



Centre de recherche
et d'intervention en
santé des organisations

Research and
Intervention Centre for
Healthy Workplaces

Le modèle « Santé 3.0 »

Du paradigme de la dépendance au paradigme de la coopération « soignant-soigné » assistée par les « nouvelles technologies de santé autogérées » (NTSAG)

Problématique générale

Serge Gagnon PhD et Laurent Chartier FCMC

CRISO International

Centre de recherche et d'intervention en santé des organisations

Tous droits réservés : ©2011 Centre universitaire de santé McGill

21 janvier 2011

Pendant que nous rencontrons au Québec des difficultés avec l'implantation du « dossier électronique patient » et le déploiement de la profession d'infirmières praticiennes ; pendant que le ministre de la Santé surveille de près les urgences du Québec et annonce la construction de nouveaux hôpitaux ; pendant que le problème chronique de débordement des urgences et des hôpitaux fait la une des journaux à dates fixes, à chaque année, pour les sempiternelles mêmes raisons (situation déficitaire des services de premières lignes et des réseaux intermédiaires de ressources pour les services de longue durée, cela avec les « hasards » de la santé populationnelle) ; pendant que la gouverne du réseau public de santé et services sociaux du Québec chemine sur la corde raide des intérêts corporatistes et que les services privés de santé prennent doucement de l'expansion, une révolution paradigmatique est en cours chez nos voisins du Sud. **Le patient traditionnel, dépendant et ignorant, est une espèce en voie de disparition !**

Par exemple, comme on peut le lire sur le nouveau site Internet « TELUS Espace Santé », plateforme canadienne de solutions électroniques en santé pour le grand public, lancée en novembre 2010, nous vivons actuellement l'émergence de « Santé 2.0 ».

Avec **Santé 1.0**, le patient branché fait des recherches sur Internet la veille de son rendez-vous avec le médecin pour une maladie grave, imprime des centaines de pages et insiste pour que le médecin s'attarde à chacune.

Avec **Santé 2.0**, le patient branché a accès à des sites de réseautage social pour voir comment d'autres ont pris des décisions à propos de leurs traitements et géré leur maladie. Il demande des contre-expertises par courrier sécurisé et vérifie l'évaluation des médecins et des hôpitaux en ligne.

Dans le futur avec **Santé 3.0**, le patient branché pourra obtenir son profil génétique, configurer des agents sémantiques pour surveiller l'évolution de nouveaux traitements pour les problèmes de santé auxquels il est à risque et mettre sur pied des micro-communautés d'autres personnes au profil de risque similaire. Des messages de santé correspondant à son profil de risque pourront être envoyés à un appareil portable, qui mesurera la tension artérielle, la glycémie et d'autres signes vitaux.

Le mouvement « Santé 2.0 » est né aux États-Unis. Depuis l'automne 2007, le groupe « *Health 2.0* » a organisé une dizaine de conférences internationales, dont l'une à Paris au printemps 2010. Des groupes « *Health 2.0* » se sont formés dans plusieurs états américains, au Japon, en Europe et il en existe même un au Canada, à Toronto, depuis novembre 2010. Le groupe « *Health 2.0 Advisors* » a publié un rapport intitulé « *The past and the future of Health 2.0* », dans lequel on peut lire ce qui suit :

« The practices, technologies and social behaviors, now collectively referred to as Health 2.0, actually started in the late 1990s as consumers began to use the Internet to publish information about their own health experiences and to connect with others, through list-servs and websites such as ACOR, BrainTalk and iVillage. In late 2006, Jane Sarasohn-Kahn and Matthew Holt started to define Health 2.0 as the use of social software and light-weight tools to promote collaboration between patients, their caregivers, medical professionals, and other stakeholders » (voir Projet « Santé 3.0 » à www.criso.ca).

