encore de réponse sur la méthodologie de l'agence et son traitement de l'équité. Nous restons très vigilants sur les réponses qui seront apportées. Notre préoccupation est celle de la promotion d'une offre de soins équilibrée entre le secteur public et le secteur privé, et de ne pas voir fléchir, équipements et organisations selon une seule logique publique. Les médecins libéraux et les établissements privés doivent pouvoir proposer des alternatives, des complémentarités avec le service public, ainsi qu'un véritable choix pour les usagers.

Le dialogue institutionnel n'est pas qu'une question de démocratie, mais bien un enjeu d'efficacité.

Pour l'instant, les GHT se sont constitués, comme convenu dans la loi, à partir du seul service public hospitalier. Le principe de ne pas y intégrer, ou de simplement y associer les structures privées ne préfigure pas la complémentarité des dispositifs. Nous devrions pouvoir exiger l'évaluation des dispositifs de soins, et de leur efficacité. Cette évaluation doit être rendue publique et indépendante, le même opérateur ne pouvant être juge et partie...

Des territoires de notre région souffrent de désertification médicale, pas uniquement dans les zones dépeuplées mais aussi dans des zones de forte urbanisation. L'offre de soins se paupérise, surtout dans ses modalités libérales et rend problématique l'accès aux soins. Les maisons de santé peuvent être une réponse mais sûrement pas la seule, telle qu'on nous la présente aujourd'hui. C'est une très bonne initiative, mais il doit y avoir une place pour d'autres dispositifs et modalités de coordination. Enfin, un dialogue institutionnel beaucoup plus important que ce que nous connaissons aujourd'hui en Occitanie doit advenir. Ce n'est pas qu'une question de démocratie, mais bien un enjeu d'efficacité.

DR JEAN-LUC BARON PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DES PRÉSIDENTS DE CME DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (CNPMEHP)

VERS DES ENTREPRISES MÉDICALES

L'époque des ARH, les territoires de santé étaient préalablement construits à partir des besoins sanitaires de la population. Lorsqu'il s'est agi d'intégrer le champ médico-social et la médecine de ville, nous avons commencé à raisonner à l'échelon du département. Or cette vision administrative et géographique n'a évidemment pas de sens, si l'on se base sur le géocodage des flux de patients. Aujourd'hui en Occitanie, la nouvelle grande région, nous conservons nos 13 territoires départementaux, une structuration qui ne répond pas aux besoins.

Les « entreprises médicales » ne cherchent pas à copier un « système GHT » mais à construire avec les acteurs de santé de terrain un projet d'offre de soins.

Les territoires sont à géométrie variable. Suivant les pathologies, la taille du territoire diffère. Concernant la chirurgie classique ou les urgences, nous raisonnons en territoire restreint, mais concernant l'hématologie ou la prise

en charge des grands brûlés, le territoire est très élargi. Les autorisations d'activité s'adaptent également aux pathologies et aux ressources humaines, elles sont inter-régionales pour certaines. Par ailleurs, concernant les ressources médicales, nous savons que marier des gens de force ne fonctionne pas. À l'inverse faire travailler des professionnels de santé qui historiquement se parlent est un gage de succès, à l'image de l'expérimentation en Bourgogne, de la préfiguration des GHT.

Des professionnels de santé inventifs

Depuis 5 ans, des outils de gouvernance sont disponibles pour articuler la médecine de premier recours et les établissements de santé : aujourd'hui, avec les GHT, les projets médicaux sont attendus pour fin juillet. Toutefois, la médecine de second recours libérale a été l'oubliée du système. Sans attendre de consignes des tutelles, des professionnels de santé ont développé des expérimentations, celles « d'entreprises médicales ». Elles ne cherchent pas à copier un « système GHT » mais à construire avec les acteurs de santé de terrain un projet d'offre de soins. Nous travaillons depuis 2010 sur cette notion « d'entreprises médicales », qui peuvent être d'ailleurs des « entreprises chirurgicales ». L'initiative du Montpellier Institut du Sein (MIS) est un très bon exemple sur le cancer du sein. Ces projets bénéficient d'un retour extrêmement positif des patients, et rançon du succès, voient leur file active augmenter. Demeure le problème du financement qui aujourd'hui n'est pas pérenne. Il nous faut travailler avec la DGOS afin, ensemble, de trouver un modèle économique pour financer des outils d'organisation, la télé-médecine, etc., à l'instar de ceux prévus pour les GHT.



