

THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

La prospective en santé

Pour ne pas subir mais préparer
l'avenir de la santé en France

**UN LIVRE BLANC
RÉGULIÈREMENT ACTUALISÉ
COORDONNÉ PAR LE
HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN**

*La prospective en santé, aussi étonnant que cela puisse paraître,
n'existe pas en tant que telle en France.*

Il n'y a ni réflexion ni organisation globales de l'avenir de la santé dans l'Hexagone.

UNE PUBLICATION

**Les Echos
Le Parisien**

ÉVÉNEMENTS



LE THINK TANK **ÉCONOMIE SANTÉ**

Le Think Tank Économie Santé, développé par Les Echos Le Parisien Evénements, en collaboration avec Philippe Leduc, publie chaque année une recommandation issue de ses travaux.

Ce groupe de réflexion dédié à l'économie de la santé s'inscrit dans le prolongement des conférences annuelles des Echos Le Parisien Evénements.

LES **OBJECTIFS** DU THINK TANK **ÉCONOMIE SANTÉ**

Apporter une contribution concrète et pragmatique en s'appuyant sur une démarche originale et transversale. En se focalisant sur le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs et opérateurs pour une meilleure qualité des soins, un réel accès aux soins pour tous et une optimisation des dépenses.

L'originalité du Think Tank Économie Santé repose sur la qualité des membres de son comité. Ils sont, bien sûr, experts du système de soins, mais aussi, et surtout, d'horizons différents, ce qui garantit la qualité et l'indépendance de la démarche.

LE THINK TANK **ÉCONOMIE SANTÉ** :

- est indépendant et ouvert sur la société;
- s'appuie sur des travaux de recherche;
- se situe dans une perspective d'intérêt général, ce dernier ne se réduisant pas à une alliance d'intérêts particuliers;
- produit des recommandations;
- s'inscrit dans le temps;
- médiatise largement ses conclusions, notamment lors des conférences des Echos Le Parisien Evénements et sous différentes formes, papier et électronique.

UN **BLOG** POUR ÉCHANGER ET DÉBATTRE

www.thinktank-economiesante-blog.fr

Le blog du Think Tank Économie Santé est un lieu de débats et de propositions pour enrichir la connaissance et la réflexion de chacun. Sur ce blog, les travaux du Think Tank sont soumis à la discussion.

Sur le blog du Think Tank Économie Santé sont également publiés régulièrement des billets sur l'actualité du secteur, avec le plus souvent le document concerné en lien pour faciliter l'appropriation de la thématique et les prises de position.



SOMMAIRE

LES MEMBRES DU THINK TANK.....	4
Personnalités invitées et remerciements.....	6
INTRODUCTION	6
LA PROSPECTIVE, UNE AIDE À LA DÉCISION.....	8
L'EXEMPLE DE LA PROSPECTIVE AU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE	8
LES RISQUES À VENIR POUR LA SANTÉ SONT NOMBREUX ET SÉRIEUX.....	10
Les risques prévisibles.....	10
Les risques imprévisibles.....	13
LES OPPORTUNITÉS ET SAUTS TECHNOLOGIQUES.....	13
DE QUOI A-T-ON BESOIN POUR LA PROSPECTIVE EN SANTÉ.....	14
De données de santé et de veille.....	14
D'ouverture d'esprit.....	15
D'associer la recherche.....	15
D'impliquer les industriels.....	15
De l'utilisation à bon escient des normes internationales.....	15
De moyens financiers, en ressources humaines et organisationnelles.....	15
LA PROSPECTIVE EN SANTÉ ÉPARPILLÉE ENTRE DIFFÉRENTS ORGANISMES EN FRANCE.....	16
LA PROSPECTIVE EN SANTÉ NE CONCERNE PAS QUE LA SANTÉ HUMAINE : « ONE HEALTH ».....	18
LA PROSPECTIVE EN SANTÉ N'EST PAS QUE FRANCO-FRANÇAISE	19
LA PROSPECTIVE EN SANTÉ DOIT ASSOCIER LES PATIENTS ET LES CITOYENS	19
LA RECOMMANDATION 2021 - La prospective en santé.....	21
Pour ne pas subir mais préparer l'avenir de la santé en France	
UN LIVRE BLANC RÉGULIÈREMENT ACTUALISÉ	
COORDONNÉ PAR LE HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN	
CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ.....	23
LES RECO DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ 2012-2020	33

LES MEMBRES DU THINK TANK

MEDICAL



Jean-Philippe ALOSI
Directeur des affaires publiques et gouvernementales, **AMGEN**



Anthony ALY
Conseiller relations institutionnelles et influence à la présidence, **MGEN**



Philippe AMOUYEL
Chef du service de santé publique, épidémiologie, économie de la santé et prévention, **CHU DE LILLE**



Christian ANASTASY
Expert



Aurélie ANDRIEUX-BONNEAU
Directrice des affaires publiques et de la communication, membre du comité de direction, **ABBVIE FRANCE**



Martine Aoustin
Ancien Directeur général, **ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON**



Cédric ARCOS
Directeur général adjoint, **RÉGION ÎLE-DE-FRANCE**



Michel BALLEREAU
Président du comité stratégique santé - action sociale, **AFNOR NORMALISATION**



Sophie BEAUPÈRE
Déléguée générale, **UNICANCER**



Daniel BENAMOUZIG
Sociologue, Directeur de recherche, **CNRS SCIENCES PO**



Anne-Françoise BERTHON
Expert innovation



Lucile BLAISE
Vice-présidente Europe de l'Ouest **RESMED**



Jean-Yves BLAY
Président, **UNICANCER**



Jean-Baptiste BONNET
Endocrinologue



Jean BOURHIS
Directeur des opérations institutionnelles et économiques, **NOVARTIS**



Vincent BOUVIER
Président-directeur général, **VIDAL**



Michel CAZAUGADE
1^{er} Vice-président, **GRUPE PASTEUR MUTUALITÉ**



Jean-Michel CHABOT
Universitaire



David CORCOS
Président, **PHILIPS FRANCE**



Michel COUHERT
Directeur de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours, **FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)**



Guillaume DEDET
Analyste des politiques de santé, **ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE)**



Florence DUPRÉ
Présidente, **MEDTRONIC**



Claude ÉVIN
Avocat



Félix FAUCON
Responsable de la mission « Fonds européens » de l'IGAS, **INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS)**



Pascale GELIN
Directrice des affaires publiques en territoires, **NOVARTIS**



Olivier GOËAU-BRISSONNIÈRE
Président, **FÉDÉRATION DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES (FSM)**



David GRUSON
Directeur du programme santé Jouve; fondateur, **ETHIK-IA**; membre du comité de direction de la chaire santé, **SCIENCES PO PARIS**



Sahra HMISSI
Vice-présidente chargée des perspectives professionnelles, **ASSOCIATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE FRANCE (ANEMF)**



Élisabeth HUBERT
Présidente, **FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE (FNEHAD)**



Christophe LANNELONGUE
Ancien Directeur général, **AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS) GRAND EST**

La Recommandation du Think Tank Économie Santé représente le fruit du travail du groupe et n'engage pas individuellement chacun des membres.



Bleuenn LAOT
Présidente,
**FÉDÉRATION NATIONALE
DES ETUDIANT.E.S EN SOINS
INFIRMIERS (FNESI)**



Olivier LE PENNETIER
Praticien hospitalier,
SAMU DE PARIS



Charlotte LECOMPTE
Vice-présidente industrie,
**ASSOCIATION NATIONALE DES
ÉTUDIANTS EN PHARMACIE DE
FRANCE (ANEPF)**



Emanuel LOEB
Président,
JEUNES MÉDECINS



Jacques LUCAS
Président,
**AGENCE DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ (ANS)**



Yannick LUCAS
Directeur des affaires publiques
et des relations internationales
de la Mutualité française,
**FÉDÉRATION NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)**



Bertrand MAS-FRAISSINET
Président,
GRUPE PASTEUR MUTUALITÉ



Adrien MICHAUD
Head of Market Access
& Public Affairs,
PHILIPS FRANCE



Étienne MINVIELLE
Professeur,
**ÉCOLE POLYTECHNIQUE-CNRS
GUSTAVE-ROUSSY**



Ludovic MOY
Gynécologue,
spécialisé en infertilité



Béatrice NOËLLEC
Directrice des relations institutionnelles
et de la veille sociétale,
**FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION
PRIVÉE (FHP)**



Jean-Paul ORTIZ
Président,
**CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS
MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)**



Michel PAOLI
Directeur médical santé,
GRUPE IMA



Benoît PÉRICARD
Expert



Antoine PERRIN
Directeur général,
**FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA
PERSONNE (FEHAP)**



Dominique POLTON
Ancienne présidente,
**INSTITUT NATIONAL DES
DONNÉES DE SANTÉ (INDS)**



Étienne POT
Médecin addictologue,
médecin de santé publique



Gérard RAYMOND
Président,
FRANCE ASSOS SANTÉ



Noël RENAUDIN
Expert



Vincent ROQUES
Directeur de cabinet,
**FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE
DE FRANCE (FHF)**



Pascale SAUVAGE
Directrice adjointe,
**AGENCE DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ (ANS)**



Emilie SCHÄLLEBAUM
Directrice des affaires
gouvernementales,
GILEAD



Christine SCHIBLER
Déléguée générale,
**FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)**



Anouk TRANCART
Directrice accès au marché,
SNITEM



Valéry TROSINI-DÉSERT
Médecin pneumologue,
**GRUPE HOSPITALIER DE LA
PITIÉ-SALPÊTRIÈRE (AP-HP)**



Alexandre VON LOWIS
Responsable
des affaires publiques,
MEDTRONIC

	Direction et animation : Philippe LEDUC Directeur, THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ		Gestion de projet : Laëtitia DE KILKHEN Responsable de projet, LES ECHOS LE PARISIEN ÉVÉNEMENTS
--	--	--	---

PERSONNALITÉS INVITÉES



Jean-Luc ANGOT

Président, **ACADÉMIE VÉTÉRINAIRE DE FRANCE** ;
 Inspecteur général de santé publique vétérinaire ;
 Président de la section « Prospective, société, international », **CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ALIMENTATION, DE L'AGRICULTURE ET DES ESPACES RURAUX (CGAAER)** ;
MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE L'ALIMENTATION



Anne-Marie BROCAS

Présidente,
HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM)



Bruno CARRIÈRE

Directeur général,
UNIHA



Dominique LIBAULT

Président, **HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE** ;
 Auteur du rapport
 « Concertation – Grand âge et autonomie » ;
 Directeur, **EN3S (ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE DE SÉCURITÉ SOCIALE)**



Emmanuel RUSCH

Président, **SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE** ;
 Médecin de santé publique,
CHU DE TOURS, UNIVERSITÉ DE TOURS



Olivier TRAMOND

Général de corps d'armée (2s)

REMERCIEMENTS

Merci aux personnalités ci-dessus, qui ont accepté de participer à une réunion du Think Tank Économie Santé et de répondre à toutes nos questions après un exposé préliminaire sur la prospective en santé.

Merci également aux Echos Études, pour leur remarquable documentation, et à Hospimedia, source d'informations aussi précieuses qu'exhaustives.



LA RECOMMANDATION 2021

La prospective en santé

Pour ne pas subir mais préparer l'avenir de la santé en France

UN LIVRE BLANC RÉGULIÈREMENT ACTUALISÉ COORDONNÉ PAR LE HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN

La prospective en santé, aussi étonnant que cela puisse paraître, n'existe pas en tant que telle en France. Il n'y a ni réflexion ni organisation globales de l'avenir de la santé dans l'Hexagone.

La prospective en santé est éparpillée en de nombreux endroits, sans consolidation, sans synthèse, sans débat démocratique et, surtout, sans articulation avec la décision politique et administrative et sans mobilisation des acteurs et des professionnels de santé.

La prospective en santé ne se limite pas au risque infectieux et au Covid-19. Elle concerne de nombreux autres risques, connus ou imprévisibles. Et aussi les opportunités et sauts technologiques qu'il faut savoir saisir à temps et dont il faut anticiper les impacts financiers et organisationnels.

La pandémie de Covid-19 a révélé une insuffisance de la prospective en santé en France comme, à des degrés divers, dans tous les pays du monde.

De fait, la crise sanitaire a surpris.

Pourtant la France s'était préparée. Le monde aussi. Le Plan pandémie grippale français de 2005 avait été actualisé à plusieurs reprises les années suivantes. Et la pandémie de grippe A (H1N1), en 2009, avait servi de répétition grandeur nature, même si sa sévérité s'était révélée moindre que redoutée. C'est cette contradiction entre des efforts manifestes de préparation et le manque d'anticipation et de prise de conscience collective qui interroge. « Préparés, mais pas fin prêts⁽¹⁾ » déjà en 2009.

Au-delà des difficultés liées aux masques, équipements de protection, respirateurs, tests, protocoles de prise en charge, vaccination, etc., l'ensemble des professionnels et des acteurs du système de santé ont montré une capacité exceptionnelle de réactivité dans l'urgence. Des enseignements seront tirés et des mesures seront prises pour anticiper une nouvelle pandémie de maladies infectieuses émergentes.

Mais les risques à venir en santé sont beaucoup plus nombreux, certains connus d'autres non. La problématique est beaucoup plus large. Il ne s'agit donc pas désormais de se focaliser uniquement sur la manière de prévenir, contenir et traiter la prochaine épidémie.

Ce qu'il faut, c'est développer en France une organisation de la prospective en santé et surtout l'articuler avec la prise de décision des pouvoirs publics en associant les citoyens, les usagers, les acteurs et les professionnels de santé.

C'est ce à quoi s'est attelé le Think Tank Économie Santé pour sa dixième Reco annuelle. Non pas pour proposer une vision de l'avenir, mais élaborer un dispositif qui permette vraiment de préparer l'avenir de la santé en France.

(1) Didier Houssin, Directeur général de la santé au ministère de la Santé, *Face au risque épidémique*, Odile Jacob, 2014.

LA PROSPECTIVE, UNE AIDE À LA DÉCISION

Quelle que soit la définition qu'on applique à la prospective, sa finalité est essentielle.

