

- Pour une transformation réussie p. 1
- La tarification à l'activité p. 2
- Entretien avec... p. 3
- Informations p. 4

Quelle est la raison sociale de l'hôpital ?

L'inconditionnalité de l'accès au soin était une valeur forte, un bien commun. Le ticket d'entrée est devenu trop cher. Chaque jour, chaque nuit amènent son lot d'indésirables qui ne peuvent prétendre au mieux qu'au purgatoire des urgences et des services « porte ». Xavier Emmanuelli n'a-t-il pas créé sous les critiques « les lits infirmiers » avec un minimum de soins et d'hébergement pour les gueules cassées exclues de notre société ? Le trottoir n'est pas un lieu de soin. **La dictature des « chiffres » malmène nos valeurs républicaines...** Voilà la souffrance des soignants... Que faut-il penser de cet homme de soixante ans grabataire à cause d'une maladie neurologique dégénérative et souffrant d'escarres qui mettent sa vie en jeu et que l'hôpital refuse de prendre en charge car il va « bloquer » un lit pendant plusieurs semaines ? Que faut-il penser de ces soignants qui finissent par s'autocensurer en silence pour une non prise en charge des grands exclus car ils ne seront jamais admis au paradis de l'hospitalisation ? Et cette femme en France depuis quarante ans qui rentre de deux mois de vacances chez elle dans les Balkans avec un dossier médical épais comme une bible racontant la découverte d'un cancer ovarien métastasé. Que lui dire quand elle est transformée dès sa descente d'avion en « patate chaude » entre gynécologie, oncologie et chirurgie ? Son dossier n'est pas en français donc pas aux normes... Voulons-nous garder un hôpital hospitalier ou avoir « une usine de production de soins » performante ? Voilà la vraie question à laquelle nous ne répondons pas. La performance économique a transformé le malade en « bed-bloqueur » potentiel...

Soignants comme politiques doivent tenir les cordons de la bourse mais aussi son utilité. Comment trouver une viabilité pérenne pour l'hôpital public quand son rôle social n'est plus explicité par une volonté politique forte portée par l'autorité du bien commun ? Commençons par le début avant d'aller chercher des bouts de chandelles...



Dr Bertrand Galichon,
Praticien Hospitalier,
Service des Urgences
Hôpital Lariboisière AP-HP

Pour une transformation réussie du système de santé

Incontestablement la transformation du système de santé est en marche. Elle doit réussir car celui-ci est à bout de souffle. Est-ce possible ? Le doute persiste tant les freins sont nombreux, les résistances farouches, les fausses « bonnes idées » entretenues, les habitudes ancrées.

Pourtant le diagnostic est largement partagé : place trop hégémonique de l'hôpital, insuffisante coordination des professionnels dans une approche transversale de la prise en charge des pathologies chroniques, décloisonnement des structures, évolution des rémunérations par la prise en compte de la qualité des soins et la pertinence des actes, place accrue du numérique et des nouvelles technologies...

Tout ceci fait l'objet d'un large consensus mais ne suffit pas à garantir le succès comme a pu le constater le gouvernement précédent.

Cinq éléments nouveaux apparaissent comme autant de facteurs d'espoir.

- **L'ampleur du projet.** Du plan d'accès aux soins d'octobre 2017 à la Stratégie Nationale de Santé de décembre 2017, en passant par la mission sur le financement, celle sur le service national en santé, les travaux de la HAS sur les indicateurs, l'esquisse d'une réforme de la médecine du travail ...jamais autant si vite.

- **L'articulation** reste sans doute à mieux définir mais la cohérence et les lignes de force son là et l'objectif d'efficacité est bien toujours présent.

- **Le rythme** est frénétique mais a contrario combien de réformes et d'expérimentations se sont perdues dans les sables de l'inertie administrative et l'essoufflement politique.

- **Le « portage politique »** semble assuré, on ne se rappelle pas un Président de la République et un Premier Ministre montant en première ligne sur un sujet réputé aussi sensible et dangereux.

- **Enfin, la confiance des acteurs**, sans être éternellement assurée, est sans doute plus solide qu'elle ne l'a jamais été à condition

que la méthode de concertation inaugurée pour la SNS se prolonge lors de sa mise en œuvre et s'accompagne d'un calendrier d'évaluation rigoureux.

