

- Après la SNS, la STSS p. 1
- Pertinence et qualité des soins p. 4
- Territoire(s) et santé. p. 2
- Numérisation et responsabilité p. 6

Coopération Santé : un ADN STSS-compatible ...

Qu'est-ce que Coopération-Santé ?

Une construction originale et donc difficile à définir.

Commençons par ce que ce nous ne sommes pas :

- Une Association monothématique. Nous rassemblons divers acteurs de la santé, associations de patients, industriels du médicament et des dispositifs médicaux, syndicats professionnels, assureurs collectifs, personnalités expertes, fondations etc...
- Une entreprise commerciale. Pour aussi respectables qu'elles soient, notre association est résolument à but non lucratif.
- Un « think tank » classique. A la réflexion nous ajoutons l'action directe surtout par l'intermédiaire de nos adhérents

C'est en réalité un lieu d'échanges, de partage de points de vue et d'initiatives dans une approche prospective de notre secteur d'activité.

Quelles sont les valeurs de Coopération-santé ?

Il faut, nous semble-t-il réinvestir le terrain des valeurs, non pour donner un supplément d'âme aux projets technocratiques, mais pour fonder des principes partagés, susceptibles de rassembler les différents adhérents. Nous en avons déterminé cinq :

- Le respect des responsabilités de chacun, condition nécessaire au « bien vivre ensemble » de personnes, par ailleurs en situation de concurrence.
- L'éthique de comportement qui permet d'éviter les postures et les guerres d'égo.
- La modestie qui nous permet de n'être en rivalité avec personne.
- La promotion d'un travail collectif et transversal, les grands absents de notre système de santé.
- La convivialité qui vise à faire de nos rencontres un plaisir.

Quelles sont nos ressources ?

Elles proviennent dans leur quasi-totalité des cotisations de nos membres et sont gérées avec rigueur et transparence et nous permettent d'agir dans le faire plutôt que dans le faire savoir.

Quelles sont nos perspectives ?

Elles ne visent pas à exercer un quelconque leadership mais tendent à :

- Poursuivre sereinement notre développement et nos actions.
- Approfondir notre réflexion autour de thèmes d'actualité- et ils sont nombreux- en résonance avec un contexte politique en pleine évolution dans une approche ouverte, transverse et bienveillante gage de la restauration d'une nécessaire confiance.
- Diversifier nos actions avec la prise en compte des suggestions des adhérents, des membres du comité éditorial et de tous ceux qui voudrons bien nous faire partager leurs points de vue.

Quelles sont nos activités ?

Diverses et variées : colloques, lettres régulières, dîner-débats au Sénat, production thématiques, comme celle que vous avez en main aujourd'hui. En totalité consacrée à la stratégie de transformation de notre système de santé. Dans la perspective contributive, entre ses membres et à l'égard de la communauté nationale, qui est la valeur ajoutée de Coopération Santé.

Alain Coulomb



Après la SNS, la STSS ...

Notre pays disposait déjà d'une stratégie nationale de santé, élaborée avant que la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ne vienne lui donner les outils de sa mise en œuvre. Voici maintenant, deux ans à peine après ces décisions que nous mettons en chantier une stratégie de transformation du système de santé. Le citoyen s'y perd sans doute. Mais justement il s'agit d'anticiper des difficultés ou de relever des défis qui pourraient défaire un système de santé déjà en tension et qui a besoin de trouver une nouvelle respiration.

En effet, quelles sont les tendances lourdes des systèmes de santé contemporains dans les pays développés ?

- Les dépenses de santé connaissent des taux de croissance beaucoup plus élevés que par le passé.
- Il y a un large consensus sur la construction d'un système de santé, fondé sur le partage des risques et des responsabilités entre des organismes publics et privés fournissant une couverture maladie.
- Universellement, les systèmes de santé font face au défi de la « soutenabilité » en matière de coût, de qualité et de confiance de l'usager.
- Les programmes de prévention et de gestion des épidémies, l'éducation thérapeutique, et les actions d'accompagnement des patients ont un potentiel inexploité qui permettrait d'améliorer le niveau de santé de la population et de réduire les coûts, s'ils sont bien « insérés ».
- L'apparition de consommateurs de soins plus exigeants et mieux informés alimente l'intérêt grandissant que suscitent les sys- ➔

→ thèmes de santé où les médecins sont rémunérés à l'efficacité et où les coûts sont mieux partagés.