Carte 1. Typologie des bassins de vie du territoire, pour chaque région, département et commune en 2016. Un bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

Carte 2. Répartition des médecins en 2017, pour chaque région et selon l'origine de leur diplôme (France, Union européenne, autres).

Carte 3. Nombre de médecins, par région, inscrits au tableau de l'ordre en 2016 pour 100 000 habitants. La densité médicale moyenne sur le territoire national est de 421,4 médecins / 100 000 habitants.

CNOM

La vraie réforme est devant nous

Le sujet de la territorialité, et donc de l'accès aux soins dans un territoire, est le grand sujet organisationnel et structurant de la décennie qui vient.

DR PATRICK BOUET PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (CNOM)

Le schéma de réflexion doit être celui de l'accès aux soins, plus que celui sur la distribution des soins. La vraie réforme est devant nous, et n'est pas contenue dans celles qui viennent de se succéder. Cette réforme requiert une vraie démocratie sanitaire de territoire, nécessite d'écouter les acteurs politiques, les professionnels de santé, les usagers, les structures, et appelle à la création de vraies initiatives de territoire. Au CNOM, nous avons une conception très décentralisée du processus, avec l'obligation pour l'État d'en assurer le fonctionnement, l'harmonisation et les financements. Comment raisonner sur le plan structurant pour que des acteurs venant de différents horizons puissent assurer l'autonomie territoriale en matière d'accès aux soins ?

Tout d'abord, la structuration territoriale n'est pas adaptée. Un territoire est pour nous une identité territoriale, elle n'est pas comptable des frontières administratives, et constitue un bassin de proximité de santé, c'est à dire un espace défini par sa population et par ses habits. Cela peut être une communauté de communes, une commune dans certaines vallées pyrénéennes ou alpines, ou dans une situation insulaire, ou encore un département entier,

comme celui des Deux-Sèvres. Dans de telles identités, géographiques, sociologiques, structurelles, on peut observer un maillage naturel avec des acteurs de santé et des établissements bien identifiés. Dès lors que cet habitat est compris, on a naturellement des flux et organisations qui peuvent se mettre en place.

D'autre part, comment pourrions-nous mettre en œuvre une autonomie territoriale et d'accès aux soins, si nous créons des structurations compétitives en matière de production de soins, et non coopératives ? En ce sens, les réformes les plus récentes sur les communautés de santé de territoires nous paraissent inappropriées sinon inadaptées. Comment parler de GHT dès lors qu'il s'agit de concentrer les moyens de l'établissement public sur des territoires, et d'exclure les établissements privés, les médecins libéraux et les centres de santé ?

Imaginer des réponses

Nous devons raisonner plus en matière d'accès aux soins, qu'en matière d'organisation des acteurs distribués ces soins. Au CNOM, nous recensons les initiatives territoriales, et constatons que les acteurs au sens le plus large du terme sont capables d'imaginer des réponses de natures très différentes et dans des territoires très différents. Plaqués des organisations normées nationalement – GHT ou 2000 maisons de santé pluridisciplinaires –, est un échec

assuré, alors que partir d'un projet de santé de territoire, et mettre en synergie les acteurs de santé de ce territoire, est un succès assuré. Les ressources créent de l'accès aux soins à condition qu'elles soient parties prenantes. Il ne peut pas y avoir aujourd'hui les bons et les mauvais, les gentils et les méchants, et on ne peut pas dire que c'est le service public qui assure l'accès aux soins, ou le virage ambulatoire, etc.

Les ressources médicales créent de l'accès aux soins à condition qu'elles soient parties prenantes.

Notre nouvelle ministre, Agnès Buzyn, a démontré sa capacité à vouloir renouer le dialogue. Pour l'instant, la feuille de route reste encore assez floue : nous ne savons pas si nous allons gérer les suites de la loi de santé ou si nous allons entrer dans un travail de fond et mettre en œuvre cette réforme que nous appelons de nos vœux. Nous lui faisons confiance a priori, mais restons vigilants car nous n'avons pas devant nous des années pour le faire.

JEUNES MÉDECINS

Réfléchir à partir de la population

Ressources médicales de demain, les internes veulent légitimement peser dans le débat. Animés par le bon sens, ils plaident pour des territoires en partant de la population.

DR OLIVIER LE PENNETIER PRÉSIDENT DE L'INTER SYNDICAT NATIONAL DES INTERNES (ISNI)

La territorialisation des soins est l'enjeu de demain. Ce sujet figure d'ailleurs dans le livre blanc que nous avons remis aux candidats de l'élection présidentielle. En observant l'inégalité d'accès aux soins, nous avons constaté que les territoires tels que définis maintenant autour des bassins de population ne sont pas faits de façon optimale. Ce sont des cartographies plutôt géographiques que de démographie sanitaire. Nous prôsons une redistribution en fonction des besoins de santé, selon la population du territoire, et voulons mieux adapter l'offre à la demande, plutôt que l'inverse. En clair, il faut mener une nouvelle réflexion en partant de la population.

