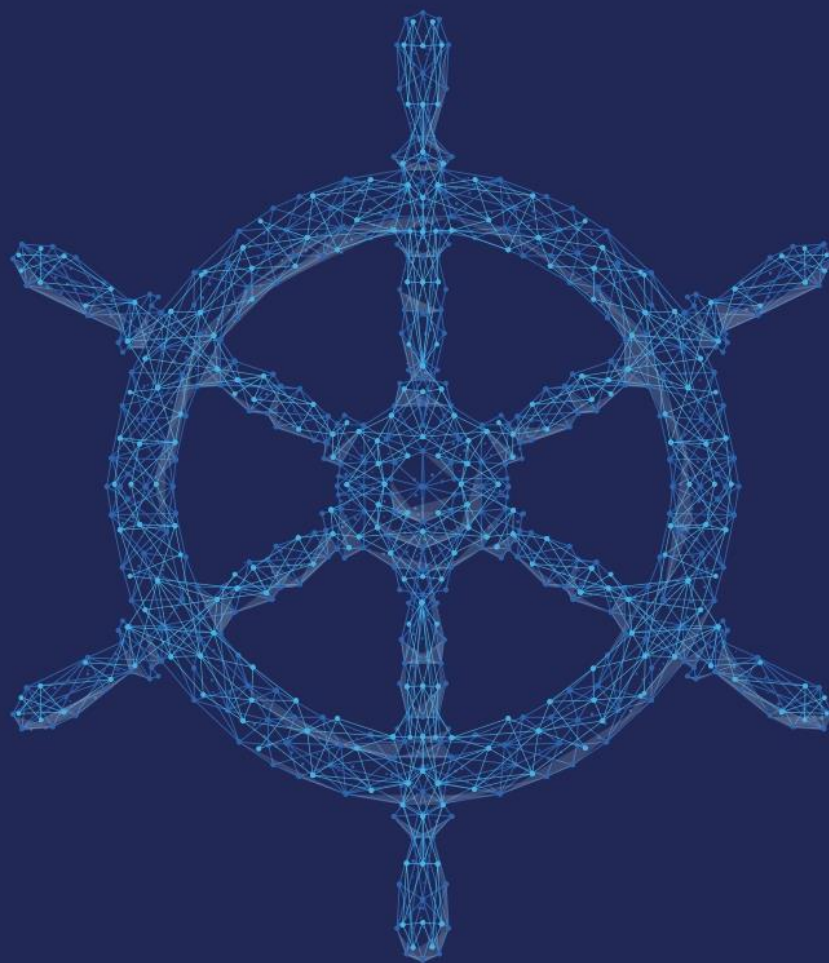




Inventing the future of health systems
Convention on Health Analysis and Management

SYSTÈMES DE SANTÉ LA **GOUVERNANCE** DANS TOUS SES ÉTATS



RÉSUMÉS

27-28 SEPTEMBRE 2019

CHAMONIX-MONT-BLANC

Le Loup et le Chien	4
Comment améliorer la gouvernance sanitaire européenne ?	6
Un état des lieux encourageant de la gouvernance sanitaire européenne	6
Des enjeux fédérateurs pour mettre l'innovation au service d'une santé accessible	6
Les priorités européennes pour les prochaines années : prévention, assistance et coordination des actions des États membres, et information des citoyens	7
Dessine-moi un territoire de Santé : de ma commune à Bruxelles	8
Redonner de la cohérence aux territoires de santé	8
Les régions européennes, un bon échelon pour structurer les territoires de santé	8
La couverture numérique, un enjeu structurant de l'accès aux soins	8
Une évaluation indispensable des expérimentations avant généralisation	9
Établissements de soins : quelle liberté pour entreprendre ?	10
Repenser l'hôpital en entrepreneur : le constat sur la situation actuelle	10
Le patient au centre du changement à entreprendre	11
À Molène	12
Une organisation des soins adaptée aux contraintes locales	12
Des formations en cours pour accélérer la capacité de réponse aux besoins	12
Soignants : nouveaux rôles, nouvelles responsabilités ?	13
Les nouveaux rôles des infirmiers : Canada, Royaume-Uni, France	13
L'IPA, un modèle économique encore flou	13
Responsabilités et relations avec les médecins	14
Quelles organisations numériques au service des malades ?	15
Face à la pression des grandes entreprises du numérique, la France en retard sur ses infrastructures de gestion et de partage des données médicales et médico-économiques	15
L'intelligence artificielle, un outil d'aide au diagnostic mais également d'aide à l'organisation	15
Un consensus émerge sur la gouvernance des données de santé par l'État, et la mise à disposition sous condition de ces données à des entreprises privées innovantes	15

Cybersécurité : la santé comme cible	17
Un secteur de plus en plus sujet aux attaques	17
Pour lutter contre ces attaques, des réponses humaines et technologiques sont mises en place	17
Une course à l'armement se met en place entre cyberattaques de plus en plus perfectionnées et protocoles de sécurisation des systèmes d'information	17
Décentraliser, autonomiser, responsabiliser	19
Expérience allemande : une gestion public-privé	21
La réponse à la désertification médicale en territoire rural	21
Une réponse à approfondir face à la saturation des urgences	21
L'expérience d'une gestion hospitalo-universitaire public-privé	21
Quelle gouvernance pour améliorer la qualité de la production de soins ?	23
Construire des indicateurs pertinents pour évaluer la qualité des soins	23
L'incitation financière, un outil nécessaire mais pas le seul levier	23
Trouver un équilibre entre démarche nationale et initiatives locales	24
Expérience chinoise : l'IA au service de la gouvernance d'un établissement	25
Shanghai, une ville-monde au besoin d'efficacité dans la prise en charge médicale grandissante	25
Un parcours patient assisté par Intelligence Artificielle	25
Des avantages en termes d'efficacité et de partage des données médicales	25
Des limites dans la prise en main par les parties prenantes, ainsi que des préoccupations quant à la sécurité informatique	26
Patients au conseil d'administration ?	27
C'est le moment de faire évoluer la place du patient d'un rôle consultatif et représentatif vers un rôle actif dans la gouvernance des structures de santé	27
Un dialogue à construire au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et des Groupements Hospitaliers de Territoires	27
Évaluation de la qualité du système de santé	28
Expérience américaine : un système de santé intégré	29
Intermountain Healthcare : une pépite dans le système de santé américain	29
Une action double pour réduire les coûts du système dans son intégralité	29
La passerelle entre ville et hôpital facilitée par des programmes cliniques	29
La télémédecine pour améliorer l'accès aux soins dans les zones rurales et pour réduire les passages aux urgences	30
Pour améliorer la performance, Intermountain met l'accent sur les fondamentaux	30

Les régions dans la santé de demain	31
Quelle place pour une gouvernance de santé locale ?	31
Une gouvernance locale pour une politique adaptée aux besoins	31
Repenser la gouvernance pour répondre à de nouveaux défis	32
Quelle gouvernance pour favoriser l'innovation et la mise à disposition des produits de santé ?	33
Les innovations identifiées pour les 10 prochaines années	33
Un rythme d'innovation et de mise à disposition des produits de santé français à deux vitesses	33
Une solution : une gouvernance intégrée alliant acteurs médicaux et industriels, et gouvernement	33
Responsabilité sociale des entreprises : mode ou priorité ?	35
La RSE, un concept ancien, au cœur de la réponse aux urgences actuelles.	35
Un concept multiforme aux limites trop floues mais au potentiel très large ?	35
La santé, un enjeu économique majeur pour la France et l'Europe	37
Des signes du renouveau de l'industrie française	37
Les défis d'évolution de cette dynamique	37
La priorité donnée aux industries de santé	37
L'élaboration d'une stratégie industrielle européenne	38
Aspiration des citoyens et impératifs de gestion : l'impossible équation ?	39
Suisse, Danemark, France : des systèmes de santé fondamentalement différents qui répondent à des enjeux similaires	39
Le Danemark, un exemple pour la France ?	39
Un point sur « Ma Santé 2022 »	40

LE LOUP ET LE CHIEN

Introduction (complète)

Orateur : **Guy VALLANCIEN**, Président de CHAM | France



« Un homme n'avait que les os et la peau, tant l'Intelligence Artificielle faisait bonne garde.

Cet homme rencontre un robot aussi puissant que beau, fort, poli, qui s'était fourvoyé par mégarde.

L'attaquer, le mettre en quartiers, l'homme l'eût fait volontiers, mais il fallait livrer bataille et le Malin était de taille à se défendre hardiment.

L'homme, donc, l'aborde humblement, entre en propos et lui fait compliment sur ses processeurs, qu'il admire. « Il ne tiendra qu'à vous, beau sire, d'être aussi fort que moi, répartit le robot... Quittez les bois, vous ferez bien, vos pareils y sont misérables, cancre, haïres et pauvres diables dont la condition est de mourir de faim. Car quoi ? Rien d'assuré, point de franche lippée, tout à la pointe de l'épée. Suivez-moi, vous aurez un bien meilleur destin »

L'homme reprit « Que me faudra-t-il faire ? »

« Presque rien » dit le robot : « donner la chasse aux gens portants bâtons et aux mendiants ; Flatter ceux du logis, à son maître complaire ; Moyennant quoi vos algorithmes seront force reliefs de toutes les façons : moultes octets, tous en Python, sans parler de maintes connexions »

L'homme déjà se forge une félicité qui le fait pleurer de tendresse.

Chemin faisant il vit le col du robot, rayé :

- Qu'est-ce là ? lui dit-il
- Rien.
- Quoi ? rien ?
- Peu de chose.
- Mais encore ?
- Le collier dont je suis attaché de ce que vous voyez est peut-être la cause ?
- Attaché ? dit l'homme « vous ne courez donc pas où vous voulez ? »
- Pas toujours, mais qu'importe ?
- Il importe si bien, que de tous vos repas je ne veux en aucune sorte, et ne voudrais pas même à ce prix un trésor.

Cela dit, l'homme s'enfuit, et court encore.

Cette version digitalisée de la fable de la Fontaine « Le Loup et le chien », traduit toute la difficulté de nos sociétés à repenser leurs organisations entre la contrainte des normes et la liberté d'agir, entre invariance et dynamique.

Loin de moi de penser que la liberté revient à faire ce que je veux, quand je veux, où je veux, mais on ne transformera pas notre vieux monde sans prise de risque, sans cette liberté d'entreprendre qui repose d'abord sur la confiance, émanation princeps du respect de l'autre. Les lois viennent après.