- ▶ La fonction première de la prospective est d'élargir l'angle de vue des décideurs, dont la gestion du quotidien restreint le champ des possibles.
- ▶ L'anticipation est le mouvement de la pensée qui imagine ou vit d'avance un événement.
- ▶ L'anticipation stratégique est un idéal à atteindre, un objectif, dans lequel l'incertitude serait réduite et les grandes évolutions connues à l'avance.
- ▶ La prospective est le moyen et la méthodologie permettant d'atteindre l'idéal de l'anticipation à partir de l'analyse du réel et des événements du passé. C'est une démarche qui vise, dans une perspective déterministe, à se préparer à l'avenir en élaborant des scénarios d'évolution possible. Ce processus se construit sur la base des données disponibles et en leur appliquant des tendances lourdes ou des phénomènes émergents

(signaux faibles). Il s'agit d'utiliser l'information et la connaissance dont on dispose pour imaginer, au-delà du présent, les futurs possibles et, éventuellement, agir pour atteindre un futur souhaité.

- ▶ La prospective vise à construire dans le présent un avenir souhaitable et à renforcer la liberté d'action du décideur. Elle se fonde sur une attitude active et innovante vis-à-vis du futur. Elle est une réponse à l'incertitude.
- ▶ La prospective, ce n'est ni de la prévision, ni de la prédiction, ni de la futurologie.
- ▶ La prospective ne prédit pas l'avenir, c'est une forme de construction de ce qu'on veut pour l'avenir.

La prospective repose sur un questionnement et un mouvement de réflexion en quatre temps :

- Que savons-nous ?
- Que peut-il advenir ?
- Que pouvons-nous faire ?
- Que voulons-nous faire ?

L'EXEMPLE DE LA PROSPECTIVE AU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

La prospective au ministère de la Défense est désormais rythmée par l'élaboration d'un Livre blanc tous les cinq ans, depuis 2008. Bien que la Défense nationale soit un domaine très différent de celui de la santé, l'organisation de la prospective en son sein est source de nombreux enseignements pour la santé. La Défense a un temps d'avance.

Le rapport de référence de la Direction générale des relations internationales et de la stratégie (DGRIS) « Horizons stratégiques », de janvier 2017, éclaire bien les enjeux de la prospective dans cet extrait de la préface :

« La complexité du contexte stratégique requiert une aptitude accrue à anticiper les crises afin que la France dispose, le moment venu, des capacités militaires adaptées à son rôle sur la scène internationale. Dans ce cadre, l'élaboration de nos systèmes de forces conditionne l'adaptation de nos armées aux types d'engagements futurs prévisibles.

À ce titre, le Plan prospectif a pour vocation d'éclairer la préparation des programmes d'armement, en identifiant notamment les facteurs clés et les risques de ruptures opérationnels et

technologiques. Cette réflexion technico-opérationnelle doit ainsi pouvoir s'adosser à une analyse prospective de l'environnement stratégique international.

De façon plus générale, l'ensemble du ministère doit également pouvoir profiter d'une analyse commune de l'évolution du contexte stratégique pour conduire les travaux de toute nature nécessitant de disposer d'un éclairage à long terme.

C'est tout l'objet de cette troisième édition du rapport "Horizons stratégiques", dont la vocation finale est de concourir, de manière volontariste, à la préparation des choix nationaux en matière de politique de défense. »

La fonction « défense » a bien des points communs avec la santé :

- Une incertitude et une complexité stratégique permanentes (menace multiforme) ;
- Un horizon temporel lointain et une inertie forte (ressource humaine, durée de vie des équipements, etc.) ;
- Une gouvernance verticale ;
- Une aversion pour le risque (pertes humaines, économie des moyens) ;



- La place centrale de la technologie (les équipements ont représenté jusqu'à 50 % des budgets) liée à l'industrialisation et à la mécanisation de la guerre. La technologie est un facteur clé de puissance. La rapidité des innovations technologiques et les ruptures technologiques donnent le rythme. Mais il existe un risque de polarisation de ce facteur.

Pour toutes ces raisons, les process de préparation de l'avenir s'imposent au ministère de la Défense. Ils sont donc anciens et maîtrisés.

En 2008, le Livre blanc avait fait, pour la première fois, de la fonction « connaissance – anticipation » une fonction stratégique à part entière, avec l'affirmation de la nécessité d'un processus cohérent et robuste, d'une réforme de la gouvernance avec la définition d'une véritable « tête de chaîne », d'une approche globale et d'une logique de réseau et, enfin, du renforcement des moyens.

Pourtant fin 2010, la « révolution de Jasmin », en Tunisie, et le Printemps arabe prenaient de court diplomates et politiques et allaient entraîner une refonte de la logique du principe des livres blancs.

En 2011, le rapport du sénateur Robert del Picchia au nom de la Commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le renforcement de la fonction d'anticipation stratégique depuis les livres blancs de 2008 marque un tournant. La description de la situation et les mesures proposées à l'époque sont particulièrement intéressantes pour le monde de la santé d'aujourd'hui et entre en résonance avec lui. Qu'on en juge : « *Le rapport pose d'abord un diagnostic sur les capacités d'anticipation stratégique de l'appareil militaro-diplomatique français, pour constater que ses faiblesses sont connues depuis longtemps, et que si les critiques sont toujours aussi vives et nombreuses ("nanisme", éparpillement, conformisme intellectuel, incapacité à peser sur les décisions, etc.) bien peu a pourtant été fait depuis 2008 pour consolider le système français d'anticipation stratégique. Bien plus, les vives polémiques récentes sur le cas tunisien (Printemps arabe) masquent en fait un certain désintérêt de fond pour la question : force est de constater que la réflexion sur le sujet est, en réalité, au point mort. La persistance d'un aveuglement collectif doit-elle pour autant être acceptée comme une fatalité? Comment sortir du syndrome "foule de Lilliputiens", marginalisé à l'heure de la prise de décision? Finalement, trois questions essentielles se posent :*

- Comment renforcer les capacités d'anticipation stratégique?
- Comment créer une véritable "communauté de la pensée stratégique française" pour optimiser les moyens et peser sur le plan international?

– Comment (mieux) associer l'expertise à la prise de décision⁽²⁾? »
Ce rapport a marqué un tournant qui a conduit à pérenniser l'élaboration d'un Livre blanc tous les cinq ans selon une méthode rigoureuse.

Le Livre blanc de 2013 enfonce le clou : « *La fonction connaissance et anticipation a une importance particulière, parce qu'une capacité d'appréciation autonome des situations est la condition de décisions libres et souveraines. Cette fonction recouvre notamment le renseignement et la prospective. Elle permet l'anticipation stratégique qui éclaire l'action. Elle est également une condition de l'efficacité opérationnelle des forces et contribue à l'économie des moyens que celles-ci utilisent pour remplir leurs missions.* »

Le Livre blanc de 2017 continue dans la même veine, en insistant sur « la dégradation du contexte international qui doit conduire à renforcer la fonction connaissance et anticipation », sans sous-estimer pour autant « les évolutions et les ruptures qui portent sur l'accélération et l'intensité plus que sur l'identification et l'anticipation des phénomènes : terrorisme, retour de la guerre ouverte dans notre voisinage, fragilité et recomposition européenne ». « L'anticipation à court et moyen terme des risques pesant sur la sécurité nationale comme des ruptures technologiques justifie que la France développe des capacités autonomes à la hauteur de ses besoins. »

Cette politique qui s'appuie sur l'élaboration de livres blancs a permis :

- Une meilleure approche globale grâce à un travail en réseau. Elle est pluridisciplinaire (géostratégique et géopolitique, technologique et capacitaire), interministérielle (instances de coordination et d'échanges) et internationale (échanges et benchmarking) ;
- Une nouvelle cohérence des parcours RH avec des parcours professionnels ouverts, à la fois mobiles et dédiés, des enseignements et témoignages destinés aux futurs décideurs et des formations spécifiques, en particulier la réforme de Saint-Cyr ;
- Un meilleur pilotage des études en interne ou externalisées. La démarche prospective de défense « doit pouvoir s'appuyer sur une réflexion stratégique indépendante, pluridisciplinaire, originale, intégrant la recherche universitaire comme celle des instituts spécialisés ».

Le prochain Livre blanc devra s'atteler à :

- Perfectionner sa méthode, en particulier par l'innovation et les ressources offertes par les wargames ;



(2) Rapport d'information du sénat. Commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le renforcement de la fonction d'anticipation stratégique depuis les livres blancs de 2008. Rapporteur : Robert del Picchia. 2011.

L'EXEMPLE DE LA PROSPECTIVE AU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE (SUITE)

- Relancer les réflexions sectorielles (par exemple défense/ climat);
- Mieux décrire la politique RH;
- Construire une gouvernance interministérielle;
- Intensifier et mieux coordonner les coopérations internationales.

Voir également plus loin la contribution de Félix Faucon, Inspecteur général – colonel (er) d'artillerie, « L'adaptation réactive : un concept développé par les armées au début des années 1990 ».

LES RISQUES À VENIR POUR LA SANTÉ SONT NOMBREUX ET SÉRIEUX

La connaissance et les données sur les risques pour l'avenir sont beaucoup plus étayées qu'on ne le croit intuitivement. C'est bien là le paradoxe. On sait, on dispose de nombreuses informations, mais on n'en tire pas de conclusions pratiques et pragmatiques d'action. Comment articuler le savoir avec la décision?

Les risques prévisibles

● Vieillesse de la population

« Nous vieillissons, la France vieillit. Pour paraphraser La Fontaine, il n'est rien de moins ignoré, rien où l'on soit moins préparé⁽³⁾. »

Le vieillissement de la population est bien connu et documenté, avec son propre cortège de difficultés : troubles locomoteurs, déclin cognitif, vulnérabilité, isolement, sédentarité source de nombreux maux. La pyramide des âges se transforme de plus en plus en toupie, dont la boursoufflure monte, monte. Le baby-boom se transforme en un papy-boom qui donne le vertige. Les 65 ans et plus sont passés de près de 8 millions (soit 14 % de la population métropolitaine) en 1990 à 9,4 millions (16 %) en 2000, 10,5 millions (16,8 %) en 2010 et 13,5 millions (20,7 %) en 2020. Une augmentation de 75 % en trente ans. Les personnes nées en 1945-1950 auront 85 ans en 2030-2035. Le baby-boom de l'après-Première Guerre mondiale conduit au doublement du nombre de centenaires entre 2018 et 2021, passant de 18 000 à 36 000. Ces informations sont rabâchées, les rapports plus convaincants les uns que les autres se succèdent, mais aucun plan d'envergure alliant toutes les facettes de la problématique n'est organisé ni financé.

Le système de santé, et pas simplement les Ehpad, risque d'être submergé par cet afflux prévisible et prévu de personnes âgées dépendantes. Alors qu'on sait, par exemple, comment réduire de près de 50 % l'incidence de la maladie

d'Alzheimer en la prévenant ou en la retardant, par des mesures relativement simples de prévention, de repérage, de dépistage, de prise en charge et d'accompagnement tant médical que social.

● Croissance des maladies chroniques

Parallèlement au vieillissement de la population, la croissance des pathologies chroniques ne manque pas d'interroger. Et ce d'autant plus qu'en France l'espérance de vie en bonne santé marque le pas, alors que dans d'autres pays, comme la Suède, elle est supérieure de cinq à six ans : 78 % des plus de 65 ans sont en bonne santé contre 40 % dans l'Hexagone⁽⁴⁾.

La situation risque en outre de s'aggraver du fait de la crise sanitaire du Covid-19, qui a contraint de décaler des prises en charge et des actions de dépistage, notamment en cancérologie.

Là aussi le système de santé risque de coaguler, alors que la meilleure solution pour éviter l'engorgement des services médicaux et le tri inconscient des patients, c'est justement de réduire le nombre de malades par la prévention.

● Santé mentale

Là aussi les rapports se succèdent pour alerter sur la croissance des pathologies mentales et leur prise en charge inadéquate. La crise du Covid-19 a en outre accru les situations de détresse, aggravé les symptomatologies et aussi favorisé les décompensations. En novembre 2020, un Français sur cinq souffrait de dépression si l'on en croit l'enquête nationale CoviPrev, deux fois plus qu'en septembre.

« Les maladies psychiatriques représentent la première cause d'entrée en invalidité et, avec 22,5 milliards d'euros, le plus gros poste de dépenses de l'assurance maladie, sans compter les comorbidités qui aggravent ce poids, devant le cancer (16,8 milliards d'euros) ou les maladies cardio-vasculaires (15,8 milliards d'euros). Les pathologies mentales constituent déjà un fardeau humain,

(3) Dominique Libault, rapport « Concertation – Grand âge », mars 2019.

(4) Eric Trottmann, Conseiller pour les affaires sociales, la santé et l'emploi des ambassades de France en Suède, au Danemark, en Norvège et en Finlande. Recommandation 2020 du Think Tank Économie Santé.



social, économique. La demande en soins psychiatriques est en constante augmentation et croît de 5 % par an essentiellement en ambulatoire⁽⁵⁾. »

● Résistance aux antibiotiques

Les risques des résistances aux antibiotiques, c'est un peu comme les pandémies virales avant la crise du Covid-19, on en parle beaucoup, mais on n'y croit pas vraiment. La catastrophe annoncée ne s'étant toujours pas produite, on se dit qu'on arrivera bien à l'éviter. Alors que le risque est de plus en plus sérieux et que ses conséquences seraient gravissimes.

« Face à la montée des résistances contre les traitements antibiotiques, les industriels désertent le domaine faute de rentabilité. Il ne restera bientôt plus que les biotechs, aux structures économiques fragiles, pour investir dans de nouvelles molécules⁽⁶⁾. » Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'antibiorésistance est l'une des menaces les plus sérieuses pour la santé publique : plus de 700 000 personnes meurent chaque année du fait d'infections multirésistantes et, en 2050, cela pourrait être 10 millions. En 2019, l'investissement en recherche et développement consacré aux antibiotiques est de l'ordre de quelques milliards de dollars. Des initiatives disparates tentent de réagir, mais cela risque d'être insuffisant. Cela dit, pendant l'été 2020, une vingtaine de laboratoires pharmaceutiques ont créé un fonds contre l'antibiorésistance. Un milliard de dollars pour « la mise sur le marché à la fin de la décennie de deux à quatre nouveaux antibiotiques ».

