

INSTITUT
MONTAIGNE



Santé : faire le pari des territoires



RAPPORT MAI 2022

INSTITUT
MONTAIGNE



Think tank indépendant créé en 2000, l'Institut Montaigne est une plateforme de réflexion, de propositions et d'expérimentations consacrée aux politiques publiques en France et en Europe. À travers ses publications et les événements qu'il organise, il souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique avec une approche transpartisane. Ses travaux sont le fruit d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique, ouverte sur les comparaisons internationales. Association à but non lucratif, l'Institut Montaigne réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des personnalités issues d'horizons divers. Ses financements sont exclusivement privés, aucune contribution n'excédant 1,5 % d'un budget annuel de 6,5 millions d'euros.

Santé : faire le pari des territoires

RAPPORT – MAI 2022

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	6
I – Accorder aux acteurs l'autonomie et la liberté nécessaires à leur action	14
1. Accompagner les principes de liberté et d'autonomie par un vaste effort de formation des professionnels de la santé	15
2. Redonner du sens aux métiers du soin en leur accordant une agilité professionnelle renforcée	22
3. Dépasser l'approche par les statuts et promouvoir l'innovation dans les organisations	31
4. Appuyer le déploiement du numérique grâce au partage des données de santé	44
II – Soutenir les territoires comme pilotes des politiques de santé	53
1. Concevoir au niveau local des politiques de santé inclusives et cohérentes	54
2. Oser renforcer la place des collectivités locales dans le pilotage de la santé	69
III – Construire une nation de santé publique	86
1. Affirmer le principe de responsabilité territoriale et populationnelle dans le cadre d'une santé globale	86
2. Préparer l'avenir en se dotant d'une vision stratégique pour la filière santé	97
Conclusion	114
Annexes	116
1. Synthèse des propositions	116
2. Cartographie départementale des dépenses et besoins de santé	122
Remerciements	127

INTRODUCTION

Au fil des années, le lien de confiance qui unissait les Français avec le système de santé s'est progressivement détérioré et la crise de la Covid-19 n'en a finalement été qu'un révélateur et un accélérateur.

Plus précisément, si les Français continuent à accorder leur confiance aux professionnels de santé, l'idée selon laquelle notre système se délite, se dégrade et que demain nous serons moins bien soignés qu'aujourd'hui, se généralise. Selon un sondage, en décembre 2021, 74 % des Français estimaient que le système de santé s'était dégradé (contre 57 % en 2007)¹. Par ailleurs, plus d'un tiers des Français (37 %) déclare avoir le sentiment de vivre dans un désert médical. Cette proportion atteint 48 % parmi les moins de 35 ans².

Au sein même du monde médical et paramédical, le malaise et l'épuisement des professionnels de santé deviennent chaque jour plus prégnant, installant dans le débat public l'image d'un système de santé à bout de souffle.

La surcharge de travail, le sentiment de manque de considération et de reconnaissance, la lassitude et la perte de sens, les insatisfactions en termes de rémunération et de conditions matérielles de travail sont croissantes. Quelques statistiques reflètent l'ampleur de la crise ; la moitié des professionnels de santé est ou a été concernée par le *burn out*³ et les infirmier(e)s sont particulièrement exposé(e)s : 63 % d'entre eux affirment ressentir « très souvent » au moins un symptôme d'épuisement professionnel et plus du tiers d'entre eux souhaite changer de métier⁴. Des réalités naturellement exacerbées par la crise sanitaire⁵, avec le quasi doublement des situations d'épuisement professionnel en quelques mois.

La récente enquête sur la santé mentale des étudiants en médecine⁶ reflète aussi l'ampleur de la crise : 75 % des répondants témoignent de symptômes d'anxiété pathologique et 39 % des symptômes de dépression.

Nous observons ainsi deux faces d'une même crise, celle d'une profonde crise de confiance des citoyens quant à l'avenir de leur système de santé et celle d'une crise d'engagement et de sens des personnels soignants. S'y ajoute une **crise de souveraineté**, révélée par la gestion de la pandémie, en raison notamment du manque de médicaments, de matériel médical, de masques, de tests, de failles dans les chaînes d'approvisionnement et de l'incapacité de la France à développer son propre vaccin. Une **crise de soutenabilité** vient complexifier davantage la situation : le mode de financement actuel ne semble pas à même d'assurer la pérennité du système de soins, notamment face au vieillissement de la population et à l'arrivée sur le marché de nouvelles innovations thérapeutiques.

La crise que connaît notre système de santé est non seulement une crise qui fragilise l'accès à la santé et met en cause la pérennité de notre modèle solidaire mais au-delà, elle révèle une crise de notre pacte républicain. La campagne présidentielle qui vient de s'achever a été un rendez-vous manqué sur les sujets de santé alors que celle-ci figurait en février 2022 comme un élément déterminant dans le vote de trois quarts des Français⁷. En décembre 2021, 8 Français sur 10 estimaient que le sujet de la santé n'était pas bien traité par les candidats en campagne⁸.

1 « Observatoire Biogaran de la santé au quotidien », Rapport d'enquête Ifop / Angie réalisé par Biogaran, décembre 2021.

2 Institut Montaigne, *Parcours patient : parcours du combattant?*, septembre 2021.

3 Données Catalyse, Association SPS, étude Technologia 2014, Conseil de l'ordre des médecins.

4 Enquête de l'Ordre national des infirmiers, 2018.

5 Enquête de l'Ordre national des infirmiers, octobre 2020.

6 Enquête de 2021 menée par l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes), l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) et l'ANEMF (Association Nationale des Étudiants en Médecine de France).

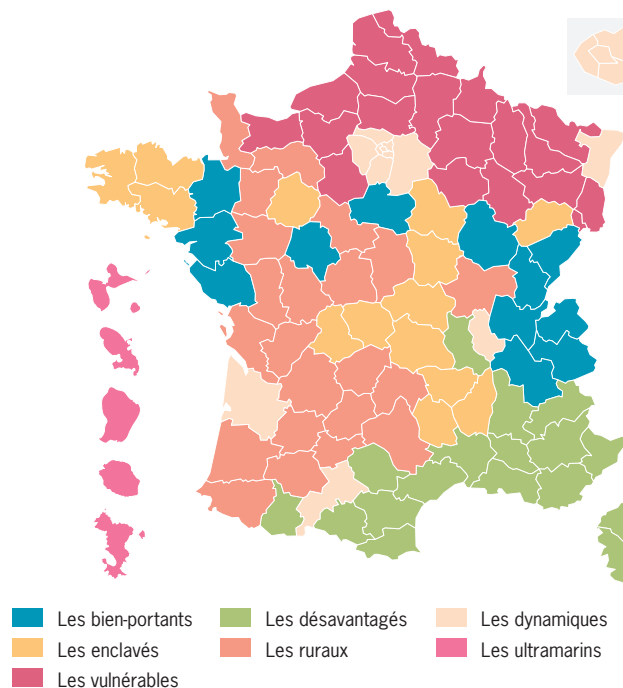
7 Sondage Ifop/JDD sur le jugement du bilan d'Emmanuel Macron, *Le JDD*, 20 février 2022.

8 « La santé des Français et l'hôpital au cœur de la campagne présidentielle », Odoxa/onepoint, décembre 2021.

Les inégalités d'accès aux soins comptent parmi les facteurs d'échec de notre système de santé. Près de 10 millions de Français déclarent désormais avoir des difficultés à accéder au système de santé, et la surmortalité dans certaines régions, tant liée à la situation socio-professionnelle qu'à l'offre de soins, est visible. Pour mettre en exergue **l'inadéquation entre l'offre et les besoins de santé**, l'Institut Montaigne a réalisé une cartographie avec Kanopy Med, cabinet expert en méthodes d'analyse des données qualitatives et quantitatives de santé.

Ces inadéquations résultent notamment de la construction d'un système de soins davantage piloté par l'offre, conditionnée plus par la norme que par les besoins des Français comme des professionnels de santé. Sur le terrain, l'incompréhension l'emporte souvent devant ce flot ininterrompu de règles et de contraintes qui empêchent l'action et éloignent les professionnels de leur métier de soignant. La confiance est souvent distendue entre le corps médical et les responsables administratifs, jusqu'aux structures de pilotage du système de santé⁹. Au niveau national comme territorial, la multiplicité des institutions rend illisible le fil décisionnaire : DSS, DGOS, DGCS, ANS, ATIH, ARS, etc., autant de sigles qui contribuent **à rendre flous les processus décisionnaires et à perdre le lien avec les acteurs de terrain.** La crise sanitaire et ses effets ont révélé cette réalité d'un système qui certes, a tenu debout grâce à l'énergie et la résilience de ses professionnels de santé, mais dont l'impréparation à de telles crises comme l'essoufflement général de son organisation, est apparue au grand jour.

Cartographie départementale des dépenses et besoins de santé

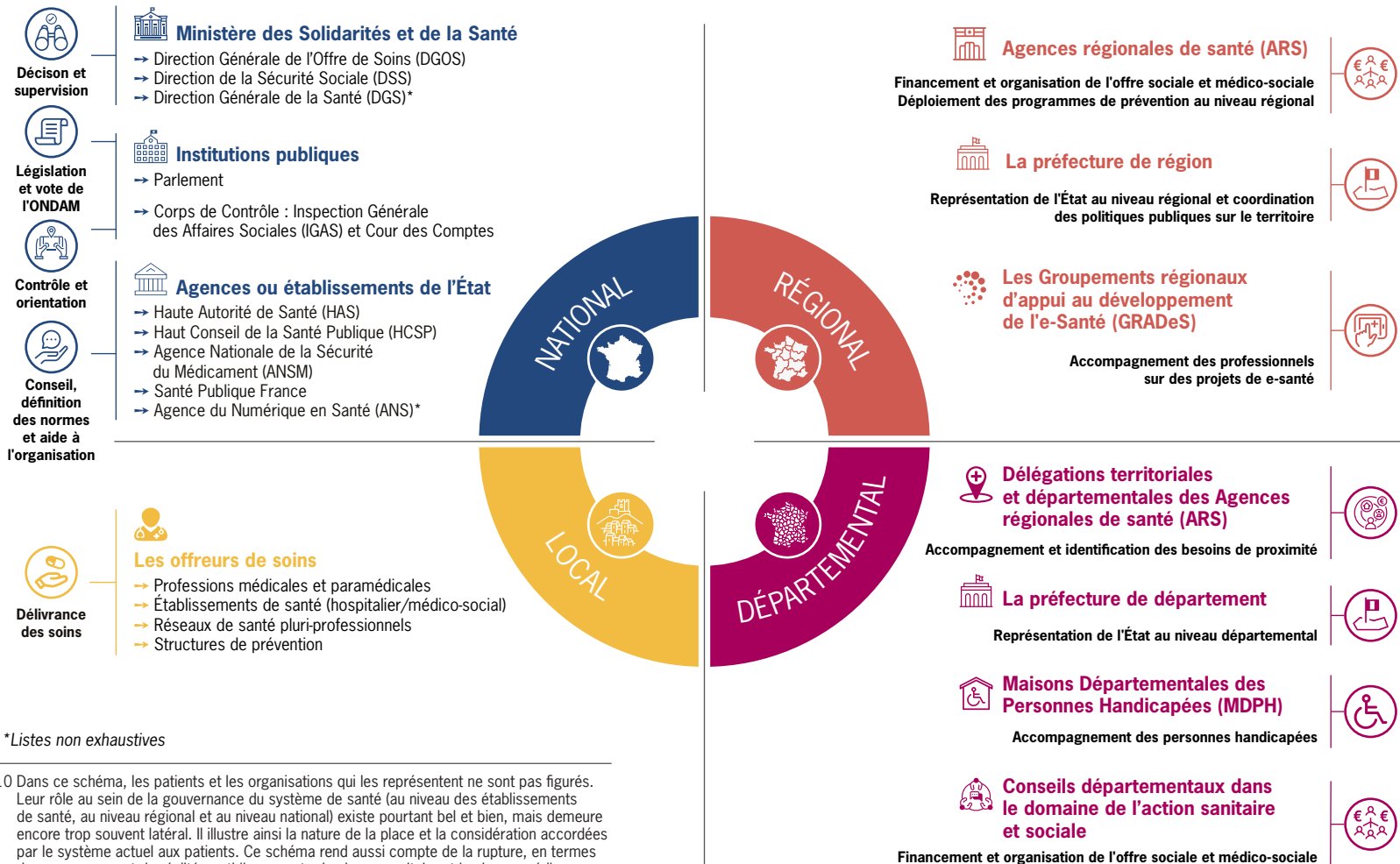


Source : Institut Montaigne avec Kanopy Med, 2022.

Note de lecture : le travail de cartographie met en avant les disparités départementales d'allocation des dépenses de santé au regard des besoins. Les départements ont été regroupés selon les besoins de santé. Par exemple, les territoires « enclavés » se caractérisent par une population en moyenne rurale, relativement âgée, dont les besoins de santé sont forts, et où la consommation d'alcool pèse sur l'état de santé de certains habitants. Les territoires « dynamiques » sont eux caractérisés par une population en moyenne jeune, urbaine et favorisée, dont les besoins de santé sont faibles, mais dominés par certaines maladies chroniques et le cancer, et où on observe une natalité forte.

⁹ Note d'analyse de François Ecalte, ancien rapporteur général de la Cour des comptes, président de Fipeco.

La gouvernance du système de santé¹⁰



*Listes non exhaustives

¹⁰ Dans ce schéma, les patients et les organisations qui les représentent ne sont pas figurés. Leur rôle au sein de la gouvernance du système de santé (au niveau des établissements de santé, au niveau régional et au niveau national) existe pourtant bel et bien, mais demeure encore trop souvent latéral. Il illustre ainsi la nature de la place et la considération accordées par le système actuel aux patients. Ce schéma rend aussi compte de la rupture, en termes de gouvernance et de réalité quotidienne, entre le champ sanitaire et le champ médico-social, qui répond à un cadre juridique et à une gouvernance spécifique.

À la sortie de cette crise sanitaire et alors que la défiance des soignants comme des Français s'aggrave, les enjeux de transformation sont clairs et il est urgent d'agir. Comment sortir d'un système sur-administré mais sous-régulé ? Comment répondre aux attentes des Français et éviter que ne s'installe un système à plusieurs vitesses ? Comment recréer de l'envie, de l'optimisme et redonner du sens aux professionnels de santé ? Comment préparer notre système de santé à l'avenir et aux innovations ? Et surtout, comment lutter plus efficacement contre les inégalités de santé que la crise pandémique a une nouvelle fois mis en lumière ?

Ces nécessités d'agir au niveau local et de redonner la main aux acteurs de terrain sur l'organisation de notre système de soins a été largement repris par les candidats à la présidentielle. C'est le cas du candidat d'Europe Écologies les Verts, Yannick Jadot, qui souhaitait que l'offre de soins et de prévention soit pilotée et coordonnée par des collectivités de santé à l'échelle des territoires. La candidate Valérie Pécresse voulait quant à elle renforcer le pouvoir de décision des collectivités territoriales, en confiant aux présidents de région la présidence des ARS. Grand nombre de constats et de propositions ont aussi été faits dans le cadre d'un récent rapport du Sénat¹¹.

Dans ce contexte, le présent rapport Santé : faire le pari des territoires, propose un ensemble d'évolutions ambitieuses et réalistes pour le nouveau quinquennat qui s'ouvre. Ambitieuses, car elles conduisent à changer en profondeur la culture du système sanitaire, **en plaçant la liberté, la subsidiarité et la responsabilité comme des valeurs cardinales.** Ambitieuses aussi car elles visent à préparer l'avenir du système de santé par une véritable vision stratégique d'ensemble et à refonder le pilotage opérationnel de la santé, en **faisant des territoires l'échelle privilégiée pour construire l'offre de soins, tout en conservant un cadre réglementaire national, notamment en matière de numérique et de données de santé.**

La « bascule territoriale » proposée est ainsi cohérente avec les transformations que nous observons en France, reflétées par la loi 3DS (décentralisation, déconcentration et simplification) qui réforme la gouvernance des agences régionales de santé et facilite le recrutement de personnel soignant mais aussi les investissements des établissements de santé par les collectivités locales¹². Pour qu'elles soient menées à leur terme, ces transformations supposent de **dépasser les clivages statutaires et de rénover la formation des professionnels.** La conduite du changement s'appuiera nécessairement sur les **outils numériques** et l'analyse des **données de santé**, qui permettront simultanément d'adapter le système sanitaire aux besoins des Français, de renforcer les actions de prévention ciblée et d'accélérer l'émergence d'innovations en santé. Finalement, le rapport propose l'émergence d'un **service public de santé territorial**, c'est-à-dire un engagement sur le terrain de tous les acteurs publics et privés pour agir sur la santé.

Liberté, proximité et responsabilité sont les trois principes clés qui guident la vision proposée par ce rapport. L'ambition que le groupe de travail a choisi de porter est celle d'une offre de soins toujours plus efficace et innovante, fondée sur l'autonomie et la responsabilité des professionnels, et mise en œuvre au plus proche des besoins des patients. La première et la deuxième partie de ce rapport sont le reflet des constats, des ressentis et des retours collectés sur le terrain auprès des différents acteurs du système de santé, ainsi que des discussions qui ont eu lieu au sein du groupe de travail. La troisième partie du rapport explicite les objectifs à atteindre, celle d'une nation de santé publique, qui se construira à l'échelle européenne, sur le long terme.

11 Rapport de Catherine Deroche fait au nom de la commission d'enquête sur *La situation de l'hôpital et le système de santé en France*, mars 2022.

12 Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, *La loi 3DS, loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale*, février 2022.

ACCORDER AUX ACTEURS L'AUTONOMIE ET LA LIBERTÉ NÉCESSAIRES À LEUR ACTION

Le manque d'épanouissement et de confiance que l'on peut observer parmi les professionnels de santé participe à la crise du système sanitaire français. Pendant la crise, le vent d'un besoin de liberté a pris davantage d'ampleur : liberté dans les statuts, liberté d'organisation territoriale, liberté pour les professionnels de santé et liberté d'innovation.

Cette liberté implique d'abord une confiance entre les acteurs, construite sur l'engagement de chacune des parties prenantes. Elle nécessite aussi de lever de nombreuses contraintes – structurelles, réglementaires ou psychologiques – aujourd'hui en place dans notre système, qu'il s'agisse des modalités de financement des soins ou de la diffusion de l'innovation. Elle appelle également une formation adaptée, pour que les soignants puissent s'emparer pleinement de la nouvelle autonomie qui pourrait leur être accordée.

1. Accompagner les principes de liberté et d'autonomie par un vaste effort de formation des professionnels de la santé

1.1. Une nécessaire refonte des formations

Pour que le changement s'engage et s'enracine véritablement sur le terrain, la formation à l'exercice de nouvelles responsabilités est essentielle. Son insuffisance actuelle est sans doute ce qui explique pourquoi la subsidiarité, malgré un cadre réglementaire existant depuis plusieurs années, ne s'est pas généralisée. Au sein des établissements, la liberté doit devenir un principe de base des organisations, afin de rechercher en permanence à redonner aux professionnels de réelles marges de manœuvre, d'organisation et de décisions. À cet égard, l'évolution de la gouvernance ne suffit pas : elle doit être accompagnée d'un indispensable travail sur la modernisation des formations afin de diversifier les parcours, et permettre le travail collaboratif entre professionnels de santé au sein d'un établissement de santé ou d'un territoire.

En un mot, former à l'exercice de nouvelles responsabilités, au plus près du terrain, ainsi qu'au travail partenarial, est un point clé. La rénovation de la formation doit concerner toutes les étapes de la carrière – à travers la formation initiale et la formation continue – ainsi que tout le personnel administratif, médical et paramédical. La refonte des parcours de formations de santé publique est une **condition de la modernisation du système de santé publique.** Cette réforme devrait répondre à quatre enjeux complémentaires.

1. Les futures formations devront permettre d'acquérir une culture commune entre des professionnels qui aujourd'hui sont formés séparément. Les parcours au sein des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) restent éloignés des études médicales à l'université, elles-mêmes très différentes des formations des directeurs d'hôpitaux assurées par l'École des hautes études en santé publique (EHESP). **À la diversité des métiers doit**

bien sûr répondre celle de la diversité des formations. Néanmoins, ces formations apparaissent excessivement cloisonnées, les partages d'expériences (au-delà des périodes de stages reproduisant eux-mêmes un exercice des métiers en silo) relevant de l'exception et les réorientations de parcours en cours de carrière étant peu aménagées et accompagnées. **Ce cloisonnement au sein des filières de la santé publique se double d'une séparation pour les fonctions managériales de gestion, entre le secteur sanitaire, médico-social, et d'autres politiques publiques.** Ainsi, les parcours des directeurs d'hôpitaux, formés à l'EHESP, conduisent très peu aux fonctions des administrateurs civils formés au sein de l'ancienne École nationale d'administration (ENA) ou des administrateurs territoriaux en sortie de l'Institut national des études territoriales (INET).

2. Les formations devront préparer à la gestion de l'innovation, quelle que soit sa forme (produit, service, organisation). Cet apprentissage est aujourd'hui l'enfant pauvre des formations en santé. Pour exemple, parmi les 17 unités d'enseignement de la formation de directeur d'hôpital proposée par l'EHESP, aucune ne traite spécifiquement de la gestion de l'innovation. Cette absence affaiblit la capacité du personnel de direction des hôpitaux à susciter, accompagner et tirer profit de l'innovation alors même que celle-ci doit être avant tout conduite à l'échelle locale. À titre d'exemple, une étude¹³ publiée en 2019 (réalisée auprès de décideurs médicaux nationaux, notamment des doyens, des doyens associés et des membres des conseils de facultés de médecine) constatait que **96 % des étudiants n'étaient pas formés à la télémédecine** avant le concours de l'internat.

3. Les formations devront par ailleurs intégrer les compétences managériales, aujourd'hui trop souvent négligées dans les filières médicales et soignantes. Le récent rapport du Professeur Claris¹⁴ relève ainsi que

13 Yaghobian S, Ohannessian R, Mathieu-Fritz A, Moulin T, « National survey of telemedicine education and training in medical schools in France », *Journal of Telemedicine and Telecare*, janvier 2019.

14 Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr. Olivier Claris, juin 2020.

« les praticiens exerçant des responsabilités managériales ont largement rapporté manquer de formation et d'outils pour l'exercice de leurs responsabilités, alors même que le management n'est pas appris au cours de leur formation initiale ». À titre d'illustration, 67 % des directeurs des soins, 62 % des présidents de commissions médicales d'établissements (CME) et 60 % des directeurs considèrent que le manque de formations managériales est l'une des trois principales sources de difficultés auxquelles les chefs de pôles sont confrontés¹⁵.

4. Les formations devront ouvrir la voie à une approche globale de la santé. Cette démarche n'en est qu'à son balbutiement, comme l'ont indiqué de nombreuses personnes auditionnées par l'Institut Montaigne et comme l'a également souligné le rapport sénatorial Jomier-Lassarade¹⁶. Celui-ci précise ainsi que *« les professionnels de santé sont insuffisamment formés aux enjeux de la santé environnementale, tant sur le volet préventif, afin de diffuser des informations de prévention aux patients, que sur le volet curatif, afin de prendre en compte les éventuelles causes environnementales d'une pathologie dans le cadre d'un parcours de soin ».*

1.2. Une formation initiale refondue, pour les directeurs d'hôpitaux comme les médecins

La formation initiale des professionnels serait ainsi révisée pour préparer à l'exercice des délégations de gestion, au management des équipes et de l'innovation, et à l'ouverture aux autres politiques publiques.

Pour les directeurs d'hôpitaux, la formation proposée par l'EHESP devra évoluer pour disposer d'un tronc commun et d'expériences professionnelles communes avec les autres managers du service public formés à l'Institut national du service public (INSP). Créé au 1^{er} janvier 2022,

15 *Ibid.*

16 *Santé environnementale : une nouvelle ambition*, Rapport d'information de M. Bernard Jomier et M^{me} Florence Lassarade, fait au nom de la Commission des affaires sociales n° 479 (2020-2021), 24 mars 2021.

le nouvel institut – qui se substitue à l'ENA – vise effectivement à « *accroître la culture commune de l'action publique*¹⁷ » et fournit donc l'opportunité d'une évolution des formations en santé. Les travaux communs aux élèves de l'EHESP et de l'INSP permettront de **créer des liens entre la santé et les autres politiques publiques.**

Parallèlement, **la formation des directeurs d'hôpitaux devra évoluer vers la culture de la délégation de gestion, gestion d'un territoire de santé et gestion des innovations comme des données de santé.** L'actuelle dominante de gestion administrative céderait ainsi la place à la dimension d'innovation, comme c'est le cas dans de nombreux pays européens. La formation initiale des directeurs d'hôpitaux inclurait ainsi d'importants modules liés **au développement et à la gestion de l'innovation**, modules qui pourraient d'ailleurs être pour partie communs avec les élèves de l'INSP et d'autres écoles du service public. Cette démarche viserait à ouvrir l'hôpital sur le monde économique à tous les niveaux et renforcer le dialogue avec la recherche et les entrepreneurs en santé.

La formation des directeurs d'hôpitaux publics : une exception française

Au même titre qu'être magistrat ou diplomate, être directeur d'hôpital en France c'est appartenir à la haute fonction publique. Les directeurs d'hôpitaux exercent ainsi une profession dont l'accès dépend de la réussite à un concours national et d'une formation unique.

.../...

Les directeurs sont recrutés sur concours et formés dans une grande école publique, l'École des hautes études en santé publique (EHESP) à Rennes. **Les épreuves, fixées par le ministère chargé de la santé, sont essentiellement composées de droit, de sciences sociales et d'économie mais n'incluent pas d'épreuve en lien avec le numérique en santé, l'analyse des données ou l'entrepreneuriat.** Ainsi, en 2018 selon le Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers, plus de 62 % des lauréats avaient un master d'un Institut d'études politiques (IEP), ce qui engendre une faible variété des profils avec peu d'ingénieurs, de médecins ou d'informaticiens parmi les directeurs d'hôpitaux et une absence de porosité des parcours dans les administrations. Il n'existe pas en Europe ou en Amérique du Nord d'école équivalente à l'EHESP.

Dans la plupart des pays européens, les directeurs d'hôpitaux ne sont pas des professions réglementées. Les critères de sélection diffèrent donc d'un système à l'autre. Il faut parfois pouvoir justifier d'un niveau d'études, comme c'est le cas en Irlande ou en Allemagne, où les managers hospitaliers doivent *a minima* avoir obtenu un master. En Italie, une expérience dans la gestion hospitalière est nécessaire. Dans les pays d'Amérique du Nord, on se réfère au directeur d'hôpital par le terme *Chief Executive Officer* (l'équivalent du directeur général dans une entreprise) car **beaucoup des chefs d'établissement sont issus du monde des affaires, ce qui favorise grandement les collaborations avec le secteur privé et une meilleure compréhension de l'écosystème santé.**

.../...

17 Ordonnance n° 2021-702 du 2 juin 2021 portant réforme de l'encadrement supérieur de la fonction publique de l'État.

La formation et les compétences des directeurs d'hôpitaux français doivent être revues dans le contexte actuel d'une nouvelle organisation territoriale de l'offre de soins, des nouvelles attentes des patients, de la nécessité d'une plus grande coordination entre médecine privée et publique et pour le développement de la e-santé, en lien avec le secteur privé.

D'après l'article « La formation des directeurs d'hôpital public, une singularité française », The Conversation, mars 2020.

Dans la même logique, **quelques modules seraient ajoutés à la formation initiale et continue des médecins pour préparer à l'exercice des délégations de gestion et au management.** Ces modules, qui pourraient être conçus par les universités en lien avec l'EHESP, auraient vocation à poser les premières bases à la formation approfondie qui sera dispensée systématiquement en amont de toute prise de responsabilité.

