



Petit-déjeuner ADOM & Cercle Vivienne

« Aux grands mots les grands remèdes »

Cercle Vivienne



Réunion du
22 février 2017

Dépenses courantes de santé (DCS)	DEPENSES POUR LES MALADES	224,3	Consommation Médicale Totale (CMT)
	Dépenses de soins et biens médicaux	190,6	
	Soins de longue durée	19,7	
	Indemnités journalières	13,3	
	TOTAL : PREVENTION	5,8	
	Prévention individuelle	3,5	
	Prévention collective	2,3	
	DEPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	11,9	
	Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2,4	
	Dépense de recherche médicale et pharmaceutique	7,5	
	Dépenses de formation	2,0	
	COÛT DE GESTION DE LA SANTE	14,9	
	DEPENSE COURANTE DE SANTE	256,9	

- **Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) 2015 : 194,1 milliards d'euros (2.930 euros par habitant)**
- **Dépense courante de santé 257 Md € : 12% du PIB**
- **Taux d'accroissement annuel moyen (TAAM) de 2,2 % de 2013 à 2014**

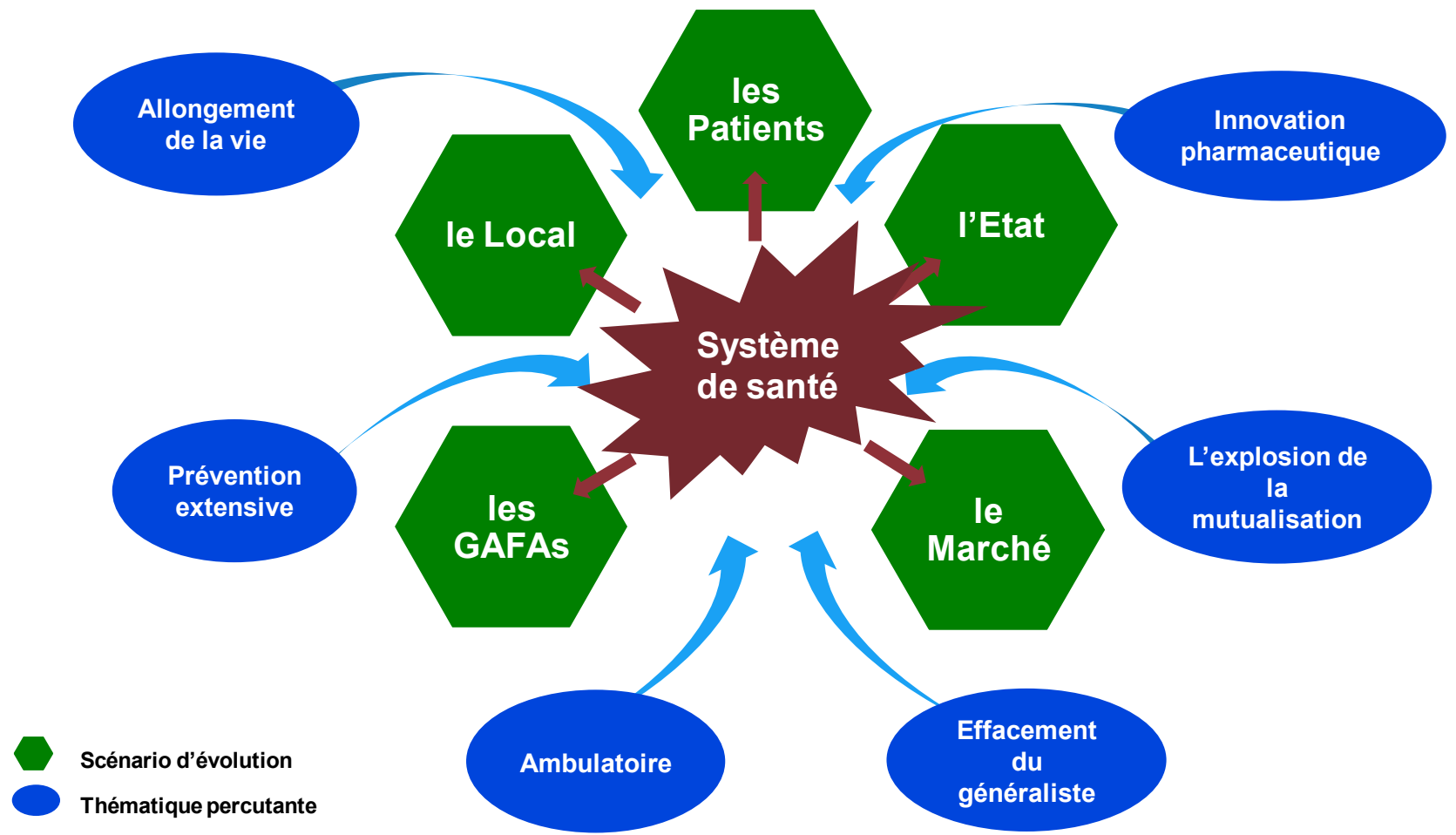
- Un système de santé sophistiqué mais entravé
 - par une centralisation abusive
 - et par l'absence de communication entre les acteurs.
- Des citoyens et/ou des patients soignés mais
 - tenus à l'écart des débats
 - et de la prise en main de leur santé.
- Une médecine remarquable et des capacités d'innovation immenses
 - freinées par des querelles microcholines ...
 - ... qui passent à côté des « disruptions » numériques, médicales, génétiques ...