Les auteurs de ce rapport expliquent qu'entre 2005 et 2007, le mouvement Santé 2.0 s'est accéléré grâce à l'émergence de trois phénomènes concomitants, liés au Web 2.0, qui soutiennent et favorisent l'autonomie des citoyens lorsqu'ils cherchent à gérer leurs problèmes de santé. Ce sont :

- la croissance et le développement des sites de « recherche en ligne » (des réponses spécifiques à vos questions spécifiques);
- l'explosion des réseaux sociaux « en ligne » (partage d'informations entre les membres de communautés diverses, selon les types particuliers de besoins en santé – phénomène Twitter et Facebook);
- la multiplication des outils d'autogestion de sa santé disponibles « en ligne » et ailleurs sur le marché, (divers outils de mesure, de compilation et d'aide à l'interprétation de ses propres « données santé » et à la prise de décision).

IMAGINE...

Pour donner une idée du phénomène, on fabrique en Chine une « salle de bain diagnostique » incluant un scanner derrière le miroir et une toilette qui produit des analyses de sels et d'urines ! On peut aisément imaginer la suite (dans une dizaine d'années !) : le sujet appuierait sur le bouton « *print* » de l'ordinateur évidemment intégré à l'ensemble, ce qui lui permettrait d'obtenir sur le champ un diagnostic, accompagné au besoin de prescriptions de médicaments ou encore d'une note formelle qui s'inscrirait à son dossier informatisé patient et qui l'enjoindra de se présenter à la clinique d'infirmières praticiennes de son quartier pour un suivi immédiat !!!

Les établissements publics appliquent encore trop souvent les solutions d'hier (ex : le lean management contre le manque chronique de ressources et défaillances opérationnelles systémiques tirant vers le bas la performance, l'accessibilité et la sécurité-qualité des soins) aux problèmes d'aujourd'hui (ex : la croissance exponentielle et incontrôlable de l'utilisation des services de santé, qui oblige à réviser les pratiques « soignants-soignés » dans le sens d'une plus grande responsabilisation des « soignés » d'une part, et d'autre part, le paradigme de dépendance du citoyen-patient-utilisateur dans ses relations avec le réseau public et les professionnels de la santé, dépendance que d'aucuns diront être aussi alimentée par ces derniers). Ce serait une erreur d'attribuer cette croissance de l'utilisation des services de santé au seul vieillissement de la population.

Nous suggérons que cette croissance de l'utilisation des services de santé est aussi conséquente d'un système de dépendance à triple entrée : biopsychosociale-existentielle, économique et politique. Dans ce système, entrent en relations les citoyens, les médecins, les marchands et les politiciens. Ainsi, caractéristique de notre temps, (1) la « négation de la mort » conduit l'individu à vouloir consommer à tout prix tout produit ou service qui lui donne la possibilité de vivre « jeune et beau » le plus longtemps possible ; (2) les disciples d'Hippocrate et les marchands de santé et de technologies alimentent pour leur plus grand bénéfice cette négation de la mort en repoussant sans cesse et hors de prix les limites des « nouveaux possibles de Jouvence » ; et (3) les politiciens qui gouvernent les réseaux de santé dépendent largement des pouvoirs corporatistes tel celui des médecins et des industries de la santé pour se maintenir en poste ! Et ils dépendent aussi de la population qui aspire à l'immortalité ! Après tout, près de 50 % du budget de l'état y sera consacré en 2015 selon le MSSS ! Ce paradigme de la dépendance est donc bien enraciné dans nos institutions culturelles, économiques, politiques et légales ! En même temps, depuis le début des années 2000, plusieurs auteurs soulignent que ce qui a été, à une époque, la force du système de santé, est en train d'en faire un dinosaure¹.

Une conséquence de l'enchevêtrement complexe de ces enjeux et de ces contradictions : les citoyens sont en train d'inventer les solutions de demain, entre eux et avec les professionnels de la santé qui ont compris que le paradigme unique et dominant de la dépendance institutionnelle en soins de santé est en phase terminale ! Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, le patient-citoyen peut, dans un nombre beaucoup plus grand de cas qu'on ne veut bien le croire, s'acquitter de responsabilités médicales significatives, grâce à l'émergence fulgurante de connaissances et d'outils qui ont la capacité de le transformer de « patient ignare et incapable » à premier membre ou bras droit de l'équipe médicale².