1.3. Une formation continue modernisée, à destination des cadres supérieurs

Une véritable formation continue pour les cadres supérieurs de haut niveau serait établie pour prendre la responsabilité de dirigeant dans le système de santé. Cette formation serait ouverte à l'ensemble des cadres du système de santé quels que soient leur formation, ou leur secteur public/privé d'origine. Cette formation pourrait être assurée par l'EHESP en lien avec l'INSP, et bénéficierait aux futurs cadres opérationnels, tant dans les structures publiques que privées, du domaine de la santé et du médico-social. Ils profiteraient d'un enseignement de haut niveau, leur permettant de postuler à des emplois de dirigeants importants (ARS, CHU, GHT, groupes privés...).

Ce cursus constituerait un vivier de hauts dirigeants à la disposition des décideurs pour l'ensemble du secteur de la santé. Cette logique de vivier se rapprocherait ainsi de celle proposée par le rapport J. Bassères¹⁸ en ce qui concerne la fonction publique d'État, et qui a conduit à la création de la délégation interministérielle à l'encadrement supérieur de l'État (Diese).

1.4. Diffuser la culture sanitaire : vers un IHEDN de la santé

Enfin, il pourrait être envisagé de créer des formations ouvertes aux cadres et leaders des autres secteurs d'activité, sur le modèle de l'Institut des Hautes Études de Défense Nationale (IHEDN). Par analogie avec cette formation du domaine de la défense, une session annuelle pourrait être organisée pour réunir des cadres du privé et des hauts fonctionnaires pour des séminaires réguliers dans le domaine de la santé et consolider ainsi le lien entre les Français et leur système de santé. **Cette immersion dans le secteur sanitaire permettrait de faire naître et de cultiver une culture commune de la santé en France et de créer une réserve citoyenne en santé, tout en sensibilisant le plus grand nombre aux défis auxquels le système de santé fait face.**

¹⁸ Rapport de novembre 2021 de la Commission présidée par Jean Bassères relative à la réfiguration de la Diese.

PROPOSITION N° 1

Refonder la formation des professionnels de santé au début comme au cours de leur carrière, pour favoriser l'approche globale de la santé, former à la gestion de l'innovation et accentuer la dimension managériale.

- Faire de l'apprentissage du travail en équipe pluri-professionnelle la base des formations en santé.
- Refondre la formation initiale, en intégrant l'EHESP au mouvement de l'INSP, et en faisant évoluer les cursus des directeurs d'hôpitaux et des médecins.
- Moderniser la formation continue des cadres médicaux et paramédicaux et établir un vivier de professionnels prêts à exercer des délégations de gestion.
- Créer un IHEDN de la santé, pour diffuser la culture sanitaire au sein des décideurs issus des secteurs public et privé.

22

2. Redonner du sens aux métiers du soin en leur accordant une agilité professionnelle renforcée

2.1. Des contraintes multiples pesant sur l'esprit d'initiative

Au quotidien, les professionnels de santé observent un système sanitaire dont l'organisation et les processus de décision tendent davantage à brider les initiatives qu'à les encourager. La crise du Covid-19 a d'ailleurs mis un coup de projecteur sur certaines défaillances organisationnelles et de pilotage de notre système de santé, avec comme principales causes son hypercentralisation et une répartition des rôles qui manque de clarté¹⁹. Que ce soit la lourdeur administrative, un pilotage confus, le rôle mal défini de certaines agences ou les manques d'autonomie sur le

¹⁹ Nicolas Bauquet, *L'action publique face à la crise du Covid-19*, juin 2020.

terrain, les défaillances dans l'organisation de notre système de santé sont donc nombreuses.

Liberté d'action, territorialisation des moyens et responsabilisation des acteurs²⁰

L'agilité et le sens de l'adaptation dont les personnels de santé ont fait preuve au cours des derniers mois sont la démonstration que le système a besoin d'une réorganisation en profondeur :

- **La liberté d'action** consiste à redonner aux praticiens hospitaliers la possibilité d'exercer leur métier de soignants, sans les subordonner aux contraintes d'une bureaucratie excessive et d'une réglementation étouffante et comptable.
- **La territorialisation des moyens** doit permettre de rapprocher les décisions d'organisation et de finance de ceux qui sont les plus à même de les prendre en connaissance de cause, en l'occurrence les élus dans leurs territoires.
- **La responsabilisation des acteurs** est l'indispensable clé de voûte de la réorganisation. Les droits ne doivent pas être séparés des devoirs, aussi est-il nécessaire que l'ensemble des acteurs soit comptable d'une gestion soutenable du service public de la santé, assurant ainsi sa pérennité à long-terme.

23

La crise a montré que l'affranchissement des goulets d'étranglements et l'accélération des innovations étaient possibles en accordant davantage d'autonomie aux acteurs. Elle a effectivement révélé qu'en cassant les verticalités, en laissant davantage de liberté et de responsabilité à l'organisation d'initiatives locales, de nouvelles potentialités pouvaient s'ouvrir. Au sein des établissements, des innovations ont été engagées pour **suivre les**

²⁰ Guy Collet, *Réorganisation du système de santé*, juin 2021.

patients à distance ou encore développer les possibilités d'hospitalisation à domicile. L'urgence de la crise a laissé parfois place à de nouvelles formes de collaboration et à davantage de prises d'initiatives. L'agilité du système local a ainsi permis de pallier des processus trop administrés et de lever certaines réticences (financières, culturelles, professionnelles) aux innovations. De nombreux exemples montrent que des collaborations efficaces, mises en place dans l'urgence par une diversité d'acteurs (collectivités territoriales, établissements de santé publics et privés) ont permis de déployer rapidement des solutions innovantes pour faire face à la crise. Les initiatives numériques, comme « CovidTracker » et « Vite Ma Dose », témoignent du dynamisme du secteur privé pendant la crise, tandis que PredictEst reflète l'engagement partenarial public-privé à l'échelle locale.

PredictEst, le cockpit de pilotage de l'épidémie en région Grand-Est

Déployé dans la région Grand-Est, PredictEst est une plateforme numérique qui, grâce à un modèle prédictif spécifique, donne des indications sur **l'évolution de la courbe épidémique sur trente jours** et ce, à l'échelle de la maille IRIS²¹, facilitant ainsi le pilotage et la prise de décision très fine sur le territoire (nombre de cas, dynamique d'hospitalisation, confinement localisé, etc.).

.../...

Fruit d'un travail collectif, cette **plateforme numérique** a été élaborée par la Région Grand Est, l'Eurométropole de Strasbourg, en lien avec l'agence d'innovation régionale Grand E-nov+, l'Institut Hospitalo-Universitaire de Strasbourg et PRleSM, la plateforme régionale d'e-santé mutualisée. Son modèle prédictif s'appuie sur l'expertise industrielle de Capgemini et de Dassault Systèmes. L'INRIA, l'Université de Reims Champagne-Ardenne, l'Université de Strasbourg ainsi que la Direction Générale de l'Armement ont également joué un rôle central dans son développement.

La crise du sens de l'engagement des professionnels de santé et les enseignements de la pandémie, permettent de définir les modalités d'un nouvel élan de liberté pour notre système de santé. **Le rapport propose ainsi d'engager un vaste mouvement de délégation de gestion et des compétences pour permettre aux professionnels de santé de retrouver autonomie et responsabilité.**

2.2. Réviser le périmètre des compétences des professionnels de santé

Pour redonner du sens à l'activité de chacun, il faut replacer chaque professionnel là où il a le plus de valeur ajoutée et oser un vaste mouvement de délégation des tâches et des compétences. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales²² préconise à cet égard d'accompagner une refonte de l'articulation et du partage des connaissances entre toutes les professions de santé. **Les compétences des professionnels de santé doivent être élargies, dans un contexte de défis multiples.** D'abord les défis actuels, de disponibilité et de simplicité d'accès aux soins,

21 Les communes d'au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS. Ce découpage, maille de base de la diffusion de statistiques infracommunales, constitue une partition du territoire de ces communes en « quartiers » dont la population est de l'ordre de 2 000 habitants (Insee).

22 IGAS, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, novembre 2021.

rendus aujourd'hui trop complexes par une répartition stricte des compétences entre professions médicales et paramédicales. Mais aussi les défis de demain, avec l'évolution de la démographie des professions médicales²³ et, parallèlement, le vieillissement de la population qui transforme en profondeur les besoins et la demande de soins.

Plusieurs mesures récentes vont dans le sens de la fluidification du parcours de soins, avec cette évolution des compétences ou des modalités opérationnelles de leur exercice. Des **protocoles de coopération** entre professionnels de santé ont été initiés par la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) de 2009 et rénovés par la loi d'organisation et de transformation du système de santé publiée en juillet 2019, ce qui a permis la conclusion d'une soixantaine de protocoles à la fin 2020²⁴. **L'exercice coordonné du soin**, qui prend notamment la forme des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), s'est étendu avec en janvier 2022, 690 CPTS présentes sur le territoire national (à des stades d'avancement différents²⁵) ainsi que 1 890 maisons de santé pluriprofessionnelles présentes sur le territoire et 366 maisons en projets à l'été 2021²⁶. La **pratique avancée des infirmiers** est encouragée par le Ségur de la santé, qui poursuit la cible de 5 000 professionnels concernés à l'horizon 2024.

Néanmoins, la complexité du cadre juridique applicable limite le recours à ces dispositifs, dont le périmètre est par ailleurs excessivement restreint. Dans un rapport de l'Assemblée nationale relatif à l'organisation des professionnels de santé, ce constat est d'ailleurs résumé par la formule suivante : « *La répartition des compétences entre les professionnels est*

encore extrêmement rigide et laisse trop peu de place aux coopérations et aux délégations de tâches »²⁷.

Il est donc proposé de revoir les décrets de compétences des professionnels de santé avec l'objectif d'augmenter les compétences propres reconnues à chaque professionnel de santé et de positionner chaque acteur de santé sur les actes pour lesquels il a la plus forte valeur ajoutée. Cette ambition est d'ailleurs partagée par le rapport du député Cyrille Isaac-Sibille de juillet 2021, qui propose notamment « *d'étendre la faculté de réaliser et/ou de prescrire des actes de prévention de manière très large à l'ensemble des professionnels paramédicaux* ». L'opportunité de cette extension pourrait être envisagée pour plusieurs autres métiers²⁸, comme celui des opticiens-lunetiers, des orthoptistes et des manipulateurs en électro-radiologie.

2.3. Permettre l'accès direct aux infirmiers de pratique avancée

Par ailleurs, l'accès des Français aux infirmiers de pratique avancée (IPA) devrait être très fortement élargi. À cet égard, les freins au développement rapide de cette pratique sont à la fois économiques et juridiques. Sur le plan économique, les modalités de rémunération des pratiques avancées demeurent incertaines. L'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa) estime ainsi que le modèle économique actuel ne permet pas aux IPA libéraux de vivre de leur activité libérale : avec un suivi de 300 patients par an, la rémunération mensuelle nette ne serait que de 900 euros par mois²⁹. Pour autant, sur la base d'une file active similaire, la Cnam évalue cette rémunération à 3 300 euros nets par mois³⁰. Ces différences se doivent d'être objectivées

23 La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime notamment que les effectifs des médecins baisseraient jusqu'en 2024.

24 Rapport d'information de la Commission des affaires sociales présenté par Cyrille Isaac-Sibille, juillet 2021.

25 « Cartographie des CPTS en région », site de la Fédération des Communautés professionnelles territoriales de santé, janvier 2022. <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>

26 « Les maisons de santé », site du Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

27 Rapport d'information de la commission des affaires sociales présenté par Cyrille Isaac-Sibille, juillet 2021.

28 Voir en ce sens la proposition du rapport de la députée Annie Chapelier, relatif à la formation des professions paramédicales, juin 2021.

29 Site de l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa), consulté en novembre 2021.

30 IGAS, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, novembre 2021.

et le forfait de rémunération de l'activité libérale des IPA pleinement analysé et réévalué si nécessaire. Sur le plan juridique, l'accès direct aux IPA est actuellement impossible, ce qui implique pour les patients de devoir consulter préalablement leur médecin traitant afin de pouvoir bénéficier ensuite des soins de l'IPA. **Il est donc proposé de reconnaître aux IPA la possibilité de réaliser des primo-prescriptions et d'ajuster le cadre économique de leur activité.** Ce même constat est partagé dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *Trajectoire pour de nouveaux partages des compétences entre professionnels de santé*, de novembre 2021.

2.4. Généraliser la délégation de gestion au sein des hôpitaux

Dans le secteur hospitalier, la délégation³¹ de gestion devrait devenir la règle. Conformément au principe de subsidiarité, et donc de liberté et d'autonomie d'action des praticiens, la délégation de gestion vise à la déconcentrer afin de **rapprocher la prise de décision des besoins des patients et du service**, permettant ainsi une gestion plus réactive et plus adaptée. Ce dispositif, prévu depuis 1996³², prend la forme de contractualisation interne qui permet à des centres de responsabilité de bénéficier de délégations de gestion de la part du directeur. Cette méthode de délégation a fait la preuve de son efficacité, comme en témoigne l'exemple du Centre Hospitalier de Valenciennes (voir encadré ci-contre). Pourtant, elle demeure l'exception à la règle : en tant qu'aménagement dérogatoire au principe de centralisation de la gestion, **la contractualisation n'est pas l'organisation ordinaire des établissements publics de santé.** Il est donc proposé d'inverser la logique au sein des pôles et services hospitaliers, pour permettre aux équipes

hospitalières de décider en autonomie de l'organisation de l'activité, des recrutements ou encore de certains achats.

Une approche managériale appliquée à la santé : l'exemple du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV)

Le CHV, l'un des plus grands hôpitaux de France avec 2 000 lits et 5 200 agents, est également l'un des **établissements les plus novateurs de France**. Il se veut **pionnier en termes d'innovation managériale**, car l'innovation repose largement sur la contribution de leaders managériaux engagés, qui ont une bonne connaissance des enjeux et des risques liés à l'innovation et qui sont prêts à porter des projets innovants à leur terme.

L'approche managériale adoptée au CHV est inspirée par celle des **« hôpitaux magnétiques »**, une philosophie née aux États-Unis qui prône la mise en place d'une « triade » composée d'un médecin, d'un paramédical et d'un cadre administratif à la tête de l'hôpital. Dans chaque pôle, cette « triade » dispose d'une délégation étendue des prérogatives du directeur général en terme de pilotage (90 %). Cette méthode facilite l'accès des différents acteurs de terrain à la hiérarchie de l'établissement, et permet ainsi de fluidifier les prises de décisions. **La décentralisation médicale**, au cœur de cette philosophie, ouvre la voie à la gestion de l'innovation à l'échelle du terrain.

De nombreux projets innovants adoptés au CHV découlent de ce type de management qui vise à **revoir les hiérarchies traditionnelles** :

... / ...

31 Certains membres du groupe de travail de ce rapport ont noté que la délégation de gestion ne devait surtout pas mener à des processus complexes où celle-ci pourrait aboutir à ce que chacun ait des circuits d'achats et de stockages spécifiques au sein d'un même établissement. Il faut aussi veiller à ce que cette délégation de gestion ne soit pas une mesure uniquement cosmétique, attribuant à chacun par exemple une petite enveloppe d'investissement, sans cohérence avec les actions menées par les autres acteurs.

Cette dernière formule peut être un outil de motivation, mais n'est sans doute pas un outil de meilleure régulation de l'hôpital.

32 Article L. 714-26-1 du code de la santé publique.

- **PharmIA**, un logiciel de contrôle et d'analyse dynamique des situations à risque iatrogènes. Co-développé avec la société QUINTEN et co-financé par un fonds public de valorisation de la recherche, ce logiciel s'appuie sur une analyse en temps réel des prescriptions et de l'environnement patient à destination des pharmaciens hospitaliers.
- **Tri-IA**, un logiciel algorithmique destiné à prédire le risque d'une infection à SARS-CoV-2 chez le patient suspect COVID qui se présente aux urgences.
- Une « **Vacci-box** », anti-choc et anti-vibration avec contrôle de la température, développée en coopération avec l'université de Valenciennes et destinée à transporter en sécurité des doses du vaccin Pfizer hors de l'hôpital et vers des infirmiers, pharmaciens et médecins de ville.

PROPOSITION N° 2

Promouvoir le principe de subsidiarité et engager un vaste mouvement de délégation de gestion et des tâches pour permettre aux professionnels de santé de retrouver autonomie et responsabilité dans leurs métiers comme dans les organisations de travail.

- Revoir les décrets de compétences des professionnels de santé avec l'objectif d'augmenter les compétences propres reconnues à chaque professionnel de santé et de positionner chaque acteur de santé sur les actes pour lesquels il a la plus forte valeur ajoutée.
- Permettre l'accès direct de la population aux Infirmiers de Pratique Avancée, leur reconnaître la possibilité de réaliser des primo-prescriptions et évaluer le cadre économique de leur activité³³. .../...

- Au sein des pôles et services hospitaliers, faire de la délégation de gestion la règle, afin de permettre aux équipes hospitalières de terrain de décider en autonomie de ce qui les concerne directement (organisation, activité, recrutements, etc.).

3. Dépasser l'approche par les statuts et promouvoir l'innovation dans les organisations

3.1. Des innovations organisationnelles indispensables

Au-delà des enjeux de formation, l'autonomie des professionnels de santé ne pourra s'exercer que dans un cadre institutionnel rénové, privilégiant la souplesse et la transversalité aux contraintes statutaires. La souplesse dans la gestion est effectivement un prérequis pour bâtir et mettre en œuvre des politiques de santé territorialisées, globales et efficaces, qui répondent aux besoins des patients. La fluidité de leurs parcours requiert effectivement **une approche des soins coordonnée et continue dans une logique de continuum de services**, allant de la promotion de la santé jusqu'aux soins, en passant par la prévention des maladies et la gestion des interventions médicales et chirurgicales³⁴. Les récentes initiatives des CPTS ou maisons de santé pluriprofessionnelles vont dans le bon sens mais demandent à être consolidées.

³³ Cette proposition est également partagée par le rapport IGAS de novembre 2021, *Trajectoires pour de nouveaux partages des compétences entre professionnels de santé*. L'accès direct des IPA en population générale ainsi que l'assouplissement des droits de prescription sont des mesures fortes portées par l'IGAS.

³⁴ Institut Montaigne, *Parcours patients, parcours du combattant ?*, septembre 2021.

L'organisation des *Medizinische Versorgungszentren* (MVZ) allemands

Établissements de proximité nés en Allemagne en 2004, les *Medizinische Versorgungszentren* (MVZ) ont profondément modifié le paysage et le tissu de l'offre de soins. Pour répondre au vieillissement de sa population et à l'augmentation des cas de pathologies chroniques et de polyopathologies, **l'Allemagne a souhaité proposer de nouvelles formes d'organisation plus intégrées qui puissent répondre aux besoins spécifiques des malades et des soignants dans un contexte financier très contraint.** À l'image de la France, le système de santé allemand était notamment caractérisé par un cloisonnement très strict entre les soins de ville et hospitaliers. Ainsi, jusqu'en 2003, seuls les médecins libéraux étaient autorisés à recevoir des consultations. En revanche, le tiers payant était déjà généralisé, les médecins conventionnés étant soumis à des objectifs opposables et leur installation étant restreinte par des quotas par région et par spécialité.

Un MVZ est un centre de soins ambulatoires pluridisciplinaires soumis à l'autorisation de l'Union des médecins conventionnés.

Son projet médical est nécessairement multidisciplinaire, intégrant au moins deux médecins de spécialités différentes et formalisé par un programme de coordination. Les praticiens exercent en tant que médecins conventionnés libéraux ou salariés. Depuis 2007, **un médecin travaillant à l'hôpital peut également être employé d'un MVZ et inversement, sous réserve de ne pas dépasser un certain quota d'heures.** Les MVZ peuvent être créés par des médecins libéraux, des hôpitaux ou d'autres organismes en lien avec la santé (thérapeutes, pharmaciens, centres de dialyse, centres médico-sociaux), à l'exception des caisses d'assurance maladie. Le

... / ...

gérant doit obligatoirement être un médecin pour garantir l'intérêt du patient et ce, dans le respect déontologique de la profession. Enfin, depuis mi-2015, les collectivités territoriales peuvent créer des MVZ moyennant l'autorisation des unions de médecins. Tous les MVZ sont des structures de droit privé.

Les MVZ se distinguent des cabinets privés par l'intégration possible de médecins salariés et l'association d'au moins deux spécialités distinctes.

Ils se différencient des polycliniques privées françaises par une taille plus petite et l'absence de lits d'hospitalisation. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé médicaux ou polyvalents en France sont les entités les plus comparables aux MVZ allemands³⁵.

L'agilité du système de soins devra à l'avenir reposer sur une liberté organisationnelle accrue.

Plusieurs dimensions du « désilotage » de l'offre de soins apparaissent complémentaires : l'émergence d'un *continuum* hôpital / médecine de ville, les coopérations entre le public et le privé, le travail partenarial entre le médical, le paramédical et le médico-social. Plusieurs expérimentations et initiatives existent déjà, tentant de faire vivre de nouvelles coopérations, ponctuelles ou pérennes sur le territoire, mais l'enjeu est désormais de passer à une échelle plus large.

35 Claire Imbaud, François Langevin, chapitre 32. « L'organisation des *Medizinische Versorgungszentren* (MVZ) allemands », *Architecture et ingénierie à l'hôpital*, 2018, <https://www.cairn.info/architecture-et-ingenierie-a-l-hopital-9782810907113-page-241.htm>

Il est nécessaire de multiplier les coopérations et pérenniser celles qui existent déjà afin d'offrir aux professionnels de santé de nouvelles marges d'action et d'autonomie dans le champ organisationnel. À cet égard, le dépassement des freins statutaires et l'engagement d'un mouvement à même d'offrir des capacités d'adaptation accrues aux établissements publics de santé apparaît nécessaire.

En effet, dans sa **configuration statutaire** actuelle, l'hôpital public présente des freins structurels. Il souffre de statuts qui l'empêchent de réagir aux différentes innovations thérapeutiques, numériques ou organisationnelles, à la même vitesse que les autres acteurs du système de santé. L'enjeu doit donc être, tout en conservant le rôle, les valeurs et les missions des hôpitaux publics, de leur offrir des **outils modernes d'adaptation aux changements**.

En termes de **réglementation**, si les établissements hospitaliers disposent d'une certaine autonomie de gestion, d'ailleurs récemment reconnue par le décret 2022-202 du 17 février 2022, celle-ci reste très encadrée par l'administration centrale, qui définit leurs outils de gestion, le statut de leur personnel, les modes de rémunération ainsi que les orientations de l'organisation de leurs services. Cet encadrement est logiquement un frein à tout type d'innovation, qu'elle soit médicale ou organisationnelle. À cela s'ajoutent les freins en termes culturels et managériaux ainsi que le déficit de culture de gestion du changement, qui existent au sein de l'hôpital.

Force est de constater que la capacité d'agilité, de créativité et l'esprit de responsabilité apparaissent plus importants au sein des établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). En effet, leur statut leur permet entre autres de développer la culture de la contractualisation interne, de disposer de règles comptables plus souples et de voir leurs bénéfices intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services. Leurs collaborations avec le monde de l'entreprise et des *start-up* sont également facilitées.

Les établissements de santé privé collectif (ESPIC)

Établissements privés à but non lucratif, les ESPIC (créés en 2009 suite à la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ») sont des structures soit de forme **associative, confessionnelle, mutualiste** ou **caritative**. Leur mode de fonctionnement est mixte : totalement privés dans leur gestion (droit du travail, comptabilité privée), ils ne font pour autant **pas de profits et sont soumis à toutes les obligations de service public comme les hôpitaux publics** : égalité de traitement des patients, continuité et permanence des soins, absence de dépassement des tarifs.

Au nombre de 700³⁶ (sur 3 000 établissements de soins), ils offrent une capacité totale de 70 000 lits (soit 14 % des lits et 15 % des séjours d'hospitalisation pris en charge en France métropolitaine). Répartis sur tout le territoire, ils sont **des maillons locaux stratégiques du système de santé**. Dans certaines régions comme l'Alsace, la Lorraine, le Rhône-Alpes, la Bretagne et l'Île-de-France, ils peuvent représenter jusqu'à 30% de l'offre de soins.

Présents sur l'ensemble des champs sanitaire, social et médico-social, les ESPIC ont pu développer des synergies et des compétences transversales, qui leur permettent **d'offrir des prises en charge globales**. C'est pourquoi ils sont particulièrement investis et moteurs dans les expérimentations de **tarification au parcours de soins** (prothèse de hanche et prothèse de genou) ou de **responsabilité populationnelle** (diabète et insuffisance rénale chronique).

.../...

36 « Les établissements de santé – édition 2019 », site de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2019. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2019>

Les ESPIC sont aussi **particulièrement engagés dans l'innovation et dans la recherche**. Dans le contexte d'explosion actuel des technologies liées à la e-santé, bon nombre d'entre eux sont aux avant-postes.

Face aux enjeux actuels de modernisation et d'attractivité, la situation statutaire des ESPIC devrait donc évoluer afin de leur donner **davantage de souplesse et de capacité d'adaptation aux changements qui sont à l'œuvre**.

3.2. Donner aux GHT une personnalité morale

Cette modernisation des statuts des hôpitaux publics doit être appréhendée à l'échelle des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), dont la mise en place récente témoigne de cette quête d'un assouplissement des statuts de gestion et d'une facilitation des coopérations avec les divers acteurs territoriaux de l'offre de soins pour gagner en capacité d'agilité et d'innovation.

Créés en 2016 à la suite de la loi de modernisation du système de santé, les GHT sont un nouveau mode de coordination entre les établissements de santé. Ils permettent aux établissements publics d'un même territoire de **mutualiser leurs moyens** (RH, achats, logistique, système d'information, formation etc.) et comprennent un établissement dit « support » et des établissements parties. Depuis 2016, 816 hôpitaux se sont regroupés en 135 GHT³⁷ de tailles variables (de 2 à 20 établissements).

Au regard des importantes attentes qui étaient exprimées à l'occasion de leur mise en place, force est de constater que **les GHT n'ont pas été**

poussés suffisamment loin dans la logique de coordination territoriale.

Par exemple, les GHT sont actuellement constitués d'établissements publics et les structures privées sont peu incitées à les rejoindre. En octobre 2020, la Cour des comptes³⁸ a ainsi souligné que les objectifs initiaux des GHT « *d'accroître l'efficacité de l'offre de soins publique* » ainsi que « *de rechercher une rationalisation des modes de gestion* » n'avaient pas été atteints. En particulier, la complexité des démarches juridiques, financières, techniques et statutaires empêche le modèle d'être pleinement efficace et de dynamiser la relation entre les établissements.

Dès lors, **il est proposé de donner aux Groupements Hospitaliers de Territoire une personnalité morale et de les doter d'un nouveau statut, sui generis, comparable à celui des fondations et pleinement adapté aux missions de soins, d'enseignement et de recherche**. Bien entendu, chaque GHT serait libre de rester fédératif ou intégratif, c'est-à-dire de préserver une forte autonomie de chacun de ses membres ou bien de mettre fin à l'autonomie de ses membres pour aller progressivement vers la fusion.

3.3. Encourager l'adoption par les cliniques privées du statut d'entreprises à missions

Dans le même mouvement, il pourrait être également proposé aux cliniques privées d'engager une évolution de leurs statuts. Au regard des innovations qu'elles impulsent et de leur rôle dans notre système de santé, **certaines cliniques privées pourraient adopter un statut d'entreprises à missions**.

Cette évolution permettrait à ces offreurs de soins de s'engager pleinement dans les missions de service public, de garantir à la collectivité la durabilité de leur engagement sur un territoire donné, ainsi que leur participation effective à toutes les missions du service public, en particulier l'accessibilité, l'égalité et la continuité du service rendu. Prévue par la loi du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises (dite loi Pacte), la qualité

37 « Qu'est-ce qu'un GHT », site Réseau hôpital & GHT, 2021.
<https://www.reseau-hopital-ght.fr/qu-est-ce-qu-un-ght.html>

38 Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, octobre 2020.

de l'entreprise à mission conduirait à affirmer publiquement la raison d'être sociale des établissements, et de veiller à ce que cette raison d'être soit bien mise en œuvre par le biais d'une vérification effectuée par un organisme tiers indépendant.