- Les moyens financiers qui sont alloués au système de santé sont irrémédiablement « comptés ».
- Les relations entre les « patients » et les professionnels de santé sont bousculées par les évolutions contradictoires des attentes des uns et des autres.
- Les nouvelles technologies de l'information, l'e-santé, les biotechnologies, la génomique ... laissent présager de profondes modifications dans les pratiques des professionnels de santé et les usages des patients.
- Les évolutions démographiques et le développement des maladies chroniques et affections de longues durées font significativement évoluer les besoins, les attentes et les comportements.

- Efficience du système et acceptabilité de la mesure de celle-ci.
- Niveau de solidarité (réel et non pas formel) permettant un accès de tous à une « meilleure » santé et, corrélativement, une réduction des inégalités et pertes de chances « sociales ».
- Pouvoir des individus à la fois comme citoyens et patients dans un domaine de plus en plus central de leur vie.
- Adaptabilité du système face à des évolutions sociétales et « techniques » de plus en plus rapides.
- Capacité à prendre en charge globalement et individuellement des problématiques de santé qui désormais dépassent largement la seule dimension « curative »

- Etat Concepteur vs Etat Gestionnaire
- Etat centralisateur vs acteurs locaux
- La bataille des datas : citoyens vs GAFA
- Le (presque) tout état vs le (presque) tout privé
- Déserts médicaux vs nouvelles technologies et nouvelles organisations (télémédecine, DM connectés)
- Down sizing des pratiques médicales
- Modèles verticaux vs horizontaux
- Prévention vs surveillance et contraintes
- Mutualisation vs solidarité / exclusion
- Médecine primaire vs Hôpital

A l'opposé des « grands rapports institutionnels », une approche originale du sujet :



- Prolongation d'une tendance à l'œuvre depuis quelques années
- Demain, l'Etat pilotera, plus ou moins directement, l'ensemble des dispositifs de financement et de gestion des dépenses de santé et définira dans le détail l'ensemble des garanties accessibles
- Rôle des complémentaires : maintenir une façade de paritarisme ou de mutualisme destinée à masquer cette « étatisation »
- Après quelques mesures économiques de façade (transferts entre charges patronales, CSG et réduction des cotisations des OCAM ...)
- ... il faudra rentrer dans le dur :
 - (L'impossible) action sur la demande des soins
 - Le refuge dans la prévention
 - (L'inéluctable) action sur l'offre de soins
- Un constat : patients et citoyens exclus des process de décision
- Deux conséquences :
 - Rationnement avec appauvrissement de l'offre publique
 - Apparition d'une offre privée substitutive, réservée aux plus aisés

