

## Discours d'ouverture de la XVème réunion régionale d'hémovigilance de Lorraine Docteur Bruno MANGOLA – Conseiller Médical

Je remercie le Docteur Renaudier et le comité d'organisation de me permettre d'ouvrir votre séminaire.

Je sais que Monsieur d'Harcourt aurait aimé être présent mais son agenda ne lui permet pas d'être avec nous.

L'année passée, Monsieur le Docteur Renaudier m'avait suggéré de vous parler de l'ARS.

Ancien Praticien Hospitalier découvrant l'administration centrale, l'exercice avait été moins facile que je ne le croyais. Après 24 mois d'exercice en son sein, ce n'est pas toujours simple, tant les tâches d'une agence sont multiples. Alors je ne vais plus m'y risquer.

Aujourd'hui, c'est un projet que je voudrais vous faire partager, et pas n'importe lequel : le projet global pour la stratégie nationale de santé.

Le 21 juin 2013, le comité des sages, présidé par Monsieur Alain Cordier, a présenté un projet global pour la stratégie nationale de santé, avec 19 recommandations.

Ce document de grande qualité mérite d'être connu et partagé. Je vous propose, pour introduire votre journée, d'en extraire quelques éléments. J'espère vous donner envie de le lire parce qu'il nous concerne tous.

Vous verrez qu'il y a des rapports avec l'hémovigilance, activité qui a une histoire particulière et que vous portez.

Les sages, et j'espère que nous le sommes tous un peu, proposent un projet global en reconsidérant l'organisation d'un système, construit aujourd'hui de façon empirique et par empilement autour des structures d'offres de services.

La stratégie nationale de santé recherche le déploiement et l'intégration de bonnes compétences au bon moment sur un territoire donné, pour que chaque personne malade puisse trouver, sur une aire géographique accessible, une complémentarité d'offres de soins et d'accompagnement compétent.

Elle se fixe pour cela une priorité, le décroisement : "la suppression des points de rupture dans la prise en charge, provoquée par les multiples cloisonnements qui existent aujourd'hui". Ce sont les propos même de Madame Touraine dans sa lettre de mission.

Les défis de demain pour notre système de santé sont connus :

- **défi de l'accès aux soins**, notamment pour les personnes fragilisées, celles qui cumulent faible revenu, faible niveau éducatif, méconnaissance des arcanes de notre système de santé, barrière de la langue, et de surcroît conséquences de la carence de l'offre de médecin, de soins et d'accompagnement sur certains territoires.
- **défi de la transition épidémiologique et démographique**. Les situations de chronicité, et de polyopathologies, situations souvent "complexes" additionnant les problèmes sanitaires et les difficultés sociales, s'imposent
  - \* en particulier via le vieillissement de la population
  - \* comme facteur de très loin essentiel de la croissance des dépenses de santé

- **défi des évolutions scientifiques** et des techniques : nouvelles approches thérapeutiques, génomique, imagerie, nanotechnologie, numérique, simulation, nouvelles molécules, domotique, etc.avec de ce qu'il représente de recherches fondamentales à développer, et d'adaptabilité des métiers et des organisations.
- **défi du financement durable**. La réduction de l'écart tendanciel s'impose, entre les dépenses de l'assurance maladie (qui progressent très vite) et la richesse nationale (dont on connaît l'évolution actuellement)

En effet :

- 1 **la fuite en avant** dans les abîmes du déficit n'est pas concevable, pas plus qu'une augmentation constante des prélèvements obligatoires, ni encore l'abandon d'autres politiques publiques au seul profit des dépenses de santé
  - 2 le désengagement progressif d'une couverture universelle remettrait en cause le principe fondateur de l'assurance maladie, qu'est la solidarité entre les personnes en bonne santé, et les personnes malades.
- **défi de l'HARMONIE entre l'égalité de traitement et la réponse personnalisée**, sans pour autant faire fi de la solidarité
  - **défi enfin de l'impact des différentes politiques publiques** sur la santé collective et les inégalités sociales

L'avenir du système de santé passe, ou bien par le rationnement des soins, ou bien par une meilleure organisation de la dispensation des soins

Les professionnels de santé , comme les représentants des malades, se retrouvent pour affirmer que *"c'est autour de l'amélioration de la qualité des " parcours" de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes, pour lesquelles il y'a le plus d'évidences de non qualité, que se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficience économique de notre système de santé.*

*Bien évidemment, sans renoncer aux exigences prioritaires de bonne pratique et d'efficience pour chaque étape particulière,*

*C'est sur ce terrain de l'efficience des parcours de soins que viennent se superposer :*

- **le défi soignant** de la prise en charge des malades chroniques et,
- **le défi économique** d'optimisation de la dépense de santé.