PROPOSITION N° 3

Favoriser le potentiel d'agilité des acteurs en dépassant les clivages statutaires

- Donner aux GHT une personnalité morale qui sera source de simplification par rapport à la situation actuelle et les doter (qu'ils soient intégratifs ou coopératifs) d'un statut *sui generis* plus souple, comparable à celui des fondations, ceci ayant pour objectif d'avoir un véritable intégrateur de soins au niveau des territoires.
- Encourager l'adoption par les cliniques privées du statut d'entreprises à missions.

38

3.4. Réinvestir la médecine de ville : vers un « mandat de santé publique »³⁹

Le dépassement des rigidités statutaires ne peut s'arrêter aux frontières de l'hôpital : une politique volontariste en faveur de la médecine de ville devrait être menée. Aujourd'hui, « *trop de Français ont déjà renoncé ou reporté des soins, en raison notamment de délais d'attente trop longs ou de distances trop importantes à parcourir* »⁴⁰. Interlocuteurs de proximité de la population, les médecins généralistes assurent des missions étendues et diversifiées, qui permettent aux patients de se repérer dans le système de soins.

³⁹ Cette expression, définie plus loin, est utilisée depuis une quinzaine d'années, notamment par Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé de Sciences Po Paris.

⁴⁰ *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action* Rapport sénatorial de M. Philippe Mouiller, sénateur des Deux-Sèvres (Les Républicains) et M^{me} Patricia Schillinger, vice-présidente de la Délégation aux collectivités territoriales et sénatrice du Haut-Rhin (RDPI), octobre 2021.

En dépit de la richesse des missions exercées, du fort capital de confiance qui la lie à la population mais aussi de son **rôle déterminant** dans la prise en charge des populations vieillissantes et poly-pathologiques, la médecine générale peine à attirer les jeunes médecins. Dans le même temps, le nombre de médecins généralistes qui renonce au plein exercice pour lui préférer un mode d'exercice particulier (homéopathes, ostéopathes, allergologue, etc.) permettant une tarification plus élevée, ne cesse d'augmenter, contribuant à raréfier toujours plus ce temps médical disponible de médecine générale de premier recours. Au vieillissement des praticiens, s'ajoute un **répartition très inégale de l'offre de médecine générale sur le territoire national**. L'atlas annuel de la démographie médicale révèle ces disparités régionales, avec 179 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Provence Alpes Côte d'Azur, contre 124 en région Centre⁴¹.

La revalorisation de la médecine générale de ville est d'autant plus nécessaire qu'elle permettra d'apporter une réponse au défi du vieillissement de la population, de l'explosion des maladies chroniques et de la complexification des parcours de soins. En posant les bases de la modernisation de notre système, l'ordonnance Debré de 1958 a en effet donné un rôle majeur à l'hôpital et valorisé la médecine de spécialité, au détriment de la médecine généraliste. Or, celle-ci est un exercice complexe, qui demande à ses praticiens des réflexions globales et suivies sur le patient, son environnement, ses antécédents, qui nécessite une coordination forte avec les autres professionnels de santé qu'ils soient du premier recours ou hospitaliers. Alors que ces patients chroniques et plus âgés nécessitent un regard de proximité, global et sur la durée que seuls peuvent assurer les médecins généralistes, les dysfonctionnements de notre système de santé renvoient un nombre toujours plus croissant de ces patients vers les urgences hospitalières.

39

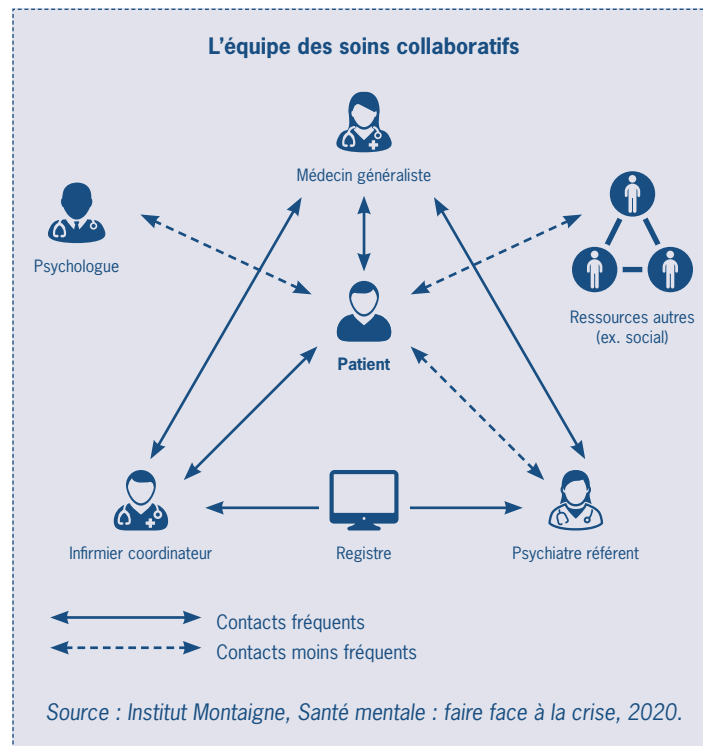
⁴¹ Les professionnels de santé en France : données chiffrées, site : <https://www.vie-publique.fr/>, novembre 2021.

Le médecin généraliste : pivot de la prise en charge en santé mentale

Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge pour les troubles psychiques : **60 % des premières consultations pour troubles psychiatriques sont ainsi réalisées par le médecin généraliste** et ces derniers sont à l'origine de 90 % des prescriptions d'anxiolytiques ou antidépresseurs. Les médecins généralistes sont confrontés quotidiennement aux problèmes de santé mentale et représentent une porte d'entrée moins stigmatisante pour les patients atteints de ces troubles dans le parcours de soins.

Des modèles à l'étranger ont d'ores et déjà intégré les problèmes de santé mentale au sein de la médecine de premiers recours. C'est le cas du modèle des soins collaboratifs, développés dans les années 1990 par l'Université de Washington. Dans cette approche, un *care manager* (généralement un infirmier) travaille aux côtés du médecin généraliste pour assurer le suivi des soins. Un psychiatre référent travaille à distance pour fournir son expertise.

.../...



La médecine de ville doit redevenir le pivot du système de santé.

Affirmer ce rôle central implique de renforcer l'attractivité de leurs missions, de mieux valoriser leur engagement mais aussi et surtout de leur donner les moyens d'exercer correctement leur métier. À cet égard, la question des incitations financières n'est qu'un aspect de la revalorisation du métier. Alors que nombreux sont ceux qui pensent que l'exercice libéral n'a pas d'avenir et que la généralisation du salariat est inéluctable, les membres du groupe de

travail de ce rapport ont exprimé que les aspirations des jeunes médecins sont loin d'être en opposition avec l'exercice en libéral et laissent la place pour d'autres modes de pratique. C'est donc sur l'ensemble de l'environnement du médecin généraliste qu'il convient d'agir, **en favorisant la pluri-professionnalité, en soutenant les pratiques coordonnées et en faisant évoluer en profondeur le rôle qui lui est dévolu dans le système de santé.** À ce titre, le mouvement actuel des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des CPTS constitue un levier intéressant.

Pour cela, il est proposé de confier aux médecins généralistes volontaires exerçant ou souhaitant s'installer dans une zone en tension, un « mandat de santé publique ». Par ce mandat, ces médecins s'engageraient à répondre aux besoins spécifiques des patients et territoires en contrepartie d'un soutien spécifique à leurs missions et d'un appui financier de la collectivité. Le contrat marquerait la reconnaissance et l'appui de la collectivité à leurs missions spécifiques dans ces zones sous dotées. En d'autres termes, parce que dans les zones sous dotées les médecins réalisent des missions essentielles à l'accès aux soins, et parce que les mécanismes actuels ne permettent pas de reconnaître les efforts réalisés (déplacements au domicile des patients, plages de consultations sans rendez-vous, etc.), **l'attribution d'un mandat de santé publique permettra à l'État, aux collectivités régionales et à l'Assurance maladie de contractualiser avec ces médecins volontaires un certain nombre d'objectifs attendus** (suivi de la vaccination, actes de prévention, participation à la permanence des soins, coordination avec les autres acteurs de santé, etc.) **en contrepartie d'un financement renforcé mais aussi de services plus développés** (soutien prioritaire au remplacement, prise en charge des cotisations sociales du secrétariat, etc.).

Au total, le mandat de santé publique serait, dans les déserts médicaux, le contrat liant les médecins et la collectivité, par lequel leurs efforts seraient reconnus et valorisés. Dans cet esprit, les médecins porteurs du mandat de santé publique pourraient bénéficier d'un support à leur organisation (droit effectif au remplacement, financement d'un temps de

secrétariat, d'assistant médical, offre de service de téléconsultation, système d'information partagé, notamment pour un recueil sécurisé et simple de données, etc.) et d'un **financement forfaitaire** des missions réalisées dans ce cadre.

PROPOSITION N° 4

Réinvestir en faveur de la médecine de ville et confier aux médecins généralistes volontaires un mandat de santé publique.

- Soutenir et pérenniser la pluri-professionnalité ainsi que les récentes initiatives de pratique coordonnée en médecine de ville.
- Les médecins de proximité disposeraient ainsi, dans les zones médicalement sous dotées, des moyens logistiques, techniques, technologiques et financiers adaptés pour faciliter leur exercice et assurer une meilleure prise en charge multidisciplinaire.

Cette évolution pourrait être le point de départ d'expérimentations de conventions différenciées liant les régions avec les professionnels de santé en vue de nouveaux modes de financement du service public. Pour les collectivités régionales qui le souhaiteraient, ces expérimentations permettraient une négociation de proximité des conventions avec les professionnels de santé, afin de corréliser les missions attendues sur un territoire et la politique de rémunération. Les expérimentations encourageraient de nouveaux modes de rémunération (au forfait, à la capitation, à la performance) pour valoriser à la fois l'activité, la qualité et les enjeux populationnels. Le dispositif Article 51, de la PLFSS de 2018, permet actuellement à des acteurs de terrain, au niveau local, d'expérimenter de nouvelles formes de rémunération (voir encadré partie II.2.3 p. 83). Ces premiers actes de responsabilisation territoriale pourraient être suivis à long terme d'une **régionalisation accrue du financement de la politique de santé, par le biais par exemple d'objectifs régionaux d'Assurance maladie.**

4. Appuyer le déploiement du numérique grâce au partage des données de santé

L'exploitation des données de santé est un facteur clé pour renforcer l'efficacité et la qualité de notre système de santé⁴². La disponibilité et l'exploitation des données ne vont bien sûr pas sans les difficultés relatives à leur protection. Le très haut niveau de confidentialité qui doit s'appliquer aux données de santé implique ainsi qu'elles sont difficilement partageables. Pour autant, leur mobilisation permettrait de grandes avancées en recherche et dans les soins.

4.1. Une accélération nécessaire sur l'interopérabilité des données de santé

À cet égard, l'interopérabilité et le partage des données de santé sont aujourd'hui très insuffisants. Dans un précédent rapport de 2020 sur la e-santé⁴³, l'Institut Montaigne avait déjà souligné que les systèmes de données ne se parlaient pas entre eux ; ce constat est toujours valide. L'Assurance maladie possède des données liées à la facturation mais ne sait rien de la qualité d'une prise en charge médicale. Les différents logiciels médicaux ne sont que rarement interopérables et les standards de recueil de données dans la recherche comme dans les essais cliniques ne sont pas toujours les mêmes.

L'interopérabilité des systèmes d'information est pourtant indispensable. Elle permet aux professionnels de santé de partager plus facilement les informations relatives aux patients, de mieux coordonner le parcours de soins, de consolider l'expertise épidémiologique, de réaliser des diagnostics plus précis, d'éviter des tests redondants pour les patients, de simplifier les interactions, de limiter la charge administrative, etc.

L'exemple des **patients confrontés à une maladie chronique ou connaissant un épisode de soin aigu est ici très éclairant**. En effet, la coordination des professionnels, et leur accès aux informations nécessaires, repose aujourd'hui trop largement sur les patients qui doivent naviguer seuls dans le système de santé alors même qu'ils ont déjà assez à faire avec la gestion quotidienne de leur maladie⁴⁴. Au cœur de ces enjeux, la très grande hétérogénéité des systèmes d'information comme le manque de portabilité des données et d'interopérabilité des différents logiciels médicaux empêchent le chaînage des informations et la fluidité des prises en charge⁴⁵. L'interopérabilité des données doit parallèlement permettre aux patients de changer de professionnel ou d'établissement sans perte d'information. De surcroît, **l'interopérabilité est une condition préalable au passage à l'échelle des innovations**. Celles-ci apparaissent et essaient partout sur le territoire national, mais elles restent trop souvent cantonnées au niveau local du fait d'absence d'interopérabilité.

La feuille de route de l'Agence du numérique en santé énonce à ce titre des objectifs ambitieux pour réguler ce système, développer les usages et inciter à la concertation entre acteurs. L'expérience montre toutefois qu'*« en matière de e-santé, la réglementation est nécessaire mais elle n'est pas suffisante pour faire converger rapidement, graduellement, et en confiance les services numériques en santé et services d'infrastructure vers des fonctionnalités minimum communes dans le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité »*, note l'ANS. Il convient donc de mettre en place des mécanismes d'incitation – au-delà du cadre réglementaire – pour embarquer tous les acteurs. À cet égard, le dispositif de labellisation et de certification de l'ANS constitue un stimulus puissant et agit comme un véritable accélérateur d'interopérabilité.

42 Selon une étude de Premier Healthcare Alliance, le manque d'interopérabilité entre les acteurs coûterait 150 000 vies et 18,6 milliards de dollars par an.

43 Institut Montaigne, *E-santé, augmentons la dose!*, juin 2020.

44 Institut Montaigne, *Parcours patients, parcours du combattant?*, septembre 2021.

45 Ibid.

Le rôle de l'Agence du numérique en santé en matière d'interopérabilité⁴⁶

L'Agence du numérique en santé définit les référentiels d'interopérabilité qui facilitent la dématérialisation et l'homogénéisation des informations échangées, partagées, tout en respectant l'autonomie des systèmes d'information de santé. Ces référentiels sont vivants, évolutifs, co-construits avec les parties prenantes du secteur de la santé et du médico-social, et s'appuient lorsque c'est possible sur des standards internationaux. Le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS), le modèle des objets de santé (MOS) et les nomenclatures associées, les terminologies de santé, contribuent pleinement au développement de services numériques en santé communicants et enrichis des apports en sémantique.

Cette dématérialisation des données nécessite la définition de langages communs aux systèmes d'information amenés à les manipuler de manière à éviter la définition de nouveaux langages et donc de nouveaux développements à chaque fois que deux systèmes d'information veulent échanger ou partager des données.

Dans ce contexte et à la demande du Ministère et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Agence du numérique en santé organise la certification pour les hébergeurs de données de santé, tout comme les labels et certifications associés aux logiciels métiers utilisés en maisons de santé pluriprofessionnelles et en centres de santé (label e-santé), dans les maisons départementales des personnes handicapées (label SI commun MDPH) et dans les établissements de santé (certification Qualité Hôpital Numérique).

La charte « **Engagé pour la e-santé** » portée par la Délégation ministérielle au Numérique en Santé (DNS), lancée dans le cadre du Ségur de la Santé, est également un mécanisme d'incitation intéressant. Déjà signée par 319 industriels, cette feuille de route engage les co-signataires à déployer les chantiers numériques nécessaires pour moderniser notre système de soins. Cette charte prévoit notamment que les industriels des secteurs sanitaire, médico-social et social développent « *des systèmes d'information, services et outils numériques conformes aux référentiels socles (éthique, sécurité, interopérabilité) et services socles (DMP, Messagerie sécurisée, e-prescription)* »⁴⁷.

En parallèle, le lancement récent de « **Mon Espace Santé** » devrait permettre de fluidifier les parcours de soins et de promouvoir la coopération des différents professionnels de santé intervenant auprès d'un même patient.

Ces évolutions doivent être soutenues mais il faut aller plus loin. Il est désormais impératif de faire évoluer les normes, les mentalités et les incitations pour davantage d'interopérabilité. Nous proposons de créer un « réflexe interopérabilité » en conditionnant l'aide publique, qu'elle soit régionale ou nationale, à l'interopérabilité. Cette conditionnalité aux subventions permettrait – au-delà de son mécanisme incitatif pour les porteurs et développeurs de systèmes – d'impliquer davantage les décideurs et bénéficiaires de ces systèmes d'informations. Dans cette même logique, la prise en charge par l'Assurance maladie, notamment pour des solutions en usage direct en ville par plusieurs professionnels de santé (au sein des CPTS par exemple), ne serait possible qu'à condition que les données de santé induites par la solution numérique soient interopérables.

46 Site internet de l'Agence du numérique en santé.

47 Charte « Engagé pour la e-santé », Agence du numérique en santé, septembre 2020.

4.2. Des freins multiples pèsent sur l'accès et le traitement des données de santé

Au-delà de l'interopérabilité, il est nécessaire de lever certains freins en matière **d'ouverture et de traitement des données**, pour permettre aux différents acteurs du sanitaire et du médico-social d'échanger entre eux. En France, le besoin de protection des données imposé par un cadre juridique strict apparaît comme un frein pour la recherche et l'innovation : « *la parcimonie dans la collecte des données, imposée successivement par les droits français et européen, peut entraver l'innovation car il est impossible d'identifier, en amont, la quantité de données qui seront utiles pour des recherches. De même, l'anonymisation totale des informations peut nuire à l'innovation : quand celles-ci ont été totalement brouillées, elles tendent à devenir inexploitable* »⁴⁸.

Le travail mené par Kanopy Med pour l'Institut Montaigne illustre les difficultés rencontrées par les innovateurs pour utiliser les données publiques de santé. Le travail réalisé révèle que, selon les territoires, les besoins identifiés sont différents et nécessitent des réponses adaptées en matière de prévention, d'organisation, d'infrastructures, de ressources humaines. Pourtant, lors de l'élaboration de cette cartographie, Kanopy Med a été confronté à une large panoplie de difficultés :

- **la multiplicité des producteurs de données** (Insee, INSERM, Ameli, DAMIR, ATIH) ;
- **la qualité insuffisante de données** qui ne sont pas ou peu « FAIR » : *Findable, Accessible, Interoperable, Reusable* ;
- **l'émiettement et l'éparpillement des bases de données**, non accessibles dans une seule et même table, impliquant de faire du *web scrapping* pour automatiser la collecte de certaines données, département par département (INSERM et ATIH) ;

48 « Nous devons modifier nos normes de protection des données de santé », *Le Monde*, 20 juin 2019 – Henri-Corto Stoeklé Bioéthicien, chercheur au laboratoire Neglected Human Genetics, NHG et Guillaume Vogt, Généticien, chargé de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), directeur du laboratoire Neglected human genetics, NHG.

- **la nécessité d'utiliser des proxy** pour certaines variables en l'absence de données disponibles, par exemple sur les décès imputables à l'alcool/cigarettes, pour mesurer la consommation de tabac et d'alcool sur le territoire ;
- **l'absence de données publiques**, en dépit de leur caractère clé pour l'innovation en santé, sur la prévalence de l'obésité, la consommation moyenne d'alcool, de cigarettes et de drogues par département ;
- **la très forte complexité administrative pour répliquer l'étude à un niveau territorial plus fin que le département** en raison du cadre d'accès aux données plus granulaires (PMSI et SNDS).

Pourtant, à l'étranger, des solutions existent pour libéraliser l'accès aux données afin d'améliorer la politique de santé tout en les valorisant économiquement. En **Israël**, le gouvernement a mis en place un certain nombre de garde-fous autour de la protection des données de santé. D'une part, les données sont anonymisées pour la médecine préventive et l'autorisation du patient est obligatoire pour la médecine personnalisée. Ces garanties s'inscrivent dans la continuité des lois développées par Israël depuis dix ans. En **Estonie**, les données de santé sont considérées comme des données personnelles sensibles qui font l'objet d'une réglementation plus stricte. L'autorisation de la personne concernée est requise et les dérogations sont plus difficiles : une obligation légale de traiter la donnée mais uniquement pour des raisons d'emploi ou de sécurité sociale et la protection des intérêts vitaux de la personne lorsqu'elle ne peut pas donner son consentement⁴⁹.

4.3. Des données indispensables pour piloter le système de santé

La France gagnerait à capter la valeur créée par ses données tant au niveau de leur collecte que de leur exploitation, pour ensuite mieux les connecter à son économie, son industrie, son système de santé, etc. C'est une réflexion à laquelle contribuent actuellement deux chercheurs du Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique. En effet, Hervé Dumez et

49 Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose*, juin 2020.

Étienne Minvielle ont articulé une volonté de s'appuyer sur les données pour développer une régulation médico-économique du système de santé, sur la base notamment des retours d'un groupe d'anciens élèves de l'établissement occupant maintenant des fonctions au sein du système médical⁵⁰. Une valorisation de la donnée permettrait à la France par ailleurs d'établir **une vision et une stratégie plus claire sur son utilisation**, à l'instar d'Israël ou de l'Estonie.

Les Français soutiendraient très nettement une telle démarche. Ils sont 72 % à estimer que les données de santé sont utiles pour aider à la recherche, à l'amélioration des traitements ainsi qu'à la qualité des soins. Un chiffre qui s'élève à 80 % pour les plus de 65 ans⁵¹. En outre, si les Français ont la **garantie de l'anonymat et de la protection de leurs données**, ils sont 83 % à accepter de partager leurs propres données personnelles de santé et même près de 90 % pour les plus de 65 ans. Des données personnelles que les Français ne veulent toutefois partager qu'à condition d'avoir l'assurance de leur anonymat et plus de transparence sur les usages.

Pour répondre à cet enjeu, l'utilisation de la blockchain constitue une réponse pertinente pour fiabiliser les traces des accès et usages de la donnée⁵². En effet, la *blockchain* appliquée aux données de santé présente de multiples atouts grâce à sa décentralisation et son inaltérabilité :

- simplification des conditions d'accès aux données pour les patients (accès au dossier médical), les professionnels de santé et les chercheurs, universitaires et industriels (allègement des démarches et réduction des délais d'études des dossiers) ;
- possibilité pour le patient de contrôler l'accès à ses données (réversibilité) ;
- fluidification des synergies entre acteurs, notamment au niveau territorial, en leur donnant la possibilité d'enregistrer les données médicales de chacune des parties prenantes (patients, médecins, hôpitaux, complémentaires...);
- garantie de l'anonymat des patients (système de clé publique et clé privée).

50 « Réforme du système de santé : L'École Polytechnique lance une réflexion sur la donnée », *Health Tech*, 29 mars 2022 – Hervé Dumez et Étienne Minvielle

51 « Données de santé : les Français sont prêts à les partager à quelques conditions », sondage Odoxa pour le Health Care Institute, octobre 2017.

52 Thomas London, « Les Français et leurs données de santé », *Institut Montaigne*, décembre 2017.

Par ailleurs, en donnant la possibilité d'enregistrer les données médicales de l'ensemble des parties prenantes du système de santé, **la blockchain est un moyen efficace pour faciliter les synergies entre acteurs**. À ce titre, il pourrait être intéressant d'intégrer les collectivités territoriales et les administrations, pour co-construire, sur la base de ces données de santé, des politiques de santé adaptées aux besoins d'un territoire donné.

L'Estonie, pionnière dans la digitalisation de son administration

Depuis les années 2000, l'Estonie déploie une administration en ligne, dans une logique de digitalisation de ses services, tout en portant une attention particulière aux principes de transparence, de sécurité et de garantie de la vie privée. Un déploiement qui s'est fait à la suite de **l'instauration d'une citoyenneté électronique en 2000, associant à chaque citoyen un identifiant unique pour tous les actes de la vie quotidienne** (compte bancaire, signature, passeport mais aussi numéro de sécurité sociale et services de santé). En 2001, l'Estonie a mis en place sa structure X-Road⁵³, afin de permettre aux systèmes d'information des secteurs public et privé du pays de se connecter.

À la suite des cyber-attaques de 2007, les cryptographes estoniens ont développé la *blockchain* évolutive KSI, afin de fiabiliser et sécuriser les données. En 2016, la **Fondation eHealth Estonienne**, un organisme établi par le ministère des Affaires Sociales, a lancé l'adoption de la *blockchain* évolutive KSI dans la gestion des dossiers médicaux des patients, en partenariat avec l'entreprise Guardtime, sécurisant à ce jour plus d'un million de registres patients.

53 À noter que l'architecture de cette structure a été reprise par l'Union européenne afin de permettre les échanges de données entre les États-membres. Il s'agit de X-Road EU.

Pour garantir l'efficacité et l'efficacités de cette technique aux données de santé, nous proposons de mener une expérimentation qui pourrait être définie sur la base des travaux de cartographie et d'analyse menés par Kanopy Med en collaboration avec l'Institut Montaigne. Cette expérimentation devra être engagée en collaboration avec la CNIL, notamment.

PROPOSITION N° 5

Assurer l'interopérabilité et lever les freins en matière d'ouverture et de traitement des données.

- Concernant les outils et solutions numériques, permettre l'éligibilité à des aides publiques ou à la prise en charge par l'Assurance maladie à la condition que les données exploitées soient interopérables.
- Mener une expérimentation au niveau local en appliquant l'usage de la *blockchain* à l'ensemble des données de santé, sur le modèle de l'Estonie.

La traçabilité et l'exploitation des données ne peut se faire sans le concours des collectivités territoriales. Ces dernières sont au contact direct des bassins de population produisant ces données et pourraient jouer **un rôle clé dans leur collecte, mais également dans leur exploitation directe pour construire des politiques de santé publique adaptées aux besoins de leur territoire.**

SOUTENIR LES TERRITOIRES COMME PILOTES DES POLITIQUES DE SANTÉ

Face aux enjeux de proximité de notre système de santé et au regard du besoin de développer **une approche de santé globale** au sein de l'Organisation mondiale de la santé, le pilotage exclusivement national de la politique de santé apparaît aujourd'hui comme un cadre limitant et insuffisant. À l'inverse, **un pilotage mené au plus près des territoires, associant plus largement les responsables locaux mais aussi les urbanistes ou encore les entreprises**, semble la voie à même d'offrir le plus de perspectives d'améliorations à notre système de santé pour répondre aux besoins de santé des Français et lutter plus efficacement contre les inégalités de santé.

Si les politiques de santé doivent être décidées au niveau national pour assurer un cadre commun, il devient aujourd'hui urgent de donner aux territoires des leviers d'action concrets sur l'organisation des soins primaires, la prévention, le déploiement des innovations, etc. En effet, au regard de la différence grandissante des besoins de santé en fonction des bassins de vie, comme l'illustre la cartographie réalisée dans le cadre de ce rapport (voir Annexe 2 du rapport), il est nécessaire de **piloter notre système de santé au plus près des attentes des patients et des professionnels.** L'objectif poursuivi par l'Institut Montaigne n'est pas de relancer les débats autour des questions de gouvernance et de centralisation versus décentralisation⁵⁴ mais de **proposer des évolutions territoriales facilement et immédiatement**

⁵⁴ Si la décentralisation semble présenter plusieurs avantages et est un modèle adopté par de nombreux pays européens, il présente aussi de lourds inconvénients, au regard de l'histoire de la France, de la crainte des acteurs du système mais surtout au regard du *big bang* institutionnel qu'il suppose et qui ne répondra pas aux besoins immédiats du système de santé que sont la proximité et le besoin de généralisation des coopérations.

opérables, qui permettront de préparer d'éventuelles étapes ultérieures d'approfondissement de la responsabilité des territoires en matière de santé.

Faire le choix du terrain, c'est aussi partir du besoin du patient et associer au mieux l'état de santé de la population avec l'offre de soins.

