



PREMIER MINISTRE



Paris, le 5 décembre 2011

Présentation des Notes d'analyse

Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ?

Les coopérations entre professionnels de santé (Volet 1)

La télésanté (Volet 2)

Lundi 5 décembre 2011

par Vincent Chriqui,
Directeur général du Centre d'analyse stratégique

Seul le prononcé fait foi

Quel sera le visage de l'offre de santé dans 20 ans ?

Comme vous le savez, les défis posés à notre système de santé sont nombreux : vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, inégalités sociales d'accès aux soins ou encore coût des nouvelles technologies. Ces enjeux sont d'autant plus prégnants que les contraintes budgétaires s'accroissent.

Comment faire en sorte que l'offre de santé garantisse à l'avenir qualité des soins et maîtrise des coûts ? La réponse réside dans notre capacité à considérer ces défis comme une opportunité de repenser l'organisation de l'ensemble de l'offre de soins. Dans cette perspective, nous avons identifié deux leviers : le développement des coopérations pour optimiser la production de soins d'une part, le déploiement de la télésanté pour un meilleur accès aux soins d'autre part.

I – Commençons par examiner la thématique des coopérations entre professionnels de santé

On parle de « coopération » lorsque les acteurs de santé développent conjointement de nouveaux modes d'intervention auprès du patient.

Il peut s'agir, pour les professionnels médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux :

- d'une part de **constituer des équipes pluridisciplinaires** de soins et de définir de **nouvelles modalités d'exercice collectif** ;
- d'autre part, d'opérer entre eux des **transferts d'activité**.

La coopération invite donc à repenser la répartition des rôles et missions de chacun afin d'utiliser au mieux les compétences disponibles.

À l'heure où plusieurs pays, notamment anglo-saxons et scandinaves, ont largement développé les coopérations entre professionnels de santé, la France s'engage tout juste dans la promotion d'une telle restructuration de l'offre de soins.

Mais, comme on le verra dans un premier temps, les démarches de coopération restent encore marginales, du fait de nombreux freins.

Je montrerai ensuite, à partir des expériences observées à l'étranger, tout l'intérêt qu'il y a à développer ces coopérations, notamment en termes d'efficacité globale du système de santé, et je proposerai enfin quelques pistes d'amélioration envisageables pour la France.

1. En France, on constate que les avancées en matière de coopération sont très récentes et restent encore marginales.

C'est la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009 (article 51) qui introduit la possibilité pour les professionnels de santé d'adopter une démarche de coopération.

Les professionnels de santé **volontaires** peuvent proposer des « **protocoles de coopération** » au niveau local. Par exemple, dans le cadre d'un protocole, les manipulateurs radio peuvent être autorisés à effectuer des tâches anciennement dévolues aux médecins radiologues ; des infirmiers peuvent réaliser des actes techniques (ponction médullaire,...), réalisés jusqu'ici par des médecins spécialistes.

Deux ans après la définition d'un cadre légal, **les protocoles de coopération sont aujourd'hui encore très peu nombreux** (moins d'une dizaine à ce jour). Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils reposent **exclusivement sur l'initiative des professionnels** et qu'ils requièrent de lourdes procédures administratives.

On note également qu'ils concernent davantage le **secteur hospitalier** et que, dans le secteur ambulatoire, leur mise en œuvre semble particulièrement complexe.

De la même manière que l'évolution des rôles des professionnels est encore marginale, **les modes d'exercice collectif et pluridisciplinaire en secteur ambulatoire sont peu développés**.

Certes, **les cabinets de groupe** (de médecins, d'infirmières,...) qui regroupent des acteurs issus d'une même profession sont aujourd'hui la structure d'exercice la plus fréquente. Mais les **structures pluridisciplinaires** de soins abritant différentes professions de santé, telles que les maisons de santé, émergent à peine (on en compte aujourd'hui à peu près 200).

La difficulté de la mise en œuvre des coopérations en ambulatoire s'explique par différents facteurs.

Tout d'abord, est soulevée la question de la **rémunération** : pour les acteurs libéraux traditionnellement rémunérés **à l'acte**, tout transfert d'activité se traduit en effet par une perte immédiate de revenu pour le professionnel qui y renonce.