La France est l'un des pays où l'on consomme le plus d'antibiotiques. La consommation d'antibiotiques y était, en 2019, environ 30 % supérieure à la consommation globale moyenne en Europe. Elle aurait toutefois tendance à baisser, de 15 % en dix ans en ville d'après Santé publique France⁽⁷⁾.

● Événements indésirables graves associés à des soins (EIGS)

« La santé est une activité de haute technicité, qui s'appuie sur de multiples compétences humaines et organisationnelles et qui doit s'adapter en permanence aux nombreuses coordinations exigées par la prise en charge des patients. Le risque associé aux soins est donc important, évolutif et ne dépend pas de la seule compétence individuelle des soignants. Si une partie de ce risque peut être acceptable au regard de la performance médicale recherchée, dans de nombreuses situations, des événements indésirables surviennent. Dans un certain nombre de cas, ils sont graves,

entraînant le décès du patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent⁽⁸⁾ », alertait en 2017 la Haute Autorité de santé, qui insistait sur la nécessité d'encourager les professionnels de santé à déclarer les événements indésirables graves associés aux soins, pour justement mieux appréhender ce risque.

Soulignons que le ministère de la Santé a mis en place, de façon novatrice, dans son instruction du 17 février 2017, le principe du « retour non punitif d'erreur », à l'instar de ce qui se pratique dans l'aéronautique, le nucléaire et le ferroviaire.

● Nouvelles pandémies

De nouvelles pandémies virales se produiront. On peut espérer que les enseignements tirés de la crise actuelle permettront de mieux réagir et d'en anticiper les conséquences sanitaires, économiques et sociales. La création, en janvier 2021, d'une nouvelle agence sur les maladies infectieuses et émergentes au sein de l'Inserm est une bonne nouvelle. Elle associera « l'expertise scientifique et la réactivité du consortium Inserm-REACTing avec l'expérience et la capacité opérationnelle de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) », indique le ministère de la Recherche.

Mais l'IPBES (Plateforme intergouvernementale scientifique et politique sur la biodiversité et les services écosystémiques) a récemment mis en garde : « Des pandémies plus fréquentes, plus mortelles et plus coûteuses sont à prévoir. Entre 631 000 et 827 000 virus présents dans la nature pourraient infecter les êtres humains. L'impact économique actuel des pandémies est cent fois supérieur au coût estimé de la prévention. » Pour ce groupe d'experts (qui précise que son rapport, ses recommandations et ses conclusions n'ont pas été examinés, approuvés ou entérinés par les États membres de l'IPBES) « le risque de pandémie peut être considérablement réduit en diminuant les activités humaines entraînant la perte de biodiversité, par une plus grande conservation des zones protégées et par des mesures réduisant l'exploitation non durable dans les régions riches en biodiversité. Cela permettra de réduire les contacts entre les animaux sauvages, le bétail et les êtres humains, et aidera à prévenir la propagation de nouvelles maladies⁽⁹⁾ ».

● Pénurie de médicaments et de matériel

Depuis plus de dix ans, les pénuries de médicaments ne cessent d'augmenter en France. Là aussi, la pandémie de Covid-19 aura eu le mérite de sensibiliser l'ensemble des acteurs sur cette carence chronique. Pourtant les rapports ne manquaient pas, en particulier ceux du Sénat ou de



(5) Rapport d'information par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale. Président : Brahim Hammouche. Rapporteurs : Caroline Fiat et Martine Wonner. Septembre 2019.

(6) Catherine Ducruet, Les Échos, 12 février 2020.

(7) « Résistance aux antibiotiques », Santé publique France, 17 décembre 2019.

(8) « Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) », rapport annuel d'activité 2017, Haute Autorité de santé.

(9) Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services (IPBES).

LES RISQUES À VENIR POUR LA SANTÉ SONT NOMBREUX ET SÉRIEUX (SUITE)

l'Académie nationale de pharmacie. Quant aux matériels (masques, respirateurs, etc.), la hausse mondiale d'une demande inédite a créé de fortes tensions.

Des solutions sont avancées au niveau français et surtout européen. Mais l'indépendance sanitaire a un prix. Le sujet est vaste et pourrait concerner des produits auxquels on ne pense pas aujourd'hui.

● Risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et aux toxiques

Une des cinq préoccupations majeures de santé publique reconnue par la loi de santé publique du 9 août 2004, reprise dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, concerne l'impact des pollutions environnementales.

L'exposition à la pollution atmosphérique serait responsable de 48 000 morts anticipées par an.

● Crise climatique

Les conséquences sanitaires du changement climatique risquent de déborder les systèmes de santé des pays, riches comme pauvres. *The Lancet*⁽¹⁰⁾ en dresse « le compte à rebours sur la santé ». Les décès liés à la chaleur chez les plus de 65 ans ont augmenté de 54 % dans le monde en vingt ans, soit 300 000 essentiellement en Chine, en Inde... et en Allemagne et aux États-Unis. L'Europe est la plus touchée avec 104 000 morts, la Russie et certains pays d'Asie étant inclus dans le groupe de pays considérés. La France semble s'en sortir un peu mieux que ses voisins grâce à son Plan canicule : 8 000 morts chez les personnes âgées en 2018.

Les changements climatiques déplacent les frontières des zoonoses et celles des vecteurs de maladies : apparition en France de la fièvre du West Nile, extension des zones où prospère le moustique tigre, etc.

● Cyberattaques

Les cyberattaques concernent de plus en plus souvent les établissements hospitaliers. La raison n'en est pas évidente, si ce n'est le rançonnement. Bien évidemment, les conséquences pourraient être considérables en termes de santé si ces intrusions et destructions informatiques encore isolées venaient à toucher tout un ensemble de services essentiels à la poursuite des soins.

Le CHU de Rouen, mi-novembre 2019, a subi une violente cyberattaque dans un but de rançonnement. Tous les ordinateurs ont été paralysés. L'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) est intervenue rapidement et a permis de réparer le système informatique. Début décembre 2020, c'est le CH de Narbonne qui a été touché par une attaque de type cryptovirus. Fin décembre, à son tour le CH d'Albertville-Moutiers a dû faire face à

une cyberattaque sur plusieurs de ses sites : « Une partie du réseau informatique a été rendue indisponible par un virus de type rançongiciel. »

L'ANSSI a traité dix-huit incidents dus à des rançongiciels dans la santé en 2019. Les signalements, tous secteurs confondus, ont augmenté de 255 %, indique l'agence dans son rapport de 2020. Les établissements hospitaliers et autres structures de santé « représentent globalement l'une des cibles privilégiées des attaquants », car l'urgence de rétablir un bon fonctionnement des systèmes d'information incite à payer sans délai la rançon, « souvent [inférieure] aux coûts de remédiation ».

La santé est la plus touchée d'après le rapport du Centre gouvernemental de veille, d'alerte et de réponse aux attaques informatiques (CERT-FR) de janvier 2020.

L'Agence européenne des médicaments, alors qu'elle étudiait les dossiers de candidat vaccin contre le Covid-19, a été piratée à plusieurs reprises. Depuis début 2020, les attaques contre les laboratoires et centres de santé se sont multipliées. Sept entreprises en France, aux États-Unis, au Canada, en Corée du Sud et en Inde ont été ciblées par des cyberpirates. La panique qui a frappé Washington en décembre 2020 doit alerter. Des dizaines d'administrations et entreprises américaines ont subi une attaque d'espionnage, la plus importante de ces vingt dernières années. Le Pentagone et l'agence chargée de gérer le stock d'armes nucléaires, notamment, auraient été touchés.

Face à ces risques qui ne font que croître, la France par la voix du président de la République a décidé mi-février 2021 de renforcer le niveau général de protection des acteurs publics et privés et d'accélérer le développement de la filière de la cybersécurité. La France va investir 1 milliard d'euros supplémentaires d'ici à 2025 dans cette stratégie nationale. Des moyens supplémentaires (136 millions d'euros) vont être alloués à l'ANSSI pour réaliser, en particulier, des diagnostics de sécurité pour les établissements de santé et les collectivités territoriales.

● Complotisme

Le complotisme est un poison qui a le goût du sucre pour ceux qui sont victimes de cette perversion mentale. Les conséquences peuvent en être très délétères. Par exemple, en cette période de vaccination contre le Covid-19, le travail de sape contre les vaccins pourrait conduire à freiner la montée en charge de l'immunité de la population et donc à maintenir la circulation du virus et ses effets gravissimes sur la santé, l'économie et la société.

● Financement défaillant

Le « quoi qu'il en coûte » du président de la République a permis de financer sans barguigner les dépenses engendrées

(10) « The 2020 Report of *The Lancet* Countdown on Health and Climate Change: Responding to Converging Crises ».



par la pandémie de Covid-19. Mais, à plus long terme, se pose toujours la question de la solvabilité du système de santé et les choix que cela peut imposer. Un défaut de paiement paraît peu probable, mais le risque peut être plus sournois et handicaper silencieusement des pans entiers de la santé publique, par exemple la prévention.

Cette liste est longue et non exhaustive. D'autres risques pourraient être identifiés. L'objectif n'est pas de susciter la peur ou à l'inverse l'incrédulité, mais de montrer, par cet exercice qui devra être approfondi, la diversité des risques et de leurs effets auxquels pourrait être confrontée la santé dans les années à venir. Dans le but de construire une vision prospective pour être en mesure d'apporter la meilleure réponse. Et il apparaît d'entrée de jeu comme une évidence :

- que cette réponse ne peut être traitée risque par risque, mais de manière globale ;
- et qu'elle ne peut, de même, pas s'appuyer sur un amoncellement de réactions juxtaposées les unes aux autres.

La prospective en santé impose une vision holistique et donc un regard qui, au final, devra être unique pour embrasser toutes les dimensions du défi représenté par celle-ci et proposer en toute logique une démarche globalisante.

Les risques imprévisibles

Classiquement, une distinction est opérée entre le risque (probabilisable) et l'incertitude (non probabilisable, car

imprévisible). Les scénarios développés par la prospective comportent des scénarios tendanciels et des variantes probabilisées, et des scénarios prenant en considération des événements imprévisibles ou de très faible probabilité, mais dont les conséquences sont d'une portée considérable.

D'où la nécessité d'un système de veille, en particulier des signaux faibles, en gardant bien l'esprit ouvert. La France, avec Santé publique France, semble bien outillée, en relation avec les réseaux à l'international.

Toute la difficulté, c'est que les risques dits « émergents », insiste le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), « sont source d'incertitudes, voire de controverses, souvent liées à des difficultés objectives de mesures des effets sur la santé ou à l'insuffisance de dispositifs susceptibles de repérer d'éventuels risques pour la santé. Ces problématiques relatives aux risques émergents se trouvent renouvelées par des changements profonds en matière d'innovation technique et de modes de vie ». Le HCSP insiste sur la nécessité d'« une structuration adaptée de la recherche et de l'expertise privilégiant une approche pluridisciplinaire » et poursuit : « Certains de ces risques, nanotechnologies, ondes électromagnétiques, perturbateurs endocriniens sont encore associés à des incertitudes sur leurs impacts sanitaires ainsi qu'à des difficultés d'évaluation de leurs dangers, notamment en raison d'un manque de consensus sur les méthodes d'évaluation de ces effets⁽¹¹⁾. »

(11) « Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique », septembre 2017.

LES OPPORTUNITÉS ET SAUTS TECHNOLOGIQUES

La prospective en santé doit aussi intégrer les ruptures technologiques et pharmaceutiques qu'il faut anticiper pour pouvoir les intégrer dans les organisations, même si elles impliquent des remises en cause de l'existant, donc un management suscitant l'adhésion des communautés impactées. Du fait de l'effet de taille nécessaire pour rivaliser avec ses principaux compétiteurs (taille du marché et taille des investissements), ce domaine est lié aux politiques publiques et industrielles de recherche à l'échelle de l'Union européenne.

Autonomie stratégique

La pandémie de Covid-19 a affermi la prise de conscience au niveau européen de la nécessité d'élargir la représentation de l'autonomie stratégique, notamment sur des domaines clés

en santé. Le contrôle des chaînes d'approvisionnement par la taille du marché européen plutôt que le protectionnisme au niveau national a pour le moment prévalu.

Au-delà des intentions désormais affichées et des actions (achats groupés, constitutions de stocks stratégiques), la solidarité européenne, base de son affirmation géopolitique comme puissance désireuse et capable de défendre des intérêts propres, survivra-t-elle à la fin de la pandémie ?

En France, le Haut-Commissariat au Plan a ouvert la réflexion⁽¹²⁾ et la Direction générale du Trésor a dressé l'inventaire de nos forces et de nos vulnérabilités, plutôt rassurant s'agissant des quarante-quatre produits de santé jugés essentiels⁽¹³⁾.

(12) « Produits vitaux et secteurs stratégiques : comment garantir notre indépendance », note d'ouverture n° 2, 18 décembre 2020.

(13) Christophe Bonneau et Mounira Nakaa, « Vulnérabilité des approvisionnements français et européens », *Trésor-Éco*, n° 274, décembre 2020.

DE QUOI A-T-ON BESOIN POUR LA PROSPECTIVE EN SANTÉ

De données de santé et de veille

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les informations et les données de santé ne manquent pas pour la prospective en santé. Ce qui fait défaut, c'est la facilité de leur accès (même si des progrès ont été récemment accomplis), leur étude croisée et leur analyse globale et enfin, surtout, leur articulation avec le débat public et la décision politique et administrative.

L'utilisation des données de santé est capitale pour la prospective.

Certaines données sont bien connues et largement partagées, comme le vieillissement de la population, l'épidémiologie, la démographie médicale, les postes vacants à l'hôpital, etc., sans pour autant qu'il en soit tenu compte pour anticiper et prendre les mesures adéquates.

D'autres données de santé sont incluses dans des bases de données dont l'accès a été simplifié. Mais ce n'est pas encore optimal et se pose toujours la question du choix explicite de la structure ou de l'organisme qui doit se saisir de ces données pour les traduire en termes prospectifs et nourrir le débat public.

Le Sniiram (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie), créé en 1998 (loi de financement de la sécurité sociale 1999), est un entrepôt de données national dont les objectifs sont de contribuer à une meilleure gestion de l'assurance maladie et des politiques de santé, d'améliorer la qualité des soins et de transmettre aux professionnels de santé les informations pertinentes sur leur activité.