Par exemple, dans un territoire où la moyenne d'âge est de plus de 60 ans, mettre des obstétriciens n'a pas forcément grand intérêt. Une redéfinition des zones a été lancée par le ministère, mais sans beaucoup de résultats à ce jour.

Une continuité des soins

Le patient doit être pris en charge, bénéficier d'un parcours cohérent et optimal, avec tous les acteurs du secteur public, privé, libéral, selon un mode ambulatoire, etc. Evitons les parcours parallèles, les systèmes en silo, avec des effets délétères pour l'usager. L'organisation des GHT est une première réponse mais il manque toute l'articulation avec les établissements privés et surtout l'articulation avec la médecine de ville, ambulatoire et libérale.



Les jeunes médecins peu écoutés

Je déplore amèrement que les tutelles pensent à nous lorsqu'elles doivent régler une pénurie médicale sur un territoire en crise, mais nous ignorons dès lors qu'il s'agit de réfléchir à l'architecture et l'organisation des soins. Résultat : une réforme est en cours et ne change rien en pratique. J'espère que nous rencontrerons la nouvelle ministre Agnès Buzyn en personne. La reconnaissance de notre syndicat est nécessaire pour associer les jeunes à l'avenir de la profession.

Sur les 33 000 internes environ, 12 000 sont adhérents de l'ISNI. Lire le Livre blanc : <https://goo.gl/KgBYH7>

Je déplore que les tutelles pensent aux jeunes médecins lorsqu'elles doivent régler une pénurie médicale sur un territoire en crise, mais nous ignorons dès lors qu'il s'agit de réfléchir à l'architecture et l'organisation des soins.

Territoires de santé

ALAIN-MICHEL CERETTI PRÉSIDENT DE FRANCE ASSOS SANTÉ

LA PROXIMITÉ ET LA QUALITÉ

C'est la moindre des choses de s'intéresser au bassin de vie ! Le problème qui pourrait se poser aux malades dans l'avenir, c'est l'opposabilité des territoires de santé. Notre pays offre jusqu'à présent une liberté totale de choix de l'établissement de soins, qu'il soit public ou privé, et les Français sont très attachés à cette liberté fondamentale. Cependant, la liberté pour les personnes malades a une fâcheuse tendance à être remise en cause, notamment avec l'opposabilité du parcours de soins, et le remboursement qui en dépend. Les GHT se sont créés sans consultation de la population. C'est un fait. Soyons vigilants à ce que l'opposabilité des GHT dont chacun dépendra ne s'impose à tous et que la liberté de choix public ou privé soit la règle. Attention à ce que les bonnes intentions de départ que sont les GHT : éviter les redondances et rendre cohérente l'offre de soins sur un bassin de vie, ne deviennent pas un piège pour les malades.

La proximité, oui, si la qualité et la sécurité des soins sont au rendez-vous. Les personnes attendent tout simplement de pouvoir être prises en charge le plus près de chez elles. Mais elles préféreront faire quelques kilomètres de plus pour que leur soient garanties la qualité et la sécurité de prise en charge, plutôt que de fréquenter un établissement de proximité dont elles connaissent les potentielles faiblesses. Il vaut mieux investir dans des hélicoptères que de garder ouverts des services de soins aigus dans des établissements qui n'en ont pas les moyens. Je vis la moitié du temps dans le Loir-et-Cher, département considéré comme un désert médical. Les usagers ne se battent pas pour garder un hôpital dangereux, il n'y a que les élus qui le font mais ils n'y mettront jamais leurs enfants et leurs femmes.

Une stratégie pour évaluer la qualité de l'offre et le vécu des patients.

France Assos Santé se donne six mois pour décider de ses plans stratégiques, aux plans régional et national. Nous devons être utiles aux usagers du système de santé, et les faire participer à l'évaluation de l'offre en santé de leur bassin de vie. Mesurer la qualité de la prise en charge en vie réelle est un vrai défi que France Assos Santé pourra relever grâce à la densité de son maillage associatif, en s'appuyant sur ses bénévoles et la population locale. Les nouvelles technologies nous permettront de mettre en place des outils adaptés au recueil des avis à partir de référentiels que nous allons ensemble construire. J'espère que dès 2018 nous serons en mesure de communiquer nos premiers éléments.