La coopération se heurte également à de fortes **résistances d'ordre culturel** de la part des professionnels et des usagers. Le renouvellement de génération attendu chez les médecins dans les décennies à venir devrait permettre de les atténuer en partie (on constate en effet chez les jeunes médecins un attrait pour les modes d'exercice collectif).

Au-delà, les transferts d'activité sont parfois perçus comme un risque pour la qualité des soins, laissant craindre à terme l'installation d'une médecine à deux vitesses.

2. Pourtant, l'intérêt des coopérations entre professionnels de santé est certain.

Les pays anglo-saxons et scandinaves ont vu dans les coopérations un moyen de répondre à une pénurie (globale ou localisée) de médecins, de réduire les coûts, tout en améliorant la qualité des services et l'accès aux soins.

Les travaux d'évaluation internationaux montrent en effet que :

- tout d'abord, le regroupement des professionnels de santé **améliore la productivité, les conditions d'exercice et la permanence des soins** ;

- ensuite, l'évolution des rôles des professionnels permet de **mieux répondre aux besoins des usagers** : l'accès aux soins est amélioré lorsqu'un infirmier réalise des activités initialement effectuées par le médecin (le délai d'attente pour les patients peut être réduit) ; l'infirmier peut également proposer des services complémentaires à ceux du médecin (par exemple, l'éducation à la santé).

- enfin, **le développement des coopérations dans le secteur des soins primaires peut contribuer à améliorer l'efficacité globale du système de santé.** Le secteur des soins primaires, entendu comme l'ensemble des soins ambulatoires de proximité, ainsi que des actions de prévention et d'éducation à la santé, a en effet un fort effet d'entraînement sur le reste du système.

Notons que la **coopération, en tant que telle, n'est pas forcément efficace** notamment parce qu'elle s'accompagne à court terme de dépenses supplémentaires.

Cependant, ces coopérations qui améliorent l'accès et la qualité des soins primaires renforcent ce secteur. Elles contribuent ainsi à **réduire le recours à l'hôpital, particulièrement coûteux**, en absorbant notamment une partie de l'activité des urgences, voire de la chirurgie hospitalière.

3. Partant de ces constats, nous avons souhaité déterminer, à partir des expériences menées dans ces pays, comment il pourrait être possible de développer et de structurer les coopérations dans le secteur des soins primaires en France.

Nous sommes bien évidemment conscients que toutes les expériences étrangères ne sont pas transposables, mais de manière générale, **plusieurs enseignements** peuvent être tirés.

- Tout d'abord, les coopérations dans le secteur des soins primaires impliquent essentiellement **le binôme médecin généraliste/infirmier, et cela principalement dans deux secteurs d'intervention** :

- d'une part, les infirmiers sont capables de prendre en charge **les soins courants, dits « de première ligne »**, c'est-à-dire de diagnostiquer et de traiter des problèmes de santé mineurs, ainsi que diffuser massivement des discours de prévention.
- d'autre part, ils interviennent dans le **champ des pathologies chroniques** en assurant le **suivi** des patients [c'est-à-dire des missions de conseil, d'accompagnement, d'éducation thérapeutique jusqu'à l'analyse des examens de contrôle et le réajustement des posologies médicamenteuses]. Les infirmiers jouent aussi un **rôle majeur dans la planification des soins** de manière à améliorer la coordination des interventions auprès du malade chronique.

- On constate également que **deux facteurs sont déterminants pour l'essor des coopérations** :

- une première condition de réussite des coopérations est **la mise en place de politiques volontaristes de soutien au développement de structures de soins primaires regroupant différents professionnels.**
- une seconde condition de réussite est **la reconnaissance juridique des compétences**, ce qui passe par la **création de nombreux statuts et niveaux de qualification** au sein de la profession infirmière.

Dès lors, pour la France, il nous paraît judicieux de **structurer la coopération entre médecins généralistes et infirmiers pour réorganiser l'offre de soins primaires.**

Une telle réorganisation des pratiques devrait passer par l'essor des maisons de santé sur l'ensemble du territoire, ainsi que par une ouverture des cabinets médicaux aux infirmiers.