Il faut donc décloisonner l'approche par territoire en laissant aux collectivités territoriales la liberté et la responsabilité de s'investir en faveur de la santé afin que chaque politique locale puisse contribuer à la réalisation des objectifs de santé, qu'il s'agisse des questions liées à l'environnement, au logement, au sport, à la formation, à l'éducation, etc. L'objectif est ainsi de laisser les territoires mettre en place **un système de santé adapté à leurs habitants, défini selon les besoins populationnels**. Il faut également **intégrer toutes les parties prenantes à ces politiques de santé, de la construction au déploiement, en sortant du seul périmètre de la santé, dans une approche globale** : citoyens, associations, société civile, assureurs, écoles, acteurs institutionnels des territoires, etc. C'est grâce à **une démocratie sanitaire renouvelée** que nous pourrons relever ensemble, les défis auxquels notre système de santé fait face.

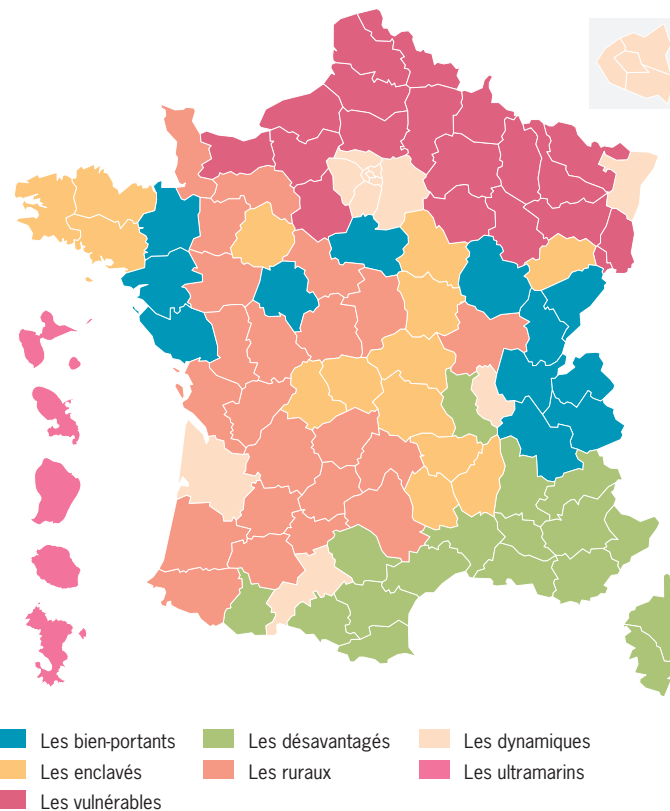
54

1. Concevoir au niveau local des politiques de santé inclusives et cohérentes

Cette approche plus territorialisée nécessite en premier lieu d'avoir davantage de données de santé issues du terrain et une visualisation claire de la demande et de l'offre (indicateurs pour évaluer la performance, identification des besoins selon les territoires, identification des urgences sanitaires et des moyens à allouer). C'est dans cette logique que l'Institut Montaigne a élaboré **un regroupement des départements français en fonction de leurs besoins de santé**. L'objectif de ces travaux est d'explorer, en utilisant les données publiques, l'adéquation entre les besoins de santé de la population et les dépenses associées aux soins, à l'échelle des départements⁵⁵.

⁵⁵ Voir la méthodologie disponible en annexe et les données utilisées sur le site de l'Institut Montaigne.

Cartographie départementale des dépenses et besoins de santé



55

Source : Institut Montaigne avec Kanopy Med, 2022.

Description des groupes de la carte des dépenses et besoins de santé

- **Les bien-portants** (zones frontalières Est et Ouest) : une population en moyenne plutôt jeune, rurale et favorisée, dont les besoins de santé sont relativement bas (faibles taux de prévalence de maladies chroniques et de troubles psychiques) mais où l'exposition à la pollution nuit à l'état de santé d'une partie des habitants.
- **Les désavantagés** (Sud-Est) : une population en moyenne socio-économiquement défavorisée et relativement âgée, où on observe une forte prévalence des troubles psychiques et où l'exposition à la pollution nuit à l'état de santé d'une partie des habitants.
- **Les dynamiques** (Bordeaux, Toulouse, Lyon, Ile-de-France, pointe Est) : une population jeune, urbaine et favorisée, dont les besoins de santé sont en moyenne faibles mais dominés par certaines maladies chroniques et le cancer et où on observe une natalité forte.
- **Les enclavés** (pointe Bretagne, Bourgogne, Limousin) : une population rurale, relativement âgée, dont les besoins de santé sont en moyenne forts, en particulier en santé mentale, et où la consommation d'alcool pèse sur l'état de santé d'une partie des habitants.
- **Les ruraux** (Ouest de la France, Saône-et-Loire) : une population en moyenne rurale et âgée, dont les besoins de santé sont relativement faibles : faibles taux de prévalence de maladies chroniques et des troubles psychiques, faible consommation d'alcool et du tabac par rapport au reste de la population nationale.
- **Les ultramarins** (Départements d'Outre-mer) : une population en moyenne très jeune, socio-économiquement défavorisée, dont les besoins de santé sont hétérogènes : maladies chroniques, absence de prévention autour de l'alcool notamment et où on observe une natalité forte.
- **Les vulnérables** (Nord) : une population socio-économiquement défavorisée, dont les besoins de santé sont en moyenne importants, en particulier dans le champ des maladies chroniques et du cancer, et où le tabagisme pèse sur l'état de santé de certains habitants.

Les résultats⁵⁶ révèlent par exemple qu'en matière de troubles psychiques, les « enclavés » et les « désavantagés » sont les groupes ayant les prévalences moyennes des troubles psychiques les plus élevées (respectivement 54,44 et 56,21 pour 1 000 habitants), soit 12 et 16 % de plus que la moyenne nationale (48,65 pour 1 000 habitants). En revanche « les ultramarins » sont le groupe avec une prévalence moyenne des troubles psychiques inférieure à la moyenne nationale (34 % de moins).

L'étude montre également les écarts liés entre les moyens et les besoins en raison de la démographie. Il existe en effet de grandes disparités entre la part de la population ayant plus de 75 ans et les autres groupes d'âges. Des groupes comme les « enclavés » et les « ruraux » sont des populations plus vieilles en proportion (autour de 12 % de la population), en comparaison à la moyenne nationale (10 %). Les « enclavés » et les « ruraux » ont des parts de la population de 75 ans et plus près de 2 fois plus importantes que celles de groupes comme les « ultramarins » (5,9 %) ou les « dynamiques » (7,3 %).

L'étude démontre par ailleurs que les « enclavés » et les « ultramarins » sont les groupes ayant des proportions de décès imputables à l'alcool très importantes. En effet, la moyenne nationale se situe autour de 4,09 pour 100 000 habitants, tandis que les deux groupes cités précédemment ont respectivement 5,42 et 5,73 décès pour 100 000 habitants imputables à l'alcool, ce qui représente une surmortalité liée à l'alcool de l'ordre de 35 à 40 %.

Ce travail cartographique, basée sur les données publiques accessibles, montre bien les inégalités entre les territoires et les différents besoins populationnels en matière d'accompagnement et de prévention.

L'échelle territoriale, du fait de la proximité des acteurs, de la connaissance sociologique, géographique et des facteurs de risque sur le terrain, constitue à ce titre un niveau pertinent pour pallier ce dysfonctionnement et **sortir la santé du seul périmètre du soin**. Au-delà des professionnels de santé, des collectivités territoriales et des hôpitaux, il convient également **d'intégrer ceux qui**

⁵⁶ Les données utilisées pour la cartographie sont détaillées sur le site de l'Institut Montaigne et mises en ligne sur le site de data.gouv : <https://www.data.gouv.fr/fr/organizations/institut-montaigne-2/>

participent ou contribuent à déployer sur le territoire les politiques publiques de santé globale, en matière de prévention notamment.

1.1. Les organismes complémentaires

Depuis de nombreuses années, les organismes complémentaires font de la prévention un axe prioritaire de leur action. Chaque année, 8 100 actions de prévention sont ainsi organisées par les unions régionales de la Mutualité Française, comme par exemple, l'application gratuite Ma Maison Santé créée par la Mutualité Française Pays de la Loire. Celle-ci vise à **limiter l'exposition des plus petits aux polluants de la maison**. La démarche mutualiste s'inscrit dans cette approche globale de la santé, privilégiant l'intervention de proximité, la dimension solidaire et la participation du public. En outre, **les organismes complémentaires disposent de données intéressantes pour répondre au mieux aux priorités de santé régionales** (gestion du risque et personnalisation des programmes de prévention et d'accompagnement). Des données qui – couplées à d'autres données de santé (Assurance maladie, *Health Data Hub*...) – pourraient leur permettre de faire émerger des programmes innovants en matière de prévention et d'être force de proposition sur ces sujets. Les complémentaires santé, et plus particulièrement les mutuelles de Livre III (c'est-à-dire celles qui pratiquent des actions de prévention, d'action sociale, de gestion de réalisations sanitaires et sociales)⁵⁷, constituent à ce titre des partenaires de premier plan en matière de prévention et de dépendance, et une territorialisation plus forte de leur action, basée sur des partenariats renforcés avec les collectivités locales, pourrait être source d'amélioration de notre système de santé. C'est d'ailleurs le sens du partenariat de la Mutualité Française et de l'Association des Maires de France (AMF) signé en 2018⁵⁸,

dont l'objectif est une collaboration plus étroite « *par des échanges d'expertise, des actions de formation et de sensibilisation ou encore des laboratoires d'idées associant réflexion et expérimentations sur le terrain* », sur les points d'intérêts convergents des deux institutions : **l'accès au soin** (avec la question des déserts médicaux par exemple), **la petite enfance** (l'éducation à la santé, la prise en charge des enfants en grande difficulté), **la perte d'autonomie** ou encore **la santé environnementale**. Pour appuyer l'importance de ce partenariat, la Mutualité Française et l'AMF ont réalisé un baromètre santé-social « Territoires et mutuelles » qui dresse notamment un portrait de l'offre de soins en France et la démographie médicale⁵⁹. Le baromètre présente par ailleurs plusieurs indicateurs sur la santé environnementale et l'action sociale, sur lesquelles tant les communes que les mutuelles sont positionnées via la gestion des établissements et services à destination des personnes âgées et/ou handicapées ainsi qu'à des parents, qu'il s'agisse d'un mode d'accueil pour leurs enfants ou d'un accompagnement à leur parentalité.

1.2. Les collectivités locales

Les collectivités territoriales apparaissent aujourd'hui comme les pivots nécessaires pour pallier les inégalités d'accès aux soins⁶⁰ et favoriser des actions de prévention adaptées aux réalités territoriales, en associant tous les acteurs. En s'emparant des données de santé *ad hoc*, du type de celles produites par Kanopy Med mais aussi en développant une vision globale prenant compte de la vision et des attentes des citoyens et usagers, elles sont les plus à même de mettre en place des plans d'actions en matière de prévention et d'accès aux soins, basés sur des objectifs de santé publique nationaux (cancer, tabac, alcool, etc.).

57 Le Code de la Mutualité est constitué de quatre livres dont le livre II relatif aux mutuelles pratiquant des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation et le livre III qui concerne les mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale, la gestion de réalisations sanitaires et sociales ou encore les services de soins et d'accompagnement mutualistes.

58 Le 12 juin 2018, la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF) et l'AMF ont signé une convention cadre de partenariat qui vise à développer des actions conjointes (formations, sensibilisations, groupes de réflexion, commissions de l'AMF, etc.) auprès des élus et des professionnels des mutuelles du réseau de la Fédération.

59 Selon le baromètre, en 2019, la densité de médecins s'est révélée « très variable », entre les départements les moins bien dotés (96 en Seine-et-Marne, 107 dans le Cher et 114 dans l'Yonne) et les départements les mieux dotés (170 à la Réunion, 181 dans les Bouches-du-Rhône et 242 à Paris). On dénombrait en moyenne 151 médecins généralistes pour 100 000 habitants en France.

60 Voir sur le sujet le rapport sénatorial : *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action* de M. Philippe Mouiller, sénateur des Deux-Sèvres (Les Républicains) et M^{me} Patricia Schillinger, vice-présidente de la Délégation aux collectivités territoriales et Sénatrice du Haut-Rhin (RDPI), octobre 2021.

Les villes et intercommunalités, actrices de la lutte contre le tabagisme

Avec le Programme National de Lutte contre le Tabac, la France s'est fixé l'objectif que les enfants nés à partir de 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs (< 5 % de fumeurs), objectif réitéré dans la Stratégie Décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Depuis 2014, des actions fortes ont été mises en place sur le plan national telles que le paquet neutre ou le moi(s) sans tabac, **mais il est nécessaire d'articuler ces efforts avec des actions au plus près des personnes**. Pour cela, les villes et intercommunalités agissent sur le volet prévention, en particulier sur la dénormalisation du tabagisme, par exemple par la mise en œuvre d'**Espaces Sans Tabac** ou d'**actions de sensibilisation des professionnels intervenant auprès des jeunes**.

Les Espaces Sans Tabac sont des lieux extérieurs délimités et/ou identifiés où la consommation de tabac est interdite par arrêté municipal et qui sont labellisés par la Ligue contre le cancer. Dans le but de dénormaliser le tabac, ces espaces sont souvent des lieux de loisirs et de détente, des lieux fréquentés par les enfants et les adolescents. Ainsi, de nombreuses Villes-Santé ont mis en place des Espaces Sans Tabac, sur divers types de lieux : plages (Cannes, La Rochelle, Nice, Porto-Vecchio), parcs (Bordeaux, Chamalières, CU Dunkerque, Grand Nancy Métropole, La Rochelle, Lyon, St Joseph, Strasbourg, Paris, Porto-Vecchio), abords d'établissements scolaires (Bordeaux, Caen, La Rochelle, Paris), abords d'équipements sportifs (Caen, Paris) ou gradins de stade (Saint-Joseph), abords des centres d'animations et centres socio-culturels (Caen), ou des lieux dédiés à la petite enfance tels que les crèches (Bordeaux, Caen), aribus (CU Dunkerque).

Source : « Espaces sans tabac », site du réseau français des Villes-Santé de l'OMS.

Les collectivités territoriales sont également les plus à même **d'animer la coopération entre les acteurs au niveau local**. C'est précisément ce type d'actions localisées et basées sur la coopération entre les acteurs locaux qui est mené à Strasbourg et dans plusieurs autres villes du monde en matière de lutte contre le diabète dans le cadre du programme « *Cities Changing Diabetes* ». Une action qui permet aux territoires volontaires et engagés de conduire des actions de long terme pour favoriser la mobilité, la prévention et un urbanisme davantage favorable à la santé, pleinement adaptées aux besoins de ces territoires et à leurs déterminants sociaux et culturels de santé.

Le programme *Cities Changing Diabetes*

À Strasbourg, le programme se construit avec une large coalition d'acteurs qui mène depuis fin 2020 et sur trois ans des actions innovantes et concrètes. Le programme de prévention réunit la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, le CHU de Strasbourg, l'Ambassade du Danemark, l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est, le Centre européen d'étude du Diabète (Ceed), la Fédération Française des Diabétiques, l'Association des Diabétiques du Bas-Rhin, le réseau des Banques Alimentaires, la Banque Alimentaire du Bas-Rhin, le Groupe Associatif Siel Bleu, l'association Unis vers le Sport et l'entreprise myfood.

Ce programme de prévention s'articule autour de plusieurs actions initiées depuis fin 2020 :

- Avec les Banques Alimentaires (réseau national et Bas-Rhin), la Fédération Française des Diabétiques et l'Association des Diabétiques du Bas-Rhin, des ateliers de cuisine, des fiches de prévention et des sessions de sensibilisation et de dépistage ont été mis en place.

.../...

- Avec l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est (ORS) et l'appui du Centre européen d'étude du Diabète (Ceed), une étude scientifique est en cours, elle permettra de renforcer les connaissances sur le diabète urbain, d'analyser l'impact du programme et d'ajuster les actions mises en œuvre.
- Avec l'association Unis vers le Sport qui anime depuis septembre 2021 des séances hebdomadaires d'Activité Physique Adaptée à destination d'adultes diabétiques et de patients souffrants d'obésité.

La mission de santé doit être conduite en collaboration avec les acteurs – publics et privés – implantés localement sur toutes les dimensions du quotidien des Français : se soigner, se déplacer, se loger, se nourrir, travailler, faire du sport, etc. Notons à titre d'exemple que 8 Français sur 10 affirment que leur logement a un impact majeur sur leur santé⁶¹. Associer le tissu économique territorial est une condition nécessaire pour concevoir, au niveau local, les politiques de santé globales et innovantes. D'autant que jouer la carte de l'émulation entre acteurs, c'est garantir de se rapprocher le plus possible des besoins et des attentes des territoires, et ce en **donnant à chaque acteur une responsabilité dans la réalisation de l'objectif de prévention et de réduction des inégalités**. Un travail collectif est nécessaire pour répondre aux besoins de la population⁶².

61 Étude Cogedim réalisée par OpinionWay, « Les Français, le logement et la santé », novembre 2021.

62 Cédric Arcos, « Comment faire de la ville un lieu plus favorable à la santé », *Le Monde*, mars 2022.

PROPOSITION N° 6

Penser la prévention et l'accès aux soins au niveau local.

Confier le pilotage des actions de prévention et de lutte contre les inégalités d'accès aux soins de proximité aux collectivités locales (alliance des régions, départements et communes) sur la base d'objectifs de santé publique nationaux (cancer, tabac, alcool, etc.) et en lien avec l'ensemble des politiques locales (logement, travail, environnement, etc.).

1.3. Les associations de patients

Intégrer les patients dans l'organisation du système de santé et redonner un nouvel espace à la démocratie sanitaire au niveau local est également une priorité pour articuler de façon cohérente les politiques publiques sur le territoire. Une priorité non seulement pour garantir une approche globale de la santé mais aussi pour répondre à un besoin exprimé. En 2018, seuls 42 % des Français estimaient que le système de santé français est pensé pour et avec les patients⁶³.

Aujourd'hui, la participation des patients et des usagers au système de santé passe notamment par leur représentation – souvent par des acteurs associatifs – au sein des différentes instances de réflexion et décision, du niveau national (conférences nationales et régionales de santé, agences de santé, conseil de la CNAMTS etc.) jusqu'au local. S'agissant plus particulièrement de leur intégration à l'échelle régionale, les représentants de patients sont parties prenantes des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Si ces instances sont des leviers efficaces pour faire vivre localement la démocratie sanitaire, **leurs statuts – des commissions administratives intégrées au fonctionnement des ARS et donc in fine**

63 Selon une enquête réalisée par OpinionWay pour la Fondation Adréa (septembre 2018) sur la place et le rôle des patients dans le système de santé.

sous le statut de service déconcentré de l'État – ne leur permettent pas de jouer pleinement leur rôle d'aiguillon. La présence forte d'un pouvoir centralisé entraîne un manque de flexibilité pour s'adapter réellement aux spécificités d'une région, d'un bassin de vie. À cet égard, les retours d'expérience sur leur efficacité sont plutôt en demie teinte, comme le souligne France Assos Santé : « Les ARS nous consultent plus par obligation réglementaire que par volonté de concertation » ; « une méconnaissance des représentants des usagers est à déplorer : ils ne sont présents que là où leur présence est rendue obligatoire par les textes alors qu'ils pourraient être utiles dans des groupes de travail plus informels »⁶⁴.

Les espaces de réflexion éthique (ERER)

Les espaces de réflexion éthique – ERER – sont des acteurs clés de la bioéthique et de l'éthique médicale sur les territoires. Il leur revient en effet de contribuer à développer, à l'échelle de leur région, une véritable **culture éthique chez les professionnels de santé et également dans le grand public.**

À ce titre, ils assurent des missions de formation, de documentation et d'information, de rencontres et d'échanges mêlant plusieurs disciplines. Ils participent à l'organisation de débats publics pour favoriser l'information et la consultation des citoyens sur les questions de bioéthique. Ils jouent également un rôle « d'observatoires régionaux » des pratiques en matière d'éthique.

• Comment sont organisés les ERER ?

Il existe un espace de réflexion éthique dans chaque région ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, .../...

Martinique, Océan Indien). Les ERER sont adossés à des centres hospitalo-universitaires (CHU). Chaque espace de réflexion est placé sous la responsabilité d'un directeur et comprend un bureau et un conseil d'orientation. Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont fixées par une convention qui lie toutes les parties (centres hospitaliers et universitaires de la région, universités, établissements de santé, établissements d'enseignement supérieur et de recherche, et autres partenaires comme les établissements médico-sociaux...) selon un principe d'ouverture inhérent à leur nature d'espace de réflexion.

• Comment fonctionnent-ils ?

Le fonctionnement des ERER est placé sous la **responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS)**. Celles-ci sont chargées de suivre leur activité et de veiller au développement de la réflexion éthique sur l'ensemble du territoire régional. Un espace de réflexion éthique peut être saisi par toute personne physique ou morale qui souhaite voir conduire des travaux ou proposer des thèmes de réflexion concernant l'éthique des sciences de la vie et de la santé. Chaque espace de réflexion éthique élabore un **rapport d'activité annuel qui est rendu public** et adressé au Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) qui élabore une synthèse.

Si les ERER et le CCNE ont chacun leur rôle et fonctionnent de façon indépendante, ils interagissent néanmoins de façon régulière pour favoriser le développement de la réflexion éthique, notamment à l'occasion de l'organisation des états généraux préalables à la révision des lois de bioéthique. Ils sont ainsi des acteurs importants des États Généraux de la Bioéthique, ayant pour mission d'organiser des débats territoriaux sur un ou plusieurs thèmes sous la coordination du CCNE. Ces débats contribuent en effet à enrichir les réflexions produites pendant les États Généraux, en vue de la révision de la loi de bioéthique.

Source : site du Ministère des Solidarités et de la Santé

64 France Assos Santé, ARS : Bilan et propositions avec focus sur les instances de démocratie en santé, février 2021.

Pour faire davantage émerger la voix des patients et construire un nouvel espace pour la démocratie sanitaire, il convient donc d'aller au-delà de ces instances, en recréant le débat au niveau des territoires, à l'échelle de ce qu'est la réalité du quotidien des Français.

Ainsi, le lancement de **conventions citoyennes régionales** des patients pourrait être un moyen efficace pour les intégrer dans la construction et l'évaluation des politiques territoriales de prévention en santé.

Ces conventions pourraient aborder, en fonction des besoins identifiés, des thématiques variées : la santé environnementale, la perte d'autonomie, l'accompagnement à la parentalité, la santé mentale, etc. Coorganisées par les Régions et les conseils économique, social et environnemental régionaux (CESER)⁶⁵, elles permettraient de rassembler autour d'une même table des patients tirés au sort (et pas seulement des représentants), des professionnels de santé de ville, de l'hôpital et du médico-social, des élus locaux et territoriaux, etc. dans **une logique de démocratie sanitaire plus participative**⁶⁶. Ces espaces de débat auraient pour mission centrale de définir les actions à engager pour améliorer l'état de santé de la population et d'évaluer leurs résultats. Cela nécessite néanmoins d'informer, de sensibiliser davantage les participants aux enjeux de santé concernés, pour leur donner la culture nécessaire à la prise de décision. À cet égard, **un temps d'acculturation des citoyens présents pourrait être envisagé, sur le même principe que l'animation du Grand Débat National en 2019.**

Renouveler le débat public grâce aux conférences de citoyens : l'exemple de la consultation menée par l'Institut Montaigne sur l'avenir du système de santé (2012)

Comment va notre système de santé? Quel système de santé voulons-nous pour demain? Comment devons-nous l'utiliser et le financer pour qu'il soit viable? Des questions centrales, qui touchent tous les Français. Pour y répondre, l'Institut Montaigne a recueilli l'avis des citoyens, leur diagnostic de la situation, ainsi que leurs propositions, dans une logique participative et de co-construction.

Pour mener à bien cette démarche inédite, l'Institut Montaigne a réuni 25 citoyens venus de toute la France et représentant une grande diversité de profils afin de prendre leur avis sur notre système de santé. Ils ont suivi un programme de formation équilibré, élaboré par un comité de pilotage indépendant, puis ont débattu avec différents types d'acteurs reflétant la variété des enjeux et des défis auxquels fait face notre système de santé. Forts de ces échanges, ils ont rédigé ensemble **un avis formulant des propositions pour le réformer**. Pour assurer la loyauté et la transparence de ce processus, l'intégralité de la conférence a été filmée et mise en ligne.

.../...

⁶⁵ Au regard notamment de l'évolution du rôle du CESE autour des enjeux de démocratie participative.

⁶⁶ « 20 ans après la loi patients, où en sommes-nous de la démocratie sanitaire en France? », Institut Montaigne, mars 2022.

Plus concrètement, cette consultation citoyenne s'est déroulée en quatre phases :

1. Phase préparatoire – juin à octobre 2012

25 citoyens ont été recrutés par Harris Interactive pour leur diversité de profils (âge, sexe, niveau de diplôme, région etc.). Un comité de pilotage indépendant et bénévole (médecins, économistes de la santé, politologues, etc.) a préparé le programme de formation et s'est assuré du bon déroulé de la conférence.

2. Phase de formation – 13-14 octobre, 17-18 novembre 2012

Pendant deux week-ends, 9 experts se sont succédé pour présenter aux citoyens notre système de santé et leur donner des clés pour répondre à la question : « *Quel système de santé voulons-nous et comment voulons-nous l'utiliser et le financer pour qu'il soit viable ?* ».

3. Phase de débat – 8 décembre 2012

Les 25 citoyens ont débattu et confronté leurs idées avec des décideurs, des représentants d'associations et de professionnels de santé, des acteurs publics et des experts portant des regards différents et contradictoires sur notre système de santé.

4. Phase de rédaction de l'avis citoyen – 9 décembre 2012

Durant 15 heures, les citoyens se sont réunis entre eux pour débattre et rédiger un avis afin de répondre à la question qui leur a été posée. Ils ont rédigé eux-mêmes cet avis et l'ont discuté ensemble. À l'issue de la rédaction, un vote à bulletin secret a confirmé que les 25 citoyens étaient d'accord pour dire que l'avis final reflétait bien leurs échanges et leur position.

Source : Institut Montaigne,
<http://www.conferencedecitoyens.fr/le-dispositif/>

PROPOSITION N° 7

Faire vivre la démocratie sanitaire à l'échelle des territoires afin de construire des politiques de santé territorialisées et inclusives, en lançant des Conventions citoyennes régionales de santé, co-organisées par les Régions et les CESER, intégrant l'ensemble des acteurs, y compris les patients, dans la construction de politiques de santé territorialisées et globales.

La pleine intégration de la voix des patients à l'échelle régionale est la condition d'une territorialisation efficace de la politique sanitaire. Il ne s'agit néanmoins pas de la seule. La qualité de l'offre de soins de proximité appelle également un renforcement du rôle des collectivités dans leur conception et leur mise en œuvre.

2. Oser renforcer la place des collectivités locales dans le pilotage de la santé

Aujourd'hui, certaines compétences en matière de santé sont par essence territoriales, d'autres nationales : des échelles complémentaires qu'il convient d'assumer. D'un côté, le **niveau national** est le lieu de la décision stratégique, qui fixe les objectifs, pilote les indicateurs de résultats et porte la responsabilité de l'équité. D'un autre côté, le **niveau régional** coordonne (notamment en matière d'investissements, d'information et de recherche) et apporte l'expertise pour déployer des politiques publiques au plus près des besoins des Français (aménagement du territoire, coopération entre les acteurs, effectivité de la démocratie en santé, garantie d'un accès aux soins...). Enfin, le **niveau territorial** rassemble lui la connaissance du terrain et anime un service public de santé de proximité, dans une logique d'amélioration de l'accès et de réduction des inégalités de santé.