PAROLE AUX TUTELLES

Le plan de vol de l'administration

Les tutelles sont désormais outillées, dans le cadre donné par la loi de santé, pour mieux structurer l'offre de soins sur un territoire. Une nouvelle approche territoriale qui appelle sans doute un changement de vision de l'action publique. Sur le terrain, les tutelles sauront-elles accompagner sans normer ?

ARS. Proximité et travail en équipe

CHRISTOPHE LANNELONGUE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS GRAND EST

Notre objectif est simple : mieux prendre en charge les personnes et notamment faire face au vieillissement et au développement des maladies chroniques. Cela suppose qu'on ait une intervention en proximité. Il faut se rappeler que la santé est une activité de service qui doit être déployée en fonction des besoins.

Pour y parvenir, il est nécessaire de développer le travail d'équipe et de faire évoluer la manière dont les professionnels de ville travaillent avec le médico-social et avec l'hôpital, on parle d'un mode d'organisation du travail dans un territoire. On est efficace en proximité des personnes, dans un cadre pluri-professionnel de travail en équipe, en réseau, décloisonné, et c'est ça que recouvre la notion de territoire.

On ne peut pas mettre un hôpital universitaire dans chaque commune, donc effectivement, il y a une notion de gradation des filières de prise en charge, et des parcours. On différencie bien trois cercles : un cercle de proximité, avec un certain nombre de spécialités de proximité. Un deuxième cercle de soins plus spécialisés avec des plateaux techniques plus consistants. Un troisième cercle avec des recours de spécialités, des sur-spécialités, et des plateaux techniques très sophistiqués. Cela correspond à trois types de territoire.

Par ailleurs, il faut un minimum de coordination dans un territoire. Cela nécessite de développer les rôles paramédicaux, et de faire émerger des nouveaux métiers de coordination sur l'accompagnement et l'éducation, sur la nutrition et l'activité physique adaptée, ainsi que l'utilisation des nouvelles technologies et des systèmes d'information et de données.

Nous sommes convaincus que l'organisation du système de soins français, avec la liberté de choix du médecin traitant, et celle du lieu d'hospitalisation, qui donne une grande responsabilité et autonomie au médecin traitant,

est très importante car c'est la base de la confiance des personnes dans le système de santé. Mais ce système repose sur des prélèvements très élevés, donc s'il n'y a pas cette confiance, il y aura une moindre acceptation des prélèvements obligatoires, et une remise en compte d'un système solidaire. Pour nous, cela nécessite un effort d'adaptation par rapport à une conception de l'action publique qui était volontariste mais aussi trop normée, et perçue comme trop bureaucratique par les professionnels. Il faut qu'elle évolue vers un positionnement d'accompagnement, de soutien des initiatives, et non vers un positionnement qui ferait qu'on crée, à la place des professionnels, les outils dont ils ont besoin. L'équilibre est fragile, il faut valoriser les initiatives des professionnels et s'appuyer sur celles qui ont bien marché, les faire connaître.

Pour cela, il faut créer un cadre dans lequel les personnes se rencontrent, se parlent et commencent à monter des projets ensemble. Il y a des cadres politiques. C'est ainsi que les contrats locaux de santé ont été une manière de fédérer autour d'élus et de collectivités locales des dynamiques de travail. Il y a des cadres qui sont plus professionnels, comme la création des maisons de santé, et enfin ce que pourrait être maintenant la mise en place de communautés de professionnels des territoires de santé.

Il faut afficher des priorités en termes de populations, de thématiques, de pathologies, essayer de soutenir la création des maisons de santé, mais au-delà accompagner les dynamiques de travail en commun des professionnels, hors des murs, faire en sorte qu'on diffuse les bonnes pratiques qui émergent.

Le système évolue d'abord parce qu'on va être capable de mieux travailler ensemble dans un territoire de santé, ça ne veut pas dire que les grandes lois, les orientations, les grands programmes ne sont pas nécessaires.