Comme l'a bien démontré Kuhn, tout paradigme contient en germe sa propre malédiction : plus il sera ancien, plus le réservoir de progrès qu'il pouvait permettre aura été consommé, plus les contradictions liées à l'occultation de la complexité naturelle seront choquantes et moins il pourra être mis en cause car il aura formaté les esprits et sélectionné les élites du moment parmi ses meilleurs « *puzzle makers* », les plus habiles à assembler les puzzles qu'il autorise et à ignorer les facéties du réel qui le contredisent. Lorsque cette malédiction parvient à être conjurée, donnant lieu à une rupture de paradigme, le nouveau modèle intègre généralement les acquis du précédent au sein d'une perspective plus vaste, à la façon dont les limites d'un modèle bidimensionnel seraient résolues en passant en trois dimensions. Mais pour que ce mouvement vertueux ait lieu, il faut que les voix de ceux qui, comme Roger Dachez, pensent qu'il est temps de penser différemment résonnent suffisamment fort pour ébranler le confort des « *puzzle makers* » qui occupent les postes de décision. (Philippe Ameline, <http://www.atoute.org/n/article150.html>)

¹ Christensen, C.M., Bohmer, R. and Kenagy, J. (2000). Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review*, September-October, 102-112.

² La faculté de médecine de l'Université de Montréal a d'ailleurs annoncé un projet pédagogique dans les dernières semaines qui va dans cette direction. Voir : <http://www.nouvelles.umontreal.ca/enseignement/faculte-de-medecine/20110105-innovation-pedagogique-a-la-faculte-de-medecine-de-luniversite-de-montreal.html>.

Le projet « Santé 3.0 »

Le problème : en reproduisant le paradigme actuel de dépendance soignants-soignés, le réseau public de santé et de services sociaux se prive de moyens colossaux et à disposition qui lui permettraient de mieux faire face à la croissance en mode « *run away* » (ou exponentielle ou incontrôlable) de l'utilisation des services.

CRISO International, une entreprise à but non lucratif du Centre universitaire de santé McGill, s'est donné comme projet d'appuyer l'évolution des systèmes publics de santé vers le modèle « **Santé 3.0** ».

Définition de Santé 3.0

Le modèle « Santé 3.0 » est :

- une nouvelle **philosophie de gestion des établissements** de santé qui conduit à modifier en profondeur les pratiques professionnelles et les modes d'interactions avec les patients-utilisateurs de manière à promouvoir, soutenir et instrumenter la coopération, l'autonomie et la responsabilité des patients (le modèle « hôpital promoteur de santé » va dans ce sens) ;
- de même qu'un **ensemble de modes d'organisation et de livraison des soins et des services**, qui redéfinissent et optimisent l'apport respectifs des soignants et des soignés dans un contexte où les soignés voient leur rôle profondément enrichi grâce aux nouveaux leviers que sont les nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC) et les nouvelles technologies de santé autogérées (NTSAG).

On pourrait ainsi dire que le changement de paradigme dont il est question se produira en deux temps : en réaction à la position actuelle de dépendance qu'occupe l'acteur principal du système, le citoyen-patient-utilisateur, Santé 2.0 est un mouvement de prise d'indépendance face aux institutions, soutenu par les marchands de technologies. Il devrait donc s'en suivre une phase de « ré-institutionnalisation » que nous proposons de nommer « Santé 3.0 ». Nous croyons que cette ré-institutionnalisation se fera notamment pour assurer le respect des cinq principes de la loi canadienne sur la santé³ et le maintien de l'équilibre optimal entre les enjeux de qualité-équité et d'efficience-pertinence (modèle de l'OMS).