Les querelles politico-médiatiques, attisées par les réseaux sociaux à la nuisance croissante, polluent l'espace d'expression démocratique, brouillant les échanges qui devraient reposer sur l'écoute et la raison. Ces batailles de chiffonniers génèrent immanquablement l'exact opposé d'un monde de valeurs qui reconnaisse les différences, alors que la puissance croissante d'entreprises planétaires défie déjà nos États.

Oui à un État stratège montrant l'étoile polaire, pointant du doigt le but à atteindre, mais oui surtout à un État garant qui laisse jouer les équipes, contrôlant a posteriori les déviances, sans figer les bonnes volontés dans une normalisation préventive stérilisante.

Oui, une régulation est indispensable et l'État doit en être le garant, mais de grâce ! qu'elle laisse aux acteurs les moyens d'inventer, de tester, quitte à se tromper, sans qu'un déluge législatif et réglementaire noie les initiatives qui fleurissent partout en France et en Europe.

Des collaborations loco-régionales public-privé existent et réussissent, mais qui connaît ces partenariats exemplaires entre des hôpitaux et des cliniques réunis sous le même toit pour partager leurs expertises ? Ces réalisations concrètes et éprouvées dérangent les corps établis. On les tait donc, ou bien, on les classe comme non reproductibles.

Comment harmoniser sans normaliser ? Comment organiser sans étouffer ? Faudrait-il que le monde sanitaire soit exactement le même de Brest à Strasbourg, de Lille à Marseille ! ou encore de Berlin à Rome, de Copenhague à Madrid, Stockholm, Paris ou Bruxelles ?

Nous ne bâtissons un nouveau système de santé adapté à son siècle qu'en laissant les acteurs innover, débarrassés des oukazes réducteurs, laissant au placard un principe de précaution mortifère qui plombe la dynamique de la transformation.

Au lieu de ne regarder qu'à sa porte, prompt à protéger son pré-carré, chacun doit se remettre en question, des autorités de tutelles jusqu'aux syndicats, des organismes publics jusqu'aux entreprises privées pour s'embarquer dans une aventure commune qui nous dépasse tous.

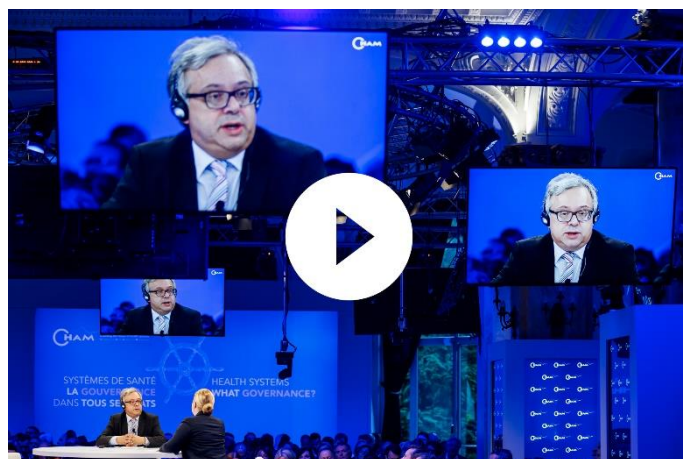
Fils et filles des Lumières, si nous avons d'excellents chercheurs, ingénieurs et professionnels de santé, des systèmes de protection sociale que tant d'autres nous envient, comment n'avons-nous pas su développer des entreprises digitales de taille planétaire ? La suspicion qui règne entre acteurs publics et privés, l'absence de brassage permanent entre ces deux mondes qui s'épient et se font trop souvent la guerre, obère le développement des industries de l'intelligence, clef du futur.

Alors, que nous reste-t-il à faire ? Le plus dur ! À savoir dépasser nos vieux réflexes mesquins pour bâtir une véritable Europe de la santé dans la diversité de ses composantes !

COMMENT AMÉLIORER LA GOUVERNANCE SANITAIRE EUROPÉENNE ?

Orateur : Martin SEYCHELL, Directeur général adjoint de la santé à la Commission Européenne | Union Européenne

Interrogé par **Viktoria KLEISOVA**, Consultante senior, GovHe | France



— Un état des lieux encourageant de la gouvernance sanitaire européenne

Selon le rapport de la Commission Européenne *Health at a Glance : Europe 2018* les politiques de santé en Europe peinent encore sur certains sujets comme la santé mentale, la lutte contre l'obésité, et la pertinence des dépenses, mais accumulent aussi des réussites notables.

Ces réussites, par exemple sur l'espérance de vie, la survie en cancérologie, ou la lutte anti-tabac, sont portées à la fois par les États

membres et par la gouvernance sanitaire de l'Union Européenne. Celle-ci complète les actions nationales en coordonnant les transferts et déploiements de connaissances, d'outils, d'instruments financiers, et de programmes d'accompagnement à l'amélioration. Là où certaines problématiques, globales par nature, ne pourraient être traitées efficacement par un État membre seul, la gouvernance européenne permet de répondre par des normes et outils communs à des problématiques transfrontalières : résistance antimicrobienne, risques épidémiques de grande échelle, interopérabilité de la transformation numérique, et coordination de l'innovation pharmaceutique et médicale. Elle a ainsi déjà notamment permis de déployer :

- ▶ Un réseau de référence européen pour le traitement des maladies rares (transfert de connaissances plutôt que de patients, réduction des délais d'accès, perspective de mutualisation des essais cliniques) ;
- ▶ Des lignes directrices communes sur différents programmes de dépistage et de soins des cancers pour assurer une égalité de qualité (notamment cancer colorectal, du col de l'utérus et du sein).

— Des enjeux fédérateurs pour mettre l'innovation au service d'une santé accessible

Bien que l'asymétrie sanitaire de moyens et d'information soit toujours prégnante dans l'Union Européenne, les États membres sont aujourd'hui fédérés face aux défis communs pour :

- ▶ Construire des normes d'interopérabilité et une gouvernance de confiance permettant de mettre l'innovation numérique (services, données, Intelligence Artificielle) au service de la santé, dans un contexte où les prestataires majoritairement issus du secteur numérique traditionnel doivent intégrer les problématiques éthiques de gestion de données spécifiques à la santé. La Commission Européenne œuvre par ailleurs pour la

création d'un Espace Européen de Santé, qui permettrait de rendre accessible à tout médecin des bases de données pathologiques d'échelle européenne.

- Répondre à des défis pathologiques communs en conciliant innovation (recherche et nouveaux traitements) et accès (stocks et prix), par un équilibre des normes et incitations s'adressant à l'industrie pharmaceutique qui ne peut être pensé efficacement qu'au niveau de la gouvernance européenne. Le besoin d'incitations ciblées à l'innovation reste présent (résistance antimicrobienne, vaccins, etc.), mais il doit désormais être pensé en parallèle d'incitations à l'accès aux soins dans chaque État et à prix raisonnable. Les deux types d'incitations pourraient ainsi être conditionnées l'une à l'autre.

— **Les priorités européennes pour les prochaines années : prévention, assistance et coordination des actions des États membres, et information des citoyens**

La commission prévoit d'intensifier la proactivité face à ces défis pour proposer au Parlement Européen des actions ciblées d'assistance aux États membres. Les priorités résident ainsi dans l'égalité d'information sur les technologies de santé à l'aide d'une évaluation européenne, dans la reconception des incitations à l'innovation en lien avec celles à l'accès aux soins (à créer), dans la concentration de la recherche transversale université-industrie, et dans la prévention des maladies transmissibles. Enfin des efforts sont à déployer pour réduire les écarts d'implication et de connaissance, alors qu'un sondage CHAM-IPSOS sur 5 grands pays européens souligne que 48 % des citoyens ignorent le rôle de la Commission Européenne dans la gouvernance sanitaire.

DESSINE-MOI UN TERRITOIRE DE SANTÉ : DE MA COMMUNE A BRUXELLES

Orateurs : Catherine CERISEY, Cofondatrice de Patients and Web | France, Paul GARASSUS, Président de l'Union Européenne de l'Hospitalisation Privée | Belgique, Gisèle GRAVIER, Coordinatrice de la CPTS Sud Lochois | France, Françoise GROSSETÊTE, Députée sortante au Parlement Européen | Union Européenne, Olivier OBRECHT, Directeur général adjoint de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté | France

Débat animé par Vincent OLIVIER, Président de RectoVerso | France



— Redonner de la cohérence aux territoires de santé

L'accès aux soins a été un sujet important du grand débat organisé en France. Plusieurs politiques de santé, comme le virage ambulatoire, n'ont pas été suffisamment muries en termes d'organisation sur les territoires. Le manque de prise en compte des distances génère toujours des inégalités territoriales dans la prise en charge des urgences. L'implication et la coordination des acteurs locaux, Agences Régionales de Santé

(ARS), Assurance Maladie, médecins libéraux, Centres Hospitaliers, élus locaux, est indispensable pour y remédier. À cet égard, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) peuvent contribuer à la structuration de territoires de santé cohérents. Les ARS doivent être positionnées comme des intégrateurs de l'ensemble des structures de santé : organiser l'accès aux soins sur le terrain et coordonner les parcours entre l'hôpital et la ville, au sein de la ville elle-même et avec les structures médico-sociales.

— Les régions européennes, un bon échelon pour structurer les territoires de santé

En Allemagne, l'offre de soins est organisée au niveau des Landers et structurée autour de maisons de santé et de soins de proximité. En comparaison, il manque en France un échelon entre le praticien isolé et l'établissement de santé. Il faut également fournir de la souplesse au cadre juridique national pour que les régions conservent une liberté d'entreprendre. En Bourgogne-Franche-Comté, le découpage de la région en 33 territoires de santé résultant d'une concertation entre élus locaux, ARS, conseils départementaux, Assurance Maladie et professionnels de santé s'est traduit en projets concrets allant au-delà de ce qui était prévu par le cadre juridique. Le partage des compétences entre les échelons territoriaux est fondamental pour proposer à la fois une offre de soins de qualité équivalente sur l'ensemble du pays, pilotée au niveau national, et adaptée aux besoins locaux.

Un certain nombre de sujets - lutte contre les pandémies, harmonisation des politiques de vaccination, etc. - devraient par ailleurs être traités au niveau européen. Pour cela, il faut repenser la gouvernance de nos politiques de santé nationales et valoriser les exemples étrangers.