HAS. Une boîte à outils

CATHERINE GRENIER DIRECTRICE DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS À LA HAS

Nous devons distinguer deux approches du territoire. D'une part, le territoire comme espace de déclinaison d'une politique publique, à l'image du plan national AVC, ou des programmes régionaux parcours actuellement élaborés dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS). Le territoire permet de transformer un ensemble d'exigences et de ressources constitutif de ces politiques publiques en un plan d'action adapté au contexte et aux dynamiques locales. L'enjeu est alors de mobiliser les acteurs pour optimiser les prises en charge. Plusieurs dispositifs promus par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 contribuent à cet enjeu. Les équipes de soins primaires (ESP) suscitent des dynamiques collectives, pluri-professionnelles, propices à la mobilisation des professionnels libéraux autour d'un projet de santé. Elles ont vocation à être soutenues dans leurs démarches par les plateformes territoriales d'appui (PTA) à travers une mission spécifique. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), quoiqu'embryonnaires, ont l'ambition de mobiliser plus largement les acteurs de premier et de second recours autour de projets d'amélioration des prises en charge. Les groupements

Si on avait quelque chose à souhaiter pour le système français, c'est qu'il s'appuie davantage sur cette capacité de travail en commun, d'initiatives, de projets ; et si on avait quelque chose à souhaiter pour l'ARS et l'Assurance maladie, c'est qu'elles soient plus en position d'accompagnement.

CHRISTOPHE LANNELONGUE

hospitaliers de territoire (GHT) engagent, quant à eux, les équipes hospitalières pour organiser des filières en écho, pour beaucoup, aux priorités régionales du PRS.

D'autre part, il y a le territoire vécu par le patient. Il correspond à l'utilisation, par chaque usager du système de santé, d'un ensemble de services pour répondre à la plupart de ses besoins de santé. Cet ensemble de services dessine un territoire de proximité ou de soins primaires. D'autres services correspondent à des besoins moins fréquents ou nécessitant une expertise plus pointue et s'inscrivent dans un territoire de recours. L'enjeu est ici d'organiser la gradation et la continuité des prises en charge. Là aussi, plusieurs dispositifs promus par la loi de modernisation de notre système de santé contribuent à cet enjeu. Les CPTS organisent des concertations entre les acteurs de premier et de second recours. Les PTA coordonnent la prise en charge des situations les plus complexes et les GHT organisent, en leur sein, une gradation des prises en charge au sein de filières. Tous ces dispositifs (CPTS, GHT, PTA) sont caractérisés par une gouvernance qui définit un territoire. Leur objectif est de structurer la mobilisation des acteurs et la réponse aux besoins de la population et par conséquent de contribuer à une amélioration du système de santé en tenant compte des expériences réussies. Le territoire de santé apparaît comme le pivot dans la mise en œuvre du PRS à travers le conseil territorial de santé. Il est notamment composé des représentants des élus territoriaux, des services départementaux de protection maternelle et infantile, et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire.



MIS. Une initiative à dupliquer

SYLVIE BOICHOT PRÉSIDENTE DE MOVE IN MED

Le Montpellier Institut du Sein (MIS) est une initiative originale. Ce réseau de professionnels de santé fédère avec bon sens les compétences médicales nécessaires aux patientes montpelliéraines atteintes d'un cancer du sein, via une organisation nouvelle et des outils dédiés, dont une plateforme web collaborative. Simple, utile, ce modèle se duplique ailleurs en France.

« On doit travailler différemment » a déclaré le Dr Cécile Zinzindohoue, chirurgien sénologue à l'origine de ce concept. Comment être au plus près des besoins du patient et coller aux professionnels et établissements de santé ?

« Le besoin des patients a designé le modèle et définit le territoire », explique Sylvie Boichot, présidente de Move in Med, la start up qui porte le projet.

Après cinq années d'existence, le MIS réunit 60 professionnels de santé, tous libéraux qui représentent 17 spécialités, qui toutes, de près ou de loin, sont amenées à prendre en charge une patiente atteinte de cancer du sein. « La force du dispositif est d'être un réseau virtuel de spécialités réparties au plus près du domicile des patientes. Nous ne sommes pas regroupés sur un même lieu. Nous sommes un territoire opérationnel. » Le MIS accompagne 500 patientes par an. Reconnu par les tutelles, ARS, DGOS, INCa, le MIS fait partie des 10 expériences pilotes de coordination des soins.