- Les technologies de l'information constituent une piste importante pour résoudre les difficultés rencontrées aujourd'hui par le secteur de la santé.

- Le management est un élément clé de la performance hospitalière.

Nous connaissons tous les caractéristiques d'un système de santé durable : la recherche d'une vision partagée ; une infrastructure informatique robuste ; un ajustement des systèmes de formation, d'évaluation et d'incitation des acteurs ; une standar-

disation de la qualité et de la sécurité ; une répartition stratégique des ressources ; un climat d'innovation ; et des acteurs et des structures de soins adaptables.

STSS : COLLABORATIVE, DONC DURABLE

C'est à tout cela que la stratégie nationale de transformation du système de santé doit trouver des réponses. Le Premier Ministre a annoncé le 13 février 2018 le lancement d'une grande consultation, autour de cinq axes : la qualité et la pertinence des soins, les modes de financement et de régulation, le virage numérique, la formation et la transformation des métiers, et l'organisation territoriale des soins. Parallèlement, cinq groupes de travail ont entendu couvrir ces cinq chantiers et sont en train de rendre leurs propositions.

C'est le moment choisi par Coopération Santé pour produire à son tour quelques recommandations basées sur la synergie des acteurs qui s'y sont regroupés.

Ce numéro spécial de la newsletter Coopération Santé est consacré à quelques uns des thèmes mis en débat dans la stratégie nationale de transformation du système de santé :

- Territoire(s) et santé,
- Pertinence et qualité des soins,
- Numérique et responsabilité.

Bonne lecture à tous, bon accueil à nos propositions ! ●

Christian Saout



DOSSIER

Territoires

Territoire(s) et santé

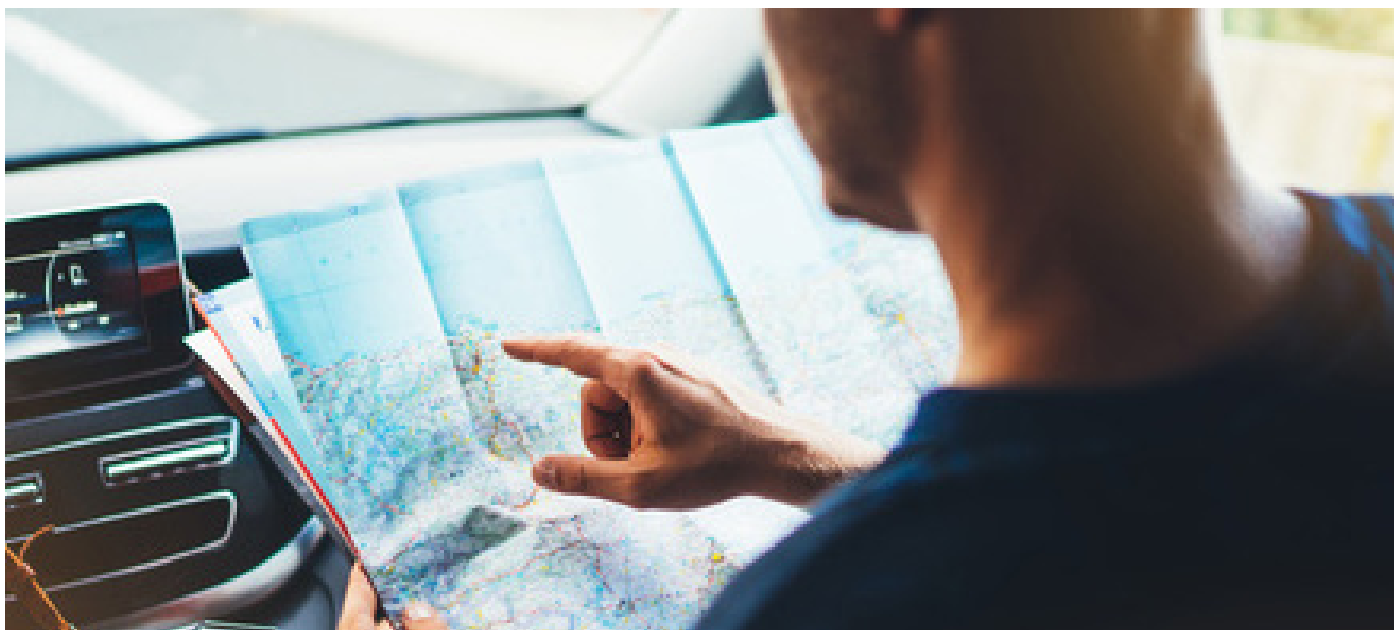
Plusieurs territoires coexistent maintenant pour la prise en charge de nos concitoyens. Ce sont le plus souvent des découpages territoriaux en fonction d'une spécificité : hôpital, santé publique, administration. Mais qu'en est-il de l'essentiel pour nos concitoyens : l'offre de soins de premier recours ? Territoire ou logique de territoire ?