— La couverture numérique, un enjeu structurant de l'accès aux soins

La e-santé ne va pas uniformiser les territoires mais permet de réduire les inégalités d'accès aux soins - urgents et de spécialité notamment - un prérequis évident étant l'existence d'une couverture numérique de qualité suffisante. Elle a une dimension européenne : les outils de e-prescriptions devraient ainsi être

transversaux aux pays pour connecter les systèmes de santé entre eux. Il s'agit enfin de connecter entre elles les ARS et leurs équivalents européens.

— Une évaluation indispensable des expérimentations avant généralisation

L'élaboration de nouveaux modèles de prises en charge doit être itérative et coconstruite par les différents échelons territoriaux, les professionnels et les associations de patients. La mise en place d'expérimentations (type article 51 de LFSS 2018) doit également être assortie d'indicateurs et de critères permettant d'évaluer l'opportunité de sa généralisation. Le défi est complexe : la temporalité de l'expérimentation est différente des besoins du terrain d'aller vite, et pourtant nécessaire pour ne pas généraliser sans évaluation ni adaptation ces innovations. Les pistes d'amélioration sont nombreuses : coordination et décloisonnement des métiers de la santé pour recentrer la valeur du temps médical sur l'expertise, professionnalisation des « patients experts ». Il s'agit plus globalement de réconcilier un système de soins français construit autour de l'hôpital, la médecine de spécialité et l'exercice individuel et le nouveau paradigme d'une médecine centrée sur les soins de premiers recours, coordonnée et ambulatoire.

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS : QUELLE LIBERTÉ POUR ENTREPRENDRE ?

Orateurs : Daniel CAILLE, Président de Vivalto | France, Didier DELETTE, Médecin généraliste à la Maison de santé de Fruges | France, Anne JASTRUP, Directrice des Hôpitaux Bispebjerg et Frederiksberg | Danemark, Marc PENAUD, Directeur général du CHU Toulouse | France, Aurélien ROUSSEAU, Directeur général de l'ARS Île-de-France | France

Débat animé par Antoine FLAHAULT, Directeur de l'Institut de Santé Globale à l'Université de Genève | Suisse



— Repenser l'hôpital en entrepreneur : le constat sur la situation actuelle

Si l'hôpital est un lieu régulé par les politiques publiques, un degré de liberté et d'esprit d'entrepreneuriat au niveau local est également nécessaire ; un changement organisationnel est aujourd'hui requis pour sortir des rigidités liées aux habitudes et aux identités de chaque métier. Si l'hôpital est le lieu par excellence de la maîtrise du risque pour la sécurité du patient, cette exigence

primordiale ne doit pas être considérée comme antinomique avec la possibilité d'innover. Des contrats globaux entre tutelles et établissements sont envisageables, comme en Île-de-France avec le contrat « 0 brancard », et permettent des prises en charge nouvelles. Enfin, si l'hôpital est un lieu de forte culture hiérarchique, il doit être irrigué de culture managériale, dont l'essence même est d'encourager les propositions d'innovation de chaque collaborateur. L'expérimentation de l'Article 51 cherche à insuffler cette culture d'innovation, où les tarifications existantes ne limitent pas les possibilités de parcours et de propositions offertes aux patients. Accepter l'échec et le tâtonnement est une condition nécessaire pour conduire cette transition, d'ailleurs nécessaire tout autant à l'hôpital qu'en ville.

Le contexte dual dans lequel s'inscrit l'hôpital, entre nécessité d'innovation et règles strictes du service public hospitalier - solidarité nationale, neutralité, équité et principe de précaution - ne devrait pas entraver la liberté d'initiative. Il s'agit alors de composer avec ce contexte complexe pour construire autour d'acteurs externes, internes, privés et publics, des projets ambitieux, comme l'illustre le projet de consortium à Toulouse autour du vieillissement. Pour réussir, ces projets doivent viser la création de valeur scientifique et médicale autant que la création de valeur économique. Les lois récentes, comme la loi PACTE, facilitent cette valorisation.

Enfin, les professionnels de santé sont trop peu préparés pour affronter les nombreuses démarches administratives nécessaires pour créer de nouvelles formes d'organisations. Un manque d'adaptation aux contraintes quotidiennes des médecins de la part des administrations, notamment en matière d'organisation des temps d'échanges, rend le dialogue difficile. Une simplification du système est devenue impérative.

— Le patient au centre du changement à entreprendre

L'hôpital déploie des moyens humains et des capitaux pour servir un projet médical. Ce projet-là est lui-même organisé autour du patient - ce qui interroge de façon sous-jacente l'éducation de celui-ci. L'importance du patient est aujourd'hui remise au premier plan par la grande personnalisation de la prise en charge. On prend en charge non plus la maladie mais le malade. Pour cela, de nouvelles méthodes *bottom-up* permettent d'intégrer, en France ou au Danemark, les attentes des patients et de leurs proches lors de la création des organisations. Pris entre ce désir d'accompagner le patient et les normes lourdes qui pèsent sur eux, les médecins peuvent être confus quant à la priorité de leur mission.

D'autres prises de conscience opèrent aujourd'hui, bouleversant les schémas traditionnels : le parcours de soins ne se réduit plus à l'hôpital, tout comme le praticien n'est pas seul à prendre en charge le malade mais inscrit dans une équipe très large. Dès lors, c'est pour construire un hôpital collaboratif, numérique et innovant que chaque professionnel de santé doit se remettre en question et s'engager, attaché au projet même et non au cadre dans lequel il s'inscrit.

Orateur : Maxime GROUT, Infirmier sur l'Île de Molène | France



— Une organisation des soins adaptée aux contraintes locales

L'île de Molène est une île de pêcheurs. L'accès aux soins et notamment la capacité à répondre rapidement aux situations d'urgences a dû être fortement adapté en conséquence. Une présence infirmière est assurée en continue (sur la base de 8 jours alternés entre les professionnels) et permet d'assurer la prise en charge des soins (pic d'activité au retour de la pêche le matin). Dans ces situations, l'infirmier intervient avec

les pompiers pour la pose de voies veineuses, la distribution de médicaments, en correspondance avec le SAMU du CHU de Brest qui peut intervenir par hélicoptère en 7 minutes. Lorsque les conditions météorologiques ne le permettent pas, la Société Nationale de Sauvetage en Mer (SNSM) est sollicitée.

Le dispositif est complété par la présence d'un médecin un jour par semaine sur l'île. Il réalise avec l'infirmier une visite des patients les moins mobiles au domicile le matin et l'après-midi est consacré aux consultations dispensées au centre médical et social. La mise en place de la télémédecine a également permis d'adresser les patients vers un spécialiste, ou vers le médecin généraliste en dehors des jours de présence.

L'infirmier est également responsable de la pharmacie disponible sur l'île.

— Des formations en cours pour accélérer la capacité de réponse aux besoins

L'infirmier va bénéficier d'une formation pour pouvoir réaliser les points de suture, et ainsi résoudre une partie des problèmes liés aux difficultés saisonnières d'accès à l'île pour le SAMU (impossibilité d'utiliser l'hélicoptère en hiver).

Le médecin en poste suit par ailleurs une formation pour la manipulation et l'analyse des échographies, dans l'objectif d'accélérer le diagnostic et le démarrage des traitements. Un échographe mobile faciliterait ce travail. Ce projet préfigure l'ambition nationale de mise en place d'infirmiers mobiles ayant le matériel pour assurer les soins de 1^{er} recours sur place sans avoir à se déplacer jusqu'aux services d'urgences.

SOIGNANTS : NOUVEAUX RÔLES, NOUVELLES RESPONSABILITÉS ?

Oratrices : **Tatiana HENRIOT**, Présidente de l'Union Nationale des Infirmières en Pratique Avancée (UNIPA) | France, **Christine LALIBERTÉ**, Infirmière praticienne spécialisée et Présidente de l'Aipsq | Canada, **Anna VALENTE**, Infirmière chirurgienne au Western Sussex Hospitals NHS Trust | Royaume-Uni
Débat animé par **Jean-David Zeitoun**, Médecin et Entrepreneur, Inato | France



— Les nouveaux rôles des infirmiers : Canada, Royaume-Uni, France

Selon un sondage CHAM-IPSOS réalisé sur 5 grands pays européens, une large majorité des citoyens seraient prêts à déléguer plus de tâches médicales à des infirmiers, de 50 % pour les petits gestes chirurgicaux à 70 % pour les prescriptions d'examens. Cette tendance est encore plus marquée en France.

Concrètement, ces délégations demandent la création de statuts d'infirmiers aux responsabilités élargies. Au Canada, il s'agit

de l'infirmier praticien (créé en 2005), qui peut intervenir en cabinet généraliste comme en hôpital, qui est autorisé à prescrire médicaments et examens et peut réaliser des consultations sans rendez-vous. Dans la majorité du Canada, il est également habilité à poser certains diagnostics, et il peut systématiquement assurer le suivi des pathologies chroniques. Le Royaume-Uni est encore plus avancé (la première Nurse Practitioner date de 1993 !) : en plus des Nurse Practitioners orientés vers la médecine (en ville comme en hôpital), il existe aussi des Surgical Care Practitioners. Eux jouent le rôle de premier assistant pour leur chirurgien, et peuvent même réaliser seuls un grand nombre d'actes chirurgicaux simples (injections articulaires, débridement des plaies...). Ils assurent la continuité du suivi du patient, de la consultation pré-chirurgie jusqu'à la phase post-opératoire.

En France, le tout nouveau diplôme d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA) demande 3 ans d'expérience professionnelle et deux ans de formation spécifique, avec 4 mentions possibles (Pathologies Chroniques Stabilisées, Maladies rénales et transplantations, Onco-hémato et Santé Mentale). Ils sont formés pour le dépistage, l'orientation, le suivi, et la qualité de vie du patient, et sont habilités à prescrire examens et médicaments dans leur spécialité d'élection. Bien qu'il n'y ait aujourd'hui que 60 IPAs diplômés, ce nombre devrait dépasser les 400 dès 2020 et augmenter rapidement par la suite étant donnée la popularité du cursus dans les universités.