Il regroupe les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins du secteur libéral (1,2 milliard de feuilles de soins pour l'ensemble de la population vivant en France).

Son périmètre, ses finalités, son alimentation et l'accès aux données sont définis dans un arrêté du ministère des Affaires sociales et de la Santé transmis pour avis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), puis publié au *Journal officiel*. La CNAMTS est chargée de la gestion du Sniiram et est responsable du système d'information au regard de la CNIL, autorité indépendante compétente en matière de protection des données personnelles.

Le Sniiram a quatre grands objectifs définis par le Code de la sécurité sociale :

- améliorer la qualité des soins ;
- contribuer à une meilleure gestion de l'assurance maladie ;
- contribuer à une meilleure gestion des politiques de santé ;

- transmettre aux prestataires de soins les informations pertinentes relatives à leur activité, à leurs recettes et, s'il y a lieu, à leurs prescriptions.

Le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), rendu obligatoire en 1996 et porté par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), vise à définir la nature et le volume des activités hospitalières publiques et privées pour calculer leurs allocations budgétaires.

Le SNDS (Système national des données de santé), créé en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, est une base de données réunissant plusieurs sources, déjà existantes, pour en unifier la gouvernance et les règles d'accès et assurer une ouverture large sous conditions : le Sniiram, le PMSI et les certificats de décès (anonymisation, chaînage, entrepôt national).

Par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le SNDS n'est plus une base physique. Il regroupe les gisements de données existants qui se rapportent à des soins financés par la collectivité : le SNDS « historique » et aussi les entrepôts hospitaliers, cohortes, registres, etc. Ce n'est donc plus une base mais un ensemble de bases gérées par divers opérateurs, et qui ont vocation à être rapprochées et partagées. Le Health Data Hub est l'outil de cette transformation.

Le Health Data Hub, préfiguré en 2018 et créé officiellement en décembre 2019, a pour but de favoriser les accès et les usages et se définit ainsi : « *Une structure pour accompagner les acteurs qui œuvrent à trouver les solutions de demain pour améliorer la santé des citoyens.* » Il propose un guichet unique facilitant l'accès aux données, une plateforme sécurisée, un catalogue de données documenté qui s'enrichit progressivement et une palette d'outils pour favoriser la mise en relation et le regroupement des acteurs clés du secteur.

Données de santé et de prospective

Concernant la prospective, afin de tirer tout le potentiel des données de santé, des avancées sont encore nécessaires pour :

- Accéder à diverses sources facilement, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui pour la majorité d'entre elles. Au-delà du cadre législatif persistent encore des réflexes « propriétaire » chez les producteurs de données. Il faut développer une culture de partage. Pour les citoyens et les patients, un cadre de confiance (transparence, partage des résultats, communication, outil de dialogue) est nécessaire.



- Disposer de données de qualité et exploitables, ce qui nécessite de soutenir les producteurs de données dans leurs efforts de collecte et de mise en qualité, de construire des modèles de valorisation économique et enfin de diffuser des standards d'interopérabilité.
- Pouvoir appareiller différentes bases et créer des systèmes multisources, de façon pérenne ou en fonction des projets.
- Accroître la capacité à exploiter intelligemment les données de santé, ce qui repose sur la technologie (toujours au top), les ressources humaines et les compétences, l'animation de l'écosystème.

Les données de santé sont clés, leur appréhension progresse, mais leur utilisation sera toujours soumise à de fortes évolutions qu'il faudra gérer tant du point de vue technologique, réglementaire que managériale.

D'ouverture d'esprit

La prospective nécessite de ne pas s'enfermer dans une logique de raisonnement préétablie et de penser *out of the box*. C'est vrai en santé comme pour les autres secteurs. Des mécanismes de confrontation avec des esprits profanes, par exemple, doivent permettre d'éviter cet écueil.

D'associer la recherche

Les chercheurs sont orientés par nature vers le futur, mais ils ne posent pas forcément les problématiques de leurs travaux en termes de prospective et encore moins en relation avec les décideurs et l'administration de la santé. Comment faire en sorte que dans le monde de la recherche il y ait des dispositifs qui favorisent les interactions? Comment créer une interface plus collective, plus politique au sens de la Cité? L'implication de la recherche est capitale.

D'impliquer les industriels

Les industriels s'intéressent à l'avenir de leur marché, aux grandes tendances, aux besoins non satisfaits et aux opportunités tant technologiques que comportementales. Ils disposent d'études et de connaissances fines dans certains domaines. Les mettre à contribution peut permettre d'avancer plus vite et, en retour, de les sensibiliser sur les attentes non encore considérées à leur juste valeur.

De l'utilisation à bon escient des normes internationales

Les travaux de normalisation sont mal connus en France, alors qu'ils peuvent apporter des informations prospectives pertinentes. Les organismes de normalisation internationaux identifient des sujets de prospective comme potentiellement émergents. Mais la France en fait un usage insuffisant.

Voir également plus loin la contribution de Christian Anastasy, Président de Persan Conseil : « Normalisation et prospective : un sujet méconnu ».

De moyens financiers, en ressources humaines et organisationnelles

La prospective en santé a un coût à préciser mais qui pourrait se révéler raisonnable, car il ne s'agit pas de créer de nouvelles usines à gaz mais de mieux exploiter et rationaliser l'existant. Une « petite » équipe dédiée au sein d'une institution actuelle pourrait être chargée de rassembler les informations en mobilisant les détenteurs de celles-ci dans un cadre structurant et commun, avec une pondération des risques et une proposition d'actions pérennes et réactives.

Cette équipe serait à même de réaliser le Livre blanc, de l'actualiser, de le confronter au débat public et de le soumettre aux décideurs politiques.

LA PROSPECTIVE EN SANTÉ ÉPARPILLÉE ENTRE DIFFÉRENTS ORGANISMES EN FRANCE ...▶

LA PROSPECTIVE EN SANTÉ ÉPARPILLÉE ENTRE DIFFÉRENTS ORGANISMES EN FRANCE

En fait, beaucoup de monde et d'organismes s'intéressent à la prospective en santé. Mais il n'y a ni centralisation ni synthèse des avis, alertes ou recommandations et encore moins d'articulation avec une quelconque décision administrative et politique.

● **Le Haut Conseil de santé publique** a identifié, dans le cadre de la préparation de la stratégie nationale de santé publique, en 2017, « les principaux défis qui se poseront à court et moyen terme, en se fondant sur une analyse prospective et en capitalisant sur les nombreux travaux menés depuis dix ans⁽¹⁴⁾ », « Quatre problèmes majeurs constituant des menaces pour la santé des Français » ont été retenus et analysés :

- la lutte contre les inégalités sociales et territoriales ;
- la santé dans toutes les politiques ;
- la prévention intégrative, privilégiant une approche par déterminants plutôt que par pathologie ;
- une adaptation du système de santé avec notamment deux virages, l'un préventif et l'autre visant à un rééquilibrage vers les soins primaires dits « de ville ».

Et quatre autres « problèmes à prendre en compte » ont également été détaillés :

- les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques ;
- l'augmentation des risques d'exposition de la population aux risques infectieux ;
- l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences ;
- l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux.

Le mot *pandémie* n'est pas prononcé, mais le risque infectieux l'inclut.

● **La Société française de santé publique** s'intéresse aussi, dans ses travaux de recherche et de réflexion, à la prospective en santé en insistant sur cinq dimensions :

- la santé comme un bien commun et non comme un bien de consommation ;
- l'importance d'un continuum dans la prise en soin, c'est-à-dire l'approche parcours de santé dans un parcours de vie versus l'approche par épisode de soins ;
- la santé comme un investissement, en associant la promotion de la santé et la prévention au curatif ;
- l'articulation entre la politique de santé nationale et la politique de santé territorialisée ;
- la prise en compte des inégalités de santé.

● **La Haute Autorité de santé.** Une ordonnance de janvier 2017 lui a confié la mission de transmettre chaque année au Parlement « une analyse prospective du système

de santé avec des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience ». Trois rapports ont été publiés.

- 2018 : « De nouveaux choix pour soigner mieux », où sont notamment abordées l'évaluation des technologies de santé, les recommandations de bonnes pratiques et la mesure de la qualité en vue de son optimisation ;
- 2019 : « Numérique : quelle (R)évolution ? » ;
- 2020 : « Sexe, genre et santé ».

● **Santé publique France**, établissement public administratif créé en avril 2016, a des missions clairement définies qui s'inscrivent, pour certaines d'entre elles, dans une vision prospective :

- l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ;
- la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ;
- la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ;
- le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ;
- le lancement de l'alerte sanitaire.

● **L'Institut national du cancer (INCa)** est chargé de « coordonner les actions de lutte contre le cancer ». Via les trois Plans cancer depuis 2003 et désormais la stratégie décennale présentée en début d'année, l'INCa s'intéresse dans son domaine à la prospective en se focalisant sur les actions à mener. Pour la première fois, l'INCa, avec ce plan à dix ans, se donne des objectifs chiffrés : réduction de 60 000 chaque année des cancers évitables sur les 160 000 cas par an environ ; augmentation de 1 million par an du nombre des dépistages individuels ; réduction de moitié en cinq ans de la part des patients souffrant de séquelles invalidantes.

● **L'Inserm.** Nombre des travaux scientifiques de l'institut incluent une dimension prospective.

● **L'Office de prospective en santé** de la chaire santé de Sciences Po se veut être « une réflexion prospective d'experts français et internationaux sur notre système de santé ». Mais le dernier rapport remonte à 2011 (« Les nouveaux patients : rôles et responsabilités des usagers du système de santé »), et le précédent à 2008 (« Quelle sera la situation du secteur de la santé en 2025 ? »).

● **Le rapport « Charges et produits » de l'Assurance maladie**, chaque année, s'inscrit pour bon nombre de ses recommandations dans une organisation de l'avenir.

(14) « Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique », septembre 2017.



● **La DREES** (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) du ministère des Solidarités et de la Santé manie plus volontiers les projections que les prévisions, mais qui sont très utiles pour la prospective en santé.

● **Unicancer** réalise depuis 2013 plusieurs études prospectives et a en particulier décrypté les nouvelles tendances, les changements majeurs et les adaptations de la cancérologie à l'horizon 2025.

Voir également plus loin la contribution de Sophie Beaupère, Déléguée générale d'Unicancer, et Sandrine Boucher, Directrice stratégie médicale et performance d'Unicancer : « Prospective en cancérologie : six grands changements d'ici 2025 ».

● **Le HCAAM** (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) a publié plusieurs rapports sur la prospective en santé, notamment : « Les dépenses de santé à moyen et long terme » dans son rapport annuel de 2013 ; « Innovation et système de santé » en 2016 ; « Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 » en 2019.

En juin 2020, dans son « Rapport d'étape des travaux [...] sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé », le HCAAM insiste sur l'importance de développer :

- « Une analyse systémique et consolidée intégrant l'ensemble des données disponibles sur les déterminants de l'accroissement de la demande de soins, permettant d'identifier les nombreux thèmes pour lesquels les données ne sont pas suffisantes.
- Une veille prospective portant non seulement sur les innovations technologiques et organisationnelles, mais aussi sur les évolutions épidémiologiques comme les évolutions sociologiques touchant aux attentes de la population et aux formes nouvelles que pourrait prendre la demande de soins. »

Il exhorte à compléter les projections d'activité et de dépense par une prospective sur les ressources humaines, en ce qui concerne :

- La démographie des professionnels de santé (voir plus loin la contribution de Jean-Baptiste Bonnet : « Prospective des ressources en personnel médical »). Ce point est particulièrement important alors qu'on ne peut qu'être atterré par la politique de formation des médecins qui a conduit à la situation actuelle désastreuse de pénurie et de déserts médicaux, du fait du *numerus clausus* instauré il y a cinquante ans et qui n'a été réformé que tout récemment.
- La répartition des tâches entre professions (chevauchement des compétences, arbitrage entre polyvalence et spécialisation, délégation de tâches, nouveaux métiers, formation initiale et continue, etc.).

• L'impact des nouvelles organisations (collégialité, travail en équipe), innovations technologiques, numériques et intelligence artificielle.

L'objectif étant d'équilibrer prospective de demande de soins et projection d'offre de soins.

● **Le Leem** (Les entreprises du médicament) a produit un remarquable « Santé 2030 : une analyse prospective de l'innovation en santé » avec l'appui de Futuribles, think tank dédié à la prospective. Passionnant et résolument volontariste et donc optimiste, il scinde la « révolution des comportements en trois champs » :

- Les changements visibles : obésité, augmentation des affections de longue durée, chronicisation des maladies.
- L'individu et sa santé : le stress, l'autoconsultation médicale en ligne, la mesure de soi, les comportements à risque, la défiance envers les institutions, les inégalités-disparités de santé, etc.
- Société, environnement et santé : vieillissement, nouvelles frontières éthiques, maladies (re)émergentes, antibiorésistance, déserts médicaux, etc., et risques pandémiques.

● **France Stratégie.** Anciennement appelée « Commissariat général à la stratégie et à la prospective », cette institution rattachée au Premier ministre ne brille pas par ses avis et réflexions sur la prospective en santé, ce qui peut paraître étonnant, et elle renvoie plutôt sur son site. Et, lorsqu'on la contacte, vers le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

● **Haut-Commissariat au Plan.** Il héritera des moyens de France Stratégie (une centaine de collaborateurs et un budget de 15 millions d'euros) et disposera du « concours des administrations et services de l'État susceptibles de contribuer à l'accomplissement de sa mission ». Il est « chargé d'animer et de coordonner les travaux de planification et de réflexion prospective conduits pour le compte de l'État et d'éclairer le choix des pouvoirs publics au regard des enjeux démographiques, économiques, sociaux, environnementaux, sanitaires, technologiques et culturels ». Il devra préparer la France de 2030 quant aux questions de souveraineté technologique, de mobilité, de transition énergétique ou encore d'urbanisme de demain. Le nouveau et premier haut-commissaire – François Bayrou – a présenté à la tribune du Conseil économique, social et environnemental ses vingt-cinq « questions stratégiques pour la France ». « Un véritable inventaire à la Prévert », notait *Le Monde* (du 24 septembre 2020). Il veut être le représentant du « temps long » face à la « dictature de l'urgence ».