Plusieurs territoires coexistent maintenant pour la prise en charge de nos concitoyens. Des territoires distincts selon que l'on parle de l'hôpital (les groupements hospitaliers de territoire), de la ville (maison de santé pluri-professionnelles, centres de santé, communauté professionnelles territoriales de santé), ou de santé publique (commune, quartier, département, selon l'outil support de l'action de prévention ou de promotion de la santé). A quoi, il faut

superposer les territoires de démocratie sanitaire créés par chaque agence régionale de santé : lesquels ont parfois la taille d'une région, d'une des anciennes régions administratives, d'une division de région, ou d'un département) !!!! Ce n'est donc pas dans ce maquis territorial que l'on peut trouver une solution à la principale de nos difficultés, à savoir la structuration d'une offre de santé de premier recours répondant aux besoins de la population.

DES DIFFICULTÉS PERSISTANCES POUR LES SOINS DE PREMIER RECOURS

Au fond, dans le premier recours, deux situations posent des difficultés : les territoires où l'offre de santé existe mais est faiblement structurée avec une coordination des soins défaillante au détriment de la qualité et de la sécurité des soins offerts à la population, et les territoires où l'offre de santé a disparu. Tout cela est bien connu, c'est même cartographié : tant par l'Obser-



vatoire national des professions de santé que par l'Ordre des médecins, ou encore les agences régionales de santé. A juste raison, car ce n'est pas la moyenne des médecins, plus nombreux qu'il y a vingt ans, mais leur répartition et leurs modes d'exercice qui permettent de bien répondre aux enjeux sanitaire d'un territoire.

Observation faite, il y a bien, comme nos quotidiens nationaux et régionaux, écrits ou audio-visuels le racontent, des « déserts médicaux ». Rien ne sert de le nier, il faut de toute urgence y parer.

UNE NOUVELLE LOGIQUE DOIT PRÉVALOIR POUR RELEVER CES DEUX DÉFIS.

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé, les agences régionales de santé ont la main, en cas de carence de l'initiative privée, pour organiser les soins dans un territoire. Et l'on ne cesse d'entendre

dans l'expression publique aujourd'hui que les agences régionales de santé doivent être non plus des « agences de contrôle » mais des « acteurs de la transformation du système de soins ». Certes, mais alors il manque à cette stratégie un ou des outil(s).

Bien connu dans le domaine social et médico-social, l'appel à projets permettrait, appliqué au soin de lever les défis dont nous venons de parler. De quoi s'agit-il ? De répliquer au code de la santé ce que les dispositions de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles permet pour mailler sur le territoire une offre de services médico-sociaux en regard des besoins de la population. On voit même certaines agences mettre ces appels à projets à la une de leur site internet (ARS Hauts de France) mais elles en sont empêchées pour l'offre de soins.