— L'IPA, un modèle économique encore flou

Le modèle économique pour l'exercice en libéral des IPAs en France est en négociation, mais avec une très faible sollicitation des IPAs eux-mêmes ; les forfaits actuellement discutés (160€ par an pour le suivi d'un patient chronique, par exemple) présentent un risque de précarisation de la fonction, estime Tatiana Henriot. Par comparaison, un *surgical nurse practitioner* au Royaume-Uni débute sa carrière à 42 000 € annuels pour aller potentiellement au-delà de 70 000€, ce qui représente une très nette amélioration par rapport au statut d'infirmier « standard ». Qui plus est, c'est l'hôpital qui finance ses études. Au Québec aussi, l'infirmier praticien évoluera de 40 000 à 70 000 € annuels, et bénéficiera d'une bourse pour financer sa formation.

— Responsabilités et relations avec les médecins

Dans chacun des trois pays, il n’y a pas de réels problèmes de cohabitation entre médecins et infirmiers : dans un cadre de pénurie médicale, la complémentarité fonctionne globalement bien et sans doublon. Un effort de pédagogie reste nécessaire pour les médecins n’ayant pas encore eu l’occasion de travailler avec des IPAs, mais la capacité à fonctionner en duo n’est pas un frein significatif au déploiement. Légalement, le médecin n’est pas responsable pour l’IPA, qui peut d’ailleurs être poursuivi par le patient comme tout professionnel de santé : il y a un enjeu majeur à correctement documenter tout ce qui est fait, et bien sûr à respecter à la lettre les protocoles, aussi bien nationaux que spécifiques à une structure de soins.

QUELLES ORGANISATIONS NUMÉRIQUES AU SERVICE DES MALADES ?

Orateurs : **Philippe EMERY**, Directeur Général Division Abbott Diabetes Care, Abbott France | France, **Stanislas NIOX-CHÂTEAU**, Président de Doctolib | France, **Dominique PON**, Délégué ministériel à la transformation numérique en santé | France

Débat animé par **Olivier LE PENNETIER**, Praticien Hospitalier contractuel à l'AP-HP et au SAMU de Paris | France



— Face à la pression des grandes entreprises du numérique, la France en retard sur ses infrastructures de gestion et de partage des données médicales et médico-économiques

Loin du modèle américain où les GAFAMI (Google, Amazon, Facebook, Apple, Microsoft, IBM) se font de plus en plus présentes dans le domaine de la santé, la France et l'Europe demeurent très protecteurs envers les données médicales et médico-économiques. Cela représente un

frein pour le développement des acteurs privés du domaine, start-ups ou industriels. En particulier, l'absence d'une messagerie sécurisée, d'un système de collecte et de valorisation des données de santé, et un vrai manque quant à l'interopérabilité des logiciels dédiés sont autant de retards par rapport à des pays comme la Suède, où les données sont centralisées de manière beaucoup plus efficace.

— L'intelligence artificielle, un outil d'aide au diagnostic mais également d'aide à l'organisation

L'intelligence artificielle (IA) est un outil qu'il faut étudier et développer, en mettant de côté la méfiance qu'il peut susciter. En effet, le but n'est pas de remplacer les praticiens de santé, mais plutôt de les aider dans leur travail afin de libérer du temps de pratique médicale. Cela peut se faire de deux manières : par une aide au diagnostic, et donc une aide à la pratique médicale en elle-même ; ou bien par une aide à l'organisation en amont.

Dans ces deux cas, il est important de prendre en compte les praticiens de santé dans le développement de ces outils, si la solution a vocation à se pérenniser. En effet, ce sont les utilisateurs qui feront naturellement le tri entre les applications qui leur sont utiles et celles qui seront vouées à disparaître. C'est également la clé de la réussite du Dossier Médical Partagé. En effet, celui-ci est mis en place depuis 2008, mais n'est pas utilisé par la majorité du corps médical en raison de son manque d'ergonomie et de fonctionnalités.

— Un consensus émerge sur la gouvernance des données de santé par l'État, et la mise à disposition sous condition de ces données à des entreprises privées innovantes

En effet, tous les acteurs s'accordent à dire que c'est à l'État qu'il revient de centraliser, consolider et sécuriser les données de santé ainsi que les données médico-économiques. C'est sur cette base que pourraient se rattacher les entreprises privées, industriels comme start-ups, à partir d'autorisations accordées par l'État au cas par cas.

Cependant, s'il est bien question de partager ces données à des acteurs privés pour améliorer l'ensemble de l'environnement, ces accès doivent être accordés avec parcimonie, en particulier vis-à-vis des GAFAMI dont le business model repose sur la valorisation et la revente des données. Ce genre de collaboration est pour l'instant hors de propos, car à la différence des États-Unis, en France c'est la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui dispose de la gouvernance des données, et c'est à elle et non à des acteurs privés qu'il revient de les valoriser.

En conséquence, il est primordial d'investir dans le numérique, notamment afin de doter les établissements d'outils modernes et efficaces, à même de mieux communiquer entre eux et d'améliorer l'organisation des centres et entre les centres pour *in fine* libérer du temps pour les praticiens. Cela doit se faire sur la base des données collectées et distribuées par l'État, puis exploitées par les partenaires privés pour répondre aux besoins des patients et des professionnels de santé.

Orateur : Vincent TRELY, Président de l'Association Pour la Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (APSSIS) | France

Interrogé par **Fabien GUEZ**, Journaliste à BFM Life | France



— Un secteur de plus en plus sujet aux attaques

Le secteur de la santé est en extension numérique constante : les données sont de plus en plus numérisées, les appareils biomédicaux systématiquement opérés par des systèmes numériques connectés, les flux d'information s'ouvrent à l'extérieur de l'hôpital, etc.

Cela pose de nouveaux problèmes de vulnérabilité à des cyberattaques qui peuvent être de deux types :

- ▶ Vol de données médicales, revendues en ligne sur le marché noir pour nourrir des algorithmes d'intelligence économique (ex : les données de l'hôpital d'Atlanta sont disponibles pour le prix de 300 bitcoins, soit environ 2 millions d'euros) ;
- ▶ Cryptovirus, ou ransomwares, cryptant l'accès aux données et/ou aux logiciels de commande contre rançon (ex : 600 postes du CHU de Montpellier bloqués durant une semaine au début de l'année 2019).

— Pour lutter contre ces attaques, des réponses humaines et technologiques sont mises en place

Ainsi, sont créés de nombreux postes de Responsables de la Sécurité des Systèmes Informatiques (RSSI), en charge de la sécurisation du matériel informatique (hardware), et de Data Protection Officers en charge de la protection des données et de la sécurité logicielle (software).

De plus, des protocoles de sécurisation des flux de données sont mis en place, comme l'adoption d'une signature électronique, le cryptage des téléconsultations ou l'hébergement des données sur des serveurs sécurisés. L'utilisation du blockchain comme technologie de sécurisation des flux de données tout au long de leur parcours dans et hors des établissements de santé est également à l'étude. Enfin, de nouveaux procédés utilisent l'Intelligence Artificielle pour procéder à un diagnostic de sécurité à l'échelle d'un établissement.

— Une course à l'armement se met en place entre cyberattaques de plus en plus perfectionnées et protocoles de sécurisation des systèmes d'information

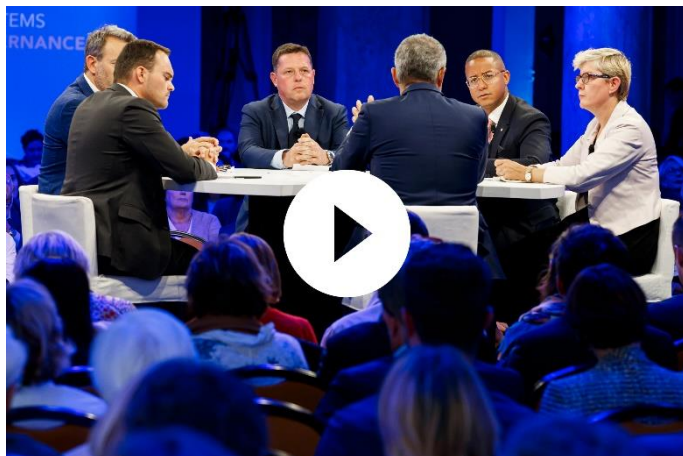
En effet, le domaine de la santé est particulièrement vulnérable aux cyberattaques en provenance du monde entier, contre lesquelles il est très difficile de riposter de manière efficace. Les moyens de s'en prémunir progressent donc par améliorations successives après chaque nouvelle attaque, tandis que les attaques en question se complexifient au cours du temps.

Parmi les moyens de défense, des « hackers éthiques » révèlent des failles informatiques aux industriels et aux établissements contre récompense. Ainsi, un hacker australien a pu révéler une faille permettant de faire exprimer une tension de 830 volts par un pacemaker à 50 mètres de distance. Dans un autre registre, une équipe de chercheurs israéliens a réussi à modifier des résultats d'imagerie afin d'ajouter ou de supprimer des nodules, et ainsi fausser le diagnostic du médecin.

Cependant, au-delà des failles technologiques, environ 9 attaques sur 10 surviennent encore à cause de défaillances humaines, comme le téléchargement de mails infectés.

Orateurs : **Cédric ARCOS**, Directeur général adjoint de la Région Île-de-France | France, **Thierry CHICHE**, Président d'Elsan | France, **James Loïc GEORGES**, Directeur International et Conseiller du Président de Gruppo San Donato | Italie, **Katia JULIENNE**, Directrice de la DGOS, Ministère des Solidarités et de la Santé | France, **Frédéric MASQUELIER**, Maire de la ville de Saint-Raphaël | France

Débat animé par **Norbert NABET**, Directeur général média, conseil, événementiel et formation de nehs | France



La manière dont est organisée la définition des politiques et leurs déclinaisons sur les territoires de santé est une question fondamentale pour un système de santé. L'exigence formulée par les citoyens est très claire en France : un égal accès aux soins et la participation à l'organisation de ce système de soins.

À cet égard le constat formulé par les participants est celui d'un système assez illisible, qui ne favorise pas l'innovation et la prise de responsabilité. À cela s'ajoute un

cloisonnement qui freine le développement de solutions nouvelles.

Le problème se pose en des termes différents suivant qu'on est le responsable élu d'une collectivité locale, le directeur dans une région, où le responsable d'un groupe de cliniques privées. Les attentes sont en revanche relativement convergentes :

- ▶ Avoir un terrain de jeu clair et stable en évitant les chevauchements que l'on observe trop souvent aujourd'hui entre le national et local, entre les agences régionales de santé et les établissements ... ;
- ▶ Réintroduire de la confiance en responsabilisant et en contractualisant.