Travailler ensemble

« Les initiatives ne peuvent pas partir du haut », répète à l'envi Sylvie Boichot. « Ces initiatives sont basées sur la volonté des professionnels de santé de travailler ensemble, autour d'une même pathologie et leurs motivations pour le faire sont différentes. »

Le modèle d'un infirmier de coordination, très répandu en cancérologie, n'a pas été retenu. L'assistante de parcours, métier nouvellement créé, n'est pas une soignante : elle travaille en lien avec les équipes de coordination

et répond aux questions d'organisation de la prise en charge globale. À la différence d'une infirmière de coordination qui suit la patiente pendant les traitements lourds, l'assistante de parcours accompagne la patiente également après sur un volet fortement psychosocial. « Notre mission est de faire en sorte que toutes ces personnes communiquent, et que la patiente trouve des réponses à toutes les questions qu'elle peut se poser. On essaie d'anticiper les difficultés des patientes, en proposant en amont, en étant force de proposition. »

L'esprit d'entreprise

Impliqués, les professionnels de santé co-financent ce poste d'assistante de parcours. « C'est un engagement fort des professionnelles. Ce modèle séduit d'autres équipes ailleurs qui reproduisent ce modèle pour d'autres pathologies. » L'équipe est ainsi autonome et ne dépend pas de financement aléatoire. Le MIS est partenaire de la clinique Clémentville pour gérer cette file active.

Une organisation nouvelle et des outils dédiés dont une plateforme web collaborative. Simple, utile, ce modèle se duplique ailleurs en France.

« On trouvait dommage que les seules patientes montpelliéraines puissent bénéficier d'un tel dispositif. Nous avons donc créé Move in Med pour permettre à d'autres équipes d'aller plus vite que nous, d'avoir des outils rapidement efficaces. On ne vient pas livrer un institut clef en main, mais on accompagne les équipes pour qu'elles s'approprient leur propre modèle, et qu'elles puissent innover sur leurs territoires. Après La Rochelle, nous travaillons actuellement avec plusieurs équipes à Bastia, Bordeaux, Saint-Etienne, Toulouse. Toutes sont venues à nous. »

ANTI JARGON

ARS Agence régionale de santé

CME Commission médicale d'établissement

CNOM Conseil national de l'ordre des médecins

CPTS Communauté professionnelle territoriale de santé

CTS Conseil territorial de santé

DGOS Direction générale de l'organisation des soins

ESP Équipe de soins primaires

FFMPS Fédération française des maisons et pôles de santé

GHT Groupement hospitalier de territoire

INCa Institut national du cancer

ISNI Inter-syndicat national des internes

MIS Montpellier institut du sein

PIB Produit intérieur brut

PTA Plateforme territoriale d'appui

PRS Projet régional de santé

SNITEM Syndicat national de l'industrie des technologies médicales

UNCAM Union nationale des caisses d'assurance maladie

URML Union régionale des médecins libéraux

Territoires de santé

910

maisons pluri-professionnelles de santé fonctionnent en France

3000

maisons de santé sont prévues dans les cinq prochaines années

90

pôles de santé regroupent 25 à 62 médecins et paramédicaux libéraux en Normandie

5

plateformes territoriales d'appui sont proposées par l'URML de Normandie

2,2%

c'est la part de la médecine libérale dans le PIB de la région Normandie (l'agriculture pèse 2 %)

3

cercles définiraient la gradation des filières de prise en charge, selon la tutelle

2018

France Assos Santé communiquera les premières mesures par les usagers de la qualité de la prise en charge en vie réelle

DR PASCAL GENDRY PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES MAISONS ET PÔLES DE SANTÉ (FFMPS)

LE TERRITOIRE DU POSSIBLE

Un territoire de santé est à géométrie variable et diffère selon la perspective de chacun : il sera restreint pour l'acteur de soins primaires, plus large pour l'acteur de soins secondaires. Je parle plus volontiers du « territoire du possible », celui qui a un sens et dans lequel les professionnels de santé vont pouvoir se coordonner de manière satisfaisante, assurer la permanence de soins, prendre en charge des actions plus populationnelles, comme l'éducation à la santé ou la prévention. La notion de terre est ici fondamentale.

L'inter-disciplinarité est un pilier fondamental des maisons pluri-professionnelles de santé. Il faut un alignement des planètes pour qu'une maison de santé puisse voir le jour, mais la volonté de professionnels de se réunir autour d'un projet de santé est la base. Les maisons de santé se développent davantage au sein de territoires frappés par la désertification médicale mais aussi dans des bassins de vie, au sein de villes, là où des professionnels ont envie de réaliser des choses ensemble, dans ou hors les murs, y compris donc de façon éclatée. Par exemple, des pharmaciens peuvent travailler de façon très étroite avec les médecins libéraux sans être physiquement présents. Le lien s'établit ensuite avec des spécialistes de 2^e recours, pour organiser des consultations avancées, des parcours de patients cohérents, en élargissant le territoire de façon raisonnable pour nos patients. Enfin, nous n'avons aucun préjugé concernant l'orientation vers un établissement de santé, public ou privé, si ce n'est le choix de simplifier et fluidifier le parcours efficace de nos patients.