Alors que manque-t-il ? Un point de vigilance né de mon expérience professionnelle. Nous nous étions demandé à la HAS qu'avait en commun le quart des établissements de santé les mieux « accrédités » Ce fût ni leur taille, ni leur localisation géographique, ni leur statut juridique, ni la nature de leur activité, mais leur style de management qualifié pour faire simple de « participatif » : le personnel est impliqué, le respect de la stratégie connue est assuré, les décisions sont prises au plus près du lieu où elles doivent s'appliquer, la résolution des problèmes aussi, une régulation individuelle et collective est en place...et ça marche ! si les dirigeants ont le sens de l'écoute, savent communiquer, respecter les autres et favoriser le dialogue en déléguant à chacun des niveaux de responsabilité les décisions qui lui reviennent.

Si nous pensons- et comment le nier- que la médecine est entrée dans l'économie c'est-à-dire doit veiller à « l'allocation optimale de ressources rares à des fins alternatives » (Lionel Robbins) alors appliquons lui aussi les principes d'un management humain.

Mais il faut, pour cela, ébranler l'hégémonie administrative, ce qui a été fait dans la sphère gouvernementale (directions centrales, ARS, directions d'hôpitaux ...). Beaucoup de leurs titulaires aspirent à cette révolution de l'humain, la plupart en sont capables. Ils attendent un signal clair. C'est la condition de la réussite. ●

Alain Coulomb

LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ, LE BÉBÉ ET L'EAU DU BAIN

Cela devait bien arriver. Des esprits chagrins et blasés ont décrété que la tarification à l'activité était responsable de l'épuisement professionnel des personnels hospitaliers et d'un management « tyrannique ». Comme la culture économique et managériale dans notre pays est l'équivalent pour certains du diable, il est évident que ce raccourci a toutes les apparences du vrai. Hélas il n'en est rien et le slogan est aussi stupide que d'affirmer que les avions tombent parfois parce que les compagnies aériennes sont soumises à un impératif de rentabilité.

Aux esprits apeurés, je voudrais rappeler que le précédent Ministère de la Santé avait lancé un plan ONDAM dans lequel la masse salariale ne devait pas dépasser une évolution supérieure à 1% au mépris des engagements que le même ministère prenait par ailleurs en termes de revalorisation salariale catégorielle. On imagine difficilement plus lourde double contrainte imposée aux établissements, à leur management et aux salariés. Cela n'a rien à voir avec la tarification à l'activité.

A ceux qui ne l'aurait pas connu, il me semble bon de rappeler ce qui prévalait avant la mise en œuvre de la tarification à l'activité. La dotation globale avait abouti à anesthésier toute dynamique dans les établissements publics au bénéfice des établissements privés qui voyaient leur prédominance en chirurgie s'accroître année après année. La capacité des hôpitaux publics les plus dynamiques à investir était drastiquement limitée par le mode de financement qui ne valorisait les efforts réalisés que deux ans après leurs réalisations. La dotation globale c'était aussi l'impossibilité de répondre à des besoins de soins en cours d'année (prothèses, facteur VIII, molécules onéreuses etc...) qui plongeait les communautés médicales dans les affres de l'incompréhension et de la contradiction interne (code déontologie contre impératif économique).

Depuis 2005, l'hôpital public a, grâce à la tarification à l'activité, repris des couleurs. Sa part de marché en chirurgie qui était en 2005 de 33% est passé à 38% en 2015 dans un secteur en croissance de 18% sur la période. Ce simple constat montre qu'il « suffisait » de redonner des règles du jeu claires à l'hôpital public pour que les énergies et les talents de ce dernier puissent s'exprimer. La tarification à l'activité est une règle économique limpide que chacun peut comprendre et appréhender. L'activité que nous réalisons est notre chiffre d'affaire (comme pour tous les acteurs économiques y compris dans le secteur de la santé). De fait, la culture économique des établissements a fortement progressé sur la période et on accepte aujourd'hui aisément de parler de rentabilité, de marge, sans que cela ne soit vécu comme une provocation. La rentabilité pour l'hôpital n'est pas pour enrichir des actionnaires mais pour investir et attirer et retenir les talents médicaux de demain. Pour autant personne n'oublie pas que le métier d'hôpital c'est le soin et



pas la marge brute et tous les jours les communautés hospitalières font des arbitrages contre-intuitifs car personne n'oublie le cœur de notre mission.