Dans un système français qui comprend 3 niveaux de territoires (la région le département et la communauté de communes), il y a une maïeutique à construire : expliquer ce que l'on fait et discuter sur ce que l'on va faire. C'est une question de méthode. Les nouvelles organisations que sont les Groupements Hospitaliers de Territoire et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé constituent à cet égard un terrain favorable à une nouvelle approche dans les politiques de santé. La réussite de ces nouveaux dispositifs se joue en effet au niveau des territoires avec des espaces d'initiatives importants. La conception des politiques nationales doit se faire en observant ce que font les territoires. Il devient alors possible de laisser des espaces de discussion pour construire sur chaque territoire des solutions adaptées aux besoins de santé des populations. Les démarches engagées sur les Incitations Financières pour l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) et sur les nouveaux modes de financement vont dans ce sens.

Pour lutter contre le sentiment de défiance qui se développe face aux évolutions du système de santé, il est essentiel de créer les espaces de dialogue et d'échanges sur le terrain afin de concilier les impératifs d'efficience et les attentes des populations et de ceux qui les représentent.

L'exemple du groupe San Donato en Italie est à cet égard intéressant : en confiant à un acteur privé des missions de soins, d'enseignement et de recherche qui s'exercent dans un mode public mais selon des modalités privées.

Il devient important de réintroduire de la politique pour que les sujets de santé soient plus des sujets qui rassemblent que des sujets qui divisent.

Orateur : Thomas LEMKE, Président directeur général de Sana Kliniken AG | Allemagne



— La réponse à la désertification médicale en territoire rural

Les zones de sous-densité médicale se sont accentuées par le passé en Allemagne à la suite de départ à la retraite de nombreux praticiens en zone rurale sans avoir pu identifier de successeur. Le déficit d'offre a accéléré la reconception des solutions d'accès aux soins en zones rurales, mélangeant incitations publiques du gouvernement et des autorités locales (incitations financières à l'implantation,

remboursement des consommables et services médicaux, ou encore financement partiel des études médicales conditionné à une implémentation en zone sous-dense) et initiatives privées, comme celles du groupe hospitalier Sana (conventions de partage de connaissances entre praticiens ruraux et clinique, organisation des activités médicales des hôpitaux de proximité par co-management associant un chef de service d'un hôpital territorial de plus grande taille, incitations financières à l'exercice dans les structures plus isolées, et obligation d'avoir exercé dans un hôpital de proximité pour diriger un service dans un hôpital de grande taille). Une partie des efforts déployés par le groupe Sana inclut également l'utilisation d'un système d'information commun, permettant via télémedecine de mettre l'expertise des hôpitaux de grande taille à disposition des acteurs ruraux.

— Une réponse à approfondir face à la saturation des urgences

L'Allemagne fait également face à des problématiques de saturation des urgences par des demandes non-urgentes relevant davantage du soin non-programmé. Ce phénomène est accentué par le contexte budgétaire contraint en consultation, forçant de nombreux praticiens libéraux à restreindre leur patientèle à ceux disposant d'une assurance de santé privée avec pour conséquence un report des demandes vers l'hôpital. L'hôpital est aussi une solution de facilité pour le patient, rassuré par l'idée d'y trouver un plateau technique et un panel de spécialités complet. La question de la régulation de l'utilisation des services d'accueil des urgences devient dès lors pressante, avec un débat politique en cours sur le projet de loi proposé. Thomas Lemke reste cependant sceptique quant aux chances de succès de régulations qui ne s'appuieraient pas sur un système d'incitation financière au comportement des patients. L'explosion des flux vers les urgences a en effet été liée pour partie à l'abolition en 2012 du système de contribution financière majorée (majoration de 10 euros pour toute consultation aux urgences évaluée non-urgente, et 10 euros de cotisation supplémentaire par trimestre pour toute personne ayant sollicité au moins une consultation).

— L'expérience d'une gestion hospitalo-universitaire public-privé

Le groupe hospitalier privé Sana est responsable d'une dizaine d'établissements, dont des cliniques privées, mais aussi des centres hospitaliers universitaires sous un mandat de gestion public-privé. Ce modèle, permis par un rapport à l'investissement privé dans le service public de santé différent de celui de la France, est appliqué dans les hôpitaux universitaires allemands selon différents degrés d'investissement du privé. On compte ainsi 2 hôpitaux universitaires entièrement privatisés, plusieurs

établissements hybrides où seuls certains pôles médicaux sont privatisés, et encore une part importante d'hôpitaux universitaires publics traditionnels. Dès lors qu'un service est sous la gestion d'un groupe privé, celui-ci est pleinement responsable de l'activité et des récompenses et risques économiques associés. Les professeurs sont nommés avec la faculté de médecine mais employés par le groupe privé administrateur, la recherche et l'enseignement étant alors menés en collaboration avec l'université sur un site d'implantation partagé. Le privé apporte au besoin universitaire un management économique privé capable de mener des processus de décision rapide. Les hôpitaux restent sous l'autorité du Länder, et l'État fédéral promulgue les normes législatives communes, notamment financières. Historiquement le modèle allemand promeut la décentralisation via le comité d'auto-administration réunissant hôpitaux et assureurs pour approuver procédures et standards, mais il se voit aujourd'hui confronté à la multiplication des législations fédérales, alors même que le moment serait propice pour repenser et adapter nos modèles au changement numérique et sociétal.

QUELLE GOUVERNANCE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRODUCTION DE SOINS ?

Orateurs : Véronique ANATOLE-TOUZET, Vice-Présidente de la Conférence des DG des CHUs | France, **Dominique LE GULUDEC**, Présidente de la Haute Autorité de Santé | France, **Zeynep OR**, Directrice de recherche et Économiste à l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé – IRDES | France, **Ignacio RIESGO**, Conseiller santé | Espagne

Débat animé par **Didier BAZZOCCHI**, Directeur Général de MMA, groupe Covéa | France



— Construire des indicateurs pertinents pour évaluer la qualité des soins

La qualité des soins comporte cinq dimensions : l'efficacité, l'accessibilité, la sécurité, l'expérience patient, et l'efficience. Le défi est de définir des indicateurs pertinents, qui aient du sens pour les professionnels de santé et pour les usagers, afin d'évaluer la qualité selon ces critères. Les indicateurs recueillis en France, par exemple dans le cadre de la certification Haute

Autorité de Santé (HAS), sont principalement des indicateurs de processus ; à présent, il s'agit d'identifier des indicateurs de résultat.

L'expérience patient est un critère de qualité qui a longtemps été négligé. Une enquête européenne CHAM-IPSOS révèle que pour 49 % des personnes, le critère le plus important pour évaluer la qualité du travail des médecins est pourtant la relation avec le médecin ou la qualité de vie. L'enquête E-SATIS collecte des données de satisfaction patient par établissement, mais reste très générique. Globalement, l'évaluation de la qualité en France se base encore essentiellement sur des bases de données administratives, qui devraient être complétées par des enquêtes patients à grande échelle, plus qualifiées (par indication clinique, par population, etc.).

Par ailleurs, l'évaluation de la qualité se fait encore majoritairement à l'échelle des établissements de santé, parfois à l'échelle des services, mais néglige souvent la variété des cas cliniques, ce qui freine les possibilités de comparaison. Les nouveaux indicateurs de qualité seront des indicateurs au parcours : la HAS travaille actuellement sur des guides pour 13 parcours de soins majeurs. En parallèle, la démarche du « patient traceur » est appliquée pour étudier les parcours à l'échelle du territoire, et non plus seulement au sein d'un établissement.

Enfin, le recueil des indicateurs de qualité est aujourd'hui conditionné au potentiel des systèmes d'information. Pour permettre des analyses au parcours, et garantir la qualité des données, des investissements majeurs dans le numérique sont nécessaires.

— L'incitation financière, un outil nécessaire mais pas le seul levier

Les modes de financement actuels n'incitent pas à la qualité ; au contraire, ils rémunèrent le volume de soins plutôt que leur pertinence. L'incitation financière à la qualité est nécessaire car les contraintes économiques guident les pratiques. La première étape est donc d'identifier les bonnes pratiques pour la qualité des soins, puis de définir un financement qui les soutienne.

Si l'incitation financière est essentielle, elle n'est pas le seul levier : l'éthique des professionnels, la transparence et la réputation, ainsi que la formation sont des incitatifs à l'amélioration de la qualité.

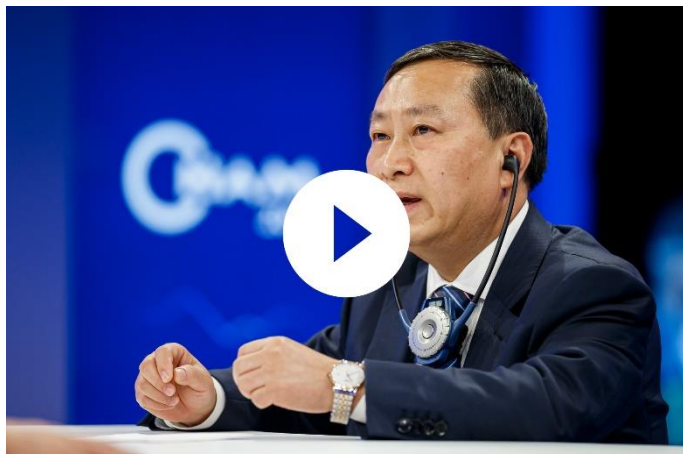
— Trouver un équilibre entre démarche nationale et initiatives locales

La démarche d'amélioration de la qualité concerne au premier plan les professionnels de santé et les patients, qui vivent les problématiques de terrain et sont les plus à même d'identifier les priorités. C'est pourquoi la HAS associe les professionnels et les usagers dans un travail de co-construction pour définir les indicateurs de qualité. Si une démarche qualité à l'échelle nationale est nécessaire pour donner les impulsions des réformes, construire les standards et les modes de financement, l'appropriation de la démarche se fait au niveau local. Les ARS, les CPTS, les établissements ont donc un rôle clé à la fois dans la conception et dans la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité de la production des soins.