En outre, nous proposons de **créer un statut et un diplôme d'infirmier clinicien en soins primaires.**

Cet infirmier clinicien recevrait une **formation spécialisée**, sanctionnée par un diplôme de niveau master.

A l'instar des pays anglo-saxons, il pourrait jouer, **d'une part, un rôle d'accueil et d'orientation du patient.**

En ce sens, il s'agirait d'**expérimenter, dans quelques maisons de santé, une consultation infirmière de première ligne** au cours de laquelle l'infirmier clinicien prendrait en charge les affections bénignes et orienterait, si besoin, le patient vers le médecin.

Notons que la sécurité des soins resterait garantie par le fait que l'infirmier aurait un accès direct au médecin de la maison de santé. Le médecin conserverait alors son statut de référent et l'infirmier deviendrait le point d'entrée du système.

D'autre part, l'infirmier clinicien pourrait **assurer le suivi régulier des malades atteints de pathologies chroniques.**

Pour cela, nous suggérons d'instituer **une consultation infirmière de suivi des patients atteints de pathologies chroniques.**

Le médecin généraliste pourrait ainsi se concentrer sur la prise en charge initiale et sur les complications de la maladie.

La mise en œuvre de ces propositions, qui pourrait également être déclinée pour d'autres spécialités (par exemple : ophtalmologue / orthoptiste, radiologue / manipulateur radio), nécessiterait de **faire évoluer le cadre d'exercice des professionnels :**

- **les modes de rémunération des professionnels**, tout d'abord, **doivent évoluer de façon à valoriser la coopération.**

Actuellement, de nouveaux modes de rémunération collectifs sont en cours d'expérimentation dans les maisons de santé. Un forfait, conditionné par l'atteinte d'objectifs de coordination, de qualité et d'efficience, est alloué à la structure de soins et redistribué à chaque professionnel.

En s'appuyant sur ces dispositifs à l'essai, nous proposons **d'expérimenter de tels modes de rémunération à la performance collective en leur assortissant de nouveaux objectifs de transferts d'activité** entre professionnels.

Par ailleurs, on pourrait imaginer qu'à court terme, le paiement à l'acte soit maintenu pour rémunérer les soins de première ligne : se poserait alors la question du tarif de la consultation

infirmière. Un tel dispositif devrait toutefois concilier au mieux les intérêts des médecins, des infirmiers et de l'assurance maladie. Concernant la prise en charge des pathologies chroniques, il s'agirait de privilégier un mode de rémunération au forfait.

À plus long terme, la rémunération des professionnels libéraux devrait être diversifiée : à la rémunération à l'acte devrait être adjointe une **part significative** de rémunération forfaitaire et/ou à la capitation, voire au salariat.

- **le partage d'information sur l'état du patient ensuite, est une autre condition indispensable** à l'essor des coopérations.

- enfin, **la redéfinition du cadre juridique des professions paramédicales** est une question centrale. Au regard des autres pays, le cadre français paraît rigide et peu propice à l'évolution des rôles des professions ; il gagnerait sans doute à être assoupli.

Si toutefois le cadre juridique actuel était conservé, le développement des coopérations passerait alors par la mise en œuvre d'un plus grand nombre de protocoles. Dans ce cas, il conviendrait de simplifier les procédures administratives et de proposer aux professionnels des protocoles nationaux « clé en main ».

Au-delà de ces évolutions du cadre d'exercice des professionnels, il paraît également **nécessaire de structurer l'offre de formation en soins primaires** afin de développer **durablement** les coopérations dans ce secteur.

En effet, la formation initiale et continue des professionnels est un levier efficace pour **lever les résistances des acteurs**, faire évoluer les cultures et accompagner l'évolution des pratiques.

La formation devrait permettre d'**améliorer la connaissance des champs d'intervention respectifs** des professionnels, de valoriser et diffuser les bonnes pratiques de coopérations.