- l'Etat, sous la pression de la hausse des taux de prélèvements obligatoires, décide de limiter ses interventions directes dans le champ de la protection sociale et de transférer une partie du risque au secteur privé.
- ATMP :
 - Définition d'un socle minimal de risques à couvrir par des assurances privées
 - Modèle de taxation fonction des objectifs de gestion prévisionnelle du risque, avec affectation à un fond de solidarité collectif
- Un modèle « disruptif » et efficient ?
 - Amélioration des compétences des assureurs
 - Pression sur les professionnels de santé ... et les salariés
- Questions :
 - A quel niveau se définiront les couvertures socles et les objectifs de gestion du risque ?
 - Quel niveau de mutualisation entre les plus et les moins « vertueux » ? Ubérisation ?
- Vers une approche verticale de la couverture par nature de risques ?
- Ou une approche horizontale segmentée par le revenu des ménages ?

- Le contexte des évolutions technologiques de la communication, les réseaux sociaux, les modèles communautaires et/ou collaboratifs ouvrent la voie à des prises de position (pouvoir ?) des citoyens/patients.
- La barrière du savoir (l'effet « blouse blanche ») va s'estomper par un accès accru à la connaissance
- L'émergence d'une véritable démocratie sanitaire est possible, à condition d'échapper :
 - À l'institutionnalisation des acteurs
 - A la monétisation de la capacité d'influence
- Le sujet majeur de la maîtrise des données : les patients seront prêts à communiquer leurs données, s'ils gardent la visibilité et le contrôle de leur utilisation et si ceux qui les captent démontrent qu'ainsi ils améliorent le service rendu (« Blue button »).
- Refuser d'affronter ces questions, préserver à tout prix les acteurs et organisation en place, peut conduire à une prise de pouvoir par des organismes dont l'éthique ne sera pas la préoccupation principale.

- La question centrale de l'accès aux données, de leur protection et de leur utilisation deviendra la résultante du pilotage et de la réactivité du système de santé.
- Un acteur au cœur des outils digitaux permettant de collecter des données pourra proposer des services avec un raccourcissement majeur du cycle produit et du « time to market » : GAFAs
- Les forteresses réglementaires seront contournées puis submergées par l'usage et la marchandisation du vivant
- Le citoyen et sa santé réduits à des profils cibles (« être dans la normalité ») éloignés de l'intérêt sanitaire des populations
- Les individualités ou les particularités « hors profil » ou « hors marché » ignorées au mieux, exclues ou stigmatisées au pire
- Le risque d'imposition d'une idéologie : homme augmenté et transhumanisme, corps réparé, eugénisme, ...
- L'antidote : refus collectif de se laisser imposer ce modèle

- Du Top-down au Bottom-up !
- Les élus locaux s’emparent des questions de santé qui se posent sur leurs territoires
- Ils organisent la prise en charge sanitaire de leurs concitoyens et reconfigurent l’offre de soins locale :
 - En fonction des besoins identifiés dans leurs territoires
 - Avec l’aide des nouvelles technologies de communication et d’expertise issues du big data et du deep learning
 - Avec la volonté de résoudre à leur niveau l’épineux dossier de la « délégation de tâches »
 - En entrainant avec eux associations, initiatives privées, professionnels de santé attachés à leurs territoires
 - En devenant de vrais « acheteurs de soins »
- De l’expérimentation à la diffusion des bonnes solutions, l’élaboration partagée des critères d’évaluation
- Clarification du partage entre le local et le national : solidarité entre régions, mutualisation des moyens

- l'accessibilité, la solidarité, la mutualisation, et l'efficience de l'offre de soin au cœur de nos débats,
- Aucun des scénarios possibles ne règle à lui seul les questions de fond,
- Il n'y pas de modèle efficient sans un travail continu sur l'offre de soins du fait de la variabilité dans le temps et l'espace sociétal :
 - Des thématiques, multiples,
 - Des nouvelles technologies, disruptives,
- L'aveuglement (voire le protectionnisme) par rapport aux tensions produites par l'environnement sociologique et technique sera balayé par la réactivité des nouveaux modèles.

« L'organisation du système de santé est une chose trop importante pour la confier à des spécialistes (technos ou médicos) et elle mérite un débat démocratique sans tabous. »