EXPÉRIENCE CHINOISE : L'IA AU SERVICE DE LA GOUVERNANCE D'UN ÉTABLISSEMENT

Orateur : Fu ZHU, Président du Shanghai Xuhui Cloud Hospital | Chine

Interrogé par **Guy Vallancien**, Président de CHAM | France



— Shanghai, une ville-monde au besoin d'efficacité dans la prise en charge médicale grandissante

Avec une métropole étendue peuplée d'environ 80 millions d'habitants, 365 hôpitaux et des centaines de centres de proximité, la ville de Shanghai fait face à des défis sanitaires comparables à la plupart des pays européens. Pour répondre à ces besoins, l'une des premières expériences d'hôpital assisté par Intelligence Artificielle a été mise en place. Un an et 92 000 consultations plus

tard, en voici les premiers résultats.

— Un parcours patient assisté par Intelligence Artificielle

Depuis la prise d'informations initiale jusqu'à l'obtention d'une prescription, l'Intelligence Artificielle de l'hôpital joue un rôle à chaque étape :

Tout d'abord, le patient prend un rendez-vous sur internet, sur smartphone ou sur WeChat (équivalent chinois de WhatsApp) en remplissant un questionnaire qui doit permettre à l'IA de proposer un rendez-vous auprès du service adapté et dans un délai optimal. L'IA prévoit également des rendez-vous pour passer les examens complémentaires le cas échéant.

À l'issue de ces examens, l'IA est en mesure de proposer un traitement et une prescription adaptés. Cette prescription est systématiquement relue, modifiée et validée par un médecin, qui en est responsable juridiquement. Enfin, un retour est fourni par le médecin pour l'amélioration continue de l'IA.

— Des avantages en termes d'efficacité et de partage des données médicales

Ce système est présenté comme présentant de nombreux avantages. Tout d'abord, l'efficacité, le temps de travail des médecins étant focalisé sur la relecture et la confirmation des consultations, ce qui permet notamment d'établir une permanence médicale 24h/24h. En effet, l'IA est en grande partie autonome pour prendre des rendez-vous à toute heure, en partie grâce à des technologies d'interface homme-machine comme la Reconnaissance de Langage Naturel.

De plus, l'assistance par une IA permet de planifier des téléconsultations dans des zones reculées et difficiles d'accès comme le Tibet. En effet, les médecins sur place peuvent requérir l'aide de l'IA à distance depuis un centre de connexion pour les assister lors des consultations.

Enfin, les dossiers médicaux générés au sein de l'hôpital sont partagés à l'échelle de la municipalité de manière sécurisée, ce qui doit permettre une plus grande fluidité dans le parcours du patient et d'éviter les questions et examens redondants.

— **Des limites dans la prise en main par les parties prenantes, ainsi que des préoccupations quant à la sécurité informatique**

La transition vers ce nouveau mode de fonctionnement ne s'est cependant pas effectuée sans difficultés. En premier lieu, l'interface des patients paraît poser des problèmes en particulier pour les patients les plus âgés. Des infirmiers sont donc présents sur place afin d'aider les nouveaux patients à remplir les questionnaires et à interagir avec les applicatifs de l'hôpital.

Ensuite, les médecins et les personnels soignants au sens large ont dû être formés à l'utilisation des nouveaux outils, qui pour certains changent radicalement l'organisation et les habitudes de travail.

Enfin, la protection des données et des logiciels est évidemment au cœur des préoccupations, ce qui a donné lieu à des protocoles drastiques de contrôle des accès et de surveillance des informations.

PATIENTS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION ?

Orateurs : **Frédéric COLLET**, Président de Novartis France | France, **Evelyne POUPET**, Directrice générale de l'hôpital et du GHT de Châteauroux | France, **Eric SALAT**, Patient expert, Codirecteur du DU démocratie en santé à Sorbonne Universités | France

Débat animé par **Olivier MARIOTTE**, Président de nile | France



— **C'est le moment de faire évoluer la place du patient d'un rôle consultatif et représentatif vers un rôle actif dans la gouvernance des structures de santé**

Depuis 2002, la démocratie sanitaire se développe en France et la place du patient est aujourd'hui amplement reconnue dans le système de santé, acceptée par toutes les instances du système de santé, qui demandent de plus en plus la participation du patient. En revanche, le pouvoir d'action du

patient reste limité, notamment dans le cadre des discussions avec les ARS ou la possibilité de participer dans le comité des produits de santé. À l'heure actuelle, le patient est présent dans la gouvernance, mais on ne peut pas dire qu'il est légitime.

Pourtant, une plus grande implication est demandée de la part des patients, comme démontre le sondage de CHAM-IPSOS : 63 % des patients accepteraient de participer au conseil d'administration d'un établissement de santé, 58 % et 50 % dans des entreprises du médicament et des dispositifs médicaux.

Bien que souhaitée, cette évolution pour plus de légitimité pose des difficultés pour les patients. La participation à la gouvernance peut représenter aujourd'hui plus de 35h par semaine de bénévolat. Il faut penser à la formation de ces patients impliqués dans les instances.

Le périmètre de participation des usagers doit s'élargir allant au-delà de ce qui est prévu par les textes, y compris en amont de la formation des professionnels de santé en intégrant la participation des patients dans des instances de gouvernance des instituts de formation en soins infirmiers et des aides-soignants.

On ne doit pas travailler pour le patient mais avec le patient et on ne doit pas le faire par angélisme, mais pour répondre à un besoin. Pour les entreprises du médicament, il faut intégrer le patient dans le cycle de vie du médicament : dès le développement du médicament jusqu'au moment où il devient un générique ou un biosimilaire. Déjà aujourd'hui les patients sont inclus très en amont dans la rédaction des protocoles et des consentements. Selon certains, les patients doivent être intégrés davantage dans la gouvernance mais dans un cadre où un besoin est bien identifié et par conséquent, le conseil d'administration n'est pas forcément la meilleure plateforme.

— **Un dialogue à construire au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)**

Le patient devra jouer un rôle essentiel car avec ces nouvelles structures le parcours du patient devient le cœur de la préoccupation. Les patients sont les mieux positionnés pour signaler les

dysfonctionnements et les ruptures de parcours et pourront donc devenir les médiateurs entre les différents professionnels et structures impliqués dans le parcours.

Ces parcours de soins du patient doivent être co-construits avec les patients, comme c'est déjà le cas des thérapies anticancéreuses orales, où les patients deviennent complètement responsables de la prise du médicament et doivent être impliqués dans la conception des parcours.

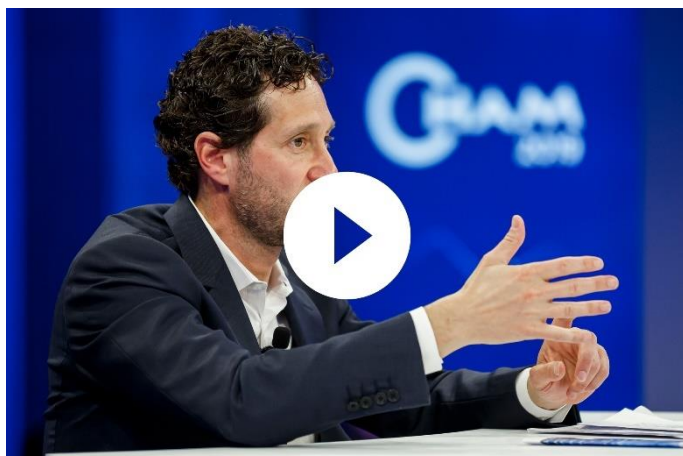
— Évaluation de la qualité du système de santé

Les patients sont déjà intégrés dans les groupes d'évaluation réguliers comme les Comités de Retour d'Expérience (CREX) et les revues de morbidité dans certains Centres Hospitaliers. D'autre part, les comités d'usagers peuvent avoir un rôle actif, par exemple en incitant à la vaccination contre la grippe pour le personnel soignant et au travers de la production des rapports pour la HAS. En ce qui concerne la qualité des produits de santé, les patients participent déjà dans les instances telles que la HAS et le Comité Économique des Produits de Santé.

EXPÉRIENCE AMERICAINE : UN SYSTÈME DE SANTE INTÉGRÉ

Orateur : Paul KRAKOVITZ, Vice-président, Chief Medical Officer d'Intermountain Healthcare | USA

Interrogé par **Thomas LONDON**, Directeur associé, McKinsey & Company | France



— Intermountain Healthcare : une pépite dans le système de santé américain

Intermountain Healthcare est un système de santé à but non-lucratif regroupant 24 hôpitaux, dont un virtuel, et des unités de soins primaires dans l'Utah, qui couvre la moitié des soins délivrés dans cet Etat. Il se fait remarquer par ses résultats exceptionnels autant au niveau de la qualité qu'en ce qui concerne la maîtrise des coûts, qui ne s'élèvent qu'à la moitié des coûts moyens

observés dans le reste du pays.

Les soins délivrés par Intermountain s'organisent en deux axes : *community base care* qui se consacre au premier recours et *specialty care* qui se consacre aux soins de deuxième recours.

— Une action double pour réduire les coûts du système dans son intégralité

Afin de diminuer les coûts des soins hospitaliers, Intermountain s'appuie largement sur des stratégies répandues comme le développement de centres de chirurgie ambulatoire, y compris pour des spécialités telles que le cardiovasculaire (coronarographie ambulatoire), et de centres d'imagerie en ville.

Néanmoins, le principal objectif vise à limiter la venue des patients à l'hôpital, en utilisant pour cela deux leviers :

- ▶ la réduction du recours aux urgences, qui est favorisée en réorientant les personnes aux centres de soins non programmés en libre accès qui existent dans des villes ;
- ▶ le développement des soins primaires à travers un modèle novateur où une équipe pluriprofessionnelle est responsable d'environ 1000 patients. Cette équipe passe en revue son groupe de patients tous les matins, analyse les données recueillies (patients à risque, passages aux urgences, etc.) et répartit les tâches des professionnels en fonction des besoins des patients.

— La passerelle entre ville et hôpital facilitée par des programmes cliniques

Des parcours fondés sur des modèles de processus de soins standardisés pour le cardiovasculaire, l'oncologie, le musculosquelettique et le comportemental ont été développés pour pouvoir identifier comment agir afin d'éviter que les patients aient besoin de soins hospitaliers. Dans les cas où des soins hospitaliers sont requis, ces modèles sont également utilisés pour limiter la durée de séjour. Ces parcours ont permis de réduire les coûts et de maintenir la qualité.