Dès lors nous proposons de **créer pour l'ensemble des étudiants en santé** (filiales médicale, pharmaceutique et paramédicale) **un stage obligatoire de « prise en charge en soins primaires »**. L'étudiant pourrait ainsi circuler dans les différentes structures de soins (ambulatoires, hospitalières et médico-sociales) et observer les pratiques de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge d'une affection chronique particulière. De plus, il s'agirait de valoriser cette filière de formation et de recherche en soins primaires par la **mise en place d'un statut de professeur universitaire - praticien ambulatoire (PU-PA)**, qui serait l'équivalent, pour les soins primaires, du statut de professeur universitaire - praticien hospitalier.

Pour conclure sur les coopérations, leur essor en France nécessitera de **trouver un juste équilibre entre liberté d'initiative laissée aux professionnels et impulsion donnée par les pouvoirs publics**. Il impliquera des **profonds changements** d'organisation et de régulation du système de santé.

C'est ainsi que le développement des coopérations, gage d'un renforcement du secteur ambulatoire, permettra de mieux adapter l'offre aux besoins des patients et d'améliorer l'efficacité du système de santé en réduisant le poids des dépenses hospitalières.

II – Au-delà du développement des coopérations entre professionnels, la télésanté pourrait être elle aussi un levier de la réorganisation de l'offre de soins.

Comme vous avez pu le constater, l'utilisation des TIC dans le domaine de la santé, que l'on nomme « télésanté », « e-santé », voire « TIC santé », a été abordée dans nombre de travaux académiques et institutionnels, sans que notre prise en charge sanitaire n'en ait été pour autant transformée.

Malgré l'intérêt suscité, **la télésanté demeure sous-exploitée**. Ce constat, établi pour l'ensemble des pays de l'OCDE, s'avère particulièrement en France. En effet, alors que la plupart des pays nordiques disposent d'un système d'ordonnances électroniques, d'un portail national d'informations santé en ligne ou encore d'un dossier patient numérisé, la France a tardé à mettre en place de tels outils.

Cependant, **la France est désormais engagée dans une dynamique de développement de la télésanté**. Plusieurs éléments le démontrent : la loi HPST et le décret d'application qui mentionnent la télémedecine, le lancement national du dossier médical personnel ou encore les nombreux projets e-santé financés par le grand emprunt.

Certains s'interrogent toutefois sur la pertinence de tant d'effort pour développer la télésanté, alors même qu'**une incertitude demeure quant à sa capacité à réduire les coûts**. En effet, si elle laisse espérer plus d'efficacité, elle pourrait aussi offrir de nouveaux services, entraînant de nouvelles dépenses.

Alors pourquoi nous semble-t-il essentiel de poursuivre les efforts en faveur du développement de la télésanté ? **Car l'enjeu du déploiement de la télésanté est avant tout qualitatif**. Pour vous le démontrer, j'articulerai mes propos en deux temps : je commencerai par évoquer les possibilités en termes de prise en charge médicale, puis, j'aborderai la place que pourra prendre l'utilisateur dans la production de soins grâce aux TIC.

1. Avec la télémedecine, c'est une grande partie de la chaîne de production de soins qui peut être dématérialisée : de la consultation jusqu'à la surveillance à domicile.

On parle alors de téléconsultation, télésurveillance ou encore de téléexpertise. Cette dématérialisation contribue à l'amélioration de la qualité de vie du patient et de ses proches en leur donnant accès à des professionnels et services de santé sans qu'ils aient à se déplacer.

De plus, il s'agit aussi d'exploiter le potentiel de la télésanté pour promouvoir **des pratiques plus collégiales et une réorganisation des structures**.

- D'une part, la télésanté **facilite le travail en réseau** grâce à des dossiers patients électroniques, des plateformes collaboratives ou encore des messageries professionnelles.
- D'autre part, la télésanté **contribue à la gradation des soins** : elle permet d'aller chercher la compétence spécialisée au bon moment, où qu'elle se trouve, et de jouer sur les complémentarités professionnelles. Elle permet de faire le liant entre les différents échelons du système de soins : maisons de santé ou cabinets médicaux, que l'on pourrait qualifier d'échelon 1, centres hospitaliers ou libéraux, comme échelon 2 car plus spécialisés et enfin les CHU en tant qu'échelon 3.