³ **Universalité** : tous les résidents ont droit à des services de santé assurés prévus par le régime, selon des modalités uniformes.
Gestion publique : le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire doit être géré sans but lucratif par une autorité publique.
Accessibilité : aucun obstacle financier ou autre ne doit entraver l'accès satisfaisant des personnes assurées aux services requis dispensés par un hôpital et un médecin.
Transférabilité : la condition de transférabilité doit prévoir le paiement des montants pour les coûts des services de santé lorsqu'une personne assurée déménage ou voyage au Canada, ou encore voyage à l'extérieur du pays.
Intégralité : tous les services médicaux requis offerts par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés.

C'est d'ailleurs dans ce sens que les auteurs du rapport « *The past and the future of Health 2.0* » voient l'évolution du mouvement. Ils nomment cette troisième phase : partenariats pour réviser le système de livraison des services. Il faut aussi envisager tout cela en gardant à l'esprit les potentialités qu'offre(rira) le Web 3.0, lequel rendra possible l'utilisation « d'agents sémantiques » intégrés aux ordinateurs personnels.

In 2007, we identified four phases of Health 2.0 evolution, and they've stood the test of the last 3 years well. We give one sentence of commentary after each definition :

1. **User-generated Healthcare**—Patients and physicians using Web 2.0 technologies to communicate with each other and investigate their treatment options without connecting to the healthcare system. *This is where Health 2.0 started in 2005-7 and continues to be most important.*
2. **Users connecting with providers**—Tools and communities becoming connected to the system, such as patient-to-physician communications, record sharing and online visits. *Since 2008 both the data utility layer (e.g. HealthVault) enabling, and the services providing these connections, are becoming more common and we're starting to see this phase develop.*
3. **Partnerships to reform delivery**—The greater transparency enabled by new technology producing changes in the process and organization of care delivery. *It's very early stages for this phase, but demands for patients to have better access to their data, and to be noticed in the discussion over "meaningful use" are early indicators of wider change in coming years.*
4. **Data drives decisions and delivery**—Health 2.0 will result in data transferring much more easily between actors in the system. As a result, treatment decisions will become based on data pertaining to individual patients rather than a larger group. And the collection and analysis of that data will actually improve care processes and eventually inform drug discovery. *We have extremely limited examples of patient-led data collection efforts thus far, but the potential impact of those which do exist are beginning to filter into the conversation.*

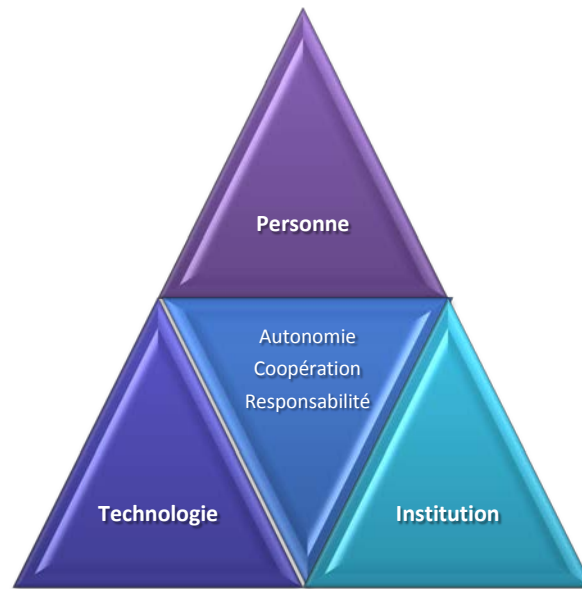
La progression fulgurante des NTIC et des NTSAG permet donc d'envisager des modifications profondes dans les rapports entre le citoyen-patient et les institutions publiques de services de santé. Nous croyons que ces nouveaux rapports, fondés sur une plus grande autonomie et responsabilité du citoyen-patient face à sa santé, ses soins et ses traitements, et donc sur une « coopération » plus authentique et égalitaire entre les professionnels de la santé et leurs clients, pourraient contribuer de façon significative à désengorger le système public de services de santé, pour ce qui est du moins des problèmes de santé dont les symptômes, les modes de diagnostic et de traitement sont connus, dans une époque où le traitement des « maladies qui nous accompagnent longtemps » (maladies chroniques) peut être à la fois autogéré et soutenu par des réseaux sociaux composés de personnes faisant face aux mêmes problèmes de santé.