LA PROSPECTIVE EN SANTÉ ÉPARPILLÉE ENTRE DIFFÉRENTS ORGANISMES EN FRANCE (SUITE)

● **La Conférence nationale de santé (CNS)**, « lieu de concertation sur les questions de santé et organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la Santé », s'intéresse aussi à la prospective.

Elle a trois missions :

- formuler des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique et, en particulier, sur l'élaboration de la stratégie nationale de santé et sur les plans et programmes que le gouvernement entend mettre en œuvre;
- élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, élargi au champ médico-social mais aussi à « l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social »;

- contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

Dans son avis du 15 avril 2020, « La démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du Covid-19 », la CNS rappelait ce qu'elle avait déjà réclamé dans le cadre de la gestion de la pandémie grippale H1N1 en 2009-2010 :

« La CNS, qui est la seule formation instituée représentative de l'ensemble des parties prenantes dans le domaine de la santé, devrait être saisie dans trois circonstances :

- en amont des crises, sur le plan de gestion des crises sanitaires mis en œuvre quand une crise survient;
- au fil de la crise, pour formuler les questions sur lesquelles il serait souhaitable que les pouvoirs publics apportent des réponses aux interrogations que se pose la population;
- après la crise, sur les conclusions des "retours d'expérience". »

LA PROSPECTIVE EN SANTÉ NE CONCERNE PAS QUE LA SANTÉ HUMAINE : « ONE HEALTH »

La pandémie de Covid-19 l'a rappelé avec fracas : la santé humaine est liée à son environnement. Le concept de « One Health » n'est pas nouveau. Il apparaît au début des années 2000 et s'est développé avec la pandémie de grippe aviaire H5N1 en 2005-2006. Il correspond à une approche transversale de la santé : santé humaine, santé animale et santé environnementale. L'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se sont alors regroupées sous forme d'une « Alliance » pour justement travailler sur ces sujets transversaux avec trois priorités :

- la grippe aviaire;
- la rage, responsable de 60 000 morts chaque année dans le monde;
- l'antibiorésistance.

La pandémie de Covid-19 s'inscrit précisément dans ce concept. L'origine animale des coronavirus a bien été identifiée. Les chauves-souris sont un réservoir à ce type de virus bien connu et l'hôte intermédiaire qui aurait permis la transmission à l'homme ne serait pas le pangolin, comme cela a été envisagé un moment, mais le vison d'élevage, dont la Chine est le premier producteur mondial. Le Danemark est aussi très impliqué : 15 millions de visons y ont été abattus. Le coronavirus est très présent dans le monde animal depuis très longtemps, en particulier dans la volaille, les espèces

bovines, les chiens, les chats, les porcs, les furets et donc les visons. Il est responsable de syndromes respiratoires et digestifs.

Les conséquences pour l'homme sont importantes :

- 75 % des maladies émergentes humaines sont d'origine animale;
- 60 % des maladies humaines sont d'origine animale.

En France, en Europe et dans le monde, en particulier avec l'ONU, la réflexion est engagée en associant la santé environnementale et des mesures sont prises. Le Plan national santé environnement 4 est en cours d'élaboration en France et a constitué un groupe « One Health ». Mais ici comme à l'échelle de la planète, il faut intensifier l'effort en aidant en particulier les pays en voie de développement à lutter contre ces pathogènes et à renforcer les capacités de protection. D'où la nécessité de référentiels et d'audits.

En termes de prospective, trois actions sont prioritaires :

- Identifier et caractériser les espèces et les régions à risque. Établir une cartographie.
- Préserver la biodiversité et éviter les contacts entre les animaux d'élevage et les espèces sauvages.
- Assurer une meilleure coordination entre les différents services de ces trois domaines et mutualiser ce qui peut l'être.

Et se pose ici comme ailleurs la problématique du fossé entre l'évaluation scientifique du risque et la gestion du risque par les décideurs et les pouvoirs publics.



LA PROSPECTIVE EN SANTÉ N'EST PAS QUE FRANCO-FRANÇAISE

Les données médicales et scientifiques sont par nature internationales et publiées dans des revues lues dans le monde entier.

● **L'Organisation des Nations unies (ONU)** a décidé, un an après l'apparition du coronavirus, que le 27 décembre serait désormais la Journée mondiale de la préparation aux épidémies. Les 193 États membres ont adopté par consensus une résolution qui reconnaît la nécessité « d'élever le niveau de préparation afin d'avoir la réponse la plus rapide et la plus adéquate à toute épidémie susceptible de survenir ».

● **L'Organisation mondiale de la santé (OMS)**, agence spécialisée de l'ONU, joue un rôle important. Son directeur général – le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus – a déclaré à l'occasion de la nouvelle année que « 2020 a montré que les pouvoirs publics doivent accroître les investissements dans la santé publique, qu'il s'agisse de financer l'accès pour tous aux vaccins contre le Covid-19 ou de veiller à ce que nos systèmes soient mieux préparés pour prévenir la prochaine pandémie, inévitable, et y faire face ».

● **L'Union européenne (UE)** est au cœur de la réponse aux défis de demain en matière de santé. L'Europe a annoncé qu'elle allait créer une nouvelle autorité sanitaire à l'horizon

2023 pour préparer les États membres contre les futures crises sanitaires, organiser la constitution de stocks stratégiques de médicaments et de matériel, et investir dans la recherche et le développement stratégique. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), créé en 2005, qui siège à Stockholm et qui emploie 299 personnes, a pour mission d'analyser et d'interpréter les données issues des pays de l'UE portant sur cinquante-deux maladies et affections transmissibles en s'appuyant sur le Système européen de surveillance; de fournir un avis scientifique aux pays membres et aux institutions de l'UE et, surtout (pour ce qui concerne la prospective), d'assurer une détection précoce et une analyse des menaces émergentes pour l'UE; et, enfin, d'aider les pays de l'UE à se préparer aux épidémies. Il organise chaque année la Conférence scientifique européenne sur l'épidémiologie appliquée aux maladies infectieuses, d'une durée de trois jours.

D'autres organismes internationaux font également de la prospective : le Fonds monétaire international (FMI) ou l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en particulier sur les déterminants à long terme (horizon 2060) des dépenses de santé par rapport au PIB.

LA PROSPECTIVE EN SANTÉ DOIT ASSOCIER LES PATIENTS ET LES CITOYENS

La prospective en santé nécessite la participation des patients et plus largement des citoyens. Ce n'est pas à ces derniers de prendre des décisions, mais leur rôle est capital pour apprécier la manière dont réagissent les Français, les réticences, les freins et les peurs, la faisabilité des mesures envisagées, et bien sûr pour en augmenter l'adhésion et l'appropriation.

La concertation citoyenne sur la vaccination des plus jeunes en 2016, qui a débouché sur l'obligation vaccinale de huit vaccins supplémentaires portant ceux-ci à onze, et celle sur la loi de bioéthique ont montré une voie intéressante qui a permis de débattre relativement sereinement et de prendre des décisions.

La pandémie de Covid-19 a rebattu les cartes et a complexifié la problématique en avivant les tensions. On doit en tenir compte. L'émergence de la santé publique sur un système de santé presque exclusivement construit sur

des bases cliniques du soin a suscité de vifs débats. Comment concilier l'intérêt collectif et l'intérêt individuel? L'adhésion est motivée autant par des peurs que par le raisonnement. Des clivages se sont installés. Liés aux inégalités sociales (logement, transport, télétravail, perte de revenus) ou d'ordre générationnel : d'un côté la protection de la vie quel que soit l'âge, fût-il élevé, et de l'autre une forme assumée de darwinisme (sélection naturelle). L'intérêt du plus grand nombre peut-il passer au-delà de la protection des plus vulnérables, des plus âgés, des plus malades ou des plus exposés? Ce clivage n'est ni anodin ni exceptionnel. En termes de valeur, il remet en cause un principe éthique largement partagé depuis au moins le milieu de ^{xx}e siècle. En outre, ce clivage s'est accompagné d'une politisation des enjeux de santé, ce qui est relativement nouveau, et aussi de ceux de la science.

La crise sanitaire, certes dans un moment très particulier, pousse à s'interroger sur le rôle de trois facteurs qui



LA PROSPECTIVE EN SANTÉ DOIT ASSOCIER LES PATIENTS ET LES CITOYENS (SUITE)

sont autant de leviers pour toute implication des citoyens concernant la prospective en santé : l'émetteur, le transmetteur et le récepteur.

L'émetteur est fragilisé en période de crise. La communication verticale rassurante et mobilisatrice avec une constance du message est difficile : les incertitudes sont nombreuses, les revirements délétères, les professionnels de santé sont désorganisés, et les avis scientifiques divergents.

Le transmetteur. Les médias ont, dans l'espace public, leurs propres règles, différentes de celle de l'émetteur et du récepteur. La difficulté est liée à un déficit de régulation qui doit composer avec la liberté de la presse et aussi des scientifiques. Ces libertés sont extrêmement légitimes, même si une certaine forme de régulation se met en place, chacun prenant conscience de ces difficultés face à certains propos aberrants et à des déviations au sens statistique du terme. La recherche du « bon client » pour les médias, qui renvoie à la sociologie des médias, conduit à des effets problématiques, voire catastrophiques.

Le récepteur doit se débrouiller avec tout cela, avec ces messages contradictoires, ces injonctions paradoxales et ces avis d'autant plus convaincants qu'ils sont formulés avec assurance et autorité, voire simplisme et complotisme.

Ce constat en période de crise éclaire sur la manière de construire avec les citoyens la prospective en santé. Comment, tout d'abord, peut-on réfléchir collectivement à la régulation de l'espace de médiation? Comment garantir le caractère validé des informations, comment s'en tenir aux faits et

assurer la confrontation de points de vue? La factualité est essentielle, qu'il s'agisse des médecins, des scientifiques, des journalistes ou des citoyens. Comment associer les acteurs et dans quel espace de discussion? La réponse pourrait résider dans une évolution des normes professionnelles, qui doivent être élaborées, discutées et partagées dans les formations professionnelles : pour le médecin en relation avec cet espace public, pour le journaliste face aux questions scientifiques et pour le scientifique quant aux questions débattues publiquement. Personne n'a le bon mode d'emploi, mais nul doute que les normes professionnelles et les instances de régulation ne sont pas aujourd'hui adéquates. Une institutionnalisation de la régulation par les professionnels eux-mêmes, et non par les pouvoirs publics qui pourraient représenter tout de même un aiguillon, est une voie à approfondir.

Comment ensuite revisiter la démocratie sanitaire pour qu'elle réponde mieux aux enjeux d'aujourd'hui pour la prospective en santé? Elle s'est construite assez récemment en s'articulant sur l'organisation de liens entre les associations, pour l'essentiel de patients. Il faut aujourd'hui en élargir les frontières. La nouvelle démocratie sanitaire doit s'appuyer sur les citoyens et pas simplement sur les patients. La démocratie sanitaire de masse doit incorporer les nouvelles formes de régulation en matière médiatique, scientifique et médicale, en tenant compte des réseaux sociaux, des influenceurs, etc.

Là encore, il faut basculer d'un système de soins à un système de santé à l'échelle des territoires.



LA RECOMMANDATION 2021

La prospective en santé

Pour ne pas subir mais préparer l'avenir de la santé en France

**UN LIVRE BLANC RÉGULIÈREMENT ACTUALISÉ
COORDONNÉ PAR LE HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN**

La prospective en santé, aussi étonnant que cela puisse paraître, n'existe pas en tant que telle en France. Il n'y a ni réflexion ni organisation globales de l'avenir de la santé dans l'Hexagone.

La prospective en santé est éparpillée en de nombreux endroits, sans consolidation, sans synthèse, sans débat démocratique et, surtout, sans articulation avec la décision politique et administrative et sans mobilisation des acteurs et des professionnels de santé.

La prospective en santé ne se limite pas au risque infectieux et au Covid-19. Elle concerne de nombreux autres risques, connus ou imprévisibles. Et aussi les opportunités et sauts technologiques qu'il faut savoir saisir à temps et dont il faut anticiper les impacts financiers et organisationnels.

Ce qui est encore plus préoccupant, c'est que malgré le cataclysme actuel la prospective n'est toujours pas envisagée de manière holistique. Lorsqu'elle est suggérée, elle est limitée à une prochaine pandémie ou à une éventuelle crise sanitaire à venir.

Ce qu'il faut, c'est développer en France une organisation de la prospective en santé et surtout l'articuler avec la prise de décision des pouvoirs publics en associant les citoyens, les usagers, les acteurs et les professionnels de santé.

Le Think Tank Économie Santé propose que la prospective en santé soit prise à bras-le-corps dans toutes ses dimensions, par la réalisation d'un document de référence – un Livre blanc – régulièrement mis à jour.

Le constat est, somme toute, simple.

On ne manque pas d'études et de données de prospective. L'écueil majeur, c'est le lieu de synthèse qui n'existe pas. Il manque un catalyseur de cette intelligence collective qui n'est pas assez bien utilisée pour préparer la prise de décision. Le travail se fait en ordre dispersé. Il n'y a pas de rendez-vous majeur.

Pour structurer, rendre palpables les enjeux et associer toutes les parties prenantes, il faut que ce travail se matérialise explicitement dans un document emblématique qui cristallise la problématique, les enjeux et les solutions.

● Ce Livre blanc aura pour objectif en amont de :

- Rassembler, compléter et analyser globalement les informations aujourd'hui éparpillées, et construire un système d'information qui puisse suivre, évaluer et synthétiser ces données sous forme d'un tableau de bord. L'accès à ces données doit être simplifié.
- Lister les risques.
- Assurer une veille des innovations de rupture.
- Faire preuve d'ouverture d'esprit.
- Avoir une vision large (« One Health ») et internationale.
- Mobiliser les acteurs et les professionnels de santé.
- Concerter avec les patients et les citoyens.
- Associer la recherche.
- Impliquer les industriels.
- Utiliser à bon escient des normes internationales.
- Ne pas sous-estimer les moyens financiers, en ressources humaines et organisationnelles nécessaires.



● Il devra proposer un plan aux pouvoirs publics.

Un plan, mais pas une planification, un outil de programmation, de réactivité et d'agilité, en fait un socle, un état des lieux vis-à-vis duquel chacun pourra se positionner, l'exécutif comme les acteurs, les professionnels, les industriels et aussi, bien sûr, les patients et les citoyens.