Notre philosophie est celle d'une prise en charge de soins coordonnée et s'accorde implicitement avec la notion de territoire. Nous sommes ici très loin d'une logique « à l'acte ». Nous raisonnons en termes de patientèle commune mais très vite, au-delà de la délivrance d'actes de soins, nous agissons selon une logique populationnelle en nous investissant dans des actions territoriales, comme celles de prévention, pour lesquelles nous sommes de plus en plus sollicités par des élus, des usagers, des structures.

TENDANCES DE L'ACTIVITÉ CHIRURGICALE DANS LES CLINIQUES

dialogue
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les deux mois. Juillet 2017. Directeur de publication : Ségolène Benhamou, présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © Shutterstock et ©DR.

UNE CROISSANCE MOINS FORTE

7,78 %

C'est l'augmentation de l'activité chirurgicale globale. Elle croît de 9,36 % à l'hôpital et de 5,25 % en clinique.

INCONTOURNABLES EN CHIRURGIE LOURDE

38 %

C'est la part de la chirurgie lourde nationale prise en charge par le secteur privé. Cette activité représente 11 % de l'activité totale du secteur privé et 22 % de celle du secteur public.

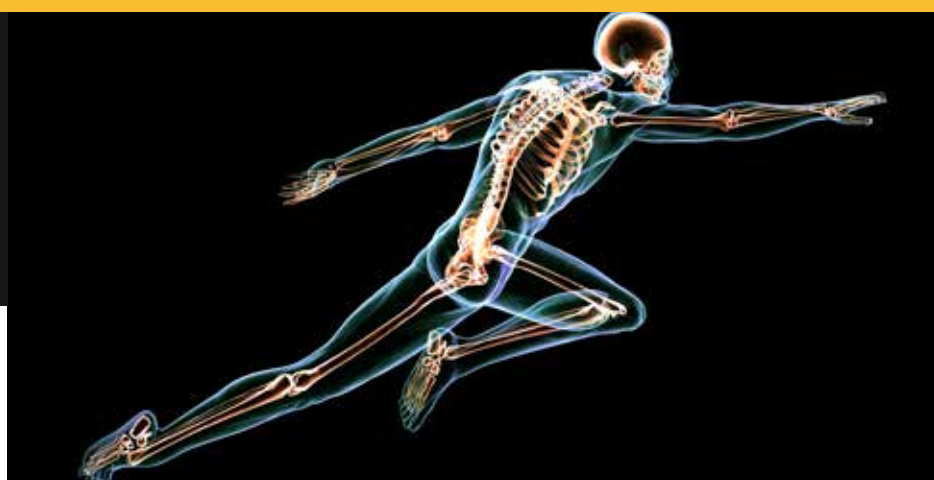
DES PATIENTS PLUS ÂGÉS

54,68

C'est l'âge moyen des patients pris en charge en chirurgie dans les cliniques. Il s'élève à 51,82 ans à l'hôpital.

Source : Data MCO. Tendances et parts de marché publié en juin 2017 par la FHP-MCO (analyse réalisée à partir des bases PMSI MCO 2009-2015).

INNOVATION



La santé mobile et connectée implique de repenser l'organisation du système de santé et invite l'utilisateur à vivre son parcours de soins autrement.

CLINIQUE DU PARC À LYON



Innovation

ÉVALUATION, RÉGLEMENTATION ET FINANCEMENT

La société de l'hyper-innovation est celle de l'essai, de l'échec et de la réussite en permanence.

Patients et professionnels de santé sont concernés par l'explosion de solutions mobiles. Une dynamique portée au plus haut niveau par le président Emmanuel Macron qui a réaffirmé sa volonté de faire de la France un pays leader dans « la convergence entre le numérique et le healthcare ». La santé mobile et connectée implique de repenser l'organisation du système de santé et invite l'utilisateur à vivre son parcours de soins autrement. L'âge n'est plus un frein à l'adoption de ces outils : 68 % des 730 patients pré-inscrits depuis septembre dernier sur la plateforme ePatient développée par la Clinique Les Cèdres à Brive (groupe Elsan) ont entre 50 et 70 ans. Toutefois, la question de l'évaluation de l'innovation se pose. « Comment notre système va-t-il permettre aux 'bonnes' innovations d'accéder au marché et de se diffuser ? » interroge le Dr Guillaume Marchand, président fondateur de DMD, plateforme d'évaluation d'applications et d'objets connectés liés à la santé.