Questions de recherche : Étant donné les nouveaux possibles liés aux NTIC et aux NTSAG dans le domaine de la santé, le paradigme de dépendance dans la relation soignants-patients est-il en transformation ? Ce changement favorisera-t-il une grande autonomie et responsabilité des citoyens-patients-utilisateurs face à leur santé, à leurs soins et leurs traitements autogérés ? Quel sera le rôle des NTIC et des NTSAG dans cette évolution ? Est-ce que le modèle « Santé 3.0 » est une approche efficace de désengorgement du système ?

Cadre conceptuel

Le champ de la psychosociologie du travail s'intéresse traditionnellement aux relations entre l'individu et les organisations de travail. Depuis les années 1930-40, on parle de participation et plus récemment, d'autonomie, de responsabilité et d'engagement dans les organisations. Les NTIC et les NTSAG sont considérés dans ce cadre comme le troisième acteur du système d'interactions « personnes-institutions-technologie » qui sous-tend l'autonomie, la coopération et la responsabilité comme principe directeur des relations soignants-soignés.

Figure 1 – Les trois piliers du modèle « Santé 3.0 »



La question fondamentale est la suivante : comment les établissements peuvent-ils agir pour que le citoyen-patient utilise de façon optimale le réseau public de santé aux ressources limités et qu'il soit plus autonome face à ses besoins de santé et aussi qu'il utilise plus et mieux les différents NTIC et NTSAG certifiées disponibles ? En fait, avec les possibilités d'information, de diagnostic et d'interactions au sein de communautés de soutien dont bénéficiera de plus en plus le citoyen-patient grâce aux NTIC-NTSAG, comment le réseau public de santé doit-il évoluer pour accueillir, valoriser et exploiter ce potentiel de prise en charge de sa clientèle?»

En effet, comme le décrit clairement la référence aux travaux de Kuhn sur les paradigmes (p. 3), il arrive un moment où le potentiel d'évolution et de progrès devient marginal à l'intérieur des vieilles façons de penser et de faire, et que les gains significatifs se trouvent désormais à 180 degrés de nos positionnements habituels. En d'autres termes, le rendement des investissements effectués dans le système en place n'atteindra qu'une faible fraction de celui réalisé à l'extérieur, le potentiel du système actuel étant déjà surtaxé et sa capacité d'effet de levier réduite d'autant.

IMAGINE...

Une urgence dotée d'une salle supervisée d'ordinateurs branchés sur des sites d'information santé par catégorie de maladie et de symptômes, introduisant l'utilisateur à différents réseaux sociaux susceptibles de partager son expérience et offrant des tutoriels de diagnostics simples démontrant l'utilité des outils d'autogestion de sa santé et leur facilité d'utilisation. Et qu'au lieu d'attendre six heures pour voir un médecin, le quart des visiteurs repartent une à deux heures plus tard sans voir de médecin avec la prescription suivante, sortie de l'imprimante centrale de ladite salle d'ordinateurs et vérifiée par une infirmière praticienne : (1) allez chez votre pharmacien (2) présentez-lui ce diagnostic et (3) suivez la posologie (ce médicament ne requiert pas la prescription d'un médecin). Si le problème perdure après 72 heures, présentez-vous à votre coopérative médicale sans délai !

Actuellement, le mouvement Santé 2.0 se développe selon les intérêts des citoyens plus indépendants et les intérêts marchands. Dans ce contexte, les NTIC et les NTSAG sont un levier privilégié de transformation et d'amélioration du système de santé de demain, mais il faut être prudent : on pourrait avoir l'impression que les outils mèneront la transformation plutôt que les personnes, dans un système actuellement avant tout « *people driven* », d'où le choc paradigmatique ! Il existe maintenant une force d'outils qui peut transformer la profession médicale notamment. Cette force d'outils modifie radicalement la place critique qu'occupaient certains actes professionnels qui, une fois bien mécanisés, deviennent simplement opérationnels et auto gérables au moyen des technologies certifiées et à disposition, et appellent la création d'autres actes professionnels plus stratégiques avant qu'ils ne deviennent opérationnels à leur tour, et ainsi de suite...