Les grandes thématiques seront déclinées selon des scénarios « en mode projet », mettant en connexion tous les acteurs concernés ; à eux de trouver la solution. C'est cette intelligence collective qu'il faut mobiliser. C'est l'articulation entre la connaissance prospective, la décision et l'application concrète qui compte.

● **Coordonné par le Haut-Commissariat au Plan**, le Livre blanc, régulièrement actualisé, doit être réalisé par un organisme indépendant à la légitimité forte, qui est à même d'alerter les pouvoirs publics et d'impliquer les usagers du système de soins et les citoyens.

Les instances, institutions ou agences actuelles (la Haute Autorité de santé, Santé publique France, l'Assurance maladie, le Haut Conseil de la santé publique, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, etc.) ont des missions trop cadrées et parcellaires pour embrasser l'ensemble du sujet, même si leurs contributions sont précieuses.

Les pouvoirs publics, même en dehors d'une crise sanitaire planétaire et dramatique comme celle du Covid-19, n'ont ni le temps ni même, peut-être, le goût et encore moins la légitimité pour cette revue stratégique. Si c'était le cas, le vieillissement de la population, la croissance des pathologies chroniques, la désorganisation de la prise en charge des pathologies mentales, les déboires de la démographie des professions de santé ou encore les inégalités de santé auraient trouvé un début de solution.

Le Haut-Commissariat au Plan, nouvellement créé, doit se saisir de cette mission.

C'est assurément une opportunité exceptionnelle pour cette nouvelle structure que de s'atteler à cette situation dramatique en coordonnant les efforts de tous pour éviter que cette dernière ne se reproduise sous une forme ou une autre. Jamais depuis un siècle, en dehors des guerres, la santé, l'économie, les conditions sociales et psychologiques n'ont été autant mises à mal. Y a-t-il un sujet plus important ?

Le Livre blanc « Prospective en santé » sera évolutif et régulièrement mis à jour. Il se bonifiera avec le temps. Point

donc n'est besoin d'arguer de la complexité de la tâche pour refuser l'obstacle et procrastiner.

● **La représentation nationale** – l'Assemblée nationale et le Sénat – est essentielle dans le dispositif. C'est elle qui doit être le garant de la bonne exécution de ce travail.

Les expériences du passé peuvent servir de fil conducteur. En 2004 a été créée, à l'initiative du Parlement, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), qui lui permet de mieux suivre l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale et de s'assurer que les nouveaux outils législatifs et réglementaires répondent bien aux objectifs retenus.

En 1983, le Parlement s'est doté de son propre outil d'expertise et d'évaluation dédié aux questions liées à l'évolution des connaissances scientifiques et au développement des nouvelles technologies, en créant l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST), qui a pour mission « d'informer le Parlement des conséquences de choix de caractère scientifique et technologique afin, notamment, d'éclairer ses décisions ». Nombre de ces travaux concernent la santé. Le Parlement a donc su trouver les moyens d'organiser et de structurer sa démarche dans deux domaines particuliers qui concernent la santé. Il se doit donc d'investir la prospective en santé, si importante pour les citoyens, et de s'assurer qu'elle trouve une réponse qui sera discutée en son sein. Qui mieux que la représentation nationale pour veiller au grain ?

L'Assemblée nationale et le Sénat, en décembre 2020, chacun dans un rapport à la suite de la Mission d'information de l'une et de la Commission d'enquête de l'autre sur la pandémie de Covid-19, ont fait des propositions mais essentiellement sur la gestion de crise sanitaire, un peu sur l'anticipation et pas du tout sur la prospective en santé. Tous les deux suggèrent, en particulier, la création d'un pilotage interministériel dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires, avec un ministre délégué ou un délégué interministériel.

La situation mérite une approche plus ambitieuse et un dispositif plus verrouillé.

Le Parlement, quelle que soit l'organisation qu'il mettra en place en son sein – permanente ou transitoire –, se doit de veiller à ce que la prospective en santé pour la France devienne une réalité.



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

PROSPECTIVE DES RESSOURCES EN PERSONNEL MÉDICAL

Jean-Baptiste Bonnet, médecin, endocrinologue

Les ressources médicales en santé sont, en France, parfaitement régulées, maîtrisées et administrées. Sont-elles pensées en prospective et en besoins, rien n'est moins sûr.

La santé présente la caractéristique d'être constituée de métiers aux compétences imperméables. Les fonctions de chacun sont définies à l'extrême par la loi et ceci globalement à vie. Un infirmier n'est pas un médecin. Ni l'un ni l'autre ne peuvent se substituer en compétence et en actes. De même, chez les médecins, le découpage des spécialités et surspécialités est poussé à l'extrême. Il n'existe aucune tendance à la diminution de cet état de fait. Les compétences sont imperméables entre professionnels et peu évolutives au cours de la carrière. Les débats autour du second diplôme d'études spécialisées (DES) médical, ou « changement de spécialité », en sont un bon exemple. Force est d'ailleurs de constater que, pendant l'épidémie de Covid-19, c'est le personnel médical et paramédical compétent qui est devenu un facteur limitant dans les secteurs de réanimation. Rappelons, aussi, qu'il faut 6 + 5 +/- 2 ans pour former un anesthésiste réanimateur et 3 + 2 + 2 pour un infirmier anesthésiste. Les décisions d'aujourd'hui sont donc les ressources d'après-demain. Le deuxième élément qui caractérise la santé est le nombre de professionnels fortement diplômés impliqués. Ce sont, par exemple, pour les deux professions les plus connues, 307 130 médecins qui étaient inscrits à l'Ordre en 2017 et 638 248 infirmiers en 2016.

Jusqu'à très récemment, les effectifs médicaux étaient arbitrés par la rigidité d'un numerus clausus annuellement politisé et d'une répartition des nouveaux internes en médecine byzantine, elle aussi largement hystérisée. Les récentes réformes des études de santé tendent à vouloir sortir de ce cadre annuel. En vérité, elles brisent la rigidité des parcours, mais la prospection des besoins futurs, l'analyse de la pertinence des différentes maquettes et la construction de plans de formation dynamiques ne sont pas leur sujet. Les débats autour des effectifs médicaux sont, de toute façon, phagocytés par la nécessité de rattrapage d'un déficit de formation des années 1990 à 2000. La prospective

de l'époque ayant été « moins de professionnels = moins de dépenses ». Dont acte.

Avons-nous un organisme, un lieu de rencontre, une entité de commande qui pense les besoins en santé pour les défis de la prise en soin des citoyens français dans les quinze ou vingt ans à venir? Rien n'est moins certain. Il est urgent de dépasser le format actuel de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) avec ses quelques équivalents temps plein courageux, mais noyés par la charge.

On ne peut penser, analyser et organiser le débat sur un sujet aussi sensible et technique qu'est la prospection des besoins en santé de demain sans un véritable centre d'analyse doté de pouvoir de commande, d'autosaisie et d'une indépendance politique garantie, notamment, par la liberté de consultation. À ce titre, un exemple d'évolution statutaire doit être salué, celui de l'infirmier en pratique avancée, statut encore à construire dans la pratique mais qui offre une malléabilité statutaire louable pour l'avenir.

En ce qui concerne l'ONDPS, il faut noter le travail sur les perspectives démographiques de la personne âgée polyopathologique et prendre acte de l'absence de débat sur la médecine polyvalente, faute de combattants, ceci malgré un très bon rapport de la Fédération hospitalière de France (FHF) sous la direction du Pr Morlat.

Il est à noter que la réforme du troisième cycle des études médicales a accentué la fragmentation de la compétence médicale, complexifiant d'autant le pilotage des besoins en personnels médicaux. Dans ces maquettes de formation, il existe bien des clauses de revoyure, mais, quand elles sont utilisées, elles le sont à la marge. Leur modification est tenue par une extraordinaire rigidité réglementaire et il n'existe pas de réelle politique d'évaluation et de prospective régulière pour les mettre à jour.

Il est nécessaire de mener des enquêtes, de faire remonter du terrain, de connaître et d'analyser l'offre en soins des



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

territoires. Il est nécessaire de scruter les grandes évolutions de la pratique médicale (quel sera le métier de radiologue de demain est peut-être le meilleur exemple). Il est nécessaire d'y associer des études démographiques et des études de prospective épidémiologiques. À cela il faut y confronter des choix politiques macroscopiques forts et visionnaires, ce que « Ma santé 2022 » se voulait être, et des choix micros, plus spécifiques, d'objectifs de santé plus ciblés. Cette analyse ne doit pas avoir lieu tous les vingt ans pour se briser à la première grande crise politico-sanitaire majeure qui suit, mais doit avoir lieu à intervalle régulier avec une évaluation permanente en comité de suivi et d'ajustement. Elle peut avoir lieu dans le cadre du Haut-Commissariat au Plan. Elle ne doit, par contre, pas être dépendante d'une autre structure ayant multitude de dossiers à traiter. L'échec de l'intégration de l'EPRUS (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) à Santé publique France devant servir d'exemple.

Si la charge d'analyse doit revenir à l'ONDPS, celle-ci doit se voir doter de moyens et de pouvoirs. Moyens humains et financiers, et pouvoir de commande et de consultation. Pouvoir de consultation qui doit permettre jusqu'à la consultation du politique et, notamment, du politique d'opposition. Ce lieu de prospection qui, par définition, doit pouvoir se tromper ne peut être une inspection. Il doit pouvoir fournir un lieu de débat balayant des sujets complexes mais pouvant faire aussi le terreau d'une recherche académique exploratoire. À cet organe devrait être ajouté un acteur politique définissant et mettant en œuvre les objectifs que la nation se donne en la matière en coordination avec les autres éléments d'un plan blanc de la santé.

En ce qui concerne l'ONDPS, le mot *observatoire* relevait d'une vision, il est nécessaire, pour commencer, de le rééquiper de jumelles.

PROSPECTIVE EN CANCÉROLOGIE : SIX GRANDS CHANGEMENTS D'ICI 2025

Sophie Beaupère, Déléguée générale, Unicancer, et Sandrine Boucher, Directrice stratégie médicale et performance, Unicancer

Première cause de mortalité en France, avec 350 000 nouveaux cas par an, le cancer représente un enjeu majeur en termes de prise en charge. Les dix-huit centres de lutte contre le cancer (CLCC), réunis au sein d'Unicancer, assurent une mission de soins, de recherche et d'enseignement en cancérologie. Ils reçoivent 100 000 patients par an.

Dans un contexte de révolution profonde de la cancérologie (médecine personnalisée, chimiothérapie orale, ambulatoire), Unicancer a mené plusieurs études prospectives sur la prise en charge des patients atteints de cancer, regroupées sous le nom d'« EVOLPEC » : une première étude, en 2013, afin de quantifier l'impact des évolutions de la prise en charge sur les années à venir ; une deuxième, en 2015, visant à mettre à jour la première ; et enfin, en 2016, une étude visant à étendre le champ de la réflexion prospective aux relations avec les patients et aux transformations des parcours de soins, liées notamment à l'utilisation des outils numériques. Trois grands objectifs étaient poursuivis par EVOLPEC :

- répertorier et quantifier les principales évolutions de la cancérologie afin de les anticiper et de faire évoluer de manière réactive les organisations et les parcours de soins ;

- partager avec les acteurs de la cancérologie une vision chiffrée de l'évolution de la prise en charge ;
- faire des propositions aux pouvoirs publics en matière d'évolution du système de financement des établissements de santé, permettant de s'adapter aux transformations de la prise en charge.

Cette démarche s'est appuyée sur une méthodologie solide. Quarante experts de CLCC, de CHU, de cliniques privées et de l'industrie pharmaceutique, en France et à l'étranger, ont été interviewés. Une analyse de la littérature a été réalisée ainsi que des ateliers de travail avec des experts. Les études ont été menées, sous le contrôle d'un comité scientifique d'experts représentant différentes disciplines de la cancérologie.

En synthèse, la prise en charge des patients atteints de cancer est soumise à quatre grands types d'évolution : l'évolution des soins, l'évolution du rôle des patients, l'évolution technologique et l'évolution plus globale du système de santé. Six grands changements dans l'évolution des soins en cancérologie d'ici 2025 peuvent être cités :

- le développement de la chirurgie ambulatoire et des programmes de réhabilitation précoce ;



- une radiothérapie plus ciblée et moins invasive ;
- le développement des thérapies ciblées, de l'immunothérapie et des thérapies orales, et la désescalade des traitements médicamenteux ;
- la caractérisation des tumeurs, mieux les comprendre pour mieux les traiter ;
- le développement de la radiologie interventionnelle thérapeutique et diagnostique ;
- le développement des actions de prévention, dont la prévention des séquelles et des risques de seconds cancers.

Ces évolutions engendrent une profonde modification de la physionomie des établissements accueillant des patients atteints de cancer, la prise en charge des cancers s'apparentant de plus en plus à celle de pathologies chroniques. Peuvent être cités notamment un plateau technique renforcé (radiothérapie, radiologie interventionnelle, séquençage, bio-informatique), davantage de traitements médicaux à domicile, des actions de prévention (activité physique adaptée, par exemple) intégrées tout le long du parcours. Le rôle des usagers en cancérologie et des aidants qui les soutiennent et les accompagnent est en pleine mutation. Citons, par exemple, l'implication des patients dans la prise de décision thérapeutique et dans l'amélioration de leur prise en charge (PROM⁽¹⁵⁾), la place accrue des associations de patients dans les instances de gouvernance et dans l'organisation des parcours de soins ainsi que la reconnaissance du rôle des aidants et la prise en compte de leurs problématiques spécifiques.

En parallèle, la prise en charge en cancérologie bénéficie, comme l'ensemble du système de santé, d'évolutions technologiques structurantes : l'analyse de données pour appuyer la décision clinique, l'automatisation des processus ainsi qu'une connectivité accrue entre les patients et les offreurs de soins. Ainsi, les établissements traitant les patients atteints de cancer intègrent des plateformes big data et développent la télémédecine (téléconsultations, deuxième avis, télésurveillance).

Enfin, les modifications profondes du système de santé telles que l'intégration des soins de support tout au long de la prise en charge, le rôle majeur des professionnels de ville en coordination avec les établissements de santé, la spécialisation accrue des établissements experts ainsi que l'organisation en réseaux des établissements publics (GHT) contribuent fortement à structurer le parcours de soins ville-hôpital et à renforcer l'ancrage territorial des CLCC.