Est-ce à dire que la T2A serait un modèle parfait figé pour les siècles à venir ? Certes non. Au moment de son élaboration, les expériences étrangères montraient bien que le système possédait deux

défauts qu'il nous faudrait corriger à terme. Le premier est de ne pas « sanctionner » les soins non pertinents et que la tentation de réaliser des actes surnuméraires existe. Ce risque, dans un secteur à financement socialisé, est présent aussi bien dans le secteur de la médecine de ville qu'à l'hôpital. Il n'est pas simple de s'attaquer à ce sujet mais des sociétés savantes ont développé des outils de contrôle des actes que les pouvoirs publics seraient bien inspirés de s'emparer. La lutte contre la non pertinence doit être transparente et concerner tous les secteurs et pas seulement l'hôpital. Le second défaut est que la T2A ne tient pas compte de la qualité des actes réalisés. Ce thème était impossible à traiter au moment de la mise en œuvre par défaut d'indicateurs. Depuis lors de nombreux progrès ont été réalisés et on peut fort bien imaginer intégrer les indicateurs de ré-hospitalisations à 30 jours pour affection équivalente ou les taux de décès dans certains cas. La Suède avait trouvé sur le sujet un dispositif astucieux qui consistait à faire payer par l'hôpital d'origine la ré-hospitalisation dans les 45 jours du patient dans tout hôpital.

Pour terminer je voudrais rappeler aux détracteurs de la T2A que celle-ci ne représente que la moitié des financements de l'hôpital public. L'autre moitié est toujours financée de manière forfaitaire (MIG, FIR, AC, MERRI etc..) et j'incite ces mêmes détracteurs à approfondir la manière dont ces dotations qui pour certaines concernent des missions essentielles (SAMU, permanence des soins par ex) sont régulées par les pouvoirs publics. Ils s'apercevront que la gestion d'enveloppe forfaitaire offre toujours la tentation d'une régulation aveugle dont les effets managériaux sont insolubles pour ceux qui doivent mettre en œuvre les missions. ●

Didier Guidoni, Directeur Général Adjoint du CHU de Dijon

ENTRETIEN AVEC...

Vincent BOUVIER,
Président de Vidal Group

Le dictionnaire VIDAL 2018 vient de sortir. Il nous a semblé intéressant de rencontrer Vincent BOUVIER, Président de Vidal Group, pour faire le point sur l'activité, la stratégie et le développement de cette société.

Le dictionnaire Vidal est depuis près de 100 ans une véritable institution dans le domaine du médicament. A-t-il connu des évolutions ?

> C'est l'ensemble de l'entreprise et de sa production qui ont évolué ! Au départ, Vidal éditait uniquement le dictionnaire, recueil papier des monographies VIDAL, destinées à informer les professionnels de santé sur les propriétés thérapeutiques des médicaments. Ces monographies étaient et sont toujours rédigées d'après les données officielles, en particulier les Résumés des caractéristiques du produit (RCP), et les informations économiques publiées au Journal officiel. Toutes structurées de la même façon, les monographies permettent une lecture rapide et pratique.

Il y a quelques années, Vidal a pris le virage numérique, s'est orienté vers un élargissement du domaine et surtout, s'inscrit désormais dans une perspective de service aux professionnels de santé.

Par l'adoption du numérique, Vidal est devenu la base de données des prescripteurs médicaux en offrant à ceux-ci un outil indispensable dans leur pratique quotidienne, puisqu'ils ont accès ainsi aux fiches médicaments classées selon différents critères (nom commercial, domaine thérapeutique, classe ATC...), ainsi qu'aux fiches dispositifs médicaux implantables, actifs ou passifs, et parapharmacie (par nom commercial, domaine d'utilisation...). L'élargissement aux dispositifs médicaux implantables (315 000 références actuellement) permet aux hospitaliers comme aux pharmaciens de répondre aux préoccupations des patients, ainsi qu'au suivi des conditions de remboursement ou de la traçabilité.

Le Vidal en bref
Vidal Group

- Dirigeant : **Vincent Bouvier**
- 200 collaborateurs répartis dans 3 filiales (France, Allemagne, Espagne)
- Ventes dans 26 pays dans le monde (Europe, Amérique Latine et Moyen Orient)
- CA 2017 : 50 M€

D'autres professions médicales sont aussi demandeuses et effectuent des consultations en ligne.

Vidal met également à la disposition des patients, dans un langage et une présentation adaptée, une banque en ligne nommée « eurekaSante », qui reçoit 2,5 millions de visiteurs uniques par mois et répond donc à un véritable besoin d'information.

Vous venez d'évoquer votre évolution stratégique vers la fourniture de services aux professionnels de santé. Pourriez-vous décrire davantage cette orientation ?