La technologie ne peut évidemment pas remplacer la qualité des relations humaines qui doivent nécessairement accompagner le traitement et les soins d'un très grand nombre de cas et la « technologie responsabilisante » n'est pas une panacée au problème de rareté des ressources, mais un moyen stratégique et incontournable. Ce changement de paradigme touche autant les attitudes et les valeurs des soignants et des soignés, que les intérêts corporatistes, économiques et politiques des différents groupes d'acteurs constituant le réseau public de services de santé et de services sociaux.

Lors de la « *3rd Annual Conference of the McGill University Health Centre's Institute for Strategic Analysis and Innovation* », les 20 et 21 octobre 2010, un large consensus s'est développé entre les participants à l'effet que notre système de santé est encore peu ouvert aux NTSAG et peu impacté par celles-ci, d'où la question posée par le Dr. Porter lors de la conférence : « Êtes-vous d'accord pour que le prochain milliard de dollars en SSS soit dépensé pour les NTIC » ? On a aussi pu constater que les présentations des 23 personnes ressources et expertes peuvent se classer grosso modo en deux groupes : ceux qui ont mis l'accent sur la nécessité d'améliorer le système actuel de SSS grâce aux NTIC (comment on bâtit des dossiers médicaux électroniques, des coordinations entre soignants, de la sécurité sur la vie privée, etc.), bref faire encore plus et mieux des mêmes choses ou tordre le système actuel davantage, et ceux qui ont directement ou indirectement fait ressortir qu'une réelle transformation reposera avant tout sur une réinvention du rôle du patient dans ce ou un autre système.

Il semble acquis que nous sommes en vue d'un changement majeur dans le monde des services de santé et des services sociaux en raison de la force de démocratisation des NTIC et des NTSAG ! La question n'est plus « est-ce que le patient va jouer un nouveau rôle dans la gestion de sa santé et de ses soins médicaux ? », mais plutôt : « comment va-t-il le faire et comment les établissements de santé vont lui