Enfin, il est impératif que **ces différents niveaux s'articulent avec la prise en charge à domicile**, amenée à se développer avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. À ce titre, et grâce au concours d'outils technologiques adaptés, les infirmiers sont appelés à jouer un rôle croissant, que ce soit en matière de coaching, de suivi ou de coordination.

Nous proposons alors de **créer un dossier infirmier informatisé** puisqu'en France, il n'existe pas à ce jour un outil de travail commun aux infirmiers. Il faudra bien sûr qu'il soit compatible avec le DMP afin d'y transférer les informations essentielles.

Cependant, nous sommes conscients que développer de tels outils technologiques ne saurait être suffisant. J'en veux pour preuve que le déploiement de la télésanté n'a toujours pas eu lieu alors que certaines technologies sont disponibles depuis plusieurs années. **Les défis à relever sont de trois ordres.**

- Premièrement, les professionnels de santé devront s'accoutumer aux technologies et aux nouveaux modes d'exercice.

Pour ce faire, il nous semble nécessaire de **développer des modules de formation communs** aux différents professionnels de santé.

De plus, favoriser l'appropriation de la télésanté nécessitera également de **mener des actions de sensibilisation** à destination des professionnels de santé. Je pense par exemple qu'il serait possible de s'appuyer sur une campagne nationale d'information déclinée en débats régionaux, ou encore sur les visites des délégués de l'assurance maladie.

Par ailleurs, il ne faut pas restreindre les efforts aux seuls professionnels de santé, mais également **inclure les acteurs technologiques** qui auront à jouer un rôle croissant. Si quelques formations en TIC santé existent déjà pour les ingénieurs, elles sont plus axées sur les aspects techniques que sanitaires. De plus, il n'existe pas d'enseignements équivalents pour les informaticiens et les techniciens.

C'est pourquoi nous proposons de **développer les formations qualifiantes télésanté** pour les ingénieurs et techniciens, offrant des recoupements de programmes entre filières sanitaires et technologiques

- Le deuxième type de frein identifié est de **nature juridique et normative**.

Ces dernières années, le cadre juridique de la télémédecine s'est étoffé. Cependant, des difficultés restent à surmonter concernant **la protection des données, le partage des responsabilités et l'impératif d'interopérabilité des technologies**.

Comme vous le savez, l'utilisation induite des données de santé inquiète. Si ces arguments ont peut-être été exagérément alimentés, il demeure fondamental que les pouvoirs publics garantissent confidentialité et transparence, notamment en matière d'agrément des hébergeurs de données, et qu'ils s'engagent dans une communication claire, associant l'ensemble des acteurs.

En outre, le partage des responsabilités devra être nécessairement précisé, la télémédecine pouvant engager nombre d'acteurs (tiers technologiques, professionnels de santé salariés et libéraux, établissements publics et privés). À ce jour, il n'existe pas de protocoles nationaux de télémédecine et le dispositif législatif laisse à la charge des ARS la rédaction des contrats avec les professionnels.

Dès lors, il nous semble essentiel d'élaborer, en association avec les Ordres professionnels, **un guide national de bonnes pratiques**, rassemblant protocoles et contrats types nécessaires à la réalisation des actes de télémédecine.

- Enfin, le troisième et dernier type de frein est de **nature financière**.

Aujourd'hui, le manque de visibilité sur le mode de rémunération explique en partie le manque d'enthousiasme de certains professionnels pour les projets de télémédecine.

Fin 2011, aucune politique tarifaire des actes de télémédecine n'est encore fixée, l'Assurance maladie craignant notamment une hausse des coûts. Afin d'éviter tout risque inflationniste, il convient de distinguer deux types d'actes et d'ajuster le mode de rémunération associé :

- D'un côté, **la téléconsultation en médecine spécialisée et la téléexpertise**, puisque ponctuelles, pourraient relever d'**une tarification à l'acte**, impérativement alliée à une importante protocolisation et à un traçage des pratiques.
- De l'autre, **la télésurveillance et la téléconsultation en médecine générale**, qui nécessitent une implication régulière du praticien, pourraient bénéficier d'**une tarification au forfait**, modulée en fonction de la pathologie.