Les retombées d'EVOLPEC ont été multiples. Tout d'abord, ces études ont été largement reprises dans la presse grand

public. Elles ont également nourri les projets d'établissements des CLCC et ont servi de base aux contributions d'Unicancer dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le cancer. Elles ont aussi permis de débloquent des problématiques de financements auprès des pouvoirs publics : tarifs de chirurgie ambulatoire et de réhabilitation après chirurgie plus incitatifs, ouverture d'un chantier sur la réforme du financement de la radiothérapie et obtention d'une mission d'intérêt général (MIG) sur la primo-prescription de chimiothérapie. Très récemment, les débats du Ségur de la santé et les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) se sont appuyés sur ces études, qui ont été expressément citées pour réfléchir à la manière de renouveler les moyens de régulation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), notamment en vue de plus médicaliser ces outils.

En matière d'organisation interne des CLCC, trois chantiers majeurs déployés au niveau d'Unicancer et découlant des réflexions d'EVOLPEC sont en cours.

- Un article 51 « Suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux » : Unicancer a déposé un cahier des charges en septembre 2020 après deux années de travail, qui a reçu un avis positif du comité technique de l'innovation en santé le 30 octobre 2020. Le projet réunit quarante-cinq sites expérimentateurs ESP, EBNL, EBL et CLCC, et est piloté par Unicancer. Il propose une innovation organisationnelle et financière permettant le suivi, à distance, des patients sous thérapies orales, par des équipes hospitalières ainsi que par des professionnels de ville (pharmaciens d'officine essentiellement). Ce modèle permet un passage de relais progressif vers le pharmacien d'officine, dans le cadre d'un transfert de compétences. L'ambition est tout à la fois de garantir l'effectivité des traitements, de réduire les consommations de soins évitables et d'améliorer la qualité de vie du patient en favorisant son maintien à domicile. Les dix-huit CLCC sont expérimentateurs.
- Une solution connectée Clic & Consult' de recueil de PROM : Unicancer déploie dans cinq CLCC pilotes, avant une généralisation dans tous les centres, une solution connectée permettant aux patients de préparer leur consultation pour ne rien oublier et optimiser ce temps d'échange précieux entre le médecin et le patient. Cette solution permettra de recueillir des PROM auprès de nos patients : observance, symptômes, qualité de vie. Cette solution poussera aussi de l'information adaptée aux patients : une orientation vers des professionnels compétents, des informations synthétiques de premier niveau sur la gestion de la maladie et des symptômes ainsi que des ressources publiées par des institutions reconnues ou par nos établissements.

(15) Patient-reported outcomes measures.



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

- Un moteur de recherche pour le big data en cancérologie, Consore : Unicancer construit un moteur de recherche puissant, capable de retrouver des informations disséminées dans le texte des centaines de milliers de dossiers de patients des CLCC. Consore permet d'identifier simplement des patients à qui proposer une

étude clinique multicentrique, de visualiser de manière synthétique l'histoire pathologique des patients et son parcours de soins. Consore permet aussi l'analyse de données pour des études épidémiologiques, en vie réelle ou médico-économiques.

L'ADAPTATION RÉACTIVE : UN CONCEPT DÉVELOPPÉ PAR LES ARMÉES AU DÉBUT DES ANNÉES 1990

Félix Faucon, Inspecteur général – Colonel (er) d'artillerie

Au début des années 1990, la chute du mur de Berlin et l'éclatement de l'Union soviétique ont contraint les armées françaises à faire face à une diversité d'opérations (des conflits ouverts au maintien de la paix et à la protection des actions humanitaires) et de théâtres géographiques (des Balkans au Koweït) en rupture avec les stratégies dominantes pendant la « guerre froide ». Principalement conçus pour l'affrontement majeur en Europe, les équipements ont révélé leur inadaptation à certains cadres d'engagement. La Grande-Bretagne, nation européenne la plus active avec la France en termes d'emploi des forces armées, a été confrontée aux mêmes difficultés.

Les états-majors des armées de terre des deux pays ont coopéré à partir de 1993 pour défricher ensemble certains des concepts émergents du nouveau contexte stratégique, notamment à l'aide d'exercices prospectifs conjoints placés sous l'égide des Anglo-French Land Operations Symposium (AFLOS), dont l'auteur de ces lignes (alors officier au Centre d'études et de prospective au ministère de la Défense) a été le responsable pour la partie française.

Le premier d'entre eux a porté sur le concept d'adaptation réactive des systèmes d'armes (AFLOS 93).

Les travaux ont permis de définir l'adaptation réactive comme la capacité de faire acquérir par un matériel (ou une

famille de matériels) un caractère qu'il n'a pas, dans un délai donné, afin d'agir efficacement dans un nouveau milieu. Ce changement peut être quantitatif ou qualitatif, et il est rendu nécessaire par la rupture des conditions de l'environnement.

Le temps constitue la dimension primordiale déterminant les dispositions à prendre pour permettre une adaptation réactive. Celle-ci a fait émerger la notion de « latence » des systèmes de forces, c'est-à-dire le domaine de réflexion stratégique dont la prise en compte doit permettre la mise en condition du niveau considéré par la préparation des moyens. L'effet opératoire des mesures concrètes mises en œuvre ne se manifeste pas avant la survenue du signal initiateur de l'adaptation réactive.

L'insertion de l'adaptation réactive dans la stratégie générale des moyens peut alors être réalisée de la façon suivante (voir tableau ci-contre) :





PROCESSUS	DOMAINE
Adaptation active (Création – Mutation)	PROSPECTIVE Forces conçues en fonction de contextes opérationnels présents ou fortement probables
Préparation des équipements (Stratégie d'adaptation réactive)	LATENCE Forces dotées de structures et d'équipements capables de réactivité
Adaptation réactive (Mise en conformité des forces avec un contexte d'emploi particulier)	RÉACTION Acquisition par les forces des caractères nécessaires pour faire face à des situations opérationnelles inopinées (aspects qualitatifs et quantitatifs)

Les scénarios prospectifs retenus permettent d'analyser les besoins opérationnels à couvrir, lesquels déterminent les solutions techniques à détenir pour adapter les équipements.

Soit la dynamique du scénario est compatible avec la production des adaptations nécessaires (par exemple, kits permettant d'affronter des conditions climatiques particulières) : il conviendra alors de limiter l'effort de préparation à la conception technique des solutions et à l'identification des ressources à mobiliser pour les produire si nécessaire.

Soit les délais de production des solutions sont incompatibles avec le temps disponible pour réaliser les adaptations nécessaires : il conviendra alors de produire et de stocker ces adaptations, et de prévoir et roder les processus permettant de les mettre à disposition des utilisateurs dans les temps impartis.

La stratégie d'adaptation réactive a été structurée suivant la logique temporelle suivante (synthèse) :

- Favoriser les échanges d'information entre les parties prenantes (industriels, ingénieurs de l'armement, opérationnels); développer des bases de données partagées sur les menaces, tirer profit des expériences passées, analyser les évolutions probables et bâtir des scénarios afin d'identifier et d'évaluer des besoins nouveaux; conclure les accords y compris internationaux sur les besoins en interopérabilité et développer une base

de données relative aux modifications et aux adaptations retenues.

- Se donner les moyens de se préparer à l'adaptation réactive des matériels existants; définir une doctrine souple; étudier de manière systématique et actualiser la disponibilité des capacités requises pour les domaines clés; préserver une capacité technique minimum dans les industries clés; assurer des travaux de veille sur l'adéquation des moyens aux missions possibles et inventorier les lacunes; concevoir les modifications potentielles selon une approche systémique.
- Rechercher les solutions pour répondre aux besoins d'adaptation; développer des simulateurs d'instruction et d'entraînement; procéder à l'analyse fonctionnelle des modifications envisageables; assurer une veille technologique (possibilités et/ou nécessité d'évolution des équipements); assurer une veille stratégique et géopolitique (modifications potentielles des menaces et des risques).
- S'organiser pour faciliter la mise en œuvre des solutions; tester les équipements dans des conditions les plus diverses pour identifier par anticipation les insuffisances et les besoins de modification; simuler les modifications et évaluer leur impact organisationnel; établir une méthode d'aide au choix rapide des équipements et des modules strictement nécessaires incluant leur logistique.
- Développer les solutions retenues pour faciliter l'adaptation des personnels et des équipements à des opérations



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

inopinées; développer les capacités d'adaptation et de polyvalence des personnels, en particulier les cadres; réaliser des exercices prenant en compte les aspects organisationnels et logistiques et impliquant les partenaires institutionnels, industriels et les experts techniques afin de valider les doctrines d'emploi et les évolutions nécessaires; réaliser les études et tester les prototypes sans passer à la fabrication en série et lancer la fabrication des adaptations nécessaires; pré-équiper les matériels susceptibles de recevoir des adaptations.

- Préparer les personnels et les matériels à mettre en œuvre, le moment venu, certaines des solutions développées pour faire face à une situation inopinée; former et entraîner les personnels chargés de l'installation ou de la maintenance des équipements concernés; préparer

et former les personnels; adapter le support logistique; adapter le soutien des ressources humaines, y compris au plan psychologique.

Le concept d'« adaptation réactive » n'a pas cessé d'être utilisé par les armées et la Délégation générale pour l'armement (DGA). Il met en lumière le lien étroit entre capitalisation des retours d'expérience et réflexion prospective, comme l'a souligné un rapport⁽¹⁶⁾ de l'Institut français des relations internationales (IFRI).

(16) Corentin Brustlein, « Apprendre ou disparaître? Le retour d'expérience dans les armées occidentales », *Focus stratégique*, n° 33, IFRI, octobre 2011.

NORMALISATION ET PROSPECTIVE EN SANTÉ : UN SUJET MÉCONNU !

Christian Anastasy, Président, Persan Conseil

Le terme de *normes* revêt plusieurs acceptions communément confondues qui ne rendent pas toujours aisée sa compréhension.

Le terme de *normes* revêt plusieurs acceptions communément confondues qui ne rendent pas toujours aisée sa compréhension.

Il y a ainsi, pour faire simple, deux grands types de normes :

1. Les textes normatifs, tels la loi et ses décrets d'application, qui s'imposent de façon obligatoire sur le territoire national à toutes les personnes morales ou physiques selon leur objet et dispositions.
2. Les normes techniques nationales ou internationales d'application volontaire, promouvant des règles de bon usage et de sécurité définies par consensus entre industriels, usagers et pouvoirs publics pour les produits, les biens, les services et les organisations émergeant sur le marché. Parfois, l'existence d'une norme est toutefois expliquée par un guide pratique complémentaire de l'administration centrale, dont on peut s'interroger sur l'utilité, le respect de la norme suffisant en soi. (On peut citer, par exemple, le cas des déchets d'activités de soins à risques infectieux

[DASRI] pour lesquels la norme est explicite, mais que la Direction générale de la santé [DGS] a toutefois jugé utile d'explicitier en 2009 par un guide de 91 pages!)

Ces normes apportent deux dimensions majeures :

- a. Elles constituent un outil de prévention des risques sanitaires et professionnels en intégrant pour leur diffusion le point de vue des professionnels, des patients, des industriels et des pouvoirs publics.
 - b. Elles donnent accès aux marchés, national, européen et/ou mondial. À titre d'illustration, on peut citer le cadre réglementaire des dispositifs médicaux, qui prévoit explicitement que les dispositifs conformes à ces normes volontaires sont présumés conformes aux exigences réglementaires relevant de ces normes.
3. Les deux types de texte ont d'ailleurs vocation à se compléter : d'application volontaire, les normes techniques issues des processus consensuels de normalisation relèvent du « droit souple » mais ne sont pas toujours prises en compte par la réglementation définie, par exemple, par le ministère des Affaires sociales et de la Santé alors qu'elles pourraient alléger celle-ci :



- Ainsi que le souligne le **Conseil d'État** (« Étude annuelle du Conseil d'État de 2013 consacrée au droit souple »), il conviendrait de « *favoriser la rédaction de textes législatifs et réglementaires plus brefs renvoyant explicitement au droit souple, par exemple à des normes techniques, le soin d'assurer leur mise en œuvre.* »
- La **Direction générale des entreprises (DGE)**, tutelle de l'Afnor, précise quant à elle que : « *Lorsque l'autorité réglementaire souhaite s'appuyer sur une norme, il est recommandé que le texte définisse les exigences essentielles à respecter et prévoie que le respect de la norme dont les références sont publiées donne présomption de conformité à ces exigences essentielles sans être obligatoires.* »

Que prévoient les textes relatifs à la normalisation ?

- Le décret n° 2009-697 du 16 juin 2009 définit la normalisation comme une activité d'intérêt général, et la norme comme « *un document de référence élaboré de manière consensuelle par toutes les parties intéressées, portant sur des règles, des caractéristiques, des recommandations de bonnes pratiques relatives à des produits, des services, des méthodes, des processus ou des organisations* ». En tout état de cause, la norme doit se conformer à la loi et à la réglementation.
- Les positions françaises en santé portées par l'**Association française de normalisation (Afnor)** auprès des organismes européens ou internationaux de normalisation concernés (Comité européen de normalisation [CEN] et Organisation internationale de normalisation [ISO], notamment) constituent donc l'expression du consensus de parties prenantes (industriels, professionnels de santé, patients, pouvoirs publics) et ne peuvent être l'expression de la seule position des pouvoirs publics nationaux, contrairement à des textes réglementaires ; l'Afnor a la mission de service public pour la normalisation en France, au même titre, par exemple, que l'Institut allemand de normalisation (DIN) en Allemagne.
- Enfin, les normes européennes doivent obligatoirement être intégrées dans les collections des normes nationales, qu'elles écrasent. Ce n'est pas le cas des normes internationales, dont l'intégration dans les collections nationales est facultative, tant qu'elles ne sont pas reprises au niveau européen.

Pourtant, les travaux de normalisation restent largement méconnus dans le secteur de la santé en France, alors qu'ils apportent des informations prospectives pertinentes.