2.1. Une déclinaison régionale de la politique de santé à renforcer en matière de gouvernance et de financement

Dans cet esprit de responsabilisation et au regard du défi que représente la persistance des inégalités de santé pour notre pays, l'échelle régionale apparaît comme la plus pertinente pour la conduite des politiques de santé publique. Le récent développement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui couvrent un ou plusieurs départements, illustre la pertinence de cette échelle intermédiaire, en dépit de l'agrandissement géographique de l'échelon régional depuis 2015. Plus généralement, les parcours de soins ne peuvent être conçus dans le périmètre d'un seul département, de même que la plupart des politiques publiques qui concourent à la santé globale disposent d'un pilotage régional intermédiaire (rectorat, direction régionale des routes, direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt, etc.).

Pourtant, l'organisation régionale de la politique de santé présente un ensemble de faiblesses que la crise a mis en évidence. La création des agences régionales de santé, par la loi dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de 2009, s'accompagnait d'un ensemble d'espoirs – de territorialisation et de décloisonnement des politiques de santé – imparfaitement atteints. Ainsi, l'exercice de l'ensemble des missions tenant à la santé publique apparaît trop souvent réduit à la régulation et à l'organisation de l'offre de soins. **Au regard de la nécessité de décloisonner l'action publique afin de conduire une politique de santé globale,** logique qui présidait à la création des ARS, le bilan est, selon le récent rapport des députés Agnès Firmin Le Bodo et Jean-Carles Grelier⁶⁷, en demie teinte : *« le choix de leur périmètre de compétences particulièrement ambitieux, puisqu'il s'agissait de créer un acteur régional unique capable de porter une politique de santé globale et transversale, pose aujourd'hui la question de leur capacité à assurer l'ensemble de leurs missions de façon satisfaisante ».*

Face aux enjeux actuels et au regard du besoin immédiat de résultats, le rapport de l'Institut Montaigne propose, après des échanges au sein du groupe, de privilégier le renforcement équilibré de la place des collectivités régionales dans le pilotage de la santé, ceci dans la ligne du rapport Firmin Le Bodo-Grelier qui avance le « *renforcement des contre-pouvoirs régionaux* », notamment en appuyant le rôle des **conférences régionales de la santé et de l'autonomie** et en transformant le conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration. Cette instance pourrait être présidée par le président du conseil régional, à défaut co-présidée par le/la président(e) de région et le/la préfet(e) de région, avec un champ de compétences élargi à l'approbation, à la majorité simple, du budget et des documents financiers de l'ARS et surtout une compétence pour définir **la stratégie de santé régionale.** Autrement dit, il s'agirait de faire du conseil d'administration de l'ARS, l'instance par laquelle la politique de santé est véritablement conduite, en déclinaison des orientations nationales mais avec le souci constant d'adaptation aux besoins locaux et de pleine association de tous les acteurs locaux. À cet égard, la loi dite « 3DS » (décentralisation, différenciation, déconcentration et simplification) porte sur la création d'un conseil d'administration des ARS, présidé par le préfet de région et dont trois vice-présidents sur quatre seront des élus locaux. Si cette loi prend davantage en compte le fait territorial, **l'Institut Montaigne propose d'aller plus loin et d'oser confier la co-présidence au président de la Région.** Le groupe de travail propose aussi de mettre en place un conseil de surveillance qui rassemblerait élus et acteurs du système de santé pour porter une vision plus stratégique des politiques de santé. **De telles actions permettraient de reconnaître pleinement le rôle que les acteurs locaux peuvent jouer dans les politiques de santé en mobilisant les leviers qu'ils maîtrisent** comme l'environnement, la prévention, l'aménagement urbain, la commande publique, les infrastructures, etc.

⁶⁷ Rapport d'information du 16 juin 2021 de la Commission des affaires sociales, en conclusion de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé.

Au-delà de cette évolution de gouvernance, il conviendrait de mettre en place dans chaque ARS un conseil stratégique du pilotage du système de santé. Ce conseil stratégique aurait pour mission de définir les orientations territoriales en matière de prévention, de prise en charge de la perte d'autonomie, ou encore de lutte contre les risques infectieux ou environnementaux. Pour mener à bien cette mission, ce conseil rassemblerait en son sein des élus et l'ensemble des acteurs du système de santé.

PROPOSITION N° 8

Intégrer le fait territorial au sein de la gouvernance des ARS.

- Faire évoluer la gouvernance des ARS en renforçant le poids des élus en son sein et en en confiant la présidence, à défaut la co-présidence, au président de Région.
- Mettre en place dans chaque ARS un conseil stratégique du pilotage du système de santé rassemblant élus et l'ensemble des acteurs du terrain.

En complémentarité avec cette évolution de la gouvernance des ARS, la régionalisation des budgets de santé apparaît importante pour construire une véritable politique de santé des territoires. À ce titre, il est proposé de confier aux collectivités régionales une enveloppe d'investissements en santé. Sur le modèle des Contrats de Plan État-Région⁶⁸, la contractualisation d'une telle enveloppe dans le cadre des relations État-ARS-régions-Assurance maladie permettrait d'**inclure les collectivités régionales en vue de la conduite de la politique de santé globale territorialisée.** Cela aurait également pour bénéfice de responsabiliser les collectivités, condition indispensable à leur engagement accru dans la politique de santé.

⁶⁸ Un contrat de plan État-région est, en France, un document par lequel l'État et une région s'engagent sur la programmation et le financement pluriannuels de projets importants d'aménagement du territoire tels que la création d'infrastructures ou le soutien à des filières d'avenir.

Cette enveloppe d'investissements, dont le montant pourrait croître au fil des prochaines années afin d'installer progressivement cette compétence, serait ainsi pleinement cohérente avec les autres missions exercées par la collectivité régionale, chargée à la fois d'investir dans un ensemble de domaines (infrastructures de transports, établissements scolaires, etc.) et d'assurer le développement économique à l'échelle régionale.

Concrètement, **le Parlement voterait chaque année la répartition d'une partie de l'ONDAM entre les régions**, à l'instar du mouvement qui a été amorcé à l'occasion de plan d'investissement du Ségur de la Santé. Ce dernier prévoit en effet **que des enveloppes soient directement confiées aux ARS, pour déterminer la stratégie régionale des investissements**, avec un plan d'ensemble pour la période 2021-2029. Un changement de méthode que le Gouvernement explique ainsi : *« nous faisons confiance aux acteurs, nous leur donnons des marges de manœuvre, de la souplesse, pour définir les réponses les plus adaptées aux besoins des habitants »*⁶⁹.

Le futur conseil d'administration des ARS – associant plus largement les élus – pourrait être le lieu des échanges entre acteurs publics pour la définition de l'enveloppe d'investissement et des grandes orientations de sa mise en œuvre opérationnelle. **Le rôle des ARS serait ainsi d'établir des priorités stratégiques en lien avec les territoires et les priorités de l'État**, permettant une meilleure coordination des actions des différentes parties prenantes, côté public et privé, qui dépassent largement le soin.

⁶⁹ Dossier de presse du Gouvernement, *Ségur de la Santé : Investir pour la santé de tous, partout*, 19 octobre 2021.

PROPOSITION N° 9**Construire des budgets de santé régionalisés, pour une gestion de la politique de santé au plus près des territoires.**

Régionaliser une partie des budgets de santé pour une véritable politique de santé des territoires et permettre aux collectivités locales de s'engager financièrement en faveur de la santé. **Ces budgets pourraient dans un premier temps être établis sur la base du volontariat**, avec un engagement sur des projets précis, en lien avec les priorités nationales et déclinés sur le territoire concerné.

2.2. Un échelon départemental de la politique de santé à réinvestir

Dans une logique de responsabilisation des échelles territoriales et des acteurs, **le niveau départemental doit aujourd'hui être réinvesti et doté d'une ambition claire**, à l'heure où 73 % des Français reconnaissent l'utilité du Conseil départemental et 62 % des personnes interrogées (72 % chez les seniors) souhaitent une plus grande écoute des élus des départements par le président de la République⁷⁰. Cette échelle de proximité par excellence, qui allie connaissance et cohésion territoriales et animation des politiques sociales, constitue **l'échelon le plus adapté pour déployer des politiques opérationnelles et intervenir aux côtés des acteurs de terrain**. Si les départements n'ont pas vocation à intervenir directement sur le domaine de la santé, ils mènent des actions essentielles en faveur de l'accès aux soins et leurs compétences, alliant social, éducation, aménagement et action sportive, sont à la croisée des enjeux de prévention et médico-sociaux.

Le niveau départemental peut dès lors s'imposer comme **le bon échelon pour penser, concevoir et déployer des actions de prévention** – notamment en l'absence de données disponibles sur l'échelle des bassins de vie.

70 IFOP pour l'Association des départements de France – Enquête auprès des Français sur l'image des départements, décembre 2021.

À cet égard, les travaux menés par Kanopy Med pour l'Institut Montaigne constituent un outil précieux. Prenons l'exemple des maladies chroniques : l'étude montre que les départements dits les « dynamiques » et les « vulnérables » sont ceux ayant les prévalences moyennes des maladies chroniques les plus élevées (respectivement 237,43 et 239,52 pour 1 000 habitants), soit 11 % de plus que la moyenne nationale (213 pour 1 000 habitants). Les « ruraux » sont en revanche le groupe avec une prévalence moyenne des maladies chroniques inférieure à la moyenne nationale (11 % de moins). **Des éléments concrets au niveau départemental permettraient d'ajuster les actions au plus près des besoins** (notons en effet qu'il existe au sein d'une même région de grandes disparités).

Il ne saurait ici être question d'organiser un transfert de compétences ou d'en créer de nouvelles. Mais pour mieux s'appuyer sur cet échelon de proximité, et puisque les ARS pilotent et régulent aujourd'hui l'offre d'accompagnement médico-social, en lien avec les conseils départementaux, il semble opportun de **décliner la politique de santé au niveau des départements** (voir proposition n° 6 pour la responsabilité de la politique de prévention confiée aux collectivités territoriales).

En premier lieu, pour engager pleinement les élus départementaux dans la politique de santé mais aussi et surtout pour garantir la cohérence des actions conduites et le décroisement des approches sanitaires et médico-sociales, la place des élus départementaux doit être confortée. **Une co-présidence des conseils d'administration des ARS pourrait ainsi être confiée aux présidents des conseils départementaux**, selon un mode de désignation fixé par l'Association des départements de France. Dans le même esprit, le renforcement des liens entre délégués départementaux et conseils départementaux devra être formalisé pour assurer une plus grande efficacité de l'action publique.

Les délégués départementaux des ARS pourraient également voir leur rôle renforcé afin d'assurer la mise en œuvre des actions de santé de proximité en lien étroit avec les conseils départementaux. Compte-tenu

de l'explosion des demandes d'accompagnement ces derniers mois et de l'ambition de « Ma Santé 2022 » de doubler leur nombre, **les délégués départementaux des ARS pourraient être davantage appuyés dans le suivi de la création des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, qui favorisent la coordination des acteurs de prévention et d'éducation à la santé présents sur les territoires. Les délégués pourraient ainsi s'appuyer sur des partenaires privés pour l'ingénierie des MSP et CPTS, à l'image des *start-up* *Docteur House* ou *DocCity*, officiellement référencée par l'ARS Île-de-France.

Docteur House, outil au service de l'accompagnement à la création des MSP et CPTS

Docteur House est une *start-up* soutenue par Sodexo qui propose des services « clés en main » d'accompagnement pour les médecins désireux de s'installer en médecine de ville, notamment en maison de santé pluriprofessionnelle, de gestion au quotidien de la structure et de coordination de l'activité médicale. *Docteur House* a aussi pour vocation de décharger les médecins, déjà installés, de toutes les tâches ne relevant pas de leur cœur de métier.

La création des MSP supposant de nombreuses démarches administratives, dont un projet de santé à remettre aux ARS, *Docteur House* aide les professionnels de santé à formaliser le projet, notamment sur les volets juridique, architectural, etc.

Docteur House a lancé son service en Île-de-France, et se développe aujourd'hui sur l'ensemble du territoire français.

Source : Site de *Docteur House*

D'autre part, les délégués départementaux des ARS pourraient être chargés du suivi de l'efficacité des actions de santé publique. Au-delà

de l'agrégation et de l'actualisation des indicateurs de santé déjà existants à l'échelle départementale (nombre de fumeurs par commune, taux de suicide, obésité, etc.), ils pourraient piloter une mission de développement d'indicateurs co-construits avec les patients : il peut s'agir des PROMS (*Patient-reported outcomes measures*), qui évaluent les résultats des soins et des PREMS (*Patient-reported experience measures*) qui s'intéressent à la manière dont le patient vit un épisode de soin. Pour ces deux familles d'indicateurs, l'objectif est de faire remplir par les patients des questionnaires courts (10 à 20 questions), à plusieurs étapes de leur prise en charge, sur place ou à distance⁷¹. Grâce à ces données, les délégués départementaux des ARS pourraient également coordonner **la mise en place d'observatoires départementaux de la santé environnementale, dont les résultats pourraient notamment servir à alimenter le contenu des Conventions citoyennes régionales de santé.**

PROPOSITION N° 10

Reinvestir l'échelle départementale des politiques de santé.

- Confier la **vice-présidence des ARS aux présidents des conseils départementaux**, afin d'améliorer la cohérence des politiques mises en œuvre et de décloisonner davantage action sanitaire et médico-sociale.
- **Renforcer l'échelon départemental des ARS**, en lien avec des politiques de proximité et orientées vers les patients, en particulier sur l'accompagnement des développements des MSP et CPTS et du suivi de l'efficacité des actions de santé publique⁷².

⁷¹ Institut Montaigne, *Système de santé : soyez consultés!*, avril 2019.

⁷² Dans le cadre de la loi 3DS, adopté en février 2022, le fait territorial a déjà été davantage intégré au sein de la gouvernance des ARS. En effet, celle-ci avance que les ARS « seront dotées d'un conseil d'administration présidé par le préfet de région et dont trois vice-présidents sur quatre seront des élus locaux ». La loi 3DS sécurise aussi les compétences des départements en matière de sécurité sanitaire et autorise le recrutement de personnel soignant pour les centres de santé via des groupements d'intérêt public.

2.3. Favoriser et accélérer l'innovation à l'échelle territoriale

Toujours dans cette logique de proximité, on observe qu'en matière d'innovation, la crise que nous traversons révèle qu'en cassant les verticalités, en laissant plus de place aux initiatives et collaborations spontanées, de nouvelles potentialités peuvent s'ouvrir. Et ce, notamment grâce à l'agilité du système local qui a permis de pallier des processus trop administrés et de lever certaines réticences (financières, psychologiques, professionnelles) aux innovations. Ceci est particulièrement visible avec **l'essor fulgurant de nombreuses solutions de e-santé**. On a ainsi pu observer un bond en avant de la télémédecine et de la prise de rendez-vous en ligne, notamment dans les zones rurales, levant les réticences aussi bien des professionnels de santé que des patients.

E-santé : qu'en pensent vraiment les Français ?

L'exemple le plus emblématique de l'explosion des usages du numérique en santé est la **télémédecine** et plus particulièrement la téléconsultation. D'après les chiffres de l'Assurance maladie, en avril 2020, on enregistrait un pic de **4,52 millions de téléconsultations effectuées**, contre 25 000 au mois de décembre 2019.

Mais la téléconsultation n'est pas la seule pratique d'e-santé à s'être démocratisée à la faveur de la crise. Les plateformes de **rendez-vous médicaux en ligne** se sont totalement installées dans la pratique des Français. D'après le sondage mené par la Fondation Roche, ils sont 71 % à déclarer avoir déjà eu recours à des plateformes comme Doctolib ou Maïia. L'utilisation de ces plateformes pour réserver des **créneaux de vaccination** a contribué à augmenter leur nombre d'utilisateurs.

.../...

Par ailleurs, les sites et applications de santé mises en place par le gouvernement, comme l'application *TousAntiCovid* mais aussi des outils plus anciens comme le compte Ameli de l'Assurance maladie, n'échappent pas à cette tendance : plus de deux Français sur trois y ont ainsi déjà eu recours. Plusieurs plateformes développées par des citoyens, comme *CovidTracker*, ont quant à elles mis en place **des outils de visualisation des données françaises et internationales liées à l'épidémie de Covid-19** : évolution du nombre de cas positifs en France et à l'étranger, nombre de personnes en réanimation, taux d'incidence dans les différents départements, etc. à partir de données publiques. La plateforme a aussi mis en place il y a quelques mois un outil nommé *VaccinTracker* dont l'objectif est de visualiser l'avancement de la campagne vaccinale.

Ainsi, **les Français sont 77 % à estimer que le développement des technologies numériques est utile pour mieux prévenir les épidémies et aider à mieux les gérer**. Cette accélération inédite des usages a impacté positivement la façon dont les Français perçoivent le bien-fondé du développement des outils numériques dans le domaine de la santé : 86 % d'entre eux estiment que ce développement est une bonne chose. En conséquence, lorsqu'ils se projettent vers l'avenir, les Français affichent très clairement leur optimisme quant à l'intérêt du développement des outils numériques : **74 % pensent que l'utilisation de ces outils permettra d'améliorer leur suivi médical dans le futur**. Ils sont également prêts, pour 69 % d'entre eux, à partager leurs données de santé pour faire progresser la recherche, au service du bien commun.

Source : « E-santé : qu'en pensent vraiment les Français ? », Institut Montaigne, juin 2021.

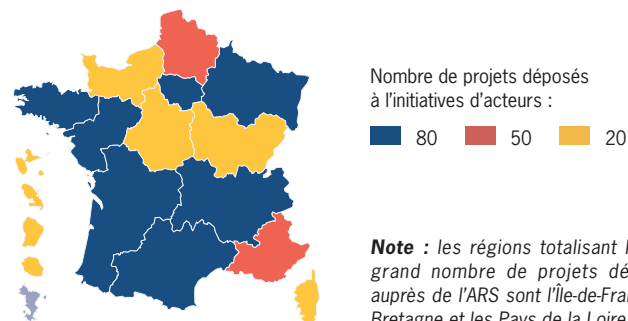
Au-delà même de la crise, force est de constater qu'en France, l'innovation est bien présente à l'échelle des territoires, mais demeure cloisonnée. Elle est peu organisée, les initiatives étant multiples, parallèles et non concertées. Si ce foisonnement concourt à dynamiser les écosystèmes locaux et à nourrir l'attractivité des territoires, faute de pilotage cohérent et efficace, les projets d'innovation peinent à essaimer et à « passer à l'échelle » au niveau national. Il manque dans notre système de santé **des espaces de liberté pour les acteurs privés et les collectivités territoriales.** Il est nécessaire aujourd'hui de créer des espaces d'action cadré tout en laissant aux acteurs du terrain la possibilité de mettre en œuvre des solutions, au plus proche des besoins des patients.

Promotion de l'innovation organisationnelle

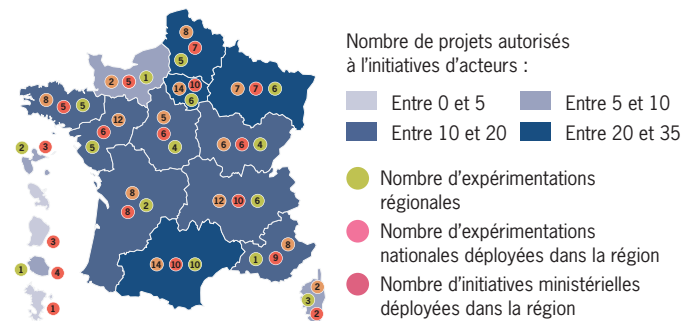
Afin de promouvoir l'innovation en santé, la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a introduit **un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, l'Article 51**⁷³. Il repose sur la volonté de promouvoir des modes de financement inédits, pour l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Depuis 2018, 967 ont été déposés : parmi eux, 570 projets ont été jugés recevables dont **103 autorisés et 213 en cours d'instruction**⁷⁴.

Les expérimentations Article 51 par région⁷⁵

Répartition par région des projets régionaux déposés à l'initiative d'acteurs



Déploiement des expérimentations autorisées dans les régions de France



Source : Rapport au Parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé – Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

73 « Article 51 : devenir porteur d'une expérimentation », site de l'ARS Île-de-France
74 Ministère des Solidarités et de la Santé, Rapport au Parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé, 2021.

75 Ibid.

Note : la carte présente le déploiement, dans les régions, des différents types d'expérimentations, qu'elles soient régionales à l'initiative d'acteurs, nationales (plusieurs régions concernées) à l'initiative d'acteurs ou d'initiatives ministérielles (types PEPS, IPEP, EDS, Obepedia, etc.). Les régions concentrant au total le plus de projets autorisés sont l'Occitanie et l'Île-de-France.

Promotion de l'innovation thérapeutique et numérique

Aussi, la question de la proximité mérite d'être posée pour donner un nouvel élan à notre politique d'innovation. En effet, comme le précisait déjà l'Institut Montaigne dans un précédent rapport, « si l'innovation vient des acteurs eux-mêmes, son développement procède cependant en partie d'une impulsion politique et de politiques publiques favorables à la création d'un écosystème où les acteurs sont interconnectés »⁷⁶. L'Institut Montaigne recommandait alors d'**accélérer le développement des pôles de compétitivité français en matière de santé**, qui sont actuellement au nombre de sept (Alsace Biovalley, Atlanpole Biotherapies, Cancer-Bio-Santé, Eurobiomed, Lyonbiopôle, Medicen Paris Region et Nutrition-Santé-Longévité) en accompagnant les régions dans la création d'écosystèmes capables d'accélérer leur développement.

Eurasanté, accélérateur des innovations santé et nutrition en région Hauts-de-France⁷⁷

Depuis plus de 20 ans, Eurasanté accompagne les chercheurs porteurs de projets et les entreprises de la filière santé nutrition régionale dans leurs projets de recherche, de création et de développement d'activités dans un objectif : contribuer au développement économique de la région en créant des emplois et des richesses sur le territoire, tout en améliorant la prévention et le soin. .../...

⁷⁶ Institut Montaigne, *Filière santé : gagnons la course à l'innovation*, mars 2021.

⁷⁷ Site Eurasanté, l'accélérateur des innovations santé et nutrition en région Hauts-de-France.

En tant qu'agence de développement économique au service de cette filière et du développement du territoire, ses missions sont de valoriser la recherche, stimuler la création d'entreprises, accompagner en fournissant un panel de services et d'expertises, promouvoir le territoire à l'international, animer la filière et booster l'innovation.

Animateur d'un pôle d'excellence en santé et nutrition, l'agence Eurasanté porte 3 incubateurs : le Bio-Incubateur et Bio-Accélérateur Eurasanté, pour aider à la création et au développement de *start-up* en santé, l'incubateur Accélérateur Euralimentaire, pour aider à la création et au développement de *start-up* foodtech et l'incubateur Eurasenior, pour aider à la création et au développement de *start-up*. Elle anime également 2 sites d'excellence : le Parc Eurasanté et le site d'excellence Euralimentaire. Enfin, elle anime un pôle de compétitivité national : Clubster NSL (Nutrition-Santé-Longévité).

Dans cette logique, l'Institut Montaigne préconise d'organiser, dans chaque région et en lien avec la future Agence nationale de l'innovation en santé, une plateforme d'innovation, de soutien et d'évaluation, regroupant les acteurs publics et privés. Présidées par le Président de Région et organisées autour du CHU régional, ces plateformes auraient pour objet de concentrer les financements et d'éviter ainsi les dispersions de moyens comme de projets. Dans un tel schéma, le rôle de l'État sera de réguler les initiatives et les plateformes, de faire des choix pour éviter les concurrences entre les Régions mais aussi de mobiliser les financements, via la Banque des Territoires par exemple.

Ces plateformes auraient également pour mission de faciliter la collaboration entre les équipes privées et publiques et de promouvoir le développement des nouvelles technologies en santé (en particulier le numérique et l'intelligence artificielle). Pour y parvenir, ces plateformes hébergeraient, au sein des campus en santé, industriels et *start-up*, leur assurant un lien constant

avec les médecins et chercheurs des CHU. Ce lien inclurait aussi certaines équipes territoriales, y compris dans le secteur privé et libéral, offrant ainsi une plus grande souveraineté des acteurs locaux. Enfin, ces plateformes s'attacheraient à permettre l'accès des industriels aux données publiques de recherche. À cet égard, **les CHU ont un rôle majeur à jouer dans cette démarche, pour faciliter le lien entre recherche fondamentale et recherche appliquée et donner lieu à une coopération public/privé plus systématique.**

PariSanté Campus, nouveau centre de développement de la santé numérique

Destiné à développer l'indépendance technologique et l'attractivité internationale de la France en matière de santé, ce campus a été inauguré par le Premier ministre Jean Castex fin 2021 et bénéficie de 45 millions d'euros de France Relance. Il est situé dans le quinzième arrondissement de Paris et a vocation à animer l'écosystème **local et national** autour de la santé numérique. Il réunira des acteurs publics et privés de la santé.

Les **membres fondateurs** sont l'Inserm, l'Université Paris sciences & lettres, l'Inria (Institut spécialisé en sciences et technologies du numérique), l'Agence du numérique en santé et le *Health Data Hub*. Quatre instituts de recherche spécialisés dans la modélisation génétique et génomique, l'imagerie, les enjeux socio-économiques les ont rejoints.

Les principaux **objectifs** du campus sont de :

- Stimuler la production et l'exploitation des données de santé pour la recherche, l'innovation et la formation ;
- Soutenir la formation d'excellence autour de la e-santé et la création de viviers d'expertises ;

- Développer des applications à fort impact économique, créatrices d'entreprises et d'emplois ;
- Améliorer les stratégies de prises en charge médicale et l'efficacité du système de soins dans l'intérêt permanent du patient.

Ce campus ayant un ancrage parisien, il devra veiller à interagir avec les autres écosystèmes d'innovation en région.

Source : Site du PariSanté Campus

PROPOSITION N° 11

Faire du niveau local l'échelle privilégiée des écosystèmes d'innovation.

Mettre en place, dans chaque région, **une structure d'innovation, de soutien et d'évaluation, présidée par le président de Région**, pour promouvoir le développement des nouvelles technologies en santé en particulier le numérique et l'intelligence artificielle. Ceci devra se faire en lien avec l'Agence de l'Innovation en Santé et ses déclinaisons locales. Ces structures devront également soutenir les porteurs d'innovation pour les aider lors du passage à l'échelle et des différentes levées de fonds.



CONSTRUIRE UNE NATION DE SANTÉ PUBLIQUE

Pour aboutir à une organisation de notre système de santé qui soit à la fois renouvelée, réaliste et pérenne, les principes de liberté des acteurs et de proximité des politiques de santé ne peuvent vivre sans la diffusion d'une culture de la responsabilité partagée entre les professionnels de santé, les entreprises, les patients, mais aussi entre les territoires et l'État. Cet impératif est exacerbé par la complexité et **l'interdépendance des politiques ayant trait à la santé et de leur caractère stratégique pour notre pays.**

86

1. Affirmer le principe de responsabilité territoriale et populationnelle dans le cadre d'une santé globale

Notre système de santé doit se refonder depuis les territoires, au moyen d'un principe de responsabilité partagée sur les volets politiques comme financiers (voir partie II.2). Ce principe de responsabilité doit se décliner :

- **Au sein des établissements et des acteurs de santé d'un même territoire**, en valorisant les coopérations professionnelles, les délégations de tâches et les financements d'équipes de soins pluriprofessionnelles ;
- **Entre les établissements et les acteurs de santé**, via en particulier le renforcement de la coopération publique/privée qui passe notamment par une évolution des divers statuts (entreprises à mission, ESPIC, droit d'option...);
- À l'échelle des **entreprises**, dont le rôle sur la santé de leurs collaborateurs doit être encouragé et valorisé, constituant un nouveau domaine pour

l'innovation et le dialogue social comme le démontrait le baromètre des territoires de l'Institut Montaigne, pour changer la société, les Français font d'abord confiance aux entreprises (63 %), devant l'exécutif local (maires 58 %, présidents de région 52 %) et l'exécutif national (président de la République 55 %) ⁷⁸.