> Au-delà de l'élaboration de la base de données, qui représente un travail très important, puisqu'il faut agréger différentes sources (ANSM, HAS, EMEA, les données du fabricant du CEPS...), vérifier, recouper, structurer et mettre à jour les informations, nous avons donné une dimension supplémentaire à la démarche en y ajoutant la possibilité d'alerte, de mention des contre-indications et des recommandations de bon usage.

Nous pouvons assurer une véritable aide à la décision, y compris, par exemple, en avertissant si, d'après nos données, le médicament envisagé ne semble pas adapté au vu du dossier du patient concerné. Nous pouvons joindre également, si elles ont un niveau de preuve élevé, des informations sur les champs non couverts par la réglementation (par exemple dans le domaine pédiatrique).

Nous sommes en interaction permanente avec nos utilisateurs, qui peuvent à tout moment nous faire part de leurs commentaires.

Ainsi, par un travail approfondi avec les éditeurs de logiciel, et l'introduction dans les algorithmes d'une bonne dose d'intelligence, nous faisons en sorte que le message de bon usage apparaisse au moment opportun : l'objectif est de permettre au praticien, au moment où il prescrit ou délivre, de pouvoir mobiliser les informations qui lui donneront les éléments gages d'une décision de grande qualité.


Ce savoir-faire impressionnant permet-il d'assurer le développement du groupe Vidal et quelles sont les perspectives dans ce domaine ?

> Vidal détient effectivement la solution digitale leader en France. Le groupe Vidal possède des filiales en Allemagne et en Espagne, et interface ses solutions avec plus de 250 éditeurs d'applications médicales en Europe. Il regroupe 150 collaborateurs en France (50 pharmaciens et médecins), 50 en Allemagne et Espagne. Il réalise un chiffre d'affaires d'environ 50 M€.

Sa technologie est maintenant commercialisée également au-delà de l'Europe: en Amérique Centrale et du Sud (par exemple, au Mexique, Vidal est leader avec 40 hôpitaux équipés), ainsi qu'au Moyen Orient.

Pour l'avenir, le groupe Vidal a récemment modifié son actionnariat avec la prise de contrôle par le groupe coté japonais M3, déjà impliqué dans l'aide à la décision et les logiciels, et qui souhaitait s'internationaliser. C'est un actionnaire de long terme habitué aux logiques de tendances longues, qui doit nous permettre d'avoir des perspectives de croissances organique et externe. En particulier plusieurs gisements de croissance nous semblent porteur d'avenir : d'intégrer encore davantage de données résultantes de la vie réelle permettant ainsi de prendre d'encore meilleures décisions ; à destination des hospitaliers, d'apporter du conseil et du suivi sur le résultat de l'utilisation des produits de santé utilisés ; et de proposer des systèmes permettant d'orienter vers d'avantage d'efficacité dans la prise en charge thérapeutique, contribuant à réduire les contraintes financières globales des systèmes de santé. ●

 Propos recueillis par
Gérard Mathieu

Avril / Mai 2018

LES MARDIS DE COOPERATION SANTE

En 2018, le fil rouge des Mardis de Coopération Santé sera « la prévention, la promotion de la santé : des mots aux actes ». Inscrivez dans vos agendas les dates de ces dîners débats les :

- **26 juin** : Le modèle économique – le penser autrement (Dominique Polton, Présidente de l'Institut des Données de Santé).
- **25 septembre** : Les acteurs – Agir en stratège (Nicolas Revel, Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie)
- **27 novembre** : Illustration – « Retour d'expériences » (Quentin Bériot, Directeur Général Mutuelle de la Défense – Groupe Unéo)



RÉCEMMENT PARUS

PLAN CANCER 2014-2019 – 4^{ème} rapport au Président de la République. *INca février 2018.*

A deux ans de l'échéance du plan, plus des deux tiers des actions cibles ont été réalisées grâce à la mobilisation des différents acteurs impliqués. Les chiffres sont là pour rappeler qu'il est impératif de maintenir les efforts, voire de les renforcer: 400 000 nouveaux cas et 150 000 décès dus au Cancer en 2017.

« Lois et plans d'actions pluriannuels en santé Quels enseignements tirer des expériences internationales ? » *Syntec numérique et SIA parters, mars 2018.*

L'étude publiée par le Syntec numérique et SIA Partners pose la question de la place de la France dans la course vers l'e-santé. La conclusion est plutôt négative. Si la France peut afficher une volonté politique forte en ce domaine, sa place reste, faute de moyens suffisants, très en deçà de celles des autres pays étudiés.