— **La télémédecine pour améliorer l'accès aux soins dans les zones rurales et pour réduire les passages aux urgences**

Des hôpitaux ayant un nombre très réduit de médecins existent dans des territoires isolés. Afin de maintenir un bon niveau de qualité des soins, ils font appel à des infirmiers praticiens et à la télémédecine. Des praticiens présents dans les grands centres guident les acteurs sur place sur les actions à prendre dans les cas cliniques plus complexes.

La télémédecine est également utilisée afin d'éviter la venue des patients aux urgences via une application mobile qui permet au patient d'indiquer ses symptômes et, selon les cas, obtenir une ordonnance ou être redirigé vers un spécialiste ou, si absolument nécessaire, aux urgences.

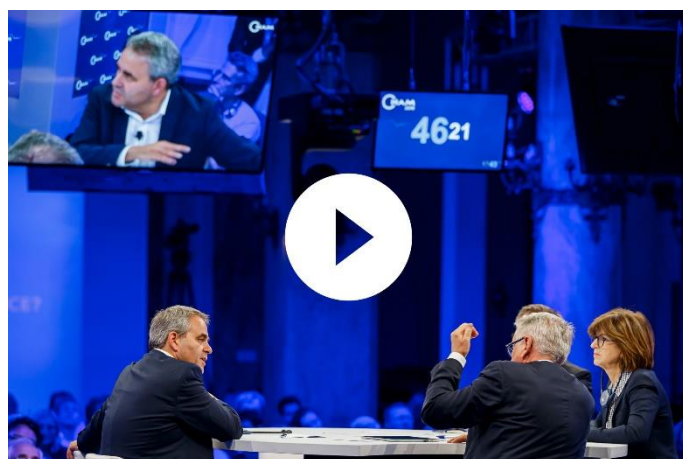
— **Pour améliorer la performance, Intermountain met l'emphase sur les fondamentaux**

Qualité, sécurité, expérience patient, expérience soignant, réduction des coûts et croissance sont les fondamentaux qui guident les actions d'Intermountain. Ils reposent sur l'amélioration continue et l'utilisation du *lean management*, qui sont régulièrement mesurés par des indicateurs de performance clés pour déterminer si les objectifs sont atteints.

LES RÉGIONS DANS LA SANTÉ DEMAIN

Orateurs : **Xavier BERTRAND**, Président de la région des Hauts-de-France | France, **Nekane MURGA EIZAGAECHEVARRIA**, Ministre de la Santé du Pays Basque | Espagne, **Hans WINBERG**, Secrétaire Général de la Leading Health Care Foundation | Suède

Débat animé par **Benoît PERICARD**, Associé et Directeur national Santé et Secteur Public, KPMG | France



— Quelle place pour une gouvernance de santé locale ?

Le sondage réalisé par IPSOS pour CHAM révèle que la majorité des citoyens européens confieraient prioritairement la gestion des hôpitaux, maisons de santé et maisons de retraite à des institutions publiques locales : région ou commune.

En Suède et en Espagne, c'est effectivement le cas : les régions ont la charge de la grande majorité du budget dédié à la santé. Cet arbitrage porte ses fruits, particulièrement au

Pays Basque où le budget de la santé est à l'équilibre. Le gouvernement de la région fixe tous les quatre ans un plan de santé définissant les actions prioritaires pour la santé de la région, avec des objectifs de résultat. En Suède, la gouvernance locale (au niveau régional pour le champ sanitaire et au niveau des communes pour le médico-social) permet également de répondre aux enjeux de régions géographiquement et démographiquement très diverses. L'État fédéral n'a que peu de pouvoir sur la politique de santé.

Le système français est, à l'inverse, très centralisé. Les régions disposent de budgets dédiés à la santé restreints (10 millions d'euros pour la région Hauts-de-France, par exemple) qui ne permettent pas de mobiliser suffisamment de moyens pour répondre aux problématiques locales. Les budgets pourraient mieux prendre en compte les spécificités régionales, par exemple en utilisant une péréquation pour répartir équitablement les moyens entre les régions qui en ont le plus besoin, ou en transformant l'objectif national des dépenses de santé en objectifs régionaux modulables. La mise en place des ARS ne répond pas à ces enjeux : les agences ont des missions trop larges, sur des territoires trop vastes.

— Une gouvernance locale pour une politique adaptée aux besoins

Une gouvernance locale a l'avantage de favoriser l'émergence d'innovations en réponse à des priorités particulières. En Suède, par exemple, l'accès aux soins est un défi majeur dans des régions très étendues et faiblement peuplées. Pour y faire face, la télémédecine a été largement déployée sur les cinq dernières années.

De plus, travailler à petite échelle permet une approche plus intégrée : au Pays Basque, la santé est une problématique transversale, qui est prise en compte dans les autres champs de compétence du gouvernement autonome. Les initiatives mises en place dans le domaine du social, de l'alimentation ou de l'habitat par exemple sont aussi évaluées selon leur impact sanitaire. Au contraire, en France, les régions ne sont pas présentes dans les ARS, et les deux institutions ne sont donc pas coordonnées.

— Repenser la gouvernance pour répondre à de nouveaux défis

Le monde de la santé a vécu deux révolutions ces trente dernières années : une révolution médicale, et une révolution digitale. Cependant, la gouvernance n'a pas encore évolué pour prendre en compte ces nouvelles pratiques. À ceci s'ajoute une pénurie de moyens alloués à la santé, en France : de moyens humains avec un déficit de médecins, et de moyens financiers avec des contraintes budgétaires fortes. Les régions peuvent et souhaitent s'impliquer dans la politique de santé pour relever ces défis, par exemple en soutenant l'exercice médical libéral via des plateformes de gestion administrative, ou la mise en place d'assistants médicaux.

Système entièrement centralisé ou décentralisé, aucun des deux n'est optimal, mais un équilibre est à trouver. La santé est un sujet multidimensionnel, il est important d'observer et de reconnaître la culture locale de santé avant de définir la gouvernance pour la soutenir. Pour cette raison, une solution serait de laisser la place à l'expérimentation, afin de faire émerger un meilleur système de gouvernance.

QUELLE GOUVERNANCE POUR FAVORISER L'INNOVATION ET LA MISE À DISPOSITION DES PRODUITS DE SANTÉ ?

Orateurs : Jean-Noël ALBERTINI, Professeur de chirurgie cardio-vasculaire au CHU Saint-Etienne et Président de PrediSurge | France, Jean-Luc BÉLINGARD, Vice-président de l'Institut Mérieux et Président du CSIS | France, Catherine ESTRAMPES, Présidente directrice générale de GE Healthcare Europe | France, Nicolas REVEL, Directeur de la CNAM | France

Débat animé par Jean-François LEMOINE, Médecin et Journaliste à Fréquence M | France



— Les innovations identifiées pour les 10 prochaines années

Un sondage CHAM-IPSOS, interrogeant les citoyens sur les innovations en santé les plus importantes pour eux dans les 10 ans à venir, révèle que les premières innovations attendues portent sur les médicaments et les dispositifs médicaux, sur la place offerte au patient dans le système, à travers le Dossier Médical Partagé (DMP), le développement massif de la prévention, les rendez-vous en ligne et enfin des innovations liées à l'avancée

de la technologie, de l'internet et de l'intelligence artificielle.

L'objectif du partage de l'information est un levier essentiel d'innovation organisationnelle et d'amélioration des soins, il est actuellement porté par le DMP qui a pour ambition de couvrir toute la population en 2021 et constituer la brique de base de l'innovation numérique.

— Un rythme d'innovation et de mise à disposition des produits de santé français à deux vitesses

Aujourd'hui, la France présente des rapports contrastés avec l'innovation et la mise à disposition des produits de santé : le système est à la fois bénéfique par l'importance des soutiens financiers fournis par les agences gouvernementales et à la fois contreproductif par des procédures complexes et longues d'autorisation des innovations médicamenteuses ou de dispositifs médicaux.

Ainsi si les soutiens financiers et les programmes gouvernementaux, tels que l'article 51, permettent aux industriels de développer des innovations et de favoriser ce marché en soutenant les start-up novatrices du secteur, les procédures et délais complexes de mise à disposition des produits invitent les industriels à favoriser des pays voisins, comme l'Allemagne où ce délai moyen est de 8 mois, contre 18 mois en France.

Dans un contexte de globalisation, cette complexité dessert le rayonnement français en santé publique.

— Une solution : une gouvernance intégrée alliant acteurs médicaux et industriels, et gouvernement

Une démarche a été amorcée par les industriels avec le gouvernement pour simplifier cette mise à disposition et diminuer les délais, principalement influencés par des évaluations peu adaptées à l'innovation et par des négociations financières longues. En acceptant de simplifier, les agences

gouvernementales rappellent cependant que certains délais sont essentiels pour sélectionner les produits réellement innovants et apportant une réelle valeur ajoutée de prise en charge.

La création du Comité Stratégique de Industries de Santé (CSIS) et le dialogue des industriels et du gouvernement pour la simplification viennent ainsi confirmer l'initiation d'une gouvernance commune et l'objectif du développement de l'innovation en France mais laisse aussi présager un travail à long terme pour concilier des cultures santé différentes et trouver des évolutions satisfaisant tous les acteurs.

RESPONSABILITÉ SOCIALE DES ENTREPRISES : MODE OU PRIORITÉ ?

Orateurs : **Isabelle CADET**, Maître de conférences en sciences de gestion à l'IAE Paris Sorbonne Business School | France, **François GRACIA**, Ingénieur en Chef CE et Responsable Accréditation Qualité Gestion des Déchets au CHU Montpellier | France, **Marc GUYOT**, Head of ESG de LBO France | France, **Guillaume LEROY**, Président de Sanofi France | France, **Claude TENDIL**, Vice-Président et Président de la Commission Réforme de la protection sociale au MEDEF | France

Débat animé par **Thierry GUERRIER**, Journaliste | France



— La RSE, un concept ancien, au cœur de la réponse aux urgences actuelles.

La Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) est un phénomène qui s'est largement imposé dans la vie des entreprises et des organisations. Qu'il s'agisse de progression de la gestion des déchets, de meilleure prise en compte de la qualité de vie au travail, de la question du sens au travail, du choix de partenaires commerciaux plus « vertueux » ou d'investissements responsables, les impacts que peuvent avoir les organisations

sur la société sont de plus en plus pris en considération.