- À l'échelle des **collectivités territoriales**, qui doivent se voir reconnaître de vraies responsabilités dans la conduite des politiques de santé, en lien constant avec l'État et dans une logique de santé globale (cela passe naturellement par une responsabilisation politique et financière sur les décisions prises ⁷⁹). Cet échelon territorial est celui où se rejoignent la stratégie et la tactique, et c'est à partir de ce niveau que se retrouvent l'ensemble des acteurs nécessaires pour répondre à la majorité des besoins de santé d'une population : médico-sociaux, soins primaires et spécialisés, etc. Il permet par ailleurs de **générer des cohortes suffisantes de population pour développer et mettre en œuvre des stratégies complètes de réponses aux besoins.**

87

1.1. L'approche *One Health*

Cette ambition, croisant responsabilité, décloisonnement et implantation au plus près des populations, est précisément au cœur de l'approche *One Health* (une seule santé), qui « vise à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires » dans un contexte de « prise de conscience des liens étroits entre la santé humaine, celle des animaux et l'état écologique global » ⁸⁰. Cette approche propose, à partir de priorités majeures pour chaque territoire, que chaque acteur indique comment et en quoi il peut concrètement contribuer à la réalisation des objectifs fixés, tant financièrement que par la mobilisation d'autres leviers d'action comme la politique d'éducation, de transports, de formation, de logement, etc. **Cette vision doit être partagée à l'ensemble des échelles, nationale, régionale, départementale et communale.**

⁷⁸ Institut Montaigne, *Baromètre des territoires*, novembre 2021.

⁷⁹ Voir notamment les propositions 9 et 10.

⁸⁰ Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation.

Cette approche globale est avant tout intéressante en ce qu'elle permet de **répondre efficacement et durablement à des enjeux de santé publique**. En France, si notre espérance de « vie entière » est relativement bonne selon les données de l'OCDE (en 2020, 79,2 ans pour les hommes, 85,3 pour les femmes), notre espérance de vie sans incapacité reste très moyenne (64,5 ans pour les femmes, 63 pour les hommes)⁸¹. De nombreux experts et des professionnels de santé publique expliquent ce phénomène par **une approche de notre système de santé encore trop centrée sur la dimension curative, prenant insuffisamment en compte le care, soit la prévention et la promotion de la santé, l'accompagnement et le suivi des parcours de santé**. Ceci implique de s'intéresser aux questions du logement, des habitudes de vie, de l'emploi, des transports, de l'aménagement du territoire, etc. Cette logique de santé globale trouve à s'appliquer dans de nombreux pays comme au **Canada, où la santé publique bénéficie d'une vision intersectorielle de l'action publique**.

88

Une vision transversale de la santé publique : l'exemple du Canada

Au Canada, la politique de santé est mise en œuvre par un ensemble de leviers d'action publique qui vont bien au-delà du périmètre médical. Ces politiques relevant de la santé globale sont en particulier organisées au niveau territorial, à l'échelle d'une aire urbaine ou d'une province.

À titre d'exemple, le Service de santé publique et des populations de la ville de **Saskatoon** a mis en œuvre des actions de coordination en matière de systèmes alimentaires, de logements ou encore de
.../...

81 Publication Insee décembre 2020 [Sources : Eurostat (extraction de données juillet 2020) ; Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil].

réseaux de transport favorables à la santé publique⁸². Cette approche transversale, **appuyée sur l'analyse des données et la consultation d'un vaste ensemble de parties prenantes**, vise à agir sur les multiples dimensions de la santé publique et pas seulement le soin.

La ville de **Vancouver** mène une démarche intersectorielle inspirée par un modèle comparable⁸³. Sa stratégie pluriannuelle de santé publique pour une « ville en santé » (2014-2025) s'articule à trois échelles : les individus en santé, les communautés en santé et les environnements sains – permettant ainsi une approche de santé publique globale.

L'Agence de la santé publique du Canada

L'Agence de la santé publique du Canada (*Public Health Agency of Canada* en anglais) est une agence du gouvernement canadien. L'agence a été créée en 2004 et lancée par une loi qui a pris effet le 15 décembre 2006⁸⁴.

Ses activités sont axées sur **la prévention des maladies et des blessures, la réponse aux menaces pour la santé publique, la promotion d'une bonne santé physique et mentale, et la transmission de renseignements qui favorisent la prise de décisions éclairées**⁸⁵.
.../...

89

82 Cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé à l'échelle locale et régionale au Canada, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé <http://www.ccnpps.ca/docs/2020-GouvIntGov-5-Exemples-Actions-Intersectorielles-Sante-Canada.pdf>

83 *Ibid.*

84 *Ibid.*

85 Site de l'Agence de la santé publique du Canada, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>

Le chef de l'Agence de la santé publique est l'administrateur en chef de la santé publique du Canada. En tant que député-ministre de l'Agence de la santé publique du Canada, il ou elle est responsable auprès du ministre de la santé. En tant que plus important officier de la santé publique, **il fournit des conseils au ministre de la Santé et au gouvernement canadien à propos de la santé des citoyens.**

Dans notre pays, alors que la santé publique ne dépend pas seulement de l'offre de soins, **la politique de santé demeure excessivement cloisonnée.** Aujourd'hui, le ministère chargé de la santé et la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) décident, gèrent et mettent en œuvre la politique sanitaire, sans coordination formalisée avec les ministères dont l'action a pourtant une influence déterminante sur l'état de santé des Français : ministères de l'éducation, du travail, de la transition écologique, de l'agriculture, des transports, etc. **Il importe donc d'aller au-delà des silos ministériels pour conduire une politique de santé globale. Autrement dit, la santé doit irriguer et être irriguée par l'ensemble des politiques publiques.** Cette démarche trouve un écho juridique dans le code de santé publique depuis 2016, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé disposant que : « *La politique de santé comprend la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine* »⁸⁶.

Par ailleurs, cette approche holistique de la santé demeure encore trop exclue des formations des jeunes médecins alors même que l'ensemble des déterminants de la santé contribue à la prise en charge. **Les modules de formation**

pourraient être revus afin d'intégrer cette dimension, avec par exemple des partenariats avec d'autres universités.

Formation à la santé globale, l'exemple de l'Université de Genève

La Faculté de médecine de l'Université de Genève délivre un certificat attestant l'obtention de la **Mention en Santé globale et Médecine humanitaire aux étudiants en médecine qui s'inscrivent à une formation complémentaire** à la formation pré-graduée en médecine humaine (non obligatoire).

En attribuant une Mention en Santé globale et Médecine humanitaire, la Faculté de médecine de l'Université de Genève **reconnait à l'étudiant en médecine sa capacité à travailler comme futur professionnel dans une perspective et avec une vision de santé globale**, pour autant que sa formation soit complétée au travers d'un programme supplémentaire en cours de 2^e ou 3^e cycle, par un Doctorat, ou une formation continue certifiante (Certificat/CAS, Diplôme/DAS, ou Master/MAS). Cette mention est actuellement destinée uniquement aux étudiants en médecine humaine.

L'Institut de santé globale assure un certain nombre d'enseignements et de supervisions pour les étudiants en médecine humaine notamment :

- « Personne, santé, société » ;
- « Élaborer un document de prévention ou d'information aux patients » ;
- « Réaliser une action de prévention hors les murs » (atelier pratique) ;
- « Économie et Système de Santé » ;
- « Immersions en communauté » ;
- « Santé publique, santé globale et médecine du travail ».

Source : site de l'Université de Genève

⁸⁶ Voir le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>

1.2. Le volet environnemental de la santé globale

En France, des tentatives en matière de politique de santé globale existent. Le champ de la santé environnementale, composante essentielle de la santé des citoyens, est appelé à jouer un rôle grandissant depuis la conférence de l'Organisation mondiale de la santé en 2004. Le Baromètre des Territoires de l'Institut Montaigne révélait en novembre 2021 que la question de l'environnement est perçue aujourd'hui comme fondamentale : la conviction que l'environnement a un impact sur la santé et celle de ses proches est très largement partagée (87 %), installant dérèglement climatique et pollutions au premier rang des menaces pesant sur le « premier cercle » (social – la famille, les proches – et géographiques)⁸⁷. La France établit ainsi tous les cinq ans un « Plan national santé environnement » (PNSE). Le dernier en date, qui couvre la période 2021-2025, élaboré par les deux ministères de la transition écologique d'une part et des Solidarités et de la Santé d'autre part, fixe **une série d'objectifs comme la réduction des expositions environnementales affectant la santé humaine ou la meilleure connaissance des effets de cette exposition** afin de démultiplier les actions concrètes menées par les collectivités pour les prévenir. **En pratique, la démarche française est peu opérante et souffre de nombreuses lacunes, qu'illustre le PNSE.** L'une d'entre elles concerne l'absence de déclinaisons opérationnelles et territorialisées. Sur ce sujet, comme le recommande le rapport sénatorial *Santé environnementale : une nouvelle ambition* de Bernard Jomier et Florence Lassarade, paru en mars 2021⁸⁸, il est nécessaire d'**affirmer la responsabilité des différents échelons de collectivités territoriales dans la promotion de la santé environnementale au niveau de leur territoire et de reconnaître, dans ce cadre, le rôle stratégique des régions**, en multipliant les dispositifs de remontée de bonnes pratiques, de partage d'expériences ou de mutualisation entre régions, en favorisant les outils de contractualisation souples, etc. Ceci suppose naturellement de les

accompagner et de les outiller. Par ailleurs, ce Plan n'est pas articulé à la vision stratégique existante dans le domaine sanitaire, et n'est pas clairement assorti de moyens financiers pluriannuels.

Pour atteindre l'objectif d'un meilleur état de santé global de la population, **le décloisonnement de l'action publique dans une logique « One health » devrait s'accompagner d'une responsabilisation des acteurs publics compétents sur l'état de santé de la population et de la fixation d'objectifs précis en termes d'espérance de vie et de prévalence de pathologies clefs.** Cette responsabilité, qualifiée de populationnelle, peut en particulier s'exercer au niveau territorial.

1.3. La responsabilité territoriale ou populationnelle

Pour être véritablement au service des Français en matière de santé, **la responsabilité des acteurs à l'échelle territoriale pourrait ainsi s'articuler autour du principe de « responsabilité populationnelle »**, né au Québec. Selon l'Institut national de santé publique du Québec : « *la responsabilité populationnelle implique l'obligation pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population, assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis et agissant en amont, sur les déterminants de la santé* ».

La responsabilité territoriale ou populationnelle repose sur un modèle d'intégration clinique qui vise un triple objectif : une meilleure santé, une meilleure prise en charge et expérience pour le patient, à un moindre coût pour la société. Elle implique aussi de dépasser les oppositions ville-hôpital ou encore de miser sur la prévention. Globalement, il s'agit d'un ensemble d'acteurs, bien au-delà des acteurs sanitaires traditionnels, qui s'engagent à améliorer et maintenir la santé de leur population, via l'élaboration et la mise en œuvre en commun d'une stratégie de santé adaptée.

87 Institut Montaigne, *Baromètre des Territoires*, novembre 2021.

88 *Santé environnementale : une nouvelle ambition*, Rapport d'information de M. Bernard Jomier et M^{me} Florence Lassarade, fait au nom de la Commission des affaires sociales n° 479 (2020-2021), 24 mars 2021.

Elle permet notamment **une implication accrue des professionnels de santé** : la récente proposition du Conseil national de l'ordre des médecins de développer une responsabilité populationnelle collective sur chaque territoire en est une illustration⁸⁹.

Responsabilité populationnelle : retour sur l'expérimentation portée par la Fédération hospitalière de France

À l'initiative de la Fédération hospitalière de France, cinq territoires volontaires – l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône, représentant près 1,5 million d'habitants – ont engagé l'ensemble de leur communauté de santé (acteurs hospitaliers, libéraux, associatifs et politiques) dans une expérimentation basée sur la responsabilité populationnelle, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, sur les populations atteintes et à risque de diabète de type 2 et/ou d'insuffisance cardiaque.

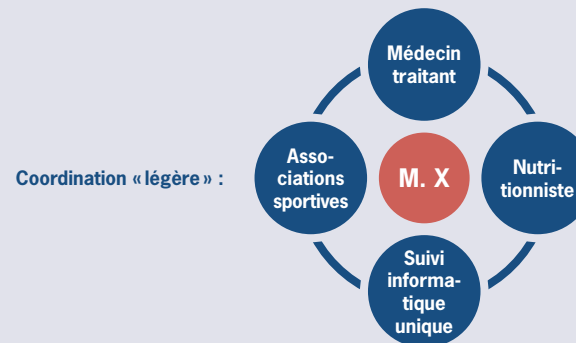
Différentes étapes séquentent la préparation de l'expérimentation : l'identification de populations-cibles en retenant des données socio-économiques, cliniques ou économiques, le développement d'outils pouvant être utilisés par l'ensemble de la communauté hospitalière, des méthodes pour « créer » de vrais territoires de santé, etc. Sur la base de ces données et outils, les professionnels de santé élaborent leurs propres programmes cliniques. Ultimement, c'est une amélioration de l'état de santé global de la population qui est attendue.

Le modèle est entré en phase opérationnelle et a démontré sa capacité à susciter l'adhésion et l'engagement des acteurs de santé, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. .../...

Exemple : M. X, 18 ans, quartier difficile, en surpoids, histoire familiale à risque = surveillance cardiaque

Strate 1 : prévention

- Identification via un programme de dépistage
- Assignation d'un médecin traitant le cas échéant
- Mise en contact avec des associations sportives via les services municipaux
- « Coaching » alimentaire
- Suivi via consultations chez son médecin traitant, note au registre clinique



La FHF identifie **sept familles d'enjeux** pour assurer le succès de la responsabilité populationnelle, dans les territoires pionniers et dans une optique de généralisation :

- permettre aux professionnels de santé d'identifier les besoins de leurs territoires de santé ;
- détecter les signaux faibles pour dépister et prévenir ;
- permettre l'exécution clinique ;
- permettre l'accès aux données cliniques en temps réels ;

.../...

- adopter des modèles d'organisation flexibles en fonction des profils cliniques ;
- suivre en temps réel et sur le long cours l'évolution des données de santé, l'exécution des programmes et leurs résultats ;
- répartir et amoindrir les dépenses de suivi.

La commission « Parcours de santé et de vie, prévention, accès aux soins et territoires » de la FHF vient de rendre publique sa réflexion sur les territoires de santé, rappelant l'importance de l'approche par la responsabilité populationnelle pour mieux répondre aux besoins de santé.

1.4. Le financement populationnel

Pour donner corps à la logique de responsabilité et de santé globales, la mise en place progressive d'un financement dit « populationnel », en lien avec les besoins des patients des territoires en termes de soins via des forfaits sur objectifs de santé, apparaît nécessaire. Le PLFSS pour 2021 a d'ailleurs prévu l'expérimentation possible, à l'échelle territoriale et sur cinq ans, de modèles de financement mixtes des activités hospitalières, en alternative au financement à la tarification à l'activité intégrale. Ces modèles permettent de **combiner financement à l'activité, financement à la qualité et financement populationnel**, corrélés aux besoins des patients et décorrélés de la production de soins. Par conséquent, en 2021, en préfiguration de ce nouveau type de financement, les établissements de santé volontaires ont pu bénéficier d'une forme de dotation socle en remplacement d'une part de la tarification à l'activité pour leurs activités de médecine, après contractualisation avec l'ARS sur des objectifs de qualité des prises en charge et de réponse aux besoins du territoire. **Cette expérimentation mérite d'être suivie de près et encouragée auprès des acteurs de santé publique des territoires, le levier du financement demeurant une piste importante pour favoriser la transformation du système de santé et permettre de le réorienter vers les besoins des patients.**

PROPOSITION N° 12

Faire émerger un véritable service public de santé territorial, dépassant l'approche par les statuts et le cadre de l'offre de soins et engageant l'ensemble des acteurs dans l'amélioration de la pertinence des soins et de la santé des Français.

- Engager notre système de santé dans la voie de la responsabilité territoriale et populationnelle, à l'image de l'évolution suivie par de nombreux pays.
- Accompagner ce mouvement en encourageant la mise en place progressive d'un financement territorial populationnel, articulé autour d'objectifs de santé publique (notamment en termes de besoins des patients et de qualité des soins), en complément ou en alternative à une rémunération des professionnels de santé à l'acte ou à l'activité.
- Intégrer dans la formation des médecins, professionnels de santé et directeurs d'hôpitaux une approche autour de la santé globale, en collaboration avec d'autres universités ou instituts de formation.

2. Préparer l'avenir en se dotant d'une vision stratégique pour notre filière de santé

Si les territoires sont, à n'en pas douter, le lieu de la conception et de la mise en œuvre des politiques de santé, au plus près des besoins des habitants et dans une logique de responsabilité partagée, celle de l'État reste centrale. Son rôle est plus que jamais fondamental pour définir la vision d'avenir afin de caler la stratégie et surtout pour anticiper et préparer. Ce rôle doit désormais être investi clairement et fortement. **Il est urgent que l'État passe du statut de « gérant » du système de santé au statut de « garant » des règles du jeu et de la vision.**

2.1. Promouvoir la pluriannualité des budgets de santé

La politique de santé publique présente une double spécificité : elle s'inscrit dans le temps long et revêt un caractère éminemment souverain. L'amélioration de l'état de santé des Français, les innovations thérapeutiques, numériques ou organisationnelles, l'évolution des pratiques de soins, ou encore la transformation des métiers de la santé s'inscrivent dans une durée allant très au-delà de la simple année pour atteindre parfois plusieurs décennies. Or, **l'allocation annuelle des moyens est actuellement un frein à cette vision de long terme.** Cette gestion court-termiste des moyens, qu'illustre le pilotage serré et infra-annuel de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) s'accompagne d'un ensemble de défaillances : manque d'investissement, priorisation des économies de court-terme, faible incitation à la transformation et à la prévention, etc.

Plusieurs tentatives récentes témoignent du besoin de voir plus loin, en allongeant l'horizon de décision. La nécessité de la pluriannualité est ainsi illustrée par la définition de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et l'adoption de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui fixent une trajectoire de modernisation dans le domaine sanitaire notamment en matière de formation des soignants, de regroupement des professionnels et de numérisation des pratiques médicales. Ce besoin justifie également qu'une enveloppe pluriannuelle de 6 milliards d'euros ait été décidée dans le cadre du Ségur de la santé en juillet 2020.

2.2. Construire une vision stratégique en s'inspirant des politiques de souveraineté et de défense

La santé présente d'intéressants points de comparaisons possibles avec le secteur de la défense. En effet, le Gouvernement pourrait s'inspirer des réformes successives au sein du ministère de la Défense⁹⁰ avec la création de la direction ministérielle pour l'armement (DMA) en 1961 transformée en délégation générale pour l'armement (DGA) en 1977 et dont l'objectif est précisément de confier à une seule administration unifiée la responsabilité de l'ensemble des programmes de développement de la filière d'armements. Ses missions s'articulent autour de trois axes : **(i) équiper les forces armées** (maîtrise d'ouvrage), **(ii) préparer l'avenir** (prospective, anticipation des menaces et des risques) et **(iii) promouvoir les exportations d'armement** (rayonnement international). Le 1^{er} septembre 2018, le dispositif a été complété par la création de **l'Agence de l'innovation de défense (AID)**. Placée sous la responsabilité du Délégué général pour l'armement (DGA), ce service à compétence nationale, **fédère les initiatives d'innovation du ministère en assurant la coordination et la cohérence de l'ensemble des démarches d'innovation.** Tout en poursuivant les travaux relatifs à l'innovation technologique sur le temps long, l'Agence est le capteur des innovations d'opportunité au bénéfice de tous les utilisateurs finaux quels que soient leurs domaines : conduite des opérations, équipements, soutiens, fonctionnement, administration.

La vision cible pour l'État serait de se doter d'un appareil administratif en santé capable de reprendre à son compte ces trois missions : **(i) équiper nos personnels soignants et établissements de santé des meilleures innovations technologiques et thérapeutiques, (ii) préparer l'avenir du système de santé en anticipant les besoins et les risques, (iii) promouvoir à l'international l'excellence et le savoir-faire de notre filière santé française. Cette évolution devrait être travaillée en interministériel⁹¹.**

⁹⁰ Site du Ministère des Armées, « La Direction Générale de l'Armement », consulté le 27 novembre 2021.

⁹¹ Institut Montaigne, *Filière santé : gagnons la course à l'innovation*, mars 2021.

Lois de programmations militaires et livres blancs : analyse des enjeux, fixation des objectifs stratégiques et définition des moyens

Depuis 1972, les livres blancs sur la défense nationale ont été élaborés afin de définir la stratégie de défense française dans un contexte mondial projeté. Chacun de ces textes a défini une étape clé de l'orientation de la stratégie militaire : la dissuasion nucléaire (1972), l'augmentation des opérations extérieures dans le contexte de fin de la guerre froide (1994), l'adaptation à un monde marqué par l'enjeu terroriste (2008 et 2013). Dans un contexte d'accélération des transformations, la réflexion stratégique est conduite de manière plus régulière, comme en témoigne le changement de vocabulaire pour la notion de « revue stratégique » adoptée en 2017.

Conséquence logique de cette réflexion stratégique, les moyens financiers et matériels sont définis dans le cadre de lois de programmation militaire (LPM). Ces LPM fixent, pour une durée de cinq ans environ, **la trajectoire de crédits budgétaires et leur affectation sur les principaux postes de dépenses, notamment en matière d'équipement des forces.**

À la lumière de cette expérience, il serait intéressant de donner à la France les moyens d'une vision stratégique et prospective en santé.

Inspiré par l'exercice stratégique et programmatique militaire, le domaine de la santé pourrait articuler une loi de programmation en santé et des livres blancs. L'intérêt d'une telle trajectoire pluriannuelle définissant des objectifs est d'ailleurs souligné par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui recommande **une trajectoire de cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé.** Il trouve également un écho dans le récent rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (octobre 2021), qui préconise « d'inscrire

l'Ondam dans une trajectoire pluriannuelle étayée, finement documentée en lien avec la stratégie de santé, et justifier précisément les révisions éventuelles par rapport à cette trajectoire ».

La **loi cadre de programmation du financement du système de santé** déterminerait, pour un horizon de cinq ans, les moyens financiers et leur répartition en grandes enveloppes. Si les actuelles lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) présentent déjà un caractère pluriannuel, elles souffrent effectivement de deux faiblesses principales : d'une part, la dimension pluriannuelle est principalement portée par des annexes à très faible portée contraignante ; d'autre part, les trajectoires programmées sont révisées chaque année, lors du dépôt du projet de LFSS. L'instauration de la loi cadre permettrait donc de fonder un réel cadre pluriannuel, dans lequel chacune des LFSS devrait s'inscrire. **Cette vision stratégique inclurait notamment un axe fort en matière d'innovation.** L'axe des objectifs de l'innovation en santé et des financements associés, largement absent de l'exercice annuel des LFSS, devrait s'accompagner, dans les futures lois de programmation en santé, de ressources financières pluriannuelles comparables dans leur présentation à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Cette trajectoire de financement de l'innovation, assise sur un ensemble d'objectifs stratégiques, pourrait par exemple **être mise en œuvre par l'Agence de l'innovation en santé**, dans le cadre de son troisième objectif (voir encadré en page suivante).

Une Agence de l'innovation en santé pour accompagner la dynamique d'innovation et de la recherche et ses acteurs

Annoncée le 29 juin 2021 en conclusion du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) par le président de la République, cette Agence a vu ses contours précisés par le Premier ministre fin 2021.

Elle vise à répondre à trois objectifs :

- doter la France d'**une stratégie et d'objectifs** à atteindre à court et long terme, en lien avec les acteurs de la recherche et de l'innovation, pour compléter, approfondir et territorialiser les actions que le « Plan innovation santé 2030 » et les stratégies sectorielles ont commencé à construire ;
- jouer un **rôle de guichet unique** pour les porteurs d'innovation, pour accélérer le temps de mise sur le marché des nouveaux produits, en déployant une approche personnalisée pour accompagner les entreprises dont les projets sont prioritaires pour la stratégie d'innovation en santé, en forte croissance ou dont l'empreinte industrielle en France est significative ;
- poursuivre le **pilotage du « Plan Innovation santé 2030 »** et de ses moyens, en lien avec le comité de suivi.

Elle sera installée courant 2022 à PariSanté Campus et rattachée à Matignon en raison de sa dimension interministérielle.

Dans la continuité des précédents travaux de l'Institut Montaigne, cette proposition fournirait le cadre nécessaire pour d'une part, équiper nos personnels soignants et établissements de santé des meilleures innovations technologiques et thérapeutiques et d'autre part, préparer l'avenir du système de santé en **anticipant les besoins et les risques**. Elle donnerait en outre aux industriels de la santé **une vision claire et partagée des**

priorités du pays en matière de santé, des innovations attendues et des financements mobilisés, l'enjeu étant la consolidation du tissu industriel français en matière de santé.

L'exécution de cette proposition implique une révision du cadre organique de la protection sociale, par le biais d'une évolution de l'actuelle loi organique relativement au financement de la sécurité sociale (LOLFSS), qui date de 2005 et a donc vieilli depuis lors. En complément, tous les cinq ans, **un livre blanc sanitaire examinerait le contexte mondial et français dans le domaine de la santé à un horizon de 15 à 20 ans** (transformations sociétales, évolutions du secteur de la pharmacie et de l'équipement médical, forces et faiblesses du positionnement industriel français, etc.), identifierait les principaux objectifs stratégiques à cet horizon – notamment en matière de santé de la population – et fixerait des objectifs plus opérationnels à un horizon plus bref, par exemple de 5 à 10 ans.

PROPOSITION N° 13

Gagner en capacité d'anticipation et en souveraineté sanitaire par un financement pluriannuel.

- Mettre en place une loi cadre de programmation du financement du système de santé sur 5 ans, complétée par des livres blancs, pour renforcer la capacité de la France à se doter d'une vision stratégique de long terme.
- Sur la base de cette loi de programmation, définir un cadre de financement pluriannuel.

Cet objectif de vision stratégique doit avant tout être au service d'une réflexion et de la mise en place de mesures pour **renforcer notre autonomie sanitaire et structurer une filière de santé compétitive et durable**.

2.2. Renforcer notre autonomie sanitaire grâce à une filière santé structurée

La santé représente **un enjeu stratégique pour notre pays en tant que filière industrielle** et représente un **levier pour la croissance économique**⁹². En effet, elle représente plus de 250 milliards d'euros par an, tous financements confondus, dont des financements publics annuels 5 fois supérieurs à ceux de la défense nationale et 4 fois supérieurs à ceux de l'enseignement supérieur et de la recherche. Ensuite, son poids en termes d'emplois représente environ 4 millions de personnes qui travaillent dans les secteurs sanitaires et médico-social, les organismes de prévoyance et de gestion du système et les industries de santé. L'impératif est donc de parvenir à structurer la filière santé française et de la piloter avec une réelle vision politique et de long terme.

L'Agence de l'innovation en santé, pourrait assurer ce rôle de structuration de la filière santé. Dans une première étape, elle permettrait de définir une stratégie en la matière sur les grandes politiques (numérique, IA, recherche, innovation, formation, santé publique, etc.) et d'identifier des leviers d'actions, pour lutter contre la dispersion des ambitions et des moyens⁹². La position interministérielle de l'Agence lui permettrait également de proposer un schéma de réorganisation de l'appareil administratif de l'État, afin de lui donner davantage les moyens d'assurer une plus grande cohérence entre les mécanismes de régulation du système et l'ambition politique de développement de la filière. **Sur le volet industriel, au cœur de la question de la souveraineté, l'Agence pourrait définir une feuille de route stratégique et des priorités, en étroite coopération avec les acteurs économiques et industriels français** – là aussi, à l'image de la logique qui prévaut dans le domaine militaire – dotée d'une vision politique forte et d'objectifs chiffrés. De manière globale, **la construction d'une filière d'excellence et attractive suppose**

de considérer le secteur de la santé comme une filière économique à part entière, créatrice de croissance de manière directe et indirecte.