C'est dommage. Nous persistons à laisser s'enkystrer un sentiment

d'abandon des populations par les services publics. Après la Poste, l'École, les services judiciaires, c'est le secteur sanitaire qui déserte. Il faut donc de tels appels à manifestation d'intérêts, dotés des financements adaptés – ce qui forcera le courage des agences pour s'emparer des possibilités que leur offre la loi – pour permettre à tous les acteurs, quels qu'ils soient, de soumissionner. A un endroit ce sera une communauté professionnelle territoriale de santé qui répondra. A un autre endroit ce sera un établissement de santé, existant ou se créant. Ce pourra aussi être les deux à la fois. Selon la nature de l'appel à projets. Quelle meilleure manière de produire des parcours de soins coordonnés que de confier la réponse sanitaire à des acteurs aux missions distinctes pour co-construire la réponse ? ●

Marie-Renée Babel, Christian Saout

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

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



Pertinence et qualité des soins

Le Premier Ministre a annoncé, le 13 février 2018, le lancement d'une grande consultation sur une stratégie de transformation du système de santé (STSS). Cette consultation est organisée autour de cinq chantiers : la qualité et la pertinence des soins, les modes de financement et de régulation, le virage numérique, la formation et la gestion des professionnels de santé et enfin l'organisation territoriale des soins.

Les propositions ci-dessous résultent d'un travail collectif effectué par l'association COOPÉRATION SANTÉ sur le thème « Pertinence et Qualité des soins ».

1. La pertinence des soins doit notamment être davantage évaluée en fonction de leur impact sur la qualité de vie des personnes malades

>> Le prix et le niveau de remboursement de chaque médicament ou dispositif médical doivent systématiquement être appréciés, au stade des essais cliniques et surtout, en vie réelle, en fonction de son impact sur la qualité de vie de patient ;

>> De même, les stratégies de soins recommandées par la HAS doivent être systématiquement évaluées au regard de leur quantité d'effets produits sur la qualité de vie des patients ;

>> Les plateformes observationnelles proposées par les associations de patients doivent être soutenues et contribuer, dans le cadre de partenariats pérennes, au travail d'évaluation des agences sanitaires ;

>> L'humanisation de la fin de vie nécessite qu'une réflexion soit menée et que des actions soient conduites pour éviter tout soin non pertinent au regard de la situation des personnes malades.

2. Renforcer l'opposabilité des recommandations et avis de pertinence des soins et des parcours.

>> Les décisions médicales éloignées des recommandations de la HAS ou des sociétés savantes doivent faire l'objet d'une attention particulière et, le cas échéant, de réorientation par les autorités sanitaires en charge du contrôle de la pertinence des soins et des parcours des patients ;

>> Les systèmes d'information (croisement de données, intelligence artificielle, etc.), doivent permettre l'analyse régulière des pratiques médicales en vue d'une régulation le cas échéant.



3. La pertinence des soins suppose, dans certains cas, une réflexion sur la prescription et la dispensation personnalisées qui nécessitent un travail d'accompagnement des professionnels de santé et des patients dans le but, notamment, de réduire les risques de iatrogénie.

Afin d'améliorer la pertinence et la qualité de la prescription, de la délivrance et de la consommation des médicaments, il est proposé :

>> d'intensifier l'accompagnement des professionnels de santé et des patients (éventuellement accoutumés aux molécules prescrites) dans des démarches de prescriptions « raisonnées », personnalisées, et sécurisées ;

>> de mettre en place, en cas de persistance de prescriptions douteuses ou dangereuses, des dispositifs d'« accord préalable » par l'Assurance maladie ;

>> de mettre le DMP au service de chacun (professionnel de santé et patients) et de diversifier ses services d'accompagnement et d'information ciblés sur les risques de la non-pertinence des soins.

4. La réflexion autour de la pertinence doit par ailleurs porter sur les soins qui ne sont pas proposés (alternatives aux médicaments, alternatives à la chirurgie)

malgré la démonstration de leur efficacité et des gains d'efficacité qu'ils peuvent générer, ou non remboursés (exclusion du panier de soins remboursables) aux patients.