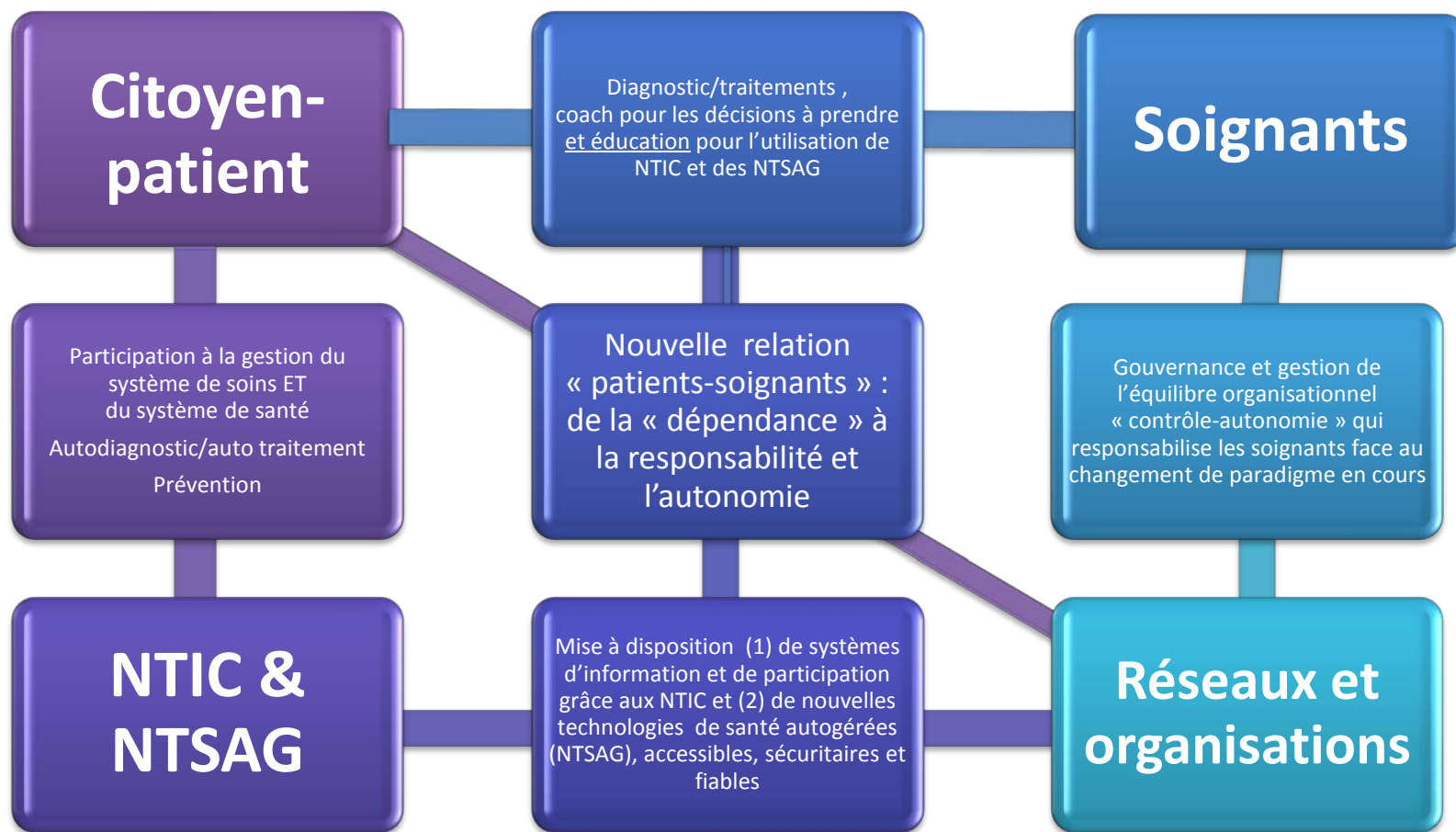
permettre de le faire de façon sécuritaire en obtenant la collaboration du système de santé, des cliniciens et de leurs corporations ? »

Sur cette base, le cadre conceptuel présenté ci-après est un modèle exploratoire qui met en relation quatre type d'interactions clés dans cette transformation paradigmatique : réseaux/organisations de services ET soignants ; soignants ET citoyens⁴-patients-utilisateurs ; citoyens et NTIC-NTSAG ; réseaux/organisations et NTIC-NTSAG. Ce modèle est aussi fondé sur la conviction que la pérennité du réseau public de santé et de services sociaux est tributaire d'un changement de paradigme quant à la place qu'occupe l'acteur principal du système, le « citoyen-soigné ».

⁴ Il est à noter que l'utilisation de la notion de citoyen, non développée dans ce texte-ci, réfère aux dimensions politiques et citoyennes de la gouvernance des réseaux publics de santé et services sociaux. De nombreux ouvrages traitent de la question citoyenne et de la participation à la gouvernance. Nous y reviendrons dans un prochain texte sur la question.

La matrice de développement du modèle « Santé 3.0 »

Serge Gagnon et Laurent Chartier, © 2010 CRISO International (CUSM)



Les principales questions soulevées par ce cadre conceptuel se résument comme suit.

- **Réseaux/organisations et soignants**
 - Quel type de management de « l'équilibre des enjeux » assure l'optimisation des relations entre l'environnement psychosocial de travail, les comportements organisationnels et la qualité, dans le sens du modèle « Santé 3.0 » ?
- **Soignants et citoyens utilisateurs**
 - Quel type de philosophie de services et de gestion assure la création d'environnement de soins et de services promoteurs d'autonomie et de responsabilisation face à sa santé et ses soins ?
 - Par exemple, les modèles tels que « Planetree » et « Hôpitaux promoteurs de santé » peuvent-ils être reliés à Santé 3.0 ?
- **Citoyens et NTIC**
 - Quelles politiques incitent les citoyens à optimiser leur utilisation des réseaux de santé, notamment en développant plus d'autonomie face à leurs enjeux et problèmes de santé via l'utilisation des NTIC-NTSAG (Internet, etc.) ?
- **Réseaux/organisations et NTIC**
 - Quelles politiques incitent les organisations de santé à accroître l'utilisation des NTIC et des NTSAG dans leurs transactions (en présence et virtuelles) avec les citoyens utilisateurs ?