Comme l'Institut Montaigne l'affirmait dans sa note *Filière santé : gagnons la course à l'innovation, seule une dynamique collective et d'alliances fortes, entre l'État et les entreprises, entre secteurs et entre industries, permettra de déployer le plein potentiel de la filière santé*. Cette approche collaborative est en particulier essentielle pour permettre l'innovation. Pour être « transformable » et « partageable », la structuration de la filière stratégique doit se doubler d'outils de pilotage. En effet, la conduite de politiques de santé doit intégrer une logique d'investissements et d'évaluation du retour sur investissement, qui nécessitent un suivi précis et partagé entre les acteurs. Pour ce faire, **l'Agence de l'innovation en santé pourrait jouer un rôle moteur dans l'organisation du pilotage par la donnée de la filière santé**, à travers la mise en place d'un tableau de bord croisant des indicateurs sanitaires, organisationnels et économiques, construits et partagés par l'ensemble des acteurs⁹⁴. Il pourrait aussi permettre d'accélérer la définition de référentiels pour favoriser la portabilité des bases de données et d'encourager la concurrence et l'émergence de leaders européens et français du numérique en santé.

⁹² Note de Christophe Jacquinet, *Santé et territoires : quelle organisation pour notre système de santé demain ?*, février 2021.

⁹³ Extrait de la note de l'Institut Montaigne *Filière santé : gagnons la course à l'innovation*, 2021.

⁹⁴ Institut Montaigne, *Santé 2022 : tout un programme*, janvier 2022.

Exemple de tableau de bord

Dashboards	Indicateurs sanitaires	Indicateurs organisationnels	Indicateurs économiques
Transversal	Espérance de vie en bonne santé Surcharge pondérale	Nombre de « Mon espace santé » ouverts et actifs Délais d'accès aux consultations Développement de la télé-médecine	Emplois Croissance économique de la filière Délais d'accès à l'innovation Balance commerciale
Maladies chroniques	Incidence / prévalence	Observance	Part dédiée à la prévention dans les dépenses de santé
Cancer	Incidence / prévalence Diagnostics	Prise en charge ambulatoire	Investissement R&D public / privé
Pilotage crise sanitaire	Taux de vaccination	Occupation des lits d'hôpitaux Stocks de médicaments essentiels (MITM) ou de dispositifs médicaux	

Source: Institut Montaigne,
Filière santé : gagnons la course à l'innovation, 2021.

2.3. Faire de la commande publique un levier de développement de l'innovation

En lien avec les régions, l'Agence et ses déclinaisons territoriales pourrait ouvrir et piloter un chantier sur le rôle de la commande publique dans la démarche de souveraineté et de reconstitution d'une véritable filière stratégique industrielle de santé. Le total des marchés publics en France est estimé aux alentours de 200 milliards d'euros par an, soit 10 % du PIB⁹⁵. Aujourd'hui, alors même que les PME et les TPE représentent 99,99 % des entreprises et qu'elles emploient 6,3 millions de salariés⁹⁶, jouant un rôle crucial en faveur du dynamisme économique mais aussi de la force d'innovation de notre pays, compte-tenu de leur agilité, elles ne représentaient que 58 % des titulaires des marchés publics – et seulement 30 % des contrats en valeur⁹⁷. **Notre économie, et notre capacité de créativité et d'innovation, souffre du faible accès des TPE et PME aux marchés publics.** Les raisons de ce faible accès sont multiples et diverses : absence de services juridiques, freins administratifs, manque d'information quant aux parutions de marchés, non-conformité aux critères financiers et humains minimums, etc. Une option intéressante, discutée et recommandée à plusieurs reprises, consiste en la mise en place d'un cadre facilitant pour les petites entreprises françaises : **il s'agirait d'impulser un *Small Business Act* à la française, qui permettrait de garantir des débouchés aux entreprises françaises, en particulier aux PME et TPE technologiques et innovantes, dans les commandes publiques de tous les secteurs d'activité.** Ce genre de dispositif existe déjà aux États-Unis, à l'échelle européenne (sans mesure privilégiée pour les PME toutefois), et même à l'échelle de nos régions. C'est notamment le cas de la Normandie, de l'Île-de-France ou du Grand Est, qui ont adopté leurs *Small Business Acts* pour faciliter l'accès des TPE-PME à leurs marchés publics régionaux.

95 Barilari André, « Commande publique et politiques publiques », Gestion & Finances Publiques, 2017.

96 Édition 2020 des tableaux de l'économie française de l'Insee.

97 Rapport du ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique daté du mois de juillet 2015.

Grand E-Nov + : la structure du Grand Est au service de la structuration et du dynamisme de l'écosystème d'innovation local

Créée sous l'impulsion de la Région Grand Est et de la Chambre de commerce et d'industrie du Grand Est, Grand E-Nov est l'agence d'innovation de la région. Depuis le 1^{er} juillet 2020, cette agence et l'Agence d'Attractivité de l'Alsace unissent leurs forces au sein de Grand E-Nov+, l'agence d'innovation et de prospection internationale du Grand Est.

Récemment, l'agence s'est illustrée dans la mise en place, en partenariat, de PredictEst, cockpit de pilotage de l'épidémie en région Grand-Est (voir partie I.2.1).

Avec son équipe de 70 collaborateurs, composée de consultants, de docteurs et d'ingénieurs, partout sur le territoire régional, Grand E-Nov+ :

- sensibilise l'ensemble des entreprises à l'importance de l'innovation et les aide à intégrer les meilleures pratiques en la matière, en particulier pour les projets concernant la transformation numérique ;
 - leur permet de mieux identifier les opportunités dans l'environnement des outils de financement publics et privés de la recherche et de l'innovation ;
 - mène des missions de structuration de filières régionales en lien avec l'écosystème pour créer des dynamiques collectives et renforcer la compétitivité de ces filières via l'innovation, la mise en œuvre de projets structurants et des actions de valorisation des acteurs du territoire ;
 - favorise et accompagne les projets de collaborations entre acteurs publics et privés et entreprises innovantes du Grand Est, notamment par le biais d'expérimentations ;
- ... / ...

- accompagne les entreprises à répondre à des marchés publics locaux, nationaux et internationaux et aide les établissements publics (en particulier de santé) **à se tourner vers l'achat innovant à travers la commande publique**, via le dispositif « Commande Publique Grand Est » ;
- accélère les *start-up* de la région grâce à un programme dédié à l'accompagnement et au financement post-incubation « Scal'E-Nov », jusqu'à leur premier million d'euros de chiffre d'affaires ;
- guide les PME européennes dans la recherche de partenaires internationaux et l'identification de sources de financements européens, en sa qualité de membre du réseau « Entreprise Europe Network » ;
- attire des investissements internationaux en s'appuyant sur une connaissance fine des écosystèmes technologiques permettant de répondre à une palette plus large d'entreprises et de typologies de projets via « Invest Eastern France ».

L'agence anime cette approche en lien avec un grand nombre de partenaires, dont les principales collectivités territoriales de la région, et avec le soutien de fonds européens, contribuant ainsi au développement et au rayonnement de la région Grand Est.

En s'ouvrant plus fortement aux petites entreprises, la commande publique peut jouer un véritable rôle d'accélérateur de l'innovation locale au service de l'invention de solutions de santé françaises et d'avenir. Dans l'autre sens, en matière d'innovation, il est également urgent de mettre en œuvre des actions pour que les établissements publics puissent, sans frein, se tourner vers l'achat innovant à travers la commande publique.

Sur ce point, une expérimentation⁹⁸ de trois ans a été lancée en 2018 par le ministère de l'économie et des finances, permettant aux acheteurs de passer des marchés négociés sans publicité ni mise en concurrence préalable pour leurs achats innovants d'un montant inférieur à 100 000 euros. Parmi les 231 marchés publics inventoriés sur la période, la majorité (41 %) ont concerné le bloc État / santé (dont 13 % d'hôpitaux) et 37 % ont concerné le bloc territorial. Le gouvernement et les acheteurs, dont l'AP-HP ou le ministère des Armées, souhaitent que cette expérimentation soit pérennisée et l'Institut Montaigne souscrit à cette proposition, qui doit néanmoins **se doubler d'un accompagnement renforcé des acteurs de l'achat public pour les aider à intégrer le recours aux solutions innovantes dans leurs pratiques**, et d'une simplification de la caractérisation juridique de l'achat innovant, comme le recommandent la sénatrice Nadège Havet et la députée Sophie Beaudouin-Hubière dans leur rapport sur l'achat public responsable⁹⁹.

Le **rôle des centrales d'achat**, qui représentent des tiers de confiance et de simplification particulièrement importants en matière d'innovation, mérite également d'être renforcé pour lutter contre l'éclatement de l'achat public, accompagner et rassurer les acheteurs (de nombreux acheteurs ont encore des difficultés à estimer la durabilité des solutions innovantes).

PROPOSITION N° 14

Consolider une filière de santé d'avenir par un *Small Business Act* français.

- Développer la filière santé grâce à des actions coordonnées et réorganiser l'administration pour lui donner de réels moyens d'action et permettre la **mise en place d'un « guichet unique » pour les acteurs économiques de la filière** et la structuration d'une approche coordonnée et intégrée.
- Renforcer le **rôle de la commande publique** au service dans cette démarche de souveraineté et de la reconstitution d'une véritable filière stratégique industrielle de santé, notamment en favorisant le recours des établissements de santé à l'achat innovant et en créant un *Small Business Act* à la française au service des PME et TPE.
- Confier à la future **Agence de l'innovation la mise en place de cette initiative**, en s'assurant que les moyens et la définition des responsabilités de cette agence lui permettent de le faire.

2.4. Consolider des projets innovants en santé au niveau européen

La structuration et la gouvernance de la filière santé doit pour finir se penser au niveau européen. À cet égard, la Présidence française de l'Union européenne qui a débuté en janvier peut être l'occasion de mettre ces sujets à l'agenda, dans une volonté de gagner en capacité d'anticipation, notamment à l'aune de la crise sanitaire, qui a mis en lumière les difficultés des pays membres de l'Union européenne à apporter des réponses coordonnées et les vulnérabilités de la chaîne de production de l'industrie pharmaceutique européenne. **L'un des prérequis de toute organisation coordonnée à la fois sur le champ du soin, de la prévention et de l'anticipation, est de pouvoir disposer de données de santé partagées.** À cet effet, la mise en place officielle de l'Espace Européen des Données de Santé (EEDS) le 3 mai 2022 est une importante étape. L'infrastructure *MyHealth@EU* permet actuellement de

⁹⁸ Voir le décret n° 2018-1225 du 24 décembre 2018 portant diverses mesures relatives aux contrats de la commande publique (NOR : ECOM1827790D).

⁹⁹ Nadège Havet et Sophie Beaudouin-Hubière, *Pour une commande publique sociale et environnementale*, octobre 2021.

partager des synthèses des patients et des ordonnances électroniques entre 10 États membres via leurs points de contact nationaux pour la e-santé, les NCPeH (« *National Contact Point for eHealth* »). D'ici 2025, il est attendu que tous les États membres rejoignent le dispositif. Il est aussi prévu que soit mise en place l'infrastructure *HealthData@EU*, qui permettra d'articuler l'utilisation secondaire des données de santé, c'est à dire à des fins de recherche¹⁰⁰.

Une telle infrastructure commune des données, co-pilotée avec les acteurs publics et privés, contribuerait à améliorer l'offre de soins, à soutenir la recherche et l'innovation (en mutualisant les coûts et en élargissant les cohortes étudiées), à gagner en capacité d'anticipation des risques et des menaces et, in fine, à créer des politiques de santé européennes plus efficaces, plus sécurisées et plus durables. Cette culture de partage des données entre États membres pourrait s'étendre jusqu'à la question des indicateurs de qualité, pour s'inscrire dans une perspective orientée vers les patients. Comme précédemment recommandé par l'Institut Montaigne, **une conférence de consensus** pourrait être organisée avec des associations de patients et professionnels de santé afin de fixer ces indicateurs de qualité à partager et comparer entre les États membres. Déjà menée par l'Institut Montaigne à l'échelle nationale avec six associations de patients pour son rapport *Système de santé : soyez consultés!* en 2019, cette initiative permettrait de démontrer immédiatement aux citoyens l'intérêt du partage des données au service de l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies.

Un autre chantier européen à mener en priorité concerne la collaboration et l'harmonisation européenne en matière de régulation et d'évaluation des technologies de santé. En ligne avec une de nos propositions porté précédemment¹⁰¹, il s'agit d'ici 2025 d'achever le chantier de mise en place d'une politique européenne d'évaluation de l'efficacité comparative des médicaments en poursuivant le **développement de l'agence Health**

Technology Assessment (HTA), fruit de l'évolution du réseau EUnetHTA qui existe depuis déjà deux décennies¹⁰². Une telle initiative simplifierait les procédures pour les acteurs industriels et irait dans le sens d'une meilleure coordination des politiques de santé au niveau européen. Un travail pour harmoniser les critères d'évaluation médicale des différents pays est aussi en cours. La HaDEA (« *European Health and Digital Executive Agency* ») a débloqué des fonds pour promouvoir l'adoption de la terminologie SNOMED CT (« *Systemized Nomenclature of Medicine* ») dans tous ses États membres. La mise en place du « *Clinical Trials Information System Regulation* » (CTIS) en janvier 2022, sous le contrôle de la « *European Medicines Agencies* » (EMA) marque le début d'un processus, permettant aux sponsors d'essais cliniques non plus de soumettre une candidature à chaque autorité nationale compétente et comité éthique indépendante, mais de le faire de manière centralisée auprès de 30 pays de l'UE et de l'Espace économique européen¹⁰³.

PROPOSITION N° 15

S'inscrire dans une perspective européenne pour consolider l'innovation en santé.

- Poursuivre le développement de l'espace européen des données de santé, pour améliorer l'offre de soins, soutenir la recherche et l'innovation et gagner en capacité d'anticipation.
- Mettre en cohérence les indicateurs de qualité des soins entre les différents États membres, dans une approche orientée citoyens-patients.
- Prolonger le travail d'harmonisation engagé en créant les conditions d'une évaluation européenne des technologies de santé via la création d'une agence de *Health Technology Assessment (HTA)*.

100 A *European Health Union: A European Health Data Space for people and science*, site de la Commission Européenne, 3 mai 2022.

101 *Institut Montaigne*, « Trois questions à Isabelle Zablitz : Europe de la santé – quelle place pour le numérique? », avril 2022.

102 Institut Montaigne, *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*, septembre 2019.

103 Site de l'Agence Européenne du Médicament (EMA) <https://www.ema.europa.eu/en/news/regulatory-harmonisation-clinical-trials-eu-clinical-trials-regulation-enter-application-new>, consulté le 30 mars 2022.

CONCLUSION

Depuis plusieurs années, patients comme professionnels de santé expriment des inquiétudes relatives à l'accès aux soins, la pérennité de notre système de santé solidaire et la réponse aux besoins de santé futurs (vieillesse de la population, explosion des maladies chroniques, prévalence des troubles psychiques, risque pandémique, entre autres).

Suite à la crise sanitaire, nombreux sont les exemples qui ont démontré **l'importance d'engager notre système dans la voie de la simplification, de la subsidiarité, de l'agilité et surtout de la confiance**. Cette période singulière doit acter la nécessité de faire profondément évoluer et de réunir les conditions de ce changement en se donnant les moyens organisationnels, humains, financiers.

Un nouveau quinquennat s'ouvre et c'est dans ce contexte que l'Institut Montaigne a construit les propositions du présent rapport pour s'inscrire dans une approche réaliste et innovante. Au travers de ces recommandations, le groupe de travail appelle avant tout à **faire le pari des territoires, en proposant une organisation cohérente et efficace des responsabilités et des possibilités d'actions entre les échelles locale, nationale et européenne**. C'est en partant du niveau local et des énergies qui s'y manifestent que nous pourrons **bâtir des écosystèmes de santé attractifs, résilients et efficients**, engagés dans une même ambition nationale et un horizon européen.

En conclusion, le sens de nos recommandations s'articule autour des points suivants :

- **Une meilleure répartition des responsabilités et des champs d'action entre les échelles territoriales**, au plus près des besoins des patients et des professionnels de santé, pour l'émergence d'un service public de santé territorial, s'appuyant sur des données pertinentes et actualisées.
- **Une plus grande perméabilité entre les acteurs et les statuts**, le sanitaire et le social, pour lever les freins et libérer les initiatives, les collaborations et les partenariats.
- **Un pilotage organisé des innovations en santé et de ses acteurs économiques et scientifiques**, pour rendre possible leur émergence, leur passage l'échelle, leur diffusion et *in fine* leur utilisation.
- **Une meilleure prise en compte de la prévention et de la promotion de la santé**, pour sortir du seul périmètre du soin et s'engager sur la voie de la santé globale au service des patients.
- **La mise en place d'une vision de long terme et une meilleure structuration de notre filière de santé**, pilotée par l'échelle nationale, pour redonner au système de santé un horizon et une ambition durable et ainsi renouer avec son accessibilité, sa soutenabilité et sa souveraineté.

En mettant en application ces propositions, le groupe de travail est convaincu que l'on pourra garantir un meilleur accès aux soins, assurer la pérennité du système et l'aider à faire face aux défis à venir, afin qu'il soit de nouveau **une source de cohésion nationale**.

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

PROPOSITION N° 1

Refonder la formation des professionnels de santé au début comme au cours de leur carrière, pour favoriser l'approche globale de la santé, former à la gestion de l'innovation et accentuer la dimension managériale.

- Faire de l'apprentissage du travail en équipe pluri-professionnelle la base des formations en santé.
- Refondre la formation initiale, en intégrant l'EHESP au mouvement de l'INSP, et en faisant évoluer les cursus des directeurs d'hôpitaux et des médecins.
- Moderniser la formation continue des cadres médicaux et paramédicaux, et établir un vivier de professionnels prêts à exercer des délégations de gestion.
- Créer un IHEDN de la santé, pour diffuser la culture sanitaire au sein des décideurs issus des secteurs public et privé.

PROPOSITION N° 2

Promouvoir le principe de subsidiarité et engager un vaste mouvement de délégation de gestion et des tâches pour permettre aux professionnels de santé de retrouver autonomie et responsabilité dans leurs métiers comme dans les organisations de travail.

- Revoir les décrets de compétences des professionnels de santé avec l'objectif d'augmenter les compétences propres reconnues à chaque professionnel de santé et de positionner chaque acteur de santé sur les actes pour lesquels il a la plus forte valeur ajoutée.

- Permettre l'accès direct de la population aux Infirmiers de Pratique Avancée, leur reconnaître la possibilité de réaliser des primo-prescriptions et évaluer le cadre économique de leur activité.
- Au sein des pôles et services hospitaliers, faire de la délégation de gestion la règle, afin de permettre aux équipes hospitalières de terrain de décider en autonomie de ce qui les concerne directement (organisation, activité, recrutements, etc.).

PROPOSITION N° 3

Favoriser le potentiel d'agilité des acteurs en dépassant les clivages statutaires.

- Donner aux GHT une personnalité morale qui sera source de simplification par rapport à la situation actuelle, et les doter (qu'ils soient intégratifs ou coopératifs) d'un statut *sui generis* plus souple, comparable à celui des fondations, ceci ayant pour objectif d'avoir un véritable intégrateur de soins au niveau des territoires.
- Encourager l'adoption par les cliniques privées du statut d'entreprises à missions.

PROPOSITION N° 4

Réinvestir en faveur de la médecine de ville et confier aux médecins généralistes volontaires un mandat de santé publique.

- Soutenir et pérenniser la pluri-professionnalité ainsi que les récentes initiatives de pratique coordonnée en médecine de ville.
- Les médecins de proximité disposeraient ainsi, dans les zones médicalement sous dotées, des moyens logistiques, techniques, technologiques et financiers adaptés pour faciliter leur exercice et assurer une meilleure prise en charge multidisciplinaire.

PROPOSITION N° 5**Assurer l'interopérabilité et lever les freins en matière d'ouverture et de traitement des données.**

- Concernant les outils et solutions numériques, permettre l'éligibilité à des aides publiques ou à la prise en charge par l'Assurance maladie à la condition que les données exploitées soient interopérables.
- Mener une expérimentation au niveau local en appliquant l'usage de la *blockchain* à l'ensemble des données de santé, sur le modèle de l'Estonie.

PROPOSITION N° 6**Penser la prévention et l'accès aux soins au niveau local.**

Confier le pilotage des actions de prévention et de lutte contre les inégalités d'accès aux soins de proximité aux collectivités locales (alliance des régions, départements et communes), sur la base d'objectifs de santé publique nationaux (cancer, tabac, alcool, etc.) et en lien avec l'ensemble des politiques locales (logement, travail, environnement etc.).

PROPOSITION N° 7

Faire vivre la démocratie sanitaire à l'échelle des territoires afin de construire des politiques de santé territorialisées et inclusives, en lançant des Conventions citoyennes régionales de santé, co-organisées par les Régions et les CESER, intégrant l'ensemble des acteurs y compris les patients, dans la construction de politiques de santé territorialisées et globales.

PROPOSITION N° 8**Intégrer le fait territorial au sein de la gouvernance des ARS.**

- Faire évoluer la gouvernance des ARS en renforçant le poids des élus en son sein en en confiant la présidence ou la co-présidence au président de région.

- Mettre en place dans chaque ARS un conseil stratégique du pilotage du système de santé rassemblant élus et l'ensemble des acteurs du terrain.

PROPOSITION N° 9**Construire des budgets de santé régionalisés, pour une gestion de la politique de santé tenant compte des réalités des territoires.**

Régionaliser une partie des budgets de santé pour une véritable politique de santé des territoires et permettre aux collectivités locales de s'engager financièrement en faveur de la santé. **Ces budgets pourraient dans un premier temps être établis sur la base du volontariat**, avec un engagement sur des projets précis, en lien avec les priorités nationales, décliné sur le territoire concerné.

PROPOSITION N° 10**Réinvestir l'échelle départementale des politiques de santé.**

- Confier la vice-présidence des ARS aux présidents des conseils départementaux, afin d'améliorer la cohérence des politiques mises en œuvre et de décloisonner davantage action sanitaire et médico-sociale.
- **Renforcer l'échelon départemental des ARS**, en lien avec des politiques de proximité et orientées vers les patients, en particulier sur l'accompagnement des développements des MSP et CPTS et du suivi de l'efficacité des actions de santé publique.

PROPOSITION N° 11**Faire du niveau local l'échelle privilégiée des écosystèmes d'innovation.**

Mettre en place, dans chaque région, **une structure d'innovation, de soutien et d'évaluation, présidée par le président de Région**, pour promouvoir le développement des nouvelles technologies en santé en particulier le

numérique et l'intelligence artificielle. Ceci devra se faire en lien avec l'Agence de l'innovation en santé et ses déclinaisons locales. Ces structures devront également soutenir les porteurs d'innovation pour les aider lors du passage à l'échelle et des différentes levées de fonds.

PROPOSITION N° 12

Faire émerger un véritable service public de santé territorial, dépassant l'approche par les statuts et le cadre de l'offre de soins et engageant l'ensemble des acteurs dans l'amélioration de la pertinence des soins et de la santé des Français.

- Engager notre système de santé dans la voie de la responsabilité territoriale et populationnelle, à l'image de l'évolution suivie par de nombreux pays.
- Accompagner ce mouvement en encourageant la mise en place progressive d'un financement territorial populationnel, articulé autour d'objectifs de santé publique (notamment en termes de besoins des patients et de qualité des soins), en complément ou en alternative à une rémunération des professionnels de santé à l'acte ou à l'activité.
- Intégrer dans la formation des médecins, professionnels de santé et directeurs d'hôpitaux une approche autour de la santé globale, en collaboration avec d'autres universités ou instituts de formation.

PROPOSITION N° 13

Gagner en capacité d'anticipation et en souveraineté sanitaire par un financement pluriannuel.

- Mettre en place une loi cadre de programmation du financement du système de santé sur 5 ans, complétée par des livres blancs tous les 5 ans, pour renforcer la capacité de la France à se doter d'une vision stratégique de long terme.
- Sur la base de cette loi de programmation, définir un cadre de financement pluriannuel.

PROPOSITION N° 14

Consolider une filière de santé d'avenir par un *Small Business Act* français.

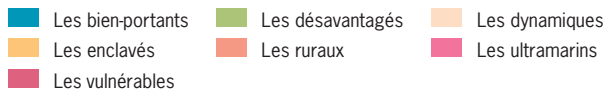
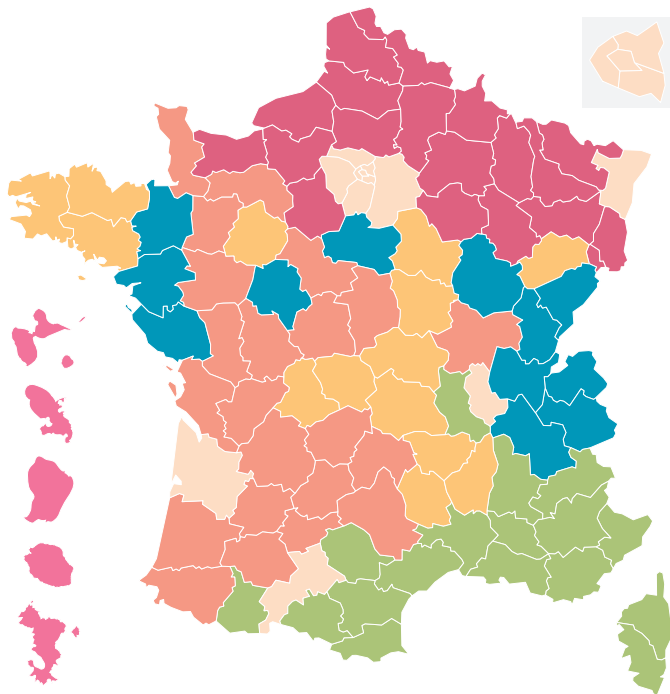
- Développer la filière santé grâce à des actions coordonnées et réorganiser l'administration pour lui donner de réels moyens d'action et permettre **la mise en place d'un « guichet unique » pour les acteurs économiques de la filière** et la structuration d'une approche coordonnée et intégrée.
- Renforcer **le rôle de la commande publique** au service dans cette démarche de souveraineté et de la reconstitution d'une véritable filière stratégique industrielle de santé, notamment en favorisant le recours des établissements de santé à l'achat innovant et en créant un *Small Business Act* à la française au service des PME et TPE.
- Confier à la future **Agence de l'innovation la mise en place de cette initiative**, en s'assurant que les moyens et la définition des responsabilités de cette agence lui permettent de le faire.

PROPOSITION N° 15

S'inscrire dans une perspective européenne, pour consolider l'innovation en santé.

- Poursuivre le développement de l'espace européen des données de santé, pour améliorer l'offre de soins, soutenir la recherche et l'innovation et gagner en capacité d'anticipation.
- Mettre en cohérence les indicateurs de qualité des soins entre les différents États membres, dans une approche orientée citoyens-patients.
- Prolonger le travail d'harmonisation engagé en créant les conditions d'une évaluation européenne des technologies de santé *via* la création d'une agence de *Health Technology Assessment* (HTA).

Cartographie départementale des dépenses et besoins de santé



Source : Institut Montaigne avec Kanopy Med, 2022.

1. Méthodologie

L'objectif de ce travail de cartographie est de mettre en avant les disparités départementales d'allocations des ressources de santé. Pour ce faire, **l'adéquation entre les besoins et les dépenses de santé par département**, a été analysée. L'approche de cette étude est territoriale et populationnelle et repose sur **l'identification de départements comparables en termes de besoins**.

Pour créer des groupes homogènes de départements en termes de besoins de santé, la méthode k-means, dite de « clustering » a été utilisée. Cette méthode se base sur une hypothèse simple consistant à maximiser la vraisemblance à l'intérieur de chaque groupe tout en maximisant les différences entre les groupes.

Dans un premier temps, un regroupement des départements à partir de plusieurs variables démographiques, socio-économiques, de facteurs de risque et épidémiologiques a été réalisé, pour obtenir **un petit nombre de groupes de départements homogènes quant aux besoins de santé de leur population**.