Les constats quant aux stratégies de soins qui, en dépit de leur pertinence et de leur efficacité médico-économiques, restent marginalement proposées aux patients ainsi que le questionnement autour de l'évaluation du SMR, déterminant pour la fixation du taux de remboursement des médicaments par l'Assurance maladie obligatoire, nous conduit à proposer :

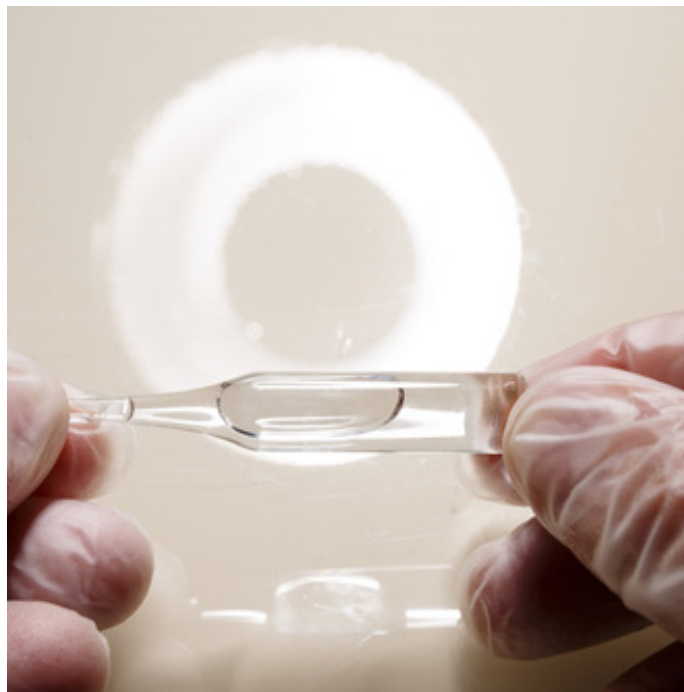
>> que tous les leviers susceptibles de favoriser les pratiques médicales et les stratégies de soins les plus vertueuses du point de vue de la pertinence et de la qualité des soins soient activés, y compris par des réformes tarifaires le cas échéant ;

>> que le panier de soins remboursables soit défini de manière à rembourser, au plus haut niveau, les médicaments utiles aux patients, au regard de leur pathologie et/ou en cas d'intolérance ou d'échec d'autres traitements réputés plus efficaces.

5. Le recours à l'intelligence artificielle, qui interviendra de plus en plus dans la relation de soin, aura une incidence, vertueuse ou pas selon la façon dont ils sont élaborés, sur la prescription médicale et la délivrance par le pharmacien. Il est crucial de veiller à ce que la décision médicale, qui doit être partagée avec le patient, ne découle pas d'une approche logicielle excluant les préférences personnelles des patients

Il est ainsi proposé :

>> de veiller à ce que la décision partagée ne cède pas à la décision standardisée par les algorithmes (notamment



utilisés dans le cadre de l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques, LAP et LAD) ;

>> de mettre l'Intelligence Artificielle à profit du traitement des données de santé afin d'aider au pilotage de notre système de prise en charge.

6. Le respect des préférences des patients contribuera à renforcer « l'adhésion » au traitement, notion indétachable de la pertinence.

Il est proposé :

>> que la pertinence des soins soit évaluée, notamment, au regard du niveau d'adhésion des patients au traitement, qui ne peut procéder que d'une décision partagée ;

>> que les patients médiqués au long cours fassent l'objet d'un suivi régulier par les professionnels de santé, et en particulier par les pharmaciens dans le cadre de l'entretien pharmaceutique et du bilan de médication, afin de procéder à des ajustements en cas de besoin.