*C'est donc sur ce terrain que l'on peut, aujourd'hui, le mieux œuvrer à la défense des principes fondateurs de l'assurance maladie".*

Cette réflexion est issue du rapport du Haut Conseil de l'assurance maladie du 22 mars 2012.

En fait le mieux soigner (to cure) et **le mieux prendre soin** (to care) viendront au jour, ou ne viendront pas, si les différentes composantes professionnelles savent et arrivent à intervenir en complémentarité avec les autres, au bon moment, dans la continuité du traitement, et de l'accompagnement.

Dit autrement et plus simplement : de bonnes compétences, au bon moment sur un territoire donné.

Les dépenses de santé contribuent à la croissance de la richesse nationale parce qu'elles concourent à la bonne santé de la population active (on oublie que l'espérance de vie en 1740 était de 26 ans. Elle est aujourd'hui de 80 ans). Elles suscitent une importante activité de

production et de services. Elles sont source de revenus pour les professionnels de santé, et stimulent la recherche et l'innovation.

Certes, mais il y a le « *trou de la sécu* » depuis plus de quarante ans. Il pose la question du juste équilibre entre la contribution à la croissance et les effets pénalisants des prélèvements sociaux et fiscaux.

Réduire l'endettement public est d'abord une question éthique.

La recherche des meilleurs soins possibles pour tous et non pas l'excellence pour quelques uns.

La commission de réflexion sur la fin de vie a déjà fait la remarque que la médecine hésite à "lâcher prise", tant il est difficile pour un médecin de ne pas engager un traitement de plus, ou plus encore, d'arrêter un traitement en cours et de mettre en place un accompagnement.

Et il est souvent tout aussi humainement difficile pour le malade, ou le proche, de ne pas exiger encore plus :

*A titre d'exemple on vient de proposer au père d'un de mes amis médecins, une épreuve d'effort à la suite d'un malaise. Il a 98 ans et tient à la vie, est ce raisonnable....*

Les sages proposent une réorganisation de nos flux de dépenses de santé, et un meilleur discernement dans la dépense.

Comment réorganiser les flux de dépenses de santé ?

- \* en développant la médecine de proximité et le maintien à domicile et en ouvrant la perspective aux services hospitaliers d'intervenir davantage en dehors des murs de l'hôpital
- \* en favorisant la prise en charge à domicile, ce qui permet de réorienter les moyens des établissements au sein des secteurs sanitaires et médico-sociaux.
- \* en favorisant le développement d'un exercice pluri professionnel de proximité, qui réduit les marges de manœuvre, pour une croissance des rémunérations de l'exercice solitaire des professionnels
- \* en transférant les compétences, pour réduire les coûts, sous réserve que la qualité soit maintenue et s'accompagne de rémunérations nouvelles
- \* en luttant contre les dépenses inappropriées
- \* en renforçant le pilotage stratégique, et en centrant notre énergie au profit du soin et du prendre soin, ce qui nécessite de redéployer les moyens consacrés aux charges administratives et de gestion,

1 - en utilisant la technique d'un fond stratégique national de santé à gestion régionale

2 - en investissant nettement dans la promotion et le remboursement de certaines modalités thérapeutiques- exemple de la chirurgie ambulatoire, aux dépens d'autres. Et il y a sûrement d'autres mesures envisageables...

Le problème financier est, outre une meilleure allocation des ressources consacrées à la médecine *curative*, celui du transfert d'une partie de la médecine curative (génératrice de consommation de ressources parfois inutiles),

1 - vers la médecine de support ou palliative (toujours plus fragile dans la pérennité de ses financements,) et,

2 - vers l'accompagnement médico-social et social, portion congrue des débats publics.

Par exemple : Un robot chirurgical, un appareil d'IRM plus performant, sont toujours protégés au détriment d'un personnel infirmier et de structures peu techniques.

**Faire bien les choses est un objectif louable, faire bien les bonnes choses est l'enjeu.**

Depuis longtemps des rapports se succèdent, avec des recommandations qui renforcent les précédentes, les principaux axes sont connus et pourtant :

- les inégalités de soins se creusent
- les taux de couverture vaccinale restent singulièrement insuffisants
- la réalisation de la visite à 6 ans pour tous les enfants n'est toujours pas totalement exhaustive (71 % sur l'ensemble du territoire)
- cinq ans après la création attendue de 500 Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), moins de 200 sont en ordre de marche.

Et même lorsque le sujet paraît simple, les résultats ne sont pas au rendez vous. Il en va ainsi du courrier de fin d'hospitalisation remis au patient dès sa sortie, sans parler, mais c'est moins simple du DMP.

Ce diagnostic des sages, je crois que nous pouvons le partager.

Est-ce que le traitement est adapté. Je ne le sais pas, mais les sages ont le mérite de proposer 19 recommandations.