Dans un second temps, les dépenses moyennes hospitalières et ambulatoires ont été calculées pour chaque département, ce qui a permis de constituer la dépense de santé totale par habitant (perspective Assurance maladie, soins remboursés par l'Assurance maladie).

Les résultats de santé (espérance de vie, taux standardisé d'hospitalisation potentiellement évitables, taux de mortalité prématurée), ainsi que plusieurs autres indicateurs du besoin ont été testés mais non utilisés dans la cartographie finale, ces données sont disponibles en se rendant sur le site de data.gouv.fr : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/sante-faire-le-pari-des-territoires-donnees-mobilisees/>

2. Description des groupes

- **Les bien-portants** (zones frontalières Est et Ouest) : Une population en moyenne plutôt jeune, rurale et favorisée, dont les besoins de santé sont relativement bas (faibles taux de prévalence de maladies chroniques et de troubles psychiques) mais où l'exposition à la pollution nuit à l'état de santé d'une partie des habitants.
- **Les désavantagés** (Sud-Est) : Une population en moyenne socio-économiquement défavorisée et relativement âgée, où on observe une forte prévalence des troubles psychiques et où l'exposition à la pollution nuit à l'état de santé d'une partie des habitants.
- **Les dynamiques** (Bordeaux, Toulouse, Lyon, Ile-de-France, pointe Est) : Une population jeune, urbaine et favorisée, dont les besoins de santé sont en moyenne faibles mais dominés par certaines maladies chroniques et le cancer et où on observe une natalité forte.
- **Les enclavés** (pointe Bretagne, Bourgogne, Limousin) : Une population rurale, relativement âgée, dont les besoins de santé sont en moyenne forts, en particulier en santé mentale, et où la consommation d'alcool pèse sur l'état de santé d'une partie des habitants.
- **Les ruraux** (Ouest de la France, Saône-et-Loire) : Une population en moyenne rurale et âgée, dont les besoins de santé sont relativement faibles – faibles taux de prévalence de maladies chroniques et des troubles psychiques, faible consommation d'alcool et du tabac par rapport au reste de la population nationale.
- **Les ultramarins** (Départements d'Outre-mer) : Une population en moyenne très jeune, socio-économiquement défavorisée, dont les besoins de santé sont hétérogènes : maladies chroniques, absence de prévention autour de l'alcool notamment et où on observe une natalité forte.

- **Les vulnérables** (Nord) : Une population socio-économiquement défavorisée, dont les besoins de santé sont en moyenne importants, en particulier dans le champ des maladies chroniques et du cancer, et où le tabagisme pèse sur l'état de santé de certains habitants.

3. Données mobilisées

L'étude a été réalisée pour la France métropolitaine, au niveau départemental, à partir des données les plus récentes disponibles en Open Data et issues de la base PMSI nationale.

→ Données mobilisées pour le clustering (regroupement de départements) :

- **Démographie** :
 - part des habitants de plus de 75 ans (Insee) ;
 - population rurale et urbaine (Insee).
- **Déterminants socio-économiques** :
 - revenu médian (Insee) ;
 - taux de chômage (Insee) ;
 - part de la population ayant au moins le bac (Insee) ;
 - part de la population employée (Insee).
- **Facteurs de risque** :
 - mortalité liée au tabac et à l'alcool (CépiDC, Inserm) ;
 - couverture vaccinale antigrippale (Géodes, Santé publique France) ;
 - mortalité liée aux suicides (CépiDC, Inserm) ;
 - mortalité accidentelle (CépiDC, Inserm).
- **Épidémiologie** :
 - prévalence de maladies chroniques – diabète, maladies cardiaques, maladies respiratoires – (Cartographie des pathologies,

- Ameli, CNAM) ;
- prévalence des maladies mentales (Cartographie des pathologies, Ameli, CNAM) ;
- prévalence des maternités (Cartographie des pathologies, Ameli, CNAM) ;
- prévalence des cancers (Cartographie des pathologies, Ameli, CNAM) ;
- qualité de l'air (ATMO).

→ Dépenses (périmètre Assurance maladie) :

Les dépenses totales par habitant (périmètre Assurance maladie) ont été calculées à partir des :

- Dépenses hospitalières par habitant : MCO et SSR.
- Dépenses ambulatoires par habitant : Actes techniques (CCAM), Actes diagnostiques (C et CS), soins paramédicaux, pharmacie, transports, imagerie et biologie.

REMERCIEMENTS

L'Institut Montaigne remercie tout particulièrement les personnes qui ont pu contribuer à ce rapport.

Les présidents du groupe de travail

- **Cédric Arcos**, Maître de conférence en politiques de santé à Sciences Po
- **Gérard Friedlander**, Délégué général de la Fondation Université de Paris

Les membres du groupe de travail

- **François-Emmanuel Blanc**, Directeur général de la caisse centrale de la MSA
- **Maryne Cotty-Eslous**, co-fondatrice et CEO de Lucine
- **Claude Évin**, avocat et ancien ministre de la santé
- **David Gruson**, directeur programme santé Jouve et co-fondateur Ethik-IA
- **D^r Lamia Kerdjana**, anesthésiste-réanimatrice et présidente du Syndicat Jeunes Médecins Île-de-France
- **Jacques Léglise**, directeur général de l'hôpital Foch
- **Filippo Monteleone**, président de Careit
- **Jérôme Nouzarède**, fondateur d'Elsan
- **Gérard Vincent**, président de la fondation Santé Service, ancien délégué général de la FHF
- **Pascale Witz**, présidente et fondatrice de PWH Advisors

L'équipe responsable du projet

- **Angèle Malâtre-Lansac**, directrice déléguée à la santé, Institut Montaigne
- **Laure Millet**, responsable du Programme santé, Institut Montaigne
- **Emma Ros**, chargée d'études au Programme santé, Institut Montaigne
- **Laetitia Tyrel de Poix**, directrice conseil influence et relations presse, Bona Fidé (rapporteuse)

- **Deborah Khaghani**, directrice conseil stratégie de communication, Bona Fidé (rapporteuse)
- **Pierre Vincenac**, rapporteur

Les membres du conseil scientifique de la cartographie

- **Ludovic Cépré**, président de la Société Francophone de Pratique en Géographie de la Santé (SFPGS)
- **D^r Grégoire Mercier**, directeur scientifique de KanopyMed
- **Dominique Polton**
- **Ulysse Rodts**, directeur de KanopyMed
- **Patrick Olivier**, directeur DREETS Hauts de France, ancien directeur de la stratégie de l'ARS Île-de-France

Les personnes auditionnées pour ce rapport

- **Jacques Beltran**, VP secteur public, Dassault Systèmes
- **Jean-Yves Blay**, directeur général du Centre Léon Bérard
- **Laurent Borella**, directeur santé, Malakoff Humanis
- **Rodolphe Bourret**, directeur général du Centre Hospitalier de Valenciennes
- **Éric Chenut**, président de la Mutualité Française
- **Thierry Chiche**, président ELSAN
- **Guy Collet**, ancien directeur général d'ARH, ancien conseiller en stratégie à la Fédération Hospitalière de France
- **Yves Couturier**, professeur titulaire, Département de travail social, Université de Sherbrooke et directeur scientifique du Réseau de connaissances sur les soins primaires
- **Sonia de La Provôté**, sénatrice du Calvados
- **Adelphé de Taxis du Poet**, expert santé, Direction des politiques sociales, CDC
- **Louis de Traverse**, directeur du développement des collectivités territoriales

- **Catherine Deroche**, sénatrice de Maine et Loire, présidente de la Commission des Affaires Sociales
- **D^r Mady Denantes**, médecin généraliste, MSP Pyrénées Belleville et CPTS du 20e
- **Michel Duraffourg**, inspecteur général des affaires sociales honoraire
- **Julien Eymard**, directeur d'hôpital
- **Agnès Firmin Le Bodo**, députée de Seine-Maritime
- **Caroline Germain**, directrice adjointe du pôle Innovation et données, DSI, AP-HP
- **Corinne Grenier**, professeur HDR, directrice scientifique Centre d'Expertise Santé et Innovation, KEDGE Business School
- **D^r Richard Handschuh**, secrétaire général, MG Paris
- **Florence Herry**, infirmière et fondatrice, Libheros
- **Julien Hody**, chef de projet e-santé, URPS médecins libéraux Île-de-France
- **Christophe Jacquinet**, directeur général délégué aux affaires publiques, Care Insight
- **Vincent Janin**, directeur général, Asten Santé
- **Simon Kieffer**, directeur des affaires territoriales, Qare
- **François Krabansky**, médecin de santé publique, conseiller national à la MSA
- **Jean Kramarz**, *Head of Business Line Health*, AXA Partners
- **Tristan Lataste**, *IBM Business Development Leader*, Public Sector & Healthcare
- **Oriane Le Hénaff**, directrice de cabinet, Ramsay Santé
- **Chahra Louafi**, directrice du Fonds Patient Autonome, BPI France
- **Alexandre Maisonneuve**, co-fondateur et directeur médical de Qare
- **Delphine Mallet**, présidente de La Poste Santé
- **Antoine Malone**, responsable du Pôle Prospective, Europe, International, Fédération Hospitalière de France
- **Jean Mieg**, responsable des affaires publiques, Medadom
- **Patrick Olivier**, directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)
- **Benoît Péricard**, ancien directeur d'ARH, ancien directeur général de CHU, ancien associé KPMG

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- **Boris Ravignon**, maire de Charleville-Mézières, président de la communauté d'agglomération Ardenne Métropole
- **Vincent Roques**, directeur de cabinet de la Fédération Hospitalière de France
- **Jean Rottner**, président de la Région Grand Est
- **Thomas Talec**, directeur du CH Nord Ardennes, établissement support du GHT Nord Ardennes
- **Nataliane Thoulon**, directrice du développement, Sodexo Santé
- **Laurent Tobo**, infirmier diplômé d'État et entrepreneur
- **Claire Tumelin**, directrice Docteur House (Sodexo Santé)
- **Frédéric Valletoux**, président de la Fédération Hospitalière de France et maire de Fontainebleau
- **Nicolas Villenet**, conseiller santé et affaires sociales – Cabinet du Ministre des Outre-mer

- Infrastructures de transport : vers le futur et le durable! (avril 2022)
- China Trends #12 – Ukraine : un narratif chinois pro-russe gravé dans le marbre? (mars 2022)
- Géopolitique et technologie : le tournant de la stratégie européenne (mars 2022)
- Reconversion professionnelle : pour le meilleur et pour l'avenir (février 2022)
- Droit du travail : 18 idées pour le prochain quinquennat (février 2022)
- Baromètre européen des impôts de production 2022 (février 2022)
- Xi Jinping, un ordolibéral : les marges de croissance de la Chine en 2022 (février 2022)
- Logement : rebâtir nos ambitions (février 2022)
- Une jeunesse plurielle – Enquête sur les 18-24 ans (février 2022)
- Aviation décarbonée : embarquement immédiat (janvier 2022)
- Cinq ans pour faire progresser la France des ETI (janvier 2022)
- 2022-2027 : quelles perspectives pour les finances publiques ? (janvier 2022)
- Santé 2022 : tout un programme (janvier 2022)
- China Trends #11 – Une ouverture à la carte : les investissements directs étrangers en Chine (décembre 2021)
- Transports du quotidien : en route vers le sans carbone! (décembre 2021)
- La présidence française de l'Union européenne à la loupe (décembre 2021)
- Europe-Inde : quelles ambitions face à la Chine? (décembre 2021)
- Réinvestir le secteur bancaire européen (novembre 2021)
- Une France convalescente, une France du « proche » Baromètre des Territoires 2021 (novembre 2021)
- China Trends n° 10 – Comment l'intelligence artificielle transformera la Chine (novembre 2021)
- Prix Interne du Carbone : une solution qui tombe à PIC pour les entreprises? (novembre 2021)
- En campagne pour l'agriculture de demain (octobre 2021)
- La France dans le bouleversement du monde (octobre 2021)
- Automobile : feu vert pour une industrie durable (octobre 2021)
- Innovation française : nos incroyables talents (octobre 2021)

**Les opinions exprimées dans ce rapport
n'engagent ni les personnes précédemment citées
ni les institutions qu'elles représentent.**

- Parcours patient : parcours du combattant? (septembre 2021)
- Europe : agir ensemble pour la décarbonation (septembre 2021)
- Quelle Allemagne après Merkel? (septembre 2021)
- Quinquennat Macron : le grand décryptage (août 2021)
- China Trends n° 9 – Une Chine décarbonée est-elle possible? (juillet 2021)
- Villes : à vos données! (juillet 2021)
- Vu de Pékin : le rebond de l'économie chinoise (juin 2021)
- Régions : le renouveau de l'action publique? (juin 2021)
- La stabilité du Maghreb, un impératif pour l'Europe (mai 2021)
- Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions (mai 2021)
- Relance en Afrique : quel rôle pour les entreprises (mai 2021)
- Religion au travail : croire au dialogue – Baromètre du Fait Religieux en Entreprise (mai 2021)
- Fintech chinoise : l'heure de la reprise en main (avril 2021)
- Enseignement supérieur et recherche : il est temps d'agir! (avril 2021)
- Filière santé : gagnons la course à l'innovation (mars 2021)
- Rééquilibrer le développement de nos territoires (mars 2021)
- China Trends n° 8 – L'armée chinoise en Asie : puissance et coercition (février 2021)
- Repenser la défense face aux crises du 21^e siècle (février 2021)
- Les militants du djihad (janvier 2021)
- Compétitivité de la vallée de la Seine : comment redresser la barre? (janvier 2021)
- Semi-conducteurs : la quête de la Chine (janvier 2021)
- Vaccination en France : l'enjeu de la confiance (décembre 2020)
- Santé mentale : faire face à la crise (décembre 2020)
- Construire la métropole Aix-Marseille-Provence de 2030 (novembre 2020)
- Allemagne-France : pour une politique européenne commune à l'égard de la Chine (novembre 2020)
- Plan de relance : répondre à l'urgence économique (novembre 2020)
- Réformer les retraites en temps de crise (octobre 2020)
- Les quartiers pauvres ont un avenir (octobre 2020)
- Trump ou Biden – comment reconstruire la relation transatlantique? (octobre 2020)
- Le capitalisme responsable : une chance pour l'Europe (septembre 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : neuf idées efficaces en faveur de l'emploi (septembre 2020)
- Un virus clarificateur L'impact du Covid-19 sur la politique étrangère de la France (juin 2020)
- Les entreprises françaises en Afrique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Transatlantic Trends 2020 (juillet 2020)
- Europe's Pushback on China (juin 2020)
- E-santé : augmentons la dose! (juin 2020)
- Dividende carbone : une carte à jouer pour l'Europe (juin 2020)
- L'action publique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Seine-Saint-Denis : les batailles de l'emploi et de l'insertion (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : relançons l'investissement (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : l'enjeu du temps de travail (mai 2020)
- Internet : le péril jeune? (avril 2020)
- Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie (avril 2020)
- Algorithmes : contrôle des biais S.V.P. (mars 2020)
- Retraites : pour un régime équilibré (mars 2020)
- Espace : le réveil de l'Europe? (février 2020)
- Données personnelles : comment gagner la bataille? (décembre 2019)
- Transition énergétique : faisons jouer nos réseaux (décembre 2019)
- Religion au travail : croire au dialogue - Baromètre du Fait Religieux Entreprise 2019 (novembre 2019)
- Taxes de production : préservons les entreprises dans les territoires (octobre 2019)
- Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir (septembre 2019)
- Rénovation énergétique : chantier accessible à tous (juillet 2019)
- Agir pour la parité : performance à la clé (juillet 2019)
- Pour réussir la transition énergétique (juin 2019)
- Europe-Afrique : partenaires particuliers (juin 2019)
- Media polarization « à la française »? Comparing the French and American ecosystems (mai 2019)
- L'Europe et la 5G : le cas Huawei (partie 2, mai 2019)
- L'Europe et la 5G : passons la cinquième! (partie 1, mai 2019)
- Système de santé : soyez consultés! (avril 2019)
- Travailleurs des plateformes : liberté oui, protection aussi (avril 2019)
- Action publique : pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple (mars 2019)

- La France en morceaux : baromètre des Territoires 2019 (février 2019)
- Énergie solaire en Afrique : un avenir rayonnant? (février 2019)
- IA et emploi en santé : quoi de neuf docteur? (janvier 2019)
- Cybermenace : avis de tempête (novembre 2018)
- Partenariat franco-britannique de défense et de sécurité : améliorer notre coopération (novembre 2018)
- Sauver le droit d'asile (octobre 2018)
- Industrie du futur, prêts, partez! (septembre 2018)
- La fabrique de l'islamisme (septembre 2018)
- Protection sociale : une mise à jour vitale (mars 2018)
- Innovation en santé : soignons nos talents (mars 2018)
- Travail en prison : préparer (vraiment) l'après (février 2018)
- ETI : taille intermédiaire, gros potentiel (janvier 2018)
- Réforme de la formation professionnelle : allons jusqu'au bout! (janvier 2018)
- Espace : l'Europe contre-attaque? (décembre 2017)
- Justice : faites entrer le numérique (novembre 2017)
- Apprentissage : les trois clés d'une véritable transformation (octobre 2017)
- Prêts pour l'Afrique d'aujourd'hui? (septembre 2017)
- Nouveau monde arabe, nouvelle « politique arabe » pour la France (août 2017)
- Enseignement supérieur et numérique : connectez-vous! (juin 2017)
- Syrie : en finir avec une guerre sans fin (juin 2017)
- Énergie : priorité au climat! (juin 2017)
- Quelle place pour la voiture demain? (mai 2017)
- Sécurité nationale : quels moyens pour quelles priorités? (avril 2017)
- Tourisme en France : cliquez ici pour rafraîchir (mars 2017)
- L'Europe dont nous avons besoin (mars 2017)
- Dernière chance pour le paritarisme de gestion (mars 2017)
- L'impossible État actionnaire? (janvier 2017)
- Un capital emploi formation pour tous (janvier 2017)
- Économie circulaire, réconcilier croissance et environnement (novembre 2016)
- Traité transatlantique : pourquoi persévérer (octobre 2016)
- Un islam français est possible (septembre 2016)
- Refonder la sécurité nationale (septembre 2016)
- Brexain ou Brexit : Europe, prépare ton avenir! (juin 2016)
- Réanimer le système de santé - Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)
- Sauver le dialogue social (septembre 2015)
- Politique du logement : faire sauter les verrous (juillet 2015)
- Faire du bien vieillir un projet de société (juin 2015)
- Dépense publique : le temps de l'action (mai 2015)
- Apprentissage : un vaccin contre le chômage des jeunes (mai 2015)
- Big Data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique (avril 2015)
- Université : pour une nouvelle ambition (avril 2015)
- Rallumer la télévision : 10 propositions pour faire rayonner l'audiovisuel français (février 2015)
- Marché du travail : la grande fracture (février 2015)
- Concilier efficacité économique et démocratie : l'exemple mutualiste (décembre 2014)
- Résidences Seniors : une alternative à développer (décembre 2014)
- Business schools : rester des champions dans la compétition internationale (novembre 2014)
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français (octobre 2014)
- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)

- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan? (septembre 2014)
- Et la confiance, bordel? (août 2014)
- Gaz de schiste : comment avancer (juillet 2014)
- Pour une véritable politique publique du renseignement (juillet 2014)
- Rester le leader mondial du tourisme, un enjeu vital pour la France (juin 2014)
- 1 151 milliards d'euros de dépenses publiques : quels résultats? (février 2014)
- Comment renforcer l'Europe politique (janvier 2014)
- Améliorer l'équité et l'efficacité de l'assurance-chômage (décembre 2013)
- Santé : faire le pari de l'innovation (décembre 2013)
- Afrique-France : mettre en œuvre le co-développement Contribution au XXVI^e sommet Afrique-France (décembre 2013)
- Chômage : inverser la courbe (octobre 2013)
- Mettre la fiscalité au service de la croissance (septembre 2013)
- Vive le long terme! Les entreprises familiales au service de la croissance et de l'emploi (septembre 2013)
- Habitat : pour une transition énergétique ambitieuse (septembre 2013)
- Commerce extérieur : refuser le déclin
Propositions pour renforcer notre présence dans les échanges internationaux (juillet 2013)
- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre? (avril 2013)
- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)
- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise? (janvier 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique 15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle? (novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance : 20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale? (septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)
- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... » Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good? Partis pour de bon?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique - France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang? (mai 2009)



- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir? (juillet 2008)
- HLM, parc privé. Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France...
Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam... Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe? (septembre 2007)
- L'exemple inattendu des Vets
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012 – Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus. Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations... Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 - Réédition septembre 2005)

ABB FRANCE	CAREIT
ABBVIE	CARREFOUR
ACCENTURE	CASINO
ACCURACY	CHUBB
ACTIVEO	CIS
ADECCO	CISCO SYSTEMS FRANCE
ADEO	CLIFFORD CHANCE
ADIT	CLUB TOP 20
AÉMA	CMA CGM
AIR FRANCE - KLM	CNP ASSURANCES
AIR LIQUIDE	COHEN AMIR-ASLANI
AIRBUS	COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM
ALLEN & OVERY	CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
ALLIANZ	CORREZE & ZAMBEZE
ALVAREZ & MARSAL FRANCE	CRÉDIT AGRICOLE
AMAZON	D'ANGELIN & CO.LTD
AMBER CAPITAL	DASSAULT SYSTÈMES
AMUNDI	DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
ANTIN INFRASTRUCTURE PARTNERS	DIOT SIACI
ARCHERY STRATEGY CONSULTING	DOCTOLIB
ARCHIMED	ECL GROUP
ARDIAN	EDENRED
ARQUUS	EDF
ASTRAZENECA	EDHEC BUSINESS SCHOOL
AUGUST DEBOUZY	EDWARDS LIFESCIENCES
AVRIL	EGIS
AXA	ELSAN
BAKER & MCKENZIE	ENEDIS
BEARINGPOINT	ENGIE
BESSÉ	EQT
BG GROUP	ESL & NETWORK
BNP PARIBAS	EUROGROUP CONSULTING
BOLLORÉ	FIVES
BONA FIDÉ	FONCIÈRE INEA
BOUYGUES	GETLINK
BROUSSE VERGEZ	GIDE LOYRETTE NOUEL
BRUNSWICK	GOJOB
CANDRIAM	GOOGLE
CAPGEMINI	GROUPAMA
CAPITAL GROUP	GROUPE BEL

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :

www.institutmontaigne.org

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE



GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
 GROUPE M6
 GROUPE ORANGE
 HAMEUR ET CIE
 HENNER
 HITACHI ENERGY FRANCE
 HSBC CONTINENTAL EUROPE
 IBM FRANCE
 IFPASS
 ING BANK FRANCE
 INKARN
 INSTITUT MÉRIEUX
 INTERNATIONAL SOS
 INTERPARFUMS
 INTUITIVE SURGICAL
 IONIS EDUCATION GROUP
 IQO
 ISRP
 IZIWORK
 JEANTET ASSOCIÉS
 JOLT CAPITAL
 KANTAR
 KATALYSE
 KEARNEY
 KEDGE BUSINESS SCHOOL
 KKR
 KPMG S.A.
 LA BANQUE POSTALE
 LA COMPAGNIE FRUITIÈRE
 LINEDATA SERVICES
 L'ORÉAL
 LOXAM
 LVMH - MOËT-HENNESSY - LOUIS VUITTON
 M.CHARRAIRE
 MACSF
 MAIF
 MALAKOFF HUMANIS
 MAREMMA
 MAZARS
 MCKINSEY & COMPANY FRANCE

MÉDIA-PARTICIPATIONS
 MEDIOBANCA
 MERCER
 MERIDIAM
 MICHELIN
 MICROPORT CRM
 MICROSOFT FRANCE
 MITSUBISHI FRANCE S.A.S
 MOELIS & COMPANY
 MOODY'S FRANCE
 NATIXIS
 NESTLÉ
 ODDO BHF
 OLIVER WYMAN
 ONDRA PARTNERS
 ONEPOINT
 ONET
 OPTIGESTION
 ORANO
 ORTEC GROUP
 OWKIN
 PAI PARTNERS
 PERGAMON
 POLYTANE
 PRODWARE
 PRUDENTIA CAPITAL
 PWC FRANCE & MAGHREB
 RAISE
 RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
 RANDSTAD
 RATP
 RELX GROUP
 RENAULT
 REXEL
 RICOL LASTEYRIE
 RIVOLIER
 ROCHE
 ROLAND BERGER
 ROTHSCHILD & CO
 RTE



SAFRAN
 SANOFI
 SAP FRANCE
 SCHNEIDER ELECTRIC
 SERVIER
 SGS
 SIA PARTNERS
 SIEMENS ENERGY
 SIER CONSTRUCTEUR
 SNCF
 SNCF RÉSEAU
 SODEXO
 SNEF
 SPRINKLR
 SPVIE
 STAN
 SUEZ
 SYSTEMIS
 TALAN

TECNET PARTICIPATIONS SARL
 TEREGA
 THE BOSTON CONSULTING GROUP
 TILDER
 TOFANE
 TOTALENERGIES
 UBS FRANCE
 UNIBAIL-RODAMCO
 VEOLIA
 VERLINGUE
 VINCI
 VIVENDI
 WAKAM
 WAVESTONE
 WENDEL
 WILLIS TOWERS WATSON FRANCE
 WORDAPPEAL
 ZURICH



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castris président, Institut Montaigne

MEMBRES

David Azéma associé, Perella Weinberg Partners

Emmanuelle Barbara *Senior Partner*, August Debouzy

Marguerite Bérard directrice des Réseaux France, BNP Paribas

Jean-Pierre Clamadieu président du Conseil d'Administration, ENGIE

Paul Hermelin président du Conseil d'administration, Capgemini

Marwan Lahoud président, Ace Capital Partners

Natalie Rastoin présidente, Polytane ; *Senior Advisor*, WPP

René Ricol président, Ricol Lasteyrie

Jean-Dominique Senard président du Conseil d'administration, Groupe Renault

Arnaud Vaissé président-directeur général, International SOS

Natacha Valla économiste ; doyenne de l'École de Management
et d'Innovation, Sciences Po

Florence Verzelen directrice générale adjointe, Dassault Systèmes

Philippe Wahl président-directeur général, Groupe La Poste

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Claude Bébéar fondateur et président d'honneur, AXA

INSTITUT MONTAIGNE



IL N'EST DÉSIR PLUS NATUREL QUE LE DÉSIR DE CONNAISSANCE

Santé : faire le pari des territoires

La crise que nous traversons a mis en lumière les difficultés de pilotage et le besoin d'associer plus étroitement les collectivités locales et la société civile dans la définition des politiques de santé. La difficile articulation entre les échelons national et local, la centralisation souvent excessive des prises de décisions et l'absence de pilotage par la donnée participent à maintenir une gouvernance complexe de notre système de santé, sans vision claire des périmètres d'action des différents acteurs (professionnels de santé, élus, patients, décideurs publics).

Face à ce constat, des changements structurels profonds sont nécessaires pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé et le rendre plus agile et innovant. Au regard de ces défis, l'Institut Montaigne formule des propositions concrètes sur les enjeux de gouvernance et d'organisation du système.

Les acteurs de terrain doivent retrouver l'autonomie et la liberté nécessaires pour conduire des politiques répondant aux besoins de santé locaux. Ainsi, le rôle des collectivités territoriales est à renforcer, dans la cohérence d'un cadre national. Ces pistes d'actions doivent permettre à la France de réunir les conditions nécessaires pour devenir une nation de santé publique, capable de faire face aux défis à venir (vieillesse, pandémie, maladies chroniques).

Rejoignez-nous sur :



Suivez chaque semaine notre actualité
en vous abonnant à notre newsletter sur :
www.institutmontaigne.org

Institut Montaigne
59, rue La Boétie - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60
www.institutmontaigne.org

10€
ISSN 1771-6764
MAI 2022