7. Des approches incitatives pour susciter l'adhésion des professionnels et établissements de santé aux pratiques dont la pertinence et la qualité ont fait leurs preuves

Afin de créer une dynamique vertueuse incitant les professionnels et établissements de santé à améliorer la pertinence et la qualité de leurs pratiques, il est proposé :

>> que l'évaluation par les patients complète les indicateurs propres à la certification de la HAS ;

>> que la rémunération sur objectifs de qualité et de pertinence des professionnels et établissements de santé prennent peu à peu le pas sur la rémunération à l'acte strict. ●



Marie-Josée Augé-Caumon, Bertrand Galichon,
Magali Leo, Gérard Mathieu, Gérard Raymond

Numérisation et responsabilité

Le numérique et le digital modifient profondément les pratiques médicales. Ces activités numérisées, comme dans le reste du domaine du soin d'ailleurs, produisent de nombreuses données qui sont aujourd'hui collectées et traitées par des systèmes informatiques et sont sources de nombreux enseignements. Cependant, l'irruption de l'intelligence artificielle permise par les formidables capacités récentes de traitement « quasi à l'infini » des données amène à de nouvelles interrogations en terme de responsabilité, de type développement durable.

Pour éviter le développement anarchique des initiatives de télémédecine, la puissance publique a légiféré une première fois en 2009, avant qu'un décret ne structure l'activité de télémédecine en cinq domaines précis : télé-consultation, télé-expertise, télé-surveillance, télé-assistance et régulation médicale des urgences. Il réserve exclusivement ces pratiques à un professionnel médical autorisé à exercer en France et sous réserve d'une autorisation administrative d'activité délivrée par l'ARS.

TÉLÉMÉDECINE À LA FRANÇAISE : UN MODÈLE « NUMÉRIQUE » INACHEVÉ

Toutes ces contraintes et l'absence de financement ont contraint les acteurs à se limiter à quelques initiatives expérimentales dans le cadre de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

En revanche de nombreuses initiatives parallèles d'e.santé ont vu le jour : plates-formes médicales de prise de rendez-vous, multiservices, conciergerie ; plates-formes de télé-conseil ; plates-formes de téléconsultation, soumises à autorisation des agences ; visites à domiciles ; télé-expertise, également soumise à autorisation des agences.

En 2018, la réglementation française propose un modèle de déploiement de la télémédecine tout à fait original, avec :

- une généralisation de la téléconsultation prévue pour la rentrée 2018, précisée par l'avenant 6 de la convention nationale entre les médecins et



l'Assurance maladie, dans le cadre du droit commun des pratiques et de la rémunération des consultations ;

- une mise en place de la télé-expertise avec de nouvelles lettres clés, ce qui retarde sa mise en place ;

- un déploiement de la télésurveillance, expérimental et limité à cinq pathologies : insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale, diabète sous insulinothérapie et télésurveillance des pace-makers et défibrillateurs cardiaques, alors même que cette dernière était diffusée depuis plus de dix ans pour plus de dix mille patients en France.

On doit déplorer qu'aucun programme de télésurveillance de paramètres clinique en cancérologie notamment ne soit retenu à ce jour.

UN CHANGEMENT D'ÉCHELLE SOUHAITABLE

Au vu des expériences étrangères et en tenant compte des nouvelles règles

conventionnelles quatre modèles d'organisations peuvent être proposés, et pourraient, le cas échéant, cohabiter :

1. Un système national unique sous l'égide de l'Etat, comme dans le NHS britannique qui vient de lancer son application gpathand^{®1}, en réponse à pushdoctor^{®2} site de téléconsultation privé et payant. Ce modèle n'est, pour le moment, pas celui retenu en France.

2. Des plateformes autonomes parfois assurantielles (nationales ou régionales) prestataires de téléconsultations en plus des soins usuels. C'est le modèle suédois ou celui des « retail-clinics » aux Etats-Unis.

3. Des plateformes constituées autour des plateaux techniques comme des établissements hospitaliers publics ou privés, c'est le modèle type des soins intégrés à une organisation (Kaiser³ par exemple).

4. Une organisation délocalisée et intégrée à la pratique médicale habi-

tuelle territoriale, à l'initiative des médecins.

