



Résumé

Prendre exemple sur la *Veteran Health Administration* (VHA), le système de soins des anciens combattants américains, pour réformer le système de santé français, est-ce pertinent ? La réponse ne va *a priori* pas de soi. La VHA ne prend en effet en charge qu'une fraction de la

population américaine (3 % des adultes). Une population qui de surcroît présente un profil très atypique (âge moyen élevé, pourcentage important de handicapés et de défavorisés sur le plan socio-économique). Par ailleurs, la *Veteran Health Administration* (VHA) était au bord de l'agonie au début des années 1990. Sa situation financière délicate et une qualité de soins très discutables ont failli lui faire mettre la clé sous la porte. Pas de quoi donc, à première vue, en faire un parangon en matière de réforme...

Et pourtant, s'inspirer de la VHA n'a rien de saugrenu. Bien au contraire. D'abord, parce que, contrairement aux apparences, **des points communs existent entre la VHA et le système de soins français** : il s'agit, dans les deux cas, de **systèmes publics, centralisés et quinquagénaires**. Ensuite, parce que la VHA, fort mal en point il n'y a pas si longtemps, **a su se réformer de façon spectaculaire sans changer de paradigme**. Donnée pour morte au début des années 1990, elle s'est, en l'espace de quelques années, à ce point redressée qu'elle est **aujourd'hui érigée en modèle d'innovation et d'efficacité** dans le monde entier, tant sur le plan de la qualité des soins qu'en termes de gestion et de maîtrise des coûts. Les études le prouvent : les *Veterans* américains sont aujourd'hui notablement mieux soignés, sans que les coûts aient été majorés, que le reste de la population américaine, pourtant moins malade, socialement plus aisée et disposant d'une offre de soins abondante dans le secteur privé.

Quelles sont **les clés du succès** de la métamorphose – d'aucuns diraient, la résurrection – de la VHA, un système très particulier aux États-Unis puisque placé sous la tutelle de l'État, financé par un budget annuel voté par le Congrès, et dont les professionnels sont tous des salariés, alors que l'exercice de la

médecine américaine est surtout libérale ? On en recense essentiellement six :

- la nomination à la tête de la VHA du Dr Ken Kiser, une **forte personnalité** sincèrement désireuse de réformer ce système de soins ;
- une **vision claire**, structurée et cohérente, sur le fond et sur la forme, de la façon de mener à bien la réforme de la VHA ;
- l'injection d'une forte dose de **décentralisation**, concrétisée par une réorganisation de la VHA en 22 territoires (*Veterans Integrated Services Network*, VISN) dotés d'une certaine autonomie, et assortie de l'obligation d'une meilleure coordination de l'offre régionale de soins ;
- le transfert de nombreuses activités de l'hôpital vers la médecine de ville, l'accent étant mis sur la **prévention** ;
- le souci constant et systématique de **mesurer la qualité** des soins prodigués, sur une base individuelle (praticien par praticien) et objective (au moyen d'objectifs quantifiables à atteindre et d'indicateurs de performance à respecter au quotidien) ;
- l'utilisation – unique au monde – d'un système d'**informatisation des données médicales**, dénommé *Vista* (*Veterans Health Information Systems and Technology Architecture*), qui permet une meilleure coordination et donc une plus grande qualité des soins. Celui-ci se résume à deux applications essentielles : un dossier médical électronique qui contient la totalité des informations sur un patient donné et un système de codes-barres qui permet d'assurer la distribution du bon médicament à ce même patient.

L'expérience réussie de la VHA mérite une attention particulière dans la perspective d'une modernisation en profondeur de **notre propre système de santé**, dont l'organisation d'ensemble est largement sous-optimale. **L'évaluation de la qualité des soins et de la performance des établissements et des praticiens n'en est encore qu'à ses prémices**, alors que de nombreuses études pointent du doigt des lacunes importantes dans les pratiques médicales en vigueur. **La coordination des soins est quasi inexistante entre la médecine de ville et l'hôpital**. Les conditions de travail des professionnels

de santé sont source d'insatisfactions croissantes. La carte sanitaire relève des **iniquités importantes** entre régions. Enfin, la mise en place effective du « dossier médical personnel », outil pourtant décisif pour **améliorer la qualité des soins et minimiser les risques d'erreurs**, se heurte à des obstacles considérables. Autant de maux pour lesquels les recettes à succès employées par la VHA pourraient être d'utile secours.