Cette même question est aussi au cœur de l'innovation des dispositifs médicaux. « Puisqu'elle n'a pas de référentiel, l'innovation de rupture ne peut pas et ne doit pas être évaluée comme la matériovigilance », souligne Stéphane Pia, directeur général de Carmat, à l'occasion d'une journée organisée par le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM) sur

les leviers stratégiques favorables au développement des start up innovantes du dispositif médical. « L'imprévisibilité de l'évolution réglementaire et la temporalité particulière des prises de décision ministérielles mènent à un manque de visibilité tout au long du processus de développement du produit jusqu'à sa mise sur le marché », rappelait le président du SNITEM, Stéphane Regnault, appelant de ses vœux une réglementation qui assure la sécurité du patient tout en étant favorable à l'innovation.

Le nerf de la guerre

Reste le nerf de la guerre. « On compte, à population équivalente, 10 fois moins de Business Angels en France qu'aux USA, chaque Business Angel américain investissant 8 fois plus que son homologue français. Pour avoir une chance d'être financé, il est nécessaire de porter une véritable innovation de rupture et faire preuve de qualités humaines sans lesquelles le projet, aussi bon soit-il, ne pourra aboutir », insistait Laurent Artaud, Managing Director de Lifesciences Bpifrance. S'ajoute un problème de confiance, reposant sur une difficulté à reconnaître que la santé est aussi une industrie, pointent les industriels. Emmanuel Macron souhaite inscrire dans le droit français un « droit à l'erreur » car « la société de l'hyper-innovation est celle de l'essai, de l'échec et de la réussite en permanence » a-t-il déclaré. De quoi mettre du baume au cœur de tous.

SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS RENDUS VULNÉRABLES

L'association Soins aux professionnels de santé aide tous les soignants en souffrance, de toutes les professions et structures libérales et hospitalières. « Nous avons créé un 'parcours de soins' pour ces soignants, qui va d'une plateforme d'appel à des consultations dans les régions, jusqu'à des unités dédiées, expertes dans la prise en charge des professionnels de santé en souffrance », précise le Dr Eric Henry, président. La hotline créée en novembre 2016, a déjà reçu plus de 1 000 appels.

Numéro vert : 0805 23 23 36
Appel anonyme et gratuit 24H/24 et 7J/7
www.asso-sps.fr

Vie des établissements

L'IMAGERIE, CENTRE NÉVRALGIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Ils seront bientôt 9 radiologues au Centre d'imagerie, véritable PME de 40 salariés dans la clinique du Parc à Lyon. « Au sein de la CME de l'établissement où se discutent les projets médicaux, nous prenons la parole comme les autres, ni plus, ni moins. Nous gérons notre société de façon totalement autonome et avons collectivement, avec nos confrères de la clinique, le même but : que l'établissement soit le plus performant possible ! » précise l'un des radiologues du service. In situ, tous les besoins en imagerie des patients accueillis dans l'établissement sont couverts. De plus, les médecins savent qu'ils peuvent compter sur « leurs » radiologues pour donner un avis complémentaire si nécessaire sur des images produites ailleurs. « C'est notre contrat avec l'établissement mais au-delà, c'est notre engagement de médecin dans une prise en charge globale. Notre service a un rôle central dans l'établissement. Tous très spécialisés en ostéo-articulaire, nous travaillons en étroite collaboration et de façon très fluide avec nos confrères chirurgiens orthopédistes. Les patients passent chez nous puis se rendent dans le bureau de consultation où les images et le compte rendu sont déjà disponibles sur l'écran du médecin. Par ailleurs, nous répondons immédiatement aux besoins du service d'urgence ostéo-articulaire et traumatologique ouvert 7J/7 de 9h à 19h. »

Des sportifs de haut niveau

Le Tour de France ne passe pas cette année par Lyon mais pourrait trouver à la Clinique du Parc l'expertise et tous les soins de recours nécessaires. « Nous avons une forte activité de médecine du sport à la clinique et prenons en charge de nombreux sportifs de haut niveau, pour lesquels nous avons des plages réservées dans nos plannings d'IRM : l'équipe féminine de l'Olympique Lyonnais, championne d'Europe, des clubs de rugby, etc. C'est l'histoire d'une coordination serrée et d'un partenariat moral entre les médecins du sport, internes et externes à la clinique et les clubs. »

Sportifs, les radiologues le sont également, quand ils jonglent entre leurs activités et leurs engagements universitaires : enseignement, interventions fréquentes dans des congrès, études cliniques. « On fait le maximum en tant que médecins libéraux, pour garder un lien très fort avec le champ universitaire », conclut-il.