C'est ce dernier modèle qui a été privilégié par l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins libéraux. Sur une organisation territoriale donnée, les médecins de toutes spécialités s'organisent. Ils se rendent disponibles pour des séquences de vidéo-téléconsultations, à la demande de leurs patients, voire pour de soins non programmés ou en cas de carence des ressources locales. Gageons que nous pourrions encore progresser sur de telles bases.

UNE PRODUCTION DE DONNÉES INÉGALÉE

Aujourd'hui, toutes les activités de soins produisent des données. Certaines d'entre-elles, notamment celles collectées à l'occasion du remboursement ou d'une hospitalisation sont regroupées dans des systèmes d'informations nationaux et centralisés, qui sont constitués et gérés par des organismes publics.

L'accès à ces données est désormais autorisé à toute personne ou structure, publique ou privée, à but lucratif ou non lucratif, sur autorisation de la CNIL, en vue de réaliser une étude, une recherche ou une évaluation présentant un intérêt public, hors deux finalités interdites : la promotion des produits de santé auprès des professionnels de santé et des établissements de santé et l'exclusion de garanties des contrats d'assurance ou modification de cotisations ou primes d'assurance.

Le bilan depuis 14 mois et la mise en place de l'Institut National des Données de Santé (INDS) est très positif : près de 400 dossiers ont été soumis sur le SNDS au sens large et les délais ont été réduits de plus de moitié. Et l'INDS travaille à la mise en place de procédures simplifiées : autorisations uniques, accès simplifiés à l'EGB, et très prochainement la publication de nouvelles méthodologies de référence pour le PMSI.

Pendant, si ces bases de données



permettent de recueillir de manière exhaustive et permanente des aspects essentiels de la santé au travers des consommations de soins en ville et à l'hôpital, en sont absentes les données d'examen clinique, histologiques ou génomiques.

Comme cela a été souligné dans le rapport sur le suivi en vie réelle des médicaments⁴, la France a été visionnaire en bâtissant le SNIIRAM...mais il y a peu de projets structurants pour construire des bases de données plus riches, incluant notamment des données cliniques et les initiatives sont trop souvent locales et dispersées. Au détriment d'une bonne évolution des modes de paiement. C'est ce à quoi la mission de préfiguration du « Health Data Hub » récemment lancée devra s'attacher : favoriser l'élargissement du SNDS aux données cliniques et permettre aux utilisateurs d'exploiter les données de santé de manière plus efficace, en rassemblant des plateformes d'hébergement, des outils d'exploitation et les compétences nécessaires à l'émergence d'usages innovants.

DÉVELOPPER L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE EN SANTÉ

C'est sur ces bases que nous pourrions alors développer l'Intelligence Artificielle en Santé appelée de ses vœux par Cedric Villani dans son rapport présenté en mars dernier⁵.

Les innovations méthodologiques (au sens Intelligence Artificielle) de type machine learning ou process mining

vont être d'une aide précieuse dans l'exploitation de ces grandes bases de données. Ces techniques permettent de gérer à la fois les volumes gigantesques et la complexité des corrélations et relations entre ces données.

Ces techniques ne deviennent pertinentes qu'en comprenant les limites d'utilisation des statistiques classiques, parmi celles-ci la formulation d'hypothèses a priori, qui seront ensuite validées ou invalidées : la réponse ne sera que binaire, ce qui ne donne qu'une vue partielle de la situation. À partir de ce constat méthodologique, et également grâce à la puissance de calcul des ordinateurs modernes, les équipes spécialisées en « Data Science » devront s'allier aux experts médicaux et aux experts en données de santé pour mener des études novatrices. Ainsi les méthodes de Machine Learning sont très performantes pour identifier des profils de patients qui surexpriment un risque médical (ré-hospitalisation, complications, décès) quand le Process Mining présente un intérêt majeur pour l'étude des parcours patients.

Des travaux ont commencé à l'image de ce que publient certains acteurs privés mais beaucoup reste à faire en gardant à l'esprit que ces enjeux colossaux liés à l'Intelligence Artificielle en Santé doivent s'inscrire dans un cadre éthique.

RÉGULER L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE EN SANTÉ ?