L'Afnor constitue la source d'information essentielle en matière de normes nationales, européennes ou internationales et dispose d'un service d'accès en ligne concernant, notamment, les normes homologuées en France et les normes ISO en cours d'élaboration (ce qui, au passage, constitue une source d'information intéressante sur les innovations en cours).

La Direction générale de la santé (DGS) dispose d'un abonnement à cette base de données qui lui permet d'accéder à un panel de normes d'intérêt pour elle, notamment dans le secteur du traitement de l'eau sur lequel la France a une tradition d'excellence reconnue internationalement.

En revanche, les autres directions d'administration centrale ou certains opérateurs, comme l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou les agences régionales de santé (ARS) notamment, n'expriment pas de besoins d'information en la matière, ce qui peut expliquer l'absence de sensibilité à l'égard des sujets de normalisation émergents. Ils se privent ainsi de sources d'information prospective déterminantes. On peut noter toutefois que l'ANSM suit les sujets de normalisation (même si elle ne participe pas activement aux travaux) et s'appuie sur elles dans ses missions de surveillance du marché et d'inspection des dispositifs médicaux (DM).

En effet, différents sujets de prospective sont régulièrement identifiés comme potentiellement émergents par les organismes de normalisation internationaux, mais souvent en l'absence de représentants français.

Le numérique en santé, les objets connectés, l'intelligence artificielle, les thérapies géniques, les conditions de bonne gestion des parcours de soins font ainsi depuis longtemps l'objet de travaux de normalisation, car ils sont susceptibles d'affecter fortement les évolutions d'usage des producteurs de soins, des industriels et des patients.

Le ministère de la Santé, en ne participant pas à ces comités internationaux de normalisation, s'est ainsi privé de la connaissance prospective nourrie par les débats de pays comparables à l'échelle européenne et mondiale.

Cette absence s'explique sans doute, pour une large part, par une méconnaissance et une méfiance générale dans la sphère



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

santé des techniques spécifiques de la normalisation, ce qui au passage est préjudiciable, car des dispositions techniques s'imposent dans les établissements de santé nationaux sans que la vision d'intérêt général que défendent régulièrement les pouvoirs publics français à l'international soit de fait prise en considération dans les comités de certification.

Une étude de l'Institut Montaigne de 2018 (« Innovation en santé : soignons les talents », p. 114) soulignait de plus que : « Grâce au marquage CE puis de commercialisation libre, les deux tiers des dispositifs médicaux échappaient à l'évaluation de la HAS (CNEDIMTS). » On peut ainsi souligner que le marquage CE constitue en soi une forme rigoureuse d'évaluation, même si la HAS se considère comme un évaluateur nécessaire.

La qualité des pratiques médicales est un sujet qui a débuté depuis de nombreuses années, avec l'exemple de la biologie médicale, dont la norme est à présent intégrée à la législation par le biais de l'obligation d'accréditation des laboratoires de biologie médicale en France, et par le biais du remboursement des soins par les principales caisses en Allemagne. L'ensemble des radiologues français, avec initialement la DGS, ont initié et achevé de rédiger une norme sur la qualité des pratiques d'imagerie, avec l'ordre des médecins et des fédérations hospitalières (FHF et des remarques d'Unicancer).

Car les travaux de normalisation en santé résultent toujours de l'émergence d'innovations et constituent des sources d'information pertinentes en termes de prospective.

Ces travaux ont pour objet de permettre la diffusion des innovations émergentes par la mise au point de solutions d'usages faisant l'objet de consensus entre les pouvoirs publics, les professionnels, les patients et les industriels. Ces solutions d'usages doivent donc être définies largement en amont de la mise sur le marché, parfois plusieurs années avant leur diffusion, et constituent ainsi des sources d'information prédictives très intéressantes.

Ces travaux constituent donc des sources d'information pertinentes sur les innovations à venir, d'autant qu'ils se déroulent de façon concomitante aux trois niveaux : français, européen et international, offrant ainsi de larges bases d'observation et de réflexion sur les évolutions à venir.

Les sujets émergents identifiés par les organismes de normalisation sont nombreux :

L'absence de représentants nationaux dans les comités de normalisation les prive de réflexions prospectives, alors justement que le ministère de la Santé n'a guère de moyens

en la matière et que les sujets traités ne sont pas si éloignés des orientations stratégiques du plan « Ma santé 2022 » !

- **Management de l'organisation des soins de santé :** norme ISO/TC 304 « Healthcare organization management » (Secrétariat USA), dont l'enjeu est d'optimiser les organisations des établissements de santé dans le but de réduire leurs coûts afférents et de maîtriser les risques associés tout en améliorant la qualité et la rapidité d'accès aux soins.
- **Engagement du patient dans son parcours de soins :** norme CEN/TC 450 « Patient involvement in person-centred care » (Secrétariat SIS/Suède), dont l'enjeu est la coordination des prestataires intervenant auprès du patient.
- **« Sociétés vieillissantes Ageing societies »,** travaux de l'ISO 3434 engagés à l'initiative du Royaume-Uni pour définir les principes concernant les nouveaux produits, services et solutions qui répondront aux besoins futurs des sociétés vieillissantes; domaine en lien fort avec la silver économie, à laquelle l'ancienne ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn aura donné une nouvelle impulsion ainsi que sur les organisations des établissements de santé, dont l'enjeu est l'optimisation pour réduire les coûts, maîtriser les risques tout en améliorant la qualité et la rapidité d'accès aux soins; la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont eu un rôle de starter pour l'initiation de la partie française.
- **« Coordination des prestataires intervenant auprès du patient dans le cadre d'un parcours de soins optimisé » :** travaux du CEN sur « Patient involvement in person-centred care » (Secrétariat Suède).
- **« Numérique en santé » :** réflexions pour promouvoir le bon usage en santé des services numériques, des systèmes d'information, de la télémédecine, de l'intelligence artificielle, des objets connectés et des applications mobiles ou encore de la génomique, en termes de fiabilité médicale, protection des données et cybersécurité.
- Les travaux en cours au niveau international sur le champ des processus et ressources biotechnologiques méritent, en effet, une attention particulière des services ministériels en lien avec l'Inserm, par exemple sur le



séquençage génomique, les biobanques et les centres de ressources biologiques ainsi que le traitement des données, notamment.

En conclusion.

Les normes, au sens ISO-EN-NF, portent assez mal leur nom, puisqu'une norme, prise dans ce sens, est souple, ce que n'indique pas véritablement le substantif repris en langue française. Une norme est toujours, sauf indication contraire, d'application volontaire. Cela n'empêche pas les tribunaux de tenir compte des normes existant en cas de contentieux, comme expression d'un consensus sur un niveau de qualité. Les autorités européennes ou nationales peuvent rendre des normes obligatoires, comme cela est exprimé ci-dessus.

L'Afnor-normalisation est avant tout le lieu de réunion des parties prenantes et de mise en forme des normes, et n'est pas une agence supplémentaire. Ce sont les parties prenantes et l'Afnor qui représentent la normalisation française dans les réunions de normalisation européennes et internationales.

Il convient de garder à l'esprit que l'outil européen et international de normalisation constitue une organisation efficace. Cette organisation permet de faire progresser des sujets dans le consensus et la transparence de toutes les parties prenantes, dont celle des autorités publiques qui, lorsqu'elles sont présentes, est essentielle. Le risque est toutefois lié à ce qu'une place reste rarement vide et que toute action à laquelle un pays tel que la France ne participe pas est une action pour laquelle elle perd l'information jusqu'à la phase finale de la consultation publique. La France perd alors tout pouvoir d'influence sur cette norme. La non-homologation d'une norme est un outil lourd, mal perçu, qui est applicable uniquement en cas de contradiction entre la norme et la réglementation nationale. Ne pas participer génère le risque de subir des normes que l'on ne souhaiterait pas. Bien sûr, en cas de conflit entre une norme et un ou des textes juridiques, la norme s'efface toujours, sans exception.

En France, les stratégies de normalisation sont définies, au niveau sectoriel, par les comités stratégiques de normalisation (COS), sous l'égide du Comité de coordination et de pilotage de la normalisation (CCPN). Pour la santé, au sens large, le COS est le COS santé et action sociale. Toutes les parties prenantes importantes du secteur sont réunies au sein du COS. Le COS santé a défini sa stratégie dans un cadre européen et international, indiquant que le niveau national n'est pas pertinent pour la normalisation dans son secteur, sauf bien sûr lorsque ce niveau national est une première

marque vers le niveau plus large. La normalisation nécessite d'écouter et de convaincre les acteurs des autres pays. Cette contrainte d'écoute et d'échanges entre acteurs des différents pays est également une force et une source directe de progrès. La difficulté pour les administrations et certains acteurs institutionnels est que ce truisme est souvent contre-culturel, même si, dans la santé, des exemples heureux ont existé ou existent. Pour les industriels de la santé, cette exigence de coopération européenne ou internationale est une évidence.

On l'a vu, il n'y a pas d'innovations accessibles sans leur normalisation préalable, ce qui est d'ailleurs une condition indispensable pour les professionnels et les patients, et sans être caricatural on pourrait ainsi affirmer que suivre la recommandation de 2013 du Conseil d'État constituerait un moyen de réduire l'inflation de « normes juridiques » d'origine nationale.

Convaincus que l'innovation n'a véritablement d'intérêt qu'en cas d'usage généralisé sur un marché et que la condition de cette généralisation passe par la normalisation, certains pays comme l'Allemagne ou les États-Unis investissent des sommes considérables chaque année pour former à ces enjeux les étudiants qui envisagent une carrière dans la santé (médecins, pharmaciens, gestionnaires, etc.), mais aussi pour faciliter la participation de leurs représentants nationaux compétents aux travaux de normalisation.

En effet, ils sont persuadés du principe « Pas de norme, pas de business », trop souvent inconnu en France dans la sphère sanitaire, et de fait habituent ainsi leurs équipes à la veille et à la prospective en matière d'innovations.

En ne participant plus aux travaux relatifs à la normalisation des dispositifs médicaux (200 000 DM sont utilisés dans les établissements de santé français, des IRM aux seringues) en raison notamment de manque de moyens (humains et financiers...), les responsables de la politique sanitaire nationale, comme l'ANSM par exemple, voient de fait leurs connaissances s'appauvrir faute d'intégrer les progrès gigantesques des DM dans leurs réflexions. Ils se privent ainsi de la connaissance de pays développés, de la compétence des acteurs de terrain (associations de patients, industriels, professionnels de santé, etc.) au fait des nouvelles techniques et désireux de les rendre opérantes pour le plus grand nombre de patients et de professionnels, en contribuant à définir des normes de bon usage.



Les établissements de santé français d'Unicancer apportent la preuve qu'en faisant certifier leur conformité à certaines normes internationales, ce qui n'est le cas d'aucun centre hospitalier régional et universitaire (CHR&U) français, ils ont pu bénéficier de la part de grands laboratoires internationaux, et en avance de phase par rapport à leur autorisation de mise sur le marché (AMM), de molécules innovantes.

Il est, par conséquent, dommage de ne pas lier de façon habituelle les démarches de prospective et les travaux de

normalisation, ces derniers ayant pour objectif d'identifier dès leur conception, souvent quelques années avant leur mise sur le marché, les innovations les plus pertinentes pour les rendre ensuite le plus rapidement accessibles à tous les professionnels et citoyens.

Je tiens ici à remercier enfin Michel Ballereau, président du Comité d'orientation stratégique santé et action sociale de l'Afnor, pour sa relecture attentive et ses conseils avisés apportés à la rédaction du présent article.

LES RECO DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ 2012-2020



2012

POUR AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SOINS

- Faire de la santé et de son financement un grand débat public
- Impliquer et responsabiliser les professionnels
- Anticiper la mutation stratégique des établissements hospitaliers
- Mieux gérer les maladies chroniques
- Organiser et financer la prévention

2013

UNE NOUVELLE ORGANISATION DES SOINS ET UNE PLATEFORME TERRITORIALE DE COORDINATION

- Pour améliorer la qualité de vie des plus de 75 ans vulnérables
- Pour optimiser les dépenses sanitaires et sociales, publiques et privées

2014

COORDINATION DES SOINS

QUATRE MESURES POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS, CONDITION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICACITÉ

- Identifier et rémunérer sans ambiguïté le coordonnateur des soins, et faire de la rémunération des professionnels et de la facturation des établissements deux leviers majeurs
- Développer une politique territoriale contractuelle et donner aux agences régionales de santé les moyens d'agir
- Recenser les initiatives, labéliser et promouvoir les plus efficaces, informer les patients
- Développer des solutions technologiques appropriées à cet objectif : le dossier informatisé de coordination des soins

2015

DONNER AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS LES MOYENS DE FAIRE DES ÉCONOMIES

- Le pouvoir politique ne doit pas entraver la recherche d'efficacité des établissements hospitaliers
- Les équipes de direction générale et médicale doivent être mobilisées par une réelle autonomie de gestion
- Le public doit être informé en transparence totale

2016

QUE LA SANTÉ FASSE PARTIE DES DÉBATS DE L'ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE DE 2017

2017

POUR DES SOINS DE QUALITÉ, AGIR EFFICACEMENT SUR LES TARIFS

- Comment faire en sorte que chacun ait intérêt à se mobiliser ?

2018

MOBILISONS L'INNOVATION, POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS

2019

HUIT PRÉCONISATIONS, POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE EN SANTÉ

2020

TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ LA GOUVERNANCE DOIT ÊTRE PLUS EFFICACE ET PLUS LISIBLE

Téléchargez la Recommandation 2021 sur : www.thinktank-economiesante.fr

Notes



A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

Notes



A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page below the ECG graphic.

TÉLÉCHARGEZ LA RECOMMANDATION 2021 SUR
www.thinktank-economiesante.fr

#thinktankeconomiesante

NOS PARTENAIRES

abbvie

AMGEN[®]

 **GILEAD**
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

 **IMA**
ASSURANCES

Medtronic

 **mgen**^{*}

 **NOVARTIS**

 **GRUPE**
PASTEUR
MUTUALITÉ

PHILIPS


ResMed

LE DISPOSITIF MÉDICAL
snitem
Pour faire avancer la santé

 **VIDAL**
GROUP

Contact : Laëtitia DE KILKHEN • 01 87 39 77 96 • Idekilkhen@lesechosleparisien.fr

UNE PUBLICATION

Les Echos
Le Parisien
ÉVÉNEMENTS