Je vais les citer sans les développer puisque l'objet de mon propos est de vous donner envie de lire ce rapport :

1. *Promouvoir la santé de chacun et de tous*, un exemple pratique parmi d'autres l'obésité à 4 ans :
  - *Impliquer et accompagner la personne malade*, soutenir l'entourage, par exemple développer l'auto surveillance avec l'aide du médecin traitant et du pharmacien d'officine
  - *Créer une instance représentative des associations des usagers* du système de santé, le domaine de la transfusion en est un bon exemple.
  - *Six recommandations pour un service territorial de santé*, en passant d'une logique de structures et de moyens à une logique de service. Le service est un objectif à atteindre en matière de santé individuelle et collective, sur un territoire, et non pas d'abord, des moyens à fournir ou à financer.
  - *Favoriser la constitution d'équipe de soins de santé primaires*
  - *Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels* de santé sous la responsabilité du médecin traitant, par exemple : courrier en fin d'hospitalisation remis au patient lorsqu'il sort de l'hôpital
  - *Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux*, par exemple : la création d'un conseil départemental d'accès aux soins
  - *Créer un service public de l'information pour la santé*, c'est par exemple : le répertoire opérationnel des ressources : le ROR, la région Lorraine est pilote.

- *Se donner les outils de la coordination et de la continuité ville hôpital*, c'est par exemple : les filières de soins gériatriques, ou (comme vous en parlera le Dr MITON), le réseau lorrain de périnatalité.
- *Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé*, l'hôpital cœur du système, avec des apports de compétences techniques et cliniques
- *Aider à la transmission d'informations entre professionnels de santé*, c'est par exemple : la prescription électronique, la messagerie sécurisée, et en région lorraine, toutes les actions développées par le GCS- télésanté lorrain
- *Développer la télémédecine a bon escient*, certes mais elle ne remplacera pas la nécessaire relation directe entre une personne et l'équipe soignante.
- *Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes*, citons les RMM, les CREX, et l'accréditation des professionnels
- *Réformer les modalités de rémunération et de tarification*, multiples exemples là aussi : 1 transformer le FIR (fonds interrégional) en : Fond stratégie nationale de santé

2. rendre à temps les arbitrages pour que l'EPRD (état prévisionnel des recettes et dépenses) des établissements et de tarifs soient rendus avant le 1 janvier :

- *Repenser la formation* pour répondre aux nouveaux enjeux : Elle doit garantir la compétence, mais tout autant l'acquisition de valeurs humanistes, le regard critique et la capacité de travailler en équipe. Le socle doit être commun pour les futurs professionnels de santé : une culture partagée par tous.
- *Œuvrer au développement de nouvelles fonctions* et de nouveaux métiers de santé. Citons le clinicien infirmier
- *Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche*, c'est par exemple la mise en cohérence des programmes de recherche et les défis auxquels doit répondre le système de santé
- *Renforcer les capacités prospectives et stratégiques.*
- *Avec les ARS faire le choix de subsidiarité* : la décision doit être prise au plus près des réalités de terrain (pour ce, il faudrait des marges de manœuvre aux ARS). Le recours aux instances supérieures devrait être limité aux orientations stratégiques et aux grands arbitrages.

L'histoire a conduit à une bipartisation majeure du pilotage et de la production des politiques de santé : promotion et prévention/sécurité sanitaire/soins hospitaliers sous pilotage État, soins de ville/remboursement de soins/indemnisation de l'incapacité de travail sous pilotage assurance maladie. Tout ceci est facteur de cloisonnement. Il y a nécessité de surmonter les difficultés actuelles liées au triple pilotage État/Assurance maladie/Conseils généraux.

Pour terminer, et j'y adhère tout particulièrement, aucune évolution n'est possible si on ne part pas de la réalité du terrain, si l'on ne s'appuie pas sur les initiatives locales et si l'on ne s'attache pas à valoriser ce qui a déjà été structuré

Pour cela il faut multiplier les temps de rencontre avec les associations d'usagers, les professionnels de santé, les élus, en associant chacun et chacune.

Le levier c'est la confiance, disent les sages. Elle n'est pas acquise d'emblée, elle demande du temps et surtout, elle s'entretient et se fortifie sur des actes concrets.

J'espère que vous me ferez confiance si je vous dis que ce rapport mérite au moins sa lecture et la mise en actions de certaines de ses préconisations, faciles à mettre en œuvre.

Je vous remercie d'avoir été sages, sans être membre de ce comité, en partageant avec moi les avis de Alain Cordier, Geneviève Chêne, Gilles Duhamel, Pierre de Haas, Emmanuel Hirsch, Françoise Parisot Lavillonnière et Dominique Perrotin.