La prochaine étape du « Projet Santé 3.0 » consistera à explorer les questions qui suivent.

- Quelles sont la nature, les conditions et les conséquences du paradigme actuel de dépendance ? Les principaux acteurs du système les reconnaissent-ils ?
- Quelle est la pertinence de notre questionnement sur une éventuelle transformation paradigmatique ? Notamment, quelles sont les potentialités du modèle Santé 3.0 sur l'engorgement actuel du système ?
- Quel est le degré de « *readiness* » des institutions et des citoyens face au nouveau paradigme d'autonomie et de responsabilité ? Quels sont les facteurs favorables et les facteurs défavorables, au Québec, au Canada et en France, aux niveaux suivants : patients, médecins, établissements, ordres professionnels, fournisseurs de technologies, rémunération, sécurité, etc.
- Quelles sont les solutions Santé 2.0 actuellement en expérimentation dans et hors les établissements (USA, Québec, Canada, France)? Quelles sont les avancées majeures (« *leading edge* ») de Santé 2.0? Qui sont les acteurs de premier plan?
- Comment positionne-t-on Santé 3.0 et le système de santé actuel?

En résumé...

Nous croyons d'une part qu'il existe en ce moment un contexte qui conduit sans équivoque au modèle de soins de Santé 3.0. Ce contexte est caractérisé notamment par :

- l'accroissement exponentiel et pratiquement incontrôlable (runaway) de la demande des services de santé, que ce soit en raison du vieillissement de la population, des nouvelles attentes des citoyens ou de l'élargissement continu de l'offre de soins de santé ;
- les limitations normales de notre système de santé, que ce soit au plan des coûts pour la société ou au plan des ressources spécialisées disponibles ;
- la disponibilité de nouveaux moyens, outils ou technologies de soins de plus en plus accessibles à tous aussi bien en termes de coûts qu'en termes de modalités d'utilisation et,
- l'émergence d'une nouvelle mentalité et attitude chez le citoyen-patient, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres secteurs d'activités comme les services aériens, financiers, immobiliers, d'information, de détail, etc. qui se manifeste par la prise en charge de parties complètes de processus autrefois assumées par les institutions-fournisseurs et qui, bien exploitées par nos institutions de santé, constituent un gisement incroyable de ressources nouvelles.

D'autre part, nous avançons la proposition qu'il importe de se lancer rapidement et efficacement dans la mise en place des conditions favorables au déploiement du modèle Santé 3.0. Ces conditions, pour n'en nommer que quelques-unes sont :

- l'invention d'une nouvelle relation soignants-patients enrichie de soutiens technologiques variés et faisant place à une prise en charge d'une partie importante de leurs soins de santé par les patients;
 - la détermination des soins qui peuvent être délégués et enseignés aux patients dans le cadre d'une approche sécuritaire et de qualité de soins ;
 - le réagencement de la rémunération des soignants de façon respectueuse et mobilisante pour eux de manière à ce qu'ils puissent assumer leur nouveau rôle mixte d'experts-coachs ;
 - la modernisation des lois, règlements et modalités d'exercice régissant les actes médicaux et autres de manière à ce que les citoyens puissent assumer une part accrue de responsabilités dans leurs soins sans que ceci ne devienne une menace pour les soignants ;
 - la redéfinition du rôle des institutions du système de santé pour exercer un leadership dans cette transformation du modèle de soins équilibrant l'intervention en institution traditionnelle et l'intervention en cliniques ou dans la résidence des patients.
-