Dans un contexte de « choc des urgences », urgences climatiques, urgences sociales, etc., la problématique apparaît en effet centrale. Or et malgré cette actualité du concept, un constat demeure : le grand public méconnaît la RSE, et il est difficile de discriminer entre les effets d'annonces, les valeurs affichées et les mises en œuvre concrètes. Ainsi, selon un sondage CHAM-IPSOS réalisé sur 5 grands pays européens, 21 % des répondants pensaient efficaces les actions de RSE mises en place par les entreprises pour la santé de leurs salariés, 20 % pensaient ces mesures inefficaces et 59 % déclaraient ne pas avoir assez d'information sur le sujet. Le cœur du débat posé ici s'articule alors autour de la perception des efforts entrepris, dans un contexte où la définition même de la RSE a beaucoup évolué pour s'étendre vers des limites parfois floues.

— Un concept multiforme aux limites trop floues mais au potentiel très large ?

En effet, une limite de ce concept est la plasticité de sa définition, qui désigne aujourd'hui des situations très diverses, rendant difficile la perception de ses impacts.

La RSE est ainsi née de la formalisation des réflexions managériales américaines sur les bénéfices pour une entreprise de prendre en compte sa responsabilité sur la vie de ses employés. Le développement des préoccupations environnementales, mais aussi sociales et économiques a contribué à l'extension de cette dynamique. Avec le renforcement de ces enjeux, une forme d'institutionnalisation a été mise en place et les états, européens en particulier ici, ont encadré et étendu les mesures prises, notamment en initiant un suivi des performances en matière de développement durable et en identifiant des objectifs nationaux. Cette tendance concourt à faire sortir progressivement la RSE de sa visée interne pour lui donner une envergure nouvelle, plus tournée sur ses parties-prenantes. À son tour, cette évolution force à réévaluer les attentes vis-à-vis du rôle social de l'entreprise : à la fois comme acteur mais aussi comme

contributeur au monde social, par le sens que propose le travail et par son mode de réalisation. La RSE s'étend ainsi au point de devenir un des éléments qui fonde l'action de l'entreprise, pour certains des employés. À ce titre, la RSE doit concerner tous les organismes, dont les hôpitaux, à l'image du CHU de Montpellier qui en a déjà fait un élément important. Cette évolution « par élargissement » contribue en un sens à la vision floue du concept, mais elle en étend surtout les possibilités et les réalisations.

Il apparaît ainsi que si la RSE est une mode, cette mode a fini par s'attribuer progressivement une place de plus en plus prioritaire et qui finit par asseoir sa légitimité par ce qu'elle réalise. À charge alors pour ses acteurs d'en travailler la communication et d'en valoriser les réussites.

LA SANTÉ, UN ENJEU ÉCONOMIQUE MAJEUR POUR LA FRANCE ET L'EUROPE

Oratrice : Agnès PANNIER-RUNACHER, Secrétaire d'État auprès du Ministre de l'économie et des finances | France

Interrogée par **Karim TADJEDDINE**, Directeur Associé, McKinsey & Company | France et **Guy VALLANCIEN**, Président de CHAM | France



— Des signes du renouveau de l'industrie française

Après deux décennies de déclin, les premiers signaux du renouveau de l'industrie française sont enfin observés. Ils signent la fin de l'idée d'une société post-industrielle uniquement basée sur les services. Si la volonté de redéployer l'industrie française a débuté en 2010, elle a véritablement été mise en œuvre à partir de 2017, notamment par des mesures pour la compétitivité comme la réforme des ordonnances travail, de la fiscalité du capital

pour favoriser l'investissement à risque comme celui des entreprises ou encore la diminution de la fiscalité des entreprises comme l'impôt sur les sociétés, marqueur international pour les investissements.

Ces efforts ont porté leurs fruits et classent la France en tête des destinations en Europe pour les investissements étrangers pour l'industrie et les centres de recherches et de développement.

— Les défis d'évolution de cette dynamique

Cette dynamique est confrontée à quatre défis. Le premier est la conduite de la transition depuis un mode de production quasi-taylorien à une production intégrant machines à fabrication additive, commandes numériques, robots et cobots¹. Cette transition assurera une plus grande flexibilité et mettra à profit la force française en termes d'ingénieurs. La forte valeur ajoutée de ces modes de production compensera les coûts importants de production en France. Le second réside dans l'accompagnement de la montée en compétences, concrétisé par un plan de 15 milliards d'euros. Le troisième consiste à simplifier la complexité administrative, afin qu'elle ne soit pas un frein à l'installation en France. Enfin, l'attractivité des filières industrielles est le quatrième défi. Alors que les filières de la biotech et de la pharmacie ont tout autant d'enjeux intellectuels et de transformation de la société que les GAFA, l'industrie en général peut souffrir d'une image de conditions de travail dégradées.

— La priorité donnée aux industries de santé

Cependant, si des embellies sont à noter pour l'industrie française, peu se font sentir dans le paysage industriel pharmaceutique. En effet, moins de 10 % des projets industriels concernent ce secteur. C'est pour cela que le gouvernement a fait une priorité des industries de santé. Un levier principal est la préservation du crédit impôt-recherche, élément majeur de la compétitivité française qui fait bénéficier à la filière pharmaceutique de près de 600 millions d'euros. La loi PACTE est un autre outil visant à

¹ Robots collaboratifs, non-automatiques

simplifier le passage de la recherche fondamentale à la recherche appliquée et à protéger la propriété intellectuelle. Par ailleurs, le dernier volet du plan d'action du comité stratégique des entreprises de santé finance l'innovation, autant pour impacter le patient que les capacités de production. Les effectifs de la HAS et du Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) seront également augmentés, et leur mission sera élargie à l'évaluation du cadre industriel de la production des produits de santé.

— L'élaboration d'une stratégie industrielle européenne

Si au niveau national, la France a de nombreux atouts et déploie l'une des plus puissantes bases de données mondiales avec le récent Health Data Hub², il faut également penser une stratégie au niveau européen. L'Europe a fait le choix d'investir massivement dans les filières d'Intelligence Artificielle, reliées aux industries de santé, pour aboutir à des investissements des pays européens et développer une innovation européenne. Cela pour assurer la compétitivité et la souveraineté européenne.

² Plateforme d'exploitation des données de santé

ASPIRATION DES CITOYENS ET IMPÉRATIFS DE GESTION : L'IMPOSSIBLE ÉQUATION ?

Orateurs : Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la Santé | France, Nora KRONIG ROMERO, Ambassadeur et Vice-directrice de l'Office fédéral de la santé publique – OFSP | Suisse, Per OKKELS, Secrétaire d'État permanent du Ministère de la Santé et des Personnes Âgées | Danemark

Débat animé par Philippe JUVIN, ancien Député Européen et Chef du département des urgences de l'HEGP | France et Guy VALLANCIEN, Président de CHAM | France



— Suisse, Danemark, France : des systèmes de santé fondamentalement différents qui répondent à des enjeux similaires

Les systèmes de santé suisse et danois sont largement plus décentralisés que le système français. Leur organisation repose sur des niveaux intermédiaires, 26 cantons en Suisse et 5 régions au Danemark, responsables d'allouer les ressources aux établissements et de veiller à la qualité de la production des soins. Si « Ma Santé 2022 » vise une

territorialisation de la prise de décision, les régions françaises ne seront pas ordonnatrices des dépenses et des recettes pour éviter une compétition trop accrue entre régions. L'équilibre entre acteurs publics et privés est aussi une différence notable. Les acteurs publics ont une place prépondérante au Danemark, l'État est l'unique payeur des dépenses de santé financées par l'impôt et seuls 2 à 4 % des soins sont produits par des acteurs privés, et en France 78 % de l'assurance santé est d'origine publique. Si la Suisse finance aussi les dépenses de santé par un système d'assurance, 75 % des financements sont d'origine privée : les dépenses de santé des citoyens suisses sont donc respectivement 2 et 3 fois plus élevées qu'au Danemark et qu'en France. Le système suisse a encore la spécificité d'être basé sur une démocratie directe : les citoyens participent aux prises de décision.

Pourtant les défis et les priorités à l'échelle nationales sont semblables. Les 3 États doivent répondre aux mêmes enjeux démographiques, épidémiologiques (population en croissance mais vieillissante, prise en charge des maladies chroniques) et organisationnels (la crise des urgences, l'interprofessionnalité du professionnel médical) et ont les mêmes objectifs finaux : maîtriser les coûts évitables, garantir un système à financement pérenne, et fournir un service de qualité.

— Le Danemark, un exemple pour la France ?

Si la France débute les réformes avec le projet « Ma Santé 2022 », le Danemark est déjà devenu une référence d'efficacité en diminuant la Durée Moyenne de Séjour nationale à 3,2 jours. La réforme, financée à hauteur de 40 milliards d'euros en 6 ans, s'est appuyée sur le recours à la médecine de ville et la délégation de compétences. En 3 ans, les consultations aux urgences ont diminué de 25 % grâce à un processus de filtrage des patients dans les soins aigus. Des médecins, disponibles 24h/24, prennent en charge les patients les moins graves dans des unités externalisées mais proches de l'hôpital alors que des petites unités spécialisées prennent en charge les soins aigus. L'objectif est à présent de traiter 20 % des maladies chroniques en dehors de l'hôpital alors que les urgentistes danois jugent que 75 % des cas de

diabète traités en hôpital pourraient être externalisés. La délégation de tâches au personnel soignant, mieux formé, accélère la prise en charge des patients : les infirmiers sont 2 fois plus nombreux au Danemark que dans la moyenne de l'Union Européenne et sont formés sur 4 ans.

— **Un point sur « Ma Santé 2022 »**

La stratégie de transformation du système de santé français repose sur :

- ▶ La confiance et la reconnaissance dans les acteurs de terrain : l'État doit être garant de l'égalité d'accès aux soins mais l'organisation des soins est transmise aux professionnels de santé à travers les CPTS et les Maisons de Santé pluriprofessionnelles. Les compétences des métiers de la santé doivent être revalorisés, à travers le grade Master des infirmières ou de la création du poste des assistants médicaux, afin de donner du sens au travail du personnel médical et du personnel soignant ;
- ▶ Le fait d'être au service des patients : la réorientation de la gestion des GHT vers des projets médicaux (et plus seulement administratifs ou financiers) et la création des hôpitaux de proximité en sont des exemples.



www.canalcham.fr