Il ne s'agit évidemment pas de répliquer en tous points le modèle, on l'a dit, très spécifique des *Vets*, les États-Unis eux-mêmes n'ayant pas cherché à l'étendre au-delà des seuls *Veterans*. Mais plutôt de l'étudier au plus près et d'en tirer **tous les enseignements utiles pour moderniser, tant sur le plan de la qualité des soins qu'en termes de gestion, un système de santé français qui souffre aujourd'hui, à plusieurs égards, des mêmes maux que la VHA il y a quelques années.**

Propositions

1. Renforcer les chantiers en cours tels que le développement rapide et obligatoire de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation médicale continue, la généralisation du DMP, une coordination réelle entre médecine de ville et hôpital, etc.

2. Réaliser une étude, à l'échelon national, portant sur le respect des indicateurs de qualité en matière de santé et s'inspirer pour cela de l'étude de McGlynn, réalisée pour la VHA, qui permet de comparer les pratiques des professionnels aux référentiels de qualité.

3. Réaliser une étude équivalente en milieu hospitalier.

4. Expérimenter le recueil d'indicateurs à l'échelle d'une région. À cette fin, identifier une région volontaire susceptible de recueillir et de publier les résultats de tous les établissements et professionnels concernés, sur une thématique commune de santé publique.

5. Fixer des priorités parmi les premiers objectifs de santé publique à atteindre. Sur une liste de 100 indicateurs de santé publique, donner la priorité à 3 d'entre eux et demander à chaque professionnel de santé volontaire de fournir leurs résultats sur : le taux de sujets hypertendus normalisés sous traitement, le taux des diabétiques ayant normalisé leur hémoglobine glyquée, le taux de sujets âgés vaccinés contre la grippe sur le nombre de sujets âgés recensés.

6. Médiatiser les résultats. Les professionnels participant à ces différentes enquêtes pourraient, par exemple, voir leur nom figurer sur une liste consultable par tous sur Internet et dans les lieux de soins, *via* les CPAM. Cette mise en place devrait être accompagnée d'une communication large auprès des professionnels et du grand public.

7. Organiser une mission d'étude auprès de la *Veterans'* Administration sur la thématique du dossier médical électronique, avec des directeurs et responsables du

ministère de la Santé, de la CNAM, des syndicats médicaux, des mutuelles et des assurances.

8. Prévoir un DMP commun à l'hôpital et à la médecine de ville. S'inspirer en cela de l'exemple de la VHA pour l'aspect « dossier électronique unique pour les professionnels de santé », et du DMP actuel pour l'aspect « dossier de synthèse pour le grand public ».

9. Améliorer la sécurité de la prescription hospitalière à l'aide du code-barres, ce risque n'étant pas éliminé par le dossier médical informatisé dont ce n'est pas la fonction de vérifier si le bon médicament a été prescrit à la bonne personne.

10. Organiser la visite, par des professionnels de santé français concernés par la création de maisons médicales, **des centres médicaux *Veterans* de ville.**

11. Favoriser la mise en place de moyens innovants (*telemonitoring*, télémédecine, etc.) pour la médecine de ville comme pour l'hôpital grâce, à l'instar de la VHA, à un système de budgétisation régionale basé sur le profil de la population à soigner. Expérimenter cette idée dans les régions volontaires au travers de quelques pathologies.

12. Expérimenter la régionalisation des soins afin de définir, région par région, les structures sanitaires qui répondent le mieux aux besoins de la population.

13. Revoir les modalités de contractualisation en faisant évoluer progressivement les professionnels de santé de la contractualisation collective vers une contractualisation individuelle, avec une incitation forte à atteindre les objectifs de qualité. Les hospitaliers, comme les professionnels en ville, peuvent être contractualisés et ainsi bénéficier d'une rémunération liée à des objectifs de qualité, que cette rémunération soit sous forme salariale ou à l'acte.