Le déploiement de l'IA est source d'améliorations potentielles littéralement extraordinaires pour notre santé. Il induit aussi des transformations possiblement radicales des métiers du champ sanitaire et médico-social. Les travaux publiés ont proposé des éléments de chiffrages très variables sur les impacts RH de la diffusion de l'IA en santé et des méthodologies très disparates. Des approches font état de futures disparitions massives d'emplois. Par exemple, le cabinet Forrester estime que l'IA est susceptible de supprimer 6 % des emplois aux États-Unis d'ici 2021. D'autres contributions font,

au contraire, apercevoir des perspectives très positives. Selon une étude publiée par l'entreprise américaine Cognizant Technology Solutions Corp., l'IA pourrait créer 21 millions d'emplois. Des études plus institutionnelles ont aussi abordé la question des effets de l'IA sur le travail. Ainsi, le rapport de 2016 du COE a montré que 10 % des emplois présentent de grandes vulnérabilités dans un contexte d'automatisation et que 50 % devraient voir leur contenu évoluer de manière forte d'ici une quinzaine d'années.

Les études spécifiques au secteur de la santé manquent, cependant, cruellement jusqu'ici. Dans son rapport sur *Intelligence artificielle et travail*, France Stratégie fait valoir que « l'IA pourrait modifier en profondeur la prise en charge des patients et ainsi transformer le travail des professionnels de santé, du médecin spécialisé à l'aide-soignante. »

LA RSE PEUT FOURNIR UN CADRE DE RÉGULATION

Pour combler ce manque de matériau d'étude, l'investissement dans la régulation du déploiement de l'IA et de la robotisation doit pouvoir être rapidement reconnu comme une nouvelle forme d'exercice de la responsabilité sociale d'entreprise (RSE). Le choix d'investir dans un cadre responsable de recours à l'IA et à la robotisation s'inscrit, en effet, directement dans une logique de développement durable au sens large.

En réalité, rien ne s'y oppose du point de vue du champ de la RSE telle défini par les textes. La Commission Européenne, dans sa troisième communication de 2011 sur la RSE, la définit ainsi comme « la responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société ». La norme ISO 26 000 identifie la RSE comme « la responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et activités sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement éthique et transparent qui



contribue au développement durable ». En France, la loi dite loi « NRE » de 2001 a imposé aux sociétés cotées de publier dans leur rapport de gestion des informations relatives aux modalités par lesquelles elles intégraient les conséquences sociales et environnementales de leur activité. La loi dite « Grenelle 2 », en 2010, a ensuite complété ce dispositif d'un pilier sociétal et élargi la catégorie des entreprises devant s'y conformer.

D'un point de vue pratique, la mise en œuvre de cette nouvelle forme de RSE peut prendre des formes diverses : actions de sensibilisation des salariés aux enjeux du numérique ; adaptation des outils de formation et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; engagement dans des dispositifs de certification volontaire...

Ce nouveau champ de RSE s'avère donc large et ses modalités de déploiement possiblement diversifiées. Il convient donc de poursuivre et renforcer les

efforts de sensibilisation des pouvoirs publics et des décideurs économiques pour qu'une étape majeure puisse être franchie au cours des prochains mois en vue de la reconnaissance et de la montée en puissance de cette nouvelle RSE digitale. ●

David Gruson, Jean-François Thébaut,
Alexandre Vainchtock

- (1) <https://www.gpathand.nhs.uk> - application développée par la société Babylon elle-même
- (2) <https://www.pushdoctor.co.uk>
- (3) <https://healthy.kaiserpermanente.org/health-wellness>
- (4) Rapport sur « Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé - L'exemple du médicament » D. Polton, Pr B. Bégaud, F. Von Lennep - mai 2017
- (5) Rapport « Donner un sens à l'IA, pour une stratégie nationale et européenne » - Mission confiée par le Premier Ministre Édouard Philippe à C. Villani - mars 2018.
- (6) Conseil d'orientation pour l'emploi, Automatisation, numérisation et emploi, janvier 2017.