« Innovation en santé : soignons nos talents » *Institut Montaigne . Rapport mars 2018.*

Heurs et malheurs de l'innovation dans notre pays malgré des atouts évidents qui se heurtent à des freins culturels et structurels. Institut Montaigne identifie quatre leviers et fait 19 propositions et plaide pour la mise en place d'un « pacte innovation santé 2025 ».

LA NEWSLETTER COOPÉRATION SANTÉ

Editeur : Association Coopération Santé
88 rue de la Roquette - 75011 Paris
cooperation-sante@wanadoo.fr

Directeur de la publication : Alain Coulomb

Rédacteur en chef : Gérard Mathieu

Comité de Rédaction : Marie Josée Augé-Caumon, Anne de Boismenu, Odile Corbin et Christian Saout

Réalisation graphique : Trait de marque Paris

Copyright : Association Coopération Santé, tous droits réservés
www.cooperation-sante.fr

À LIRE ET À VOIR

« Le mythe de la singularité »

Jean-Gabriel Ganascia – Science ouverte – Seuil

« Un moment de sagesse dans un monde de fous » Dans ce livre passionnant, si court pour un sujet aussi vaste, l'auteur convoque les plus grandes théories philosophiques et scientifiques pour nous démontrer le caractère mythique, ésotérique pour ne pas dire sectaire de ce mouvement qui tend à nous prédire l'avènement d'une prise de pouvoir de l'intelligence des machines sur celle du cerveau humain. C'est une tribune de Stephen Hawking*, largement relayée le 1^{er} mai 2014 qui met en garde sur les conséquences de l'Intelligence Artificielle (IA) qui mettent en péril l'avenir de l'humanité à un horizon de moins de deux siècles. Il fonde cette analyse sur le constat de l'évolution extraordinairement accélérée en terme de puissance de calcul des capacités des « machines algorithmiques » jointent à la capacité de stockage et à l'ubiquité des big data. Autant d'éléments à l'origine d'un mouvement irréversible vers une prise de pouvoir de la machine sur l'homme. Cette rupture est dénommée la « Singularité » par analogie aux formes extrêmes de l'univers comme les trous noirs. L'auteur démonte la transposabilité et même la réalité de la Loi de Gordon Moore** sur laquelle repose la théorie du transhumanisme. En effet pour R. Kurzweil*** cette loi ne se limite pas aux technologies, elle relèverait d'un principe général qui régit toutes les forces de l'univers. L'avènement de l'ère technologique serait épisode suivant l'ère biologique ; les machines devenues capables de se multiplier de s'améliorer quasiment selon un processus quasi darwinien... D'après l'auteur les tenants de la Singularité affirment que la nature (humaine) est mal faite et qu'il faut la corriger et que c'est la technologie qui le permettra... Il deviendrait donc possible de dissocier totalement la connaissance (le spirituel) du biologique et d'accéder ainsi à une intelligence pure. C'est un dualisme radical, mais réservé à une élite. Cela fait fi bien sur de toutes les interactions entre le biologique, le sensible et la personnalité bref la renaissance de l'âme à l'état pure. Autant d'arguments démontés pied à pied. In fine l'auteur se pose la question de l'intérêt qu'ont ces décideurs majeurs, tous dirigeants des GAFAM de nous annoncer la fin de notre société du fait de la technologie qu'ils nous vendent...



Jean-François Thébaud

(*) Stephen Hawking, physicien et cosmologiste, décédé à l'âge de 72 ans était atteint depuis près de 50 ans d'une maladie de Charcot qui l'avait totalement paralysé. Il était réduit physiquement à n'être qu'une intelligence naturelle (IN) réduite à sa plus simple expression et communiquant exclusivement par la voie synthétique de son ordinateur.

(**) En 1965 Gordon Moore parlait du constat que le nombre de composants des microprocesseurs doublait tous les 18 mois depuis 1959 avec un rythme à peu près exponentiel de la capacité de stockage de l'information et de la vitesse des processeurs

(***) Ray Kurzweil est futurologue, professeur au MIT et directeur de l'ingénierie chez Google depuis 2012.

ADHÉREZ

Si vous souhaitez plus de renseignements pour adhérer à l'Association Coopération Santé, contactez Anne de Boismenu : 06 11 70 55 03 - annedeboismenu@orange.fr