Nous sommes bien évidemment conscients de toute la complexité de l'établissement d'une grille tarifaire qui rémunère au juste niveau le travail des professionnels, sans engendrer une hausse des dépenses de santé.

Toutefois, établir une telle grille tarifaire est un préalable indispensable au déploiement de la télémédecine. C'est pourquoi nous proposons de **tester pendant deux ans ce modèle de rémunération, combinant forfaitisation et paiement à l'acte**, et de la réajuster en fonction des évaluations.

De la même manière, **l'absence de cadre clair concernant le financement des équipements** freine l'investissement des industriels en recherche et développement, qui craignent de ne pas avoir un marché suffisant auprès des professionnels et établissements de santé.

Conscients qu'il est **nécessaire de solvabiliser ce marché**, les pouvoirs publics ont déjà engagé des financements, comme par exemple l'enveloppe de 26 millions d'euros déléguée en 2011 aux ARS par la DGOS. Toutefois, ces financements publics n'offrent pas une visibilité suffisante à long terme et pourraient faire l'objet d'une rationalisation entre fonds de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales et de l'Union européenne. Des partenariats avec les complémentaires et les acteurs industriels seraient également à envisager.

2. J'en viens maintenant à la deuxième partie de cette présentation concernant l'implication croissante des usagers, notamment permise par la télésanté.

En effet, grâce aux TIC, l'utilisateur gagne en autonomie : il devient expert, soignant et critique.

- Expert, je fais évidemment référence au développement des sites Internet d'information en santé. Confronté à un problème de santé, **plus d'un Français sur deux a déjà surfé sur le web en quête de précisions sur sa pathologie ou sur les traitements existants.**

De plus, au-delà de la simple recherche d'information, les usagers souhaitent partager leur expérience : c'est l'émergence de la santé 2.0, interactive et participative. Cette aspiration est particulièrement visible à travers l'essor de communautés en ligne, sous forme de forums, sites participatifs et réseaux sociaux en santé, comme *carecity.com* lancé en 2011.

Cette tendance pose toutefois questions en termes de **fiabilité de l'information circulant sur la toile**, ou encore en termes d'**impact sur la relation patient-médecin.**

- Les TIC permettent également à **l'utilisateur de devenir un co-producteur de soins** puisqu'il est davantage associé à sa prise en charge. Par exemple, grâce à des instruments d'auto-mesure communicants, les patients peuvent contrôler à tout moment leur état de santé et échanger avec leur équipe médicale.

De plus, le patient peut recevoir grâce aux TIC **un coaching personnalisé.** C'est notamment le cas des patients diabétiques inscrits dans le programme pilote Sophia lancé par l'Assurance maladie en 2008.

Nous pensons que ce principe de l'administration qui va vers l'utilisateur pourrait à l'avenir se généraliser par le biais de nouveaux services offerts par le site de l'Assurance maladie, Ameli-direct. Ce dernier pourrait ainsi **envoyer des messages personnalisés à destination des patients** (conseils préventifs et d'accompagnement, rappels de rendez-vous,...).

- Enfin, grâce au développement de sites Internet mettant à disposition les évaluations des professionnels et des établissements de santé, l'utilisateur peut désormais les choisir de manière éclairée. Pour aller plus loin, on pourrait prendre en compte le retour des patients **dans une optique d'amélioration de la qualité du système de soins.**

Il nous paraîtrait ainsi intéressant que **l'assurance maladie recueille les commentaires des usagers** sur les établissements et professionnels de santé afin qu'ils bénéficient d'un retour sur leur pratique.

Pour conclure, je souhaiterais souligner le fait que le déploiement de la télésanté ne découlera pas naturellement de l'arrivée à maturité technologique du secteur. **Une politique volontariste sera nécessaire** pour lever les freins qui ont jusqu'alors entravé son essor en France.

Couplée à des pratiques professionnelles collectives et à une redéfinition des métiers, la télésanté contribuera à l'émergence d'**une réelle gradation des soins**.

• **Contact Presse**

Centre d'analyse stratégique

Jean-Michel Roullé

Responsable de la communication

Tél. : +33 (0) 1 42 75 61 37

jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr