

INSTITUT
MONTAIGNE



Santé 2022 : tout un programme



2022

NOTE JANVIER 2022

INSTITUT
MONTAIGNE



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

Santé 2022 : tout un programme

NOTE – JANVIER 2022

TABLE DES MATIÈRES

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

Introduction	7
Synthèse des recommandations	9
I. Impliquer les patients	12
1. Rendre les patients acteurs de leur santé	13
1.1. Des indicateurs de qualité encore très incomplets et peu utilisés	13
1.2. Une nécessité d'uniformiser les indicateurs et de définir leur rôle	16
2. Construire des parcours de soins plus lisibles	23
2.1. Un manque d'information dommageable pour les patients comme pour les soignants	23
2.2. Le numérique comme colonne vertébrale du parcours de santé de demain	25
II. Faire le pari de l'innovation	32
1. E-santé : augmenter la dose	33
1.1. La e-santé, un puissant vecteur de transformation et de croissance ...	33
1.2. Des freins à lever pour tirer tout le potentiel du numérique en santé ..	37
2. Faciliter l'accès à l'innovation thérapeutique	43
2.1. Délais et équité d'accès aux traitements innovants : enjeu stratégique pour les industriels, sujet majeur pour les patients	43
2.2. Des réformes engagées pour améliorer les délais d'accès au marché	48

III. Repenser la gouvernance en santé	56
1. Renforcer la territorialisation du système de santé	57
1.1. La santé au cœur des priorités des Français dans l'ensemble des territoires	57
1.2. Construire des systèmes de santé régionalisés grâce au principe de responsabilité populationnelle	60
2. Promouvoir une filière santé innovante	64
2.1. S'appuyer sur la filière santé pour mener la relance économique	65
2.2. Une gouvernance de la filière à affirmer	67
IV. Renforcer les politiques de prévention	72
1. Agir pour la santé mentale de chacun	73
1.1. Avec la crise Covid, une visibilité accrue des enjeux liés à la santé mentale	74
1.2. Un modèle de prise en charge à renouveler en profondeur	77
2. Faire du bien-vieillir un projet de société	84
2.1. Notre système de santé à l'épreuve d'une population vieillissante	85
2.2. Préserver l'autonomie et promouvoir le bien-vieillir	87
Conclusion	94
Remerciements	95

INTRODUCTION

Depuis son commencement en mars 2020, la crise du Covid-19 a bouleversé le quotidien de chacun d'entre nous, interrogeant durablement notre rapport à la santé et nos attentes vis-à-vis du système de soins. La mise sous tension de l'hôpital, l'éloignement des patients chroniques de leurs professionnels de santé et les retards de soins sont autant d'expériences malheureuses qui nous poussent aujourd'hui à tirer des enseignements de cette période.

La crise sanitaire a remis la santé sur le devant de la scène, comme l'a illustré récemment notre Baromètre des Territoires, qui montre que **la santé est une préoccupation majeure pour 37 % des Français**¹. Les différents confinements et l'ensemble des restrictions mises en place depuis le début de la pandémie nous ont rappelé que la santé est indispensable au bon fonctionnement de l'ensemble de notre société. Elle ne peut plus être envisagée en silos mais doit au contraire être pensée de manière globale, en lien avec l'ensemble des politiques publiques.

Les difficultés rencontrées au cours de la crise ont révélé les nombreuses limites de notre système de santé et notre incapacité à appréhender sereinement de futures crises. L'éloignement des patients du système de soins a rappelé leur rôle encore trop passif dans son organisation. L'isolement lié aux longues périodes de confinement a eu des conséquences importantes sur **la santé mentale des Français**². La **crise de vocation chez les soignants** est venue accentuer le problème de l'accès aux soins. Le clivage générationnel entre seniors fragiles face au Covid-19 et jeune génération « sacrifiée » a illustré parfois la stigmatisation du grand âge dans notre société. L'ensemble de ces conséquences indirectes du Covid-19 doivent aujourd'hui être réfléchies.

L'expérience que nous avons tirée de la pandémie a cependant permis d'entrevoir de **nouvelles pistes d'évolution pour notre système de santé**. L'usage croissant du numérique pendant la crise est apparu comme une des réponses possibles au problème des déserts médicaux³. Les débats autour des différentes façons de rendre le vaccin accessible ont montré l'importance de faciliter l'accès des patients aux innovations et à l'information dont ils ont besoin. Enfin, l'arrivée de nouveaux acteurs et de nouvelles initiatives en santé a illustré **le terreau d'innovations que continue à représenter la France**.

¹ Elabe, Institut Montaigne, SNCF, « Une France convalescente, une France du « proche », Baromètre des Territoires 2021, novembre 2021.

² Doctolib, Santé mentale des Français : agir face aux impacts de la Covid-19, février 2021.

³ Fondation Roche, Observatoire de l'accès au numérique en santé, Harris Interactive, mars 2021.

D'un point de vue politique, des messages d'alerte se sont fait entendre, pour continuer à faire vivre le sujet de la santé dans le débat public et permettre une remise en question du fonctionnement de notre système de santé. L'organisation du Ségur de la santé en 2020, les annonces du CSIS 2021, les débats autour du PLFSS 2022, ou encore les Assises de la santé mentale ont été les signes d'une **volonté de refaire de la France une terre d'excellence en matière de soins**. L'horizon de la campagne présidentielle de 2022 laisse présager de nouveaux débats entre les candidats sur les chantiers prioritaires à engager.

Dans ce contexte, l'Institut Montaigne, après un premier bilan paru à l'été 2021⁴, a souhaité proposer **une synthèse des enseignements de la crise sanitaire et présenter un ensemble de propositions visant à répondre aux principaux enjeux qu'elle a soulevés**. Celles-ci s'inspirent notamment des différents rapports et notes publiés ces dernières années dans le domaine de la santé. Si cette réflexion n'entend pas traiter toutes les difficultés rencontrées par le système de santé, elle a pour vocation de **proposer des pistes d'actions et des orientations structurantes pour les politiques de santé de demain**⁵.

⁴ Institut Montaigne, *Quinquennat Macron : le grand décryptage santé*, 2021.

⁵ Pour appuyer ses propositions et leur permettre d'illustrer les préoccupations d'acteurs variés, l'Institut Montaigne a mené, en amont de la rédaction de ce rapport, une consultation auprès de ses adhérents du secteur de la santé et du soin.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

PROPOSITION 1

Faire de la qualité un critère d'évaluation majeur de notre système de soins en créant une task force dédiée à la définition des indicateurs de résultats et en s'appuyant sur ceux développés au niveau international.

PROPOSITION 2

Réformer la pratique et le financement des soins pour en améliorer la qualité en intégrant les indicateurs de résultats dans les mécanismes de rémunération et dans les régimes d'autorisation des activités de soins des établissements de santé.

PROPOSITION 3

Faire de l'inclusion numérique en santé une grande cause nationale en accompagnant les patients et professionnels de santé dans l'identification et l'adoption de solutions numériques pertinentes.

PROPOSITION 4

Intégrer aux études de santé des modules obligatoires de formation à la collaboration et aux outils digitaux de coordination des soins en développant un volet dédié aux solutions numériques de partage de données.

PROPOSITION 5

Développer une stratégie nationale de santé publique pilotée par des données à la fois sécurisées et accessibles afin d'améliorer la coordination des acteurs autour du numérique en santé.

PROPOSITION 6

Faire de « Mon Espace Santé » le levier de démocratisation des usages du numérique en santé et créer les conditions permettant de favoriser l'acculturation numérique de tous les acteurs de santé.

PROPOSITION 7

Engager la grande réforme du système d'évaluation des médicaments pour une meilleure valorisation de l'innovation, favoriser une réévaluation *ad hoc* et par classe thérapeutique.

PROPOSITION 8

Faire de l'ONDAM un véritable outil de pilotage au service de l'innovation en santé, en calquant ses objectifs sur les orientations de santé publique pour mieux prendre en compte les enjeux de long terme.

PROPOSITION 9

Poursuivre l'adaptation territoriale des parcours de soins en développant des expérimentations de responsabilité populationnelle sur trois nouvelles pathologies d'ici 2023.

PROPOSITION 10

Confier à l'Agence de l'innovation en santé la mise en place d'un tableau de bord de la filière santé, permettant de piloter celle-ci à partir d'indicateurs sanitaires, organisationnels et économiques.

PROPOSITION 11

Opérer un choc paradigmatique, en transformant l'Assurance maladie en Assurance santé, afin de mieux intégrer le rôle de la prévention dans les politiques de santé publique.

PROPOSITION 12

Sur le modèle des plans Cancer, lancer un grand Plan santé mentale coordonné par un opérateur de l'État.

PROPOSITION 13

Donner à la médecine de premiers recours les moyens d'intégrer la prise en charge de la santé mentale dans une approche centrée sur les patients, collaborative et non stigmatisante.

PROPOSITION 14

Intégrer aux parcours de soins des temps dédiés à la prévention de la perte d'autonomie : créer une visite de prévention dédiée au bien vieillir à intervalle régulier ; proposer un parcours de prévention spécifique pour les nouveaux retraités les plus modestes ; inciter financièrement à la prévention les professionnels et encourager le développement de projets innovants.

PROPOSITION 15

Augmenter la part des dépenses dédiées à la prévention et instaurer une règle d'or attribuant 1 euro en faveur de la prévention de la perte d'autonomie pour 10 euros de dépenses curatives.

I

IMPLIQUER LES PATIENTS

1. Rendre les patients acteurs de leur santé

L'égal accès aux soins est un principe fondateur du système de santé français, souvent réaffirmé par les porteurs des réformes mises en œuvre ces dernières années. Pour que ce principe soit effectif, il suppose une information claire, complète et transparente, accessible à tous les Français. Aujourd'hui, cette information n'est pas suffisamment organisée et rendue lisible pour les patients.

La structuration des associations de patients dans les années 80, couplée à un accès facilité à l'information, notamment grâce à internet, ont progressivement remis en cause le rapport descendant entre professionnels de santé et patients. Acteurs à part entière du système de santé, les patients ont de nouvelles attentes et l'émergence de la figure du patient-expert invite à penser le rapport entre patient et médecin davantage comme une collaboration. L'essor du numérique en santé ne fait que renforcer cette dynamique en accordant plus d'autonomie aux patients dans le suivi et la gestion de leurs pathologies. La place des patients dans la définition et la co-construction des parcours de soins est dès lors cruciale, comme le soulignait déjà l'Institut Montaigne en 2019 dans son rapport *Système de santé : soyez consultés!*⁶.

1.1. Des indicateurs de qualité encore très incomplets et peu utilisés

Le recours aux indicateurs de qualité des soins est essentiel pour faire des patients de réels acteurs de leurs parcours. Ils leur permettent d'apprécier la valeur du service médical rendu par les soins prodigués au sein d'un établissement, selon des critères qui leur importent et s'adaptent à leur situation particulière.

PROMs, PREMs, CROMs : différents types d'indicateurs de qualité existent

Il existe plusieurs types d'indicateurs de qualité : les indicateurs de résultats, les indicateurs mesurant l'expérience du patient et les indicateurs de processus.

On distingue deux catégories d'indicateurs de résultats : les PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*) et les CROMs (*Clinician Reported Outcome Measures*). **Les PROMs sont mesurés directement par le patient**, ils lui permettent

⁶ Institut Montaigne, *Système de santé, soyez consultés!*, avril 2019.

d'évaluer l'impact d'une prise en charge médicale sur sa qualité de vie. Les critères retenus sont vastes : évolution des symptômes, impact sur la vie sociale, aspect psychologique et aptitude physique. Ces indicateurs sont récoltés *via* des questionnaires de qualité de vie standardisés. **Les CROMs sont quant à eux renseignés par le professionnel de santé.** Il s'agit ici d'évaluer l'état de santé fonctionnel du patient c'est-à-dire la présence ou non d'une détérioration physique du patient. Les CROMs se focalisent ainsi sur la mortalité, la guérison, la gravité des symptômes, l'incapacité ou le handicap du patient lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale à l'aide de tests réalisés avant et après la prise en charge médicale.

Les indicateurs d'expérience, les PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*), s'intéressent à la manière dont le patient a vécu une expérience de soins après une hospitalisation ou une consultation. Ces indicateurs sont mesurés *via* des questionnaires remplis par les patients, et visent à interroger leur expérience vis-à-vis de l'accueil de l'établissement, le confort de la chambre, la clarté des informations reçues, etc.

Enfin, **les indicateurs de processus** évaluent les actions réalisées par les professionnels de santé à chaque étape d'un processus de soins et leur adéquation avec les recommandations formulées par les autorités de santé publique. Il s'agit par exemple de la bonne tenue du dossier médical, des gestes visant à lutter contre les infections nosocomiales, ou encore de la prévention contre les erreurs médicales.

En France, des indicateurs développés par la HAS et récoltés par les professionnels de santé

En France, c'est la Haute Autorité de Santé (HAS)⁷ qui est chargée de définir des indicateurs de qualité pour notre système de santé. Elle collecte également la quasi-majorité des mesures de ces indicateurs, soit plus de 80 indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), répartis en deux catégories⁸ : les indicateurs de mesure mis en place au sein des établissements et les indicateurs de mesure développés au sein de prises en charge spécifiques.

7 La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante à vocation scientifique. Ses principales missions sont d'évaluer les produits de santé en vue de leur remboursement, d'établir des recommandations de bonnes pratiques et de bon usage à destination des professionnels de santé et des usagers, de certifier / accréditer les établissements de santé. [Site internet de la HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has, consulté le 5 décembre 2021].

8 Site internet de la Haute Autorité de Santé : « Les indicateurs en bref », 2021. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2625243/fr/les-indicateurs-en-bref, consulté le 8 décembre 2021].

Ces données représentent essentiellement des indicateurs de processus et d'expérience, mais n'incluent pas le patient dans l'évaluation de sa prise en charge médicale. Les associations de patients ont peu été consultées dans le choix des indicateurs de qualité et de sécurité des soins développés par la HAS. Or, l'absence de PROMs et donc d'indicateurs sur l'impact concret d'une prise en charge ne permet pas d'éclairer les patients sur le choix d'un établissement de santé ou d'un professionnel en fonction des critères qui leur importent.

En 2021, plusieurs chantiers ont été initiés par la HAS pour rattraper le retard de la France sur la question des PROMs, en cohérence avec l'objectif fixé par la stratégie Ma santé 2022⁹. Un rapport¹⁰, publié en juillet 2021, présente les bénéfices liés à la mise en place de PROMs et de PREMs, à partir notamment des observations faites à l'étranger. À la suite de cette publication, **la HAS a lancé une enquête visant à répertorier les initiatives locales et régionales de recueil des PROMs¹¹. Un appel à projets vient compléter cette enquête¹²** : l'objectif est d'étudier la faisabilité d'une généralisation au niveau national d'initiatives locales déjà mises en place. Enfin, la HAS a mis à disposition des professionnels de santé des guides d'aide à l'utilisation des PROMs dans la pratique clinique courante.

Mais le rôle des patients demeure limité dans le développement des indicateurs de qualité de soins

Les indicateurs existants restent pour l'instant incomplets et ne reflètent pas les préoccupations des patients. Ce manque de représentation s'illustre d'ailleurs à travers le faible taux des réponses aux questionnaires existants. En 2020, seuls 34,5 %¹³ des patients interrogés ont répondu au questionnaire e-Satis + 48h MCO¹⁴, une initiative visant à recueillir des indicateurs de satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en médecine, chirurgie et obstétrique. Ce taux de réponse est stable par rapport à l'année 2019 (34,8 %¹⁵) après avoir connu une nette augmentation les deux années précédentes.

9 Ma santé 2022 – Un engagement collectif, septembre 2018.

10 Haute Autorité de Santé, Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements, juillet 2021.

11 *Ibid.*

12 *Ibid.*

13 Haute Autorité de Santé, *Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. Résultats nationaux 2020 concernant les patients hospitalisés plus de 48h en Médecine – Chirurgie – Obstétrique*, janvier 2021.

14 E-Satis est une initiative mise en place par la HAS dont l'objectif est de recueillir des PREMs en mesurant la satisfaction et l'expérience des patients en post-hospitalisation.

15 Haute Autorité de Santé, *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients « e-Satis » Patients hospitalisés plus de 48h dans un établissement de Médecine – Chirurgie – Obstétrique*, décembre 2019.

Pourtant, les patients sont intéressés par le développement d'indicateurs plus représentatifs de leurs attentes et de leurs besoins. Dans le cadre du sondage réalisé par Kantar pour l'Institut Montaigne, **86 % des patients se disent prêts à répondre à un questionnaire d'évaluation de la prise en charge si les résultats de ceux-ci permettent de mieux choisir son professionnel de santé ou son établissement de soins**¹⁶. Près de 96 % des répondants déclarent qu'ils pourraient être incités à répondre à des questionnaires d'évaluation de leur prise en charge médicale si les résultats permettaient d'améliorer la qualité des soins¹⁷. Or, c'est précisément l'objectif que devrait poursuivre la mise en place de nouveaux indicateurs. Les PROMs et les CROMs permettent aux équipes médicales d'évaluer leurs pratiques, de les mettre en perspective avec celles d'autres établissements et ainsi d'échanger, se comparer, pour **améliorer la qualité des soins**.

1.2. Une nécessité d'uniformiser les indicateurs et de définir leur rôle

À l'étranger, de nombreux pays ont déjà mis en place, parfois depuis plusieurs dizaines d'années, des initiatives et des systèmes d'évaluation qui se focalisent sur les résultats cliniques (CROMs) et les résultats rapportés par les patients en termes de qualité de vie (PROMs). Ces données sont publiées de façon exhaustive, transparente et accessible à chacun.

Synthèse des indicateurs existants en Europe et à l'international

	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis	Canada
Date d'initiation	Depuis 2009	Depuis les années 1990	Depuis les années 1970	Depuis les années 1990	Depuis les années 2000
Structure en charge de récolter les données	Organisme à but non lucratif financé par des bailleurs de fonds (DICA : institut néerlandais d'audit clinique ou <i>Dutch Institute for Clinical Audit</i>) en charge de réaliser des audits nationaux pour 21 pathologies permettant la récolte de différents indicateurs de qualité	- Le système national de santé : NHS ou <i>National Health Service</i> - Autres entités publiques (la <i>Care Quality Commission</i> et le <i>National Joint Registry</i>)	Registres Nationaux de Qualité (NQR ou <i>National Quality Registries</i>) financés par le Ministère de la santé et les comtés/régions	Très nombreuses entités publiques ou privées (payeur, institutions, agences gouvernementales, etc.) déployées à l'échelle locale ou nationale	Entités régionales publiques (<i>Statistics Canada, Health Quality Council of Alberta, Edmonton Hearth and Lung Transplant Clinic Project</i> , etc.)
Types d'indicateurs de qualité récoltés					
CROMs ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
PROMs ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
PREMs ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

¹⁶ Étude Kantar – Résultats d'enquêtes « Les Français, le système de santé et les indicateurs de qualité des soins » pour l'Institut Montaigne, mars 2019.

¹⁷ *Ibid.*

	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis	Canada
Date d'initiation	Depuis 2009	Depuis les années 1990	Depuis les années 1970	Depuis les années 1990	Depuis les années 2000
Pathologies couvertes	21 pathologies (cancers, maladie de Parkinson, maladies cardiovasculaires, etc.)	Différentes pathologies cibles selon les entités en charge de récolter les données (chirurgies du genou, de la hanche, de l'épaule, du coude, de la cheville, des varices et hernie)	> 100 registres couvrant différentes pathologies et motifs d'hospitalisations (chirurgies, maladies chroniques, maladies psychiatriques, cancers, etc.)	Différentes pathologies couvertes selon les entités en charge de récolter les données	Différentes pathologies couvertes selon les entités en charge de récolter les données (cancers, chirurgie orthopédique, transplantations, neurologie, etc.)
Caractère obligatoire et intégration dans un mécanisme de remboursement	Non	Oui : obligatoire pour les quatre pathologies cibles (chirurgies du genou, de la hanche, des varices et hernie)	Non	Non : mais modulation du remboursement des professionnels de santé dans certains cas en fonction de la performance	Non
Publication et accès aux résultats pour les patients	Oui : publication annuelle d'un fichier Excel reprenant l'ensemble des données récoltées et disponible sur le site internet : www.zorginzicht.nl	Oui : publication des résultats sur les bases de données du <i>National Health Service</i> (NHS) ou sur les sites internet des autres entités en charge de récolter les données	Oui : publication d'un rapport annuel par registre de données récoltées et accessible sur internet	Oui : publication des résultats des sondages ou scores des questionnaires de qualité de vie disponibles sur les sites internet de certaines entités en charge de récolter les données	Oui : pour certaines initiatives (accès via une plateforme internet sécurisée par exemple)

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

À l'étranger, la mise en place de PROMs et de CROMs a permis d'améliorer la qualité de soins

Aux Pays-Bas, le registre *The Dutch Surgical Colorectal Audit* (DSCA) a été fondé en 2009 à l'initiative de chirurgiens afin d'évaluer et d'améliorer la qualité et les bonnes pratiques des soins hospitaliers dans le cancer colorectal.

Ce registre a permis de recenser des **indicateurs de performance** (indicateurs de processus et de résultats) et des **indicateurs de structures** (volumétrie de patients, accès à l'équipe médicale, etc.). Les résultats des indicateurs sur la période 2009 à 2014 pour les patients atteints d'un cancer colorectal ont démontré une **réduction du taux de complications et une amélioration de la prise en charge des patients**¹⁸. Le DSCA a été le premier registre à publier et à fournir aux assureurs, aux usagers et à l'État des résultats spécifiques pour une pathologie donnée, provenant des centres hospitaliers.

Par la suite, l'institut DICA (Institut néerlandais d'audit clinique) a été créé en 2011 avec pour objectif de répliquer le modèle de DSCA et de l'appliquer à d'autres pathologies. **21 registres ont été créés**. On retrouve entre 50 et 80 indicateurs pour chaque registre dont 40 à 50 % de PROMs. Les registres sont mis à jour chaque année. Ainsi, une **labellisation DICA pour les hôpitaux est synonyme de qualité** : les hôpitaux hors de DICA sont « suspectés » et délaissés par les assurances qui ne leur adressent pas de patients.

En Suède, des **National Quality Registries (NQR)** ont été développés dans les années 1990 afin de récolter des données autour de la qualité et des résultats. Ils ont été créés et portés par la profession médicale (médecins, infirmiers, physiothérapeutes notamment) et sont à présent financés à 70 % par l'État, à travers le *Ministry of Health and Welfare*, et à 30 % par les comtés et régions.

Plus de 100 registres NQR¹⁹ existent actuellement et recouvrent de nombreuses pathologies et motifs d'hospitalisation. **Chaque registre est géré par un ensemble multi-professionnel d'experts et parfois de patients**. Ils répondent à des objectifs et des pathologies différents. Ils servent aussi à développer des statistiques pour appuyer la recherche clinique.

18 Arora J, Van Tuykom B, Stoefs J, Lindqvist L., « Building National Outcomes Registries in the Netherlands: The Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) », London, UK: *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)*, mars 2016.

19 Site internet des National Quality Registries : <https://skr.se/en/kvalitetsregister/hittaregister.54631.html>, consulté le 5 décembre 2021.

Tous les résultats récoltés par les registres NQR sont publiés sous forme de rapports annuels propres à chaque pathologie et facilement accessibles aux patients. Ces rapports sont disponibles sur les sites de chaque NQR et traduits en anglais pour certaines pathologies.

Des initiatives internationales de développement d'indicateurs de qualité existent pour assurer une meilleure comparabilité

L'initiative ICHOM, *International Consortium for Health Outcomes Measurement*²⁰, est une organisation non gouvernementale (ONG) à but non lucratif créée aux États-Unis en 2012. ICHOM développe des indicateurs patients standardisés par pathologie et au niveau mondial dans un **objectif de comparabilité internationale**.

ICHOM reprend le concept de la valeur en santé ou *Value-Based Health Care* (VBHC), qui consiste à **privilégier les indicateurs de qualité fondés sur les résultats pertinents pour les patients**, soit la mesure de la qualité de vie du patient et de l'évolution de ses capacités fonctionnelles, que ce soit dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique ou d'un épisode aigu.

Les principales missions d'ICHOM consistent à :

- **développer des sets d'indicateurs par pathologie** sur la base de résultats qui importent aux patients, c'est-à-dire des sets contenant des PROMs et des CROMs ;
- **diffuser le plus largement les sets d'indicateurs créés** pour que les établissements de soins s'en saisissent ;
- **faciliter la comparaison des établissements de soins entre eux à l'échelle mondiale** à l'aide des indicateurs de qualité standardisés par pathologie. Chaque set d'indicateurs ICHOM comporte plusieurs variables (comme les facteurs de risques tels que l'âge, le sexe ou les comorbidités d'un patient) qui sont prises en compte pour établir un score d'ajustement au risque patient ou « *case mix* ». Ce score d'ajustement au risque garantit la comparabilité des résultats entre les patients.

Les indicateurs spécifiques développés pour chaque pathologie sont établis par un panel d'experts internationaux mobilisant sociétés savantes, cliniciens, représentants de patients et méthodologistes. **Ces indicateurs sont publiés en ligne²¹ et donc accessibles à tous.** Les taux de réponse moyens des patients aux indicateurs

ICHOM sont supérieurs à 80 %, démontrant l'importance des indicateurs de résultats pour les patients.

Deux propositions pour repenser le rôle des indicateurs dans la construction des parcours de soins

Si des initiatives sont actuellement mises en place par la HAS pour prendre davantage en compte le point de vue du patient dans l'évaluation du parcours de soins, celles-ci demeurent encore incomplètes et n'intègrent pas suffisamment la question du bénéfice clinique pour le patient. À l'international, des nomenclatures existent pourtant déjà.

PROPOSITION 1

Faire de la qualité un critère d'évaluation majeur de notre système de soins en créant une *task force* dédiée à la définition des indicateurs de résultats et en s'appuyant sur ceux développés au niveau international

L'objectif est de mobiliser un groupe de travail réunissant les parties prenantes et les experts, pour définir et valider des sets d'indicateurs de résultats. À partir des travaux de l'Assurance maladie²², il est possible d'identifier huit groupes de prises en charge prioritaires correspondant à 80 % des dépenses de santé : il s'agit des maladies psychiatriques ou traitements psychotropes (22,7 %), des cancers (20,1 %), des maladies cardio-vasculaires aiguës ou chroniques (17,9 %), du diabète (8,6 %), de la maternité (8,5 %), des maladies neurologiques ou dégénératives (7,7 %), des maladies inflammatoires ou rares, VIH ou sida (6,1 %) et de l'insuffisance rénale chronique terminale (4,1 %).

La *task force* aurait pour mission principale l'organisation de la production et de la validation de sets d'indicateurs de résultats pathologie par pathologie. Des groupes de travail associeraient le conseil national professionnel

.../...

²⁰ Site internet ICHOM, <https://www.ichom.org/standard-sets/>, consulté le 8 décembre 2021.

²¹ *Ibid.*

²² Rapport Charges et produits, *Propositions de l'Assurance maladie pour 2022*, juillet 2021.

de la pathologie concernée et les associations représentatives des patients dans l'aire thérapeutique visée, ou des patients désignés par France Assos Santé. Dans un premier temps, la *task force* s'appuierait sur la reprise et la traduction des sets d'indicateurs de résultats existants au niveau international (notamment les sets ICHOM)²³. L'appui sur ces travaux permettrait de faire gagner un temps considérable à la *task force*, aussi bien sur la définition des indicateurs eux-mêmes que sur les modalités d'ajustement des résultats permettant de garantir la comparabilité des pratiques de soins.

Cette définition des indicateurs reste évidemment une première étape qui devra être complétée par le **recueil systématique d'indicateurs de résultats cliniques** auprès des praticiens et des établissements de santé, et d'indicateurs de résultats auprès des patients dans les pathologies cibles. **Les données récoltées devront également être rendues accessibles**, de façon à ce que les patients puissent s'en servir pour choisir leur hôpital ou leur professionnel de santé.

PROPOSITION 2

Réformer la pratique et le financement des soins pour en améliorer la qualité en intégrant les indicateurs de résultats dans les mécanismes de rémunération et dans les régimes d'autorisation des activités de soins des établissements de santé

D'une part, les indicateurs de résultats définis par pathologie dans le cadre des travaux d'identification menés par la *task force* seraient intégrés dans la mesure de la **rémunération** sur objectifs de santé publique (ROSP). À l'hôpital, la rémunération à la qualité des établissements passerait à 5 % du financement des établissements de soins.

D'autre part, des indicateurs de résultats seraient intégrés dans les **autorisations** d'exercice délivrées aux établissements de santé. Certains indicateurs définis par la *task force* se verraient attribuer un niveau plancher déterminant dans le fait de démarrer ou de maintenir une activité spécifique de soins.

.../...

La démarche se concentrera probablement dans un premier temps sur les indicateurs de résultats les plus proches de la sécurité des soins comme par exemple le taux de mortalité ou le taux de réhospitalisation. À terme, l'ensemble des indicateurs de résultats sélectionnés par la *task force* pourraient faire l'objet d'un seuil minimum, en jeu dans l'autorisation d'une activité de soins.

Le manque de ressources humaines et matérielles, ainsi que la dégradation des conditions d'exercice ont conduit de nombreux professionnels de santé à un sentiment de désillusion²⁴ ces dernières années. **Recentrer l'approche du parcours de soins autour de la notion de qualité est une manière de redonner du sens au métier de soignant et de le revaloriser.**

2. Construire des parcours de soins plus lisibles

Les dysfonctionnements liés à l'organisation du système de soins ont été particulièrement révélés pendant la crise sanitaire et posent aujourd'hui la question des réformes prioritaires à engager. Parmi elles, la définition de parcours de soins plus lisibles pour les patients, soutenus par le numérique et davantage orientés vers la prévention, était déjà soulignée par l'Institut Montaigne en septembre 2021 dans sa note *Parcours patient : parcours du combattant ?*²⁵.

2.1. Un manque d'information dommageable pour les patients comme pour les soignants

Lorsqu'on les interroge, les patients français soulignent leurs difficultés d'accès aux soins. Selon une enquête, **plus d'un tiers des Français (37 %) déclare avoir l'impression de vivre dans un désert médical**²⁶ alors que l'analyse statistique fondée sur la densité de médecins permet de conclure que 10 % de la population vit dans un désert médical²⁷. Cet écart entre le ressenti des Français et la réalité démontre que l'accès aux soins ne se résume pas à la proximité géographique avec

²⁴ « Hôpital : des soignants désabusés », *Franceinfo*, 16 juin 2020.

²⁵ Institut Montaigne, *Parcours patient : parcours du combattant ?*, septembre 2021.

²⁶ Fondation Roche, Observatoire de l'accès au numérique en santé, Harris Interactive, mars 2021.

²⁷ Observatoire de la Mutualité Française, « Accès territorial aux soins, les inégalités ne sont pas définitives », octobre 2020.

²³ Ce travail méthodologique a été réalisé par l'Institut Montaigne avec certaines associations de patients, dans le cadre du rapport de 2019 *Système de santé : soyez consultés!*.

des professionnels de santé. Cela souligne aussi les défauts d'organisation d'un système qui attend du patient qu'il soit capable de s'orienter de manière autonome, sans lui donner les informations nécessaires pour trouver à quel professionnel ou établissement s'adresser.

Un parcours de soins aux multiples interlocuteurs

Ce manque d'informations et cette difficulté à s'orienter dans le système de santé sont d'autant plus problématiques que l'augmentation du nombre de patients chroniques va de pair avec la multiplication des interlocuteurs. À titre d'exemple, pour **les personnes souffrant de syndromes parkinsoniens on compte en moyenne 30 intervenants** (1 médecin généraliste, 18 spécialistes, 7 professionnels paramédicaux et 4 autres professionnels)²⁸. L'absence d'informations claires quant au rôle et la complémentarité de chacun et l'ordre dans lequel les consulter, laisse les patients démunis et **nuît à la confiance qu'ils peuvent accorder au système de soins**.

Une perte d'information qui entraîne des erreurs et des coûts

Les difficultés que posent le manque d'informations et de coordination entre les acteurs se répercutent sur la santé des patients et les professionnels de santé eux-mêmes. Les défauts de coordination et de transmission d'information entre professionnels de santé sont à l'origine d'erreurs évitables qui occasionnent chaque année des milliers de morts²⁹. **Ils entraînent ainsi des pertes de chance pour les patients, aussi bien que des pertes de temps et d'énergie pour les professionnels.**

Enfin, la mauvaise organisation de l'offre de soins a des conséquences fortes sur les coûts et les dépenses de santé. Les inefficiences du système sont nombreuses et souvent liées aux dysfonctionnements dans l'organisation et la coordination des soins : non-suivi des bonnes pratiques, redondance des actes, complexité et mille-feuille administratif, sur-prescription³⁰. Selon un rapport de l'OCDE publié en 2017, **ces « gaspillages » représenteraient près de 20 % de nos dépenses de santé**³¹.

28 Institut Montaigne, *Parcours patient : parcours du combattant?*, Septembre 2021.

29 Institute of Medicine, *To err is human: building a safer health system*, Committee on Quality of Health care in America, 1999. Ce rapport estimait qu'aux États-Unis, le nombre de décès liés aux erreurs évitables pouvait représenter 98 000 morts par an.

30 Ainsi, la sur-prescription des médicaments psychotropes chez les personnes âgées et ses conséquences sont régulièrement pointées du doigt, voir par exemple HAS, *Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé*, 2007.

31 OCDE, *Tackling wasteful spending on health*, Report, 2017.

Des tentatives de coordination qui n'ont pas porté leurs fruits

Ces dernières années, de nombreux dispositifs sont nés de la volonté de mieux organiser les parcours et promouvoir la coordination entre professionnels de santé. La stratégie Ma santé 2022 proposait par exemple la mise en place de parcours de soins pilotes pour l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose. L'objectif était de formaliser des guides de prise en charge pour les maladies chroniques³². Ces guides ont été réalisés par les conseils nationaux professionnels (CNP) des cardiologues et des rhumatologues, en collaboration avec le Collège de médecine générale. **La multiplication de ce type d'initiatives s'est toutefois faite sans transversalité, en se cantonnant le plus souvent à une pathologie et en assurant une coordination soit strictement clinique, soit strictement médico-sociale et sociale**³³. Ainsi, ces initiatives ont davantage nui à la lisibilité du système qu'elles ne l'ont améliorée.

2.2. Le numérique comme colonne vertébrale du parcours de santé de demain

La crise sanitaire a nécessité une adaptation forte de notre système de santé pour faire face aux vagues successives et aux conséquences directes et indirectes de la pandémie. Des acteurs privés ou issus de la société civile se sont positionnés pour proposer de nouvelles solutions. **L'usage des technologies de santé a explosé au cours des derniers mois, faisant du numérique une réponse efficace aux problèmes posés pendant la crise**. Pérenniser et accompagner le développement de ces nouveaux usages pourrait permettre de répondre en partie aux principales difficultés d'organisation du système de santé.

Une démocratisation des usages du numérique en santé amenés à perdurer

La crise sanitaire a largement participé à la démocratisation des usages numériques en santé. La téléconsultation en est la meilleure illustration : jusqu'alors très peu utilisée par les médecins généralistes, elle a permis d'assurer la continuité des soins de nombreux patients. L'Assurance maladie indiquait en septembre 2020 que durant le confinement, une consultation sur quatre était une téléconsultation³⁴.

32 Ma santé 2022 – Un engagement collectif, septembre 2018.

33 Institut Montaigne, *Système de santé, soyez consultés!*, 2019.

34 Assurance maladie, « Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée », 16 septembre 2020.

Cette forte augmentation des usages a notamment été rendue possible grâce à différents assouplissements des conditions d'accès, initiés par le décret du 10 mars 2020 qui a permis la prise en charge à 100 % des actes de téléconsultation par l'Assurance maladie.

Le recours accru aux pratiques de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, entre autres) a également permis de lever des freins du côté des patients. Ils reconnaissent aujourd'hui majoritairement l'intérêt de la e-santé : **86 % des Français estiment que son développement est une bonne chose**³⁵.

Au-delà de la crise sanitaire, le numérique en santé est en train de s'installer durablement dans les usages des Français et des professionnels de santé : **3 Français sur 4 pensent que l'utilisation de ces outils permettra d'améliorer leur suivi médical dans le futur**³⁶. Ces pratiques semblent complémentaires de celles déjà existantes : elles permettent aux praticiens d'augmenter leur nombre de consultations et aux patients de trouver un professionnel de santé rapidement et ainsi de réduire considérablement le délai d'attente³⁷.

26

La nécessité de développer des solutions digitales intégrées pour structurer des parcours de soins de la prévention au suivi post prise en charge

Si l'ensemble de ces solutions a permis jusqu'à présent d'améliorer, de compléter et de renforcer certaines étapes du parcours de soins, aucune solution intégrant l'ensemble du parcours n'a encore été développée. **Le numérique présente pourtant un potentiel considérable pour construire de réels « parcours de santé »**, qui accompagnent chaque individu de la prévention au suivi après acte médical et qui mettent en cohérence l'ensemble des acteurs et des étapes du parcours de soins.

Le pilotage par la donnée, notamment à partir des travaux du *Health Data Hub* (détaillés en partie II 1.), permettrait également d'identifier plus spécifiquement les populations à risques (en fonction par exemple des comportements addictifs comme la consommation de tabac) et ainsi de mieux cibler les campagnes de

35 Fondation Roche, Observatoire de l'accès au numérique en santé, Harris Interactive, mars 2021.

36 *Ibid.*

37 Doctolib a ainsi démontré qu'il permettait aux médecins généralistes de réaliser 17,5 % de consultations en plus après un an d'utilisation de ses services (12,8 % pour les médecins spécialistes). Côté patients, Doctolib permet de diviser de 2 à 4 les délais d'attente chez les spécialistes avec par exemple entre 21 et 28 jours pour une consultation ophtalmologique contre 80 jours selon la DREES.

prévention. Il s'agirait ici d'aborder une approche plus personnalisée de pratiques qui existent déjà, à l'image du travail de surveillance syndromique effectué par Santé publique France³⁸. Pour les patients déjà identifiés, l'exploitation des données pourrait permettre de cibler les personnes susceptibles de faire des rechutes ou d'être (ré)hospitalisées afin de leur faire bénéficier de programmes personnalisés et pro-actifs de *care management*. **Le déploiement de campagnes de prévention en ligne permettrait enfin de mieux adresser certains publics et d'adapter les messages**, notamment à destination des publics jeunes.

Le numérique pour améliorer l'accès aux soins et le partage d'informations

Afin de faire du numérique un levier efficace pour faciliter l'accès aux soins et rapprocher les Français de leur système de santé, cela suppose de s'intéresser en même temps au problème de **l'accès au numérique et notamment à l'illectronisme qui touche aujourd'hui près de 17 % des Français**³⁹. Ce sujet, déjà investi par plusieurs acteurs associatifs, doit être encore davantage pris en compte. En France, l'association We Tech Care⁴⁰ développe des programmes et des solutions d'accompagnement visant à réduire le problème de la fracture numérique. Parmi elles, la plateforme « Les bons clics »⁴¹ destinée aux aidants numériques, propose un ensemble d'outils pour mener à bien les missions d'accompagnement au numérique.

Le recours accru au principe de **délégation des tâches** est un autre levier qui doit être activé. Celui-ci consiste en une délégation par les praticiens d'une partie de leurs tâches à d'autres professionnels, de façon à se concentrer sur des actes plus complexes et ainsi mieux répartir la charge de travail. Les expérimentations déjà menées, notamment entre ophtalmologistes et orthoptistes, ont démontré des résultats encourageants en termes de délais d'accès aux soins⁴².

Par ailleurs, une **meilleure transmission des données entre acteurs est synonyme de meilleure prise en charge et de gain de temps considérable**. Aujourd'hui, la très grande hétérogénéité des systèmes d'information comme le manque de portabilité des données et d'interopérabilité des différents logiciels médicaux empêchent le chaînage des informations et la fluidité des prises en charge.

38 Santé publique France, Surveillance syndromique – SURSAUD, juillet 2021.

39 Fondation Roche, Observatoire de l'accès au numérique en santé, Harris Interactive, mars 2021.

40 Site internet de We Tech Care.

41 Site internet Les Bons Clics.

42 SNOF, « Les ophtalmologistes en bonne voie pour le zéro délai à partir de 2022 », Janvier 2019.

27

La généralisation de Mon Espace Santé en 2022 aura notamment pour but de faciliter le partage d'informations et la coordination entre les professionnels de santé en proposant à tous un socle commun. Dans cette même logique, un meilleur partage d'informations aiderait également à dépasser les silos entre ville-hôpital-médico-social et domicile.

Deux propositions pour faire des solutions digitales en santé des outils de coordination des acteurs du parcours de soins

Aujourd'hui encore très dispersés et pensés en silos, les outils digitaux en santé ont pourtant le potentiel de rassembler les acteurs d'un même parcours de soins et de favoriser une action plus concertée à destination des patients.

PROPOSITION 3

Faire de l'inclusion numérique en santé une grande cause nationale en accompagnant les patients et professionnels de santé dans l'identification et l'adoption de solutions numériques pertinentes

Si les solutions de e-santé se sont multipliées, proposant aujourd'hui un choix très vaste aux patients et aux professionnels de santé, le manque de structuration de l'offre rend difficile leur adoption. Face à un large ensemble d'acteurs, dont souvent des *startups* proposant une seule « brique » du parcours, les patients ne disposent pas des informations nécessaires à un choix éclairé des solutions à privilégier pour améliorer le parcours de soins. De plus, le niveau de preuves, souvent très faible sur les applications numériques existantes, en freine l'utilisation et la recommandation par les professionnels de santé qui sont pourtant les premiers prescripteurs d'usages numériques pour les patients⁴³.

.../...

Si le développement des usages du numérique peut être source d'une meilleure coordination des acteurs, d'un meilleur partage de l'information et d'amélioration du suivi des patients, il ne doit cependant pas devenir un vecteur supplémentaire d'inégalité d'accès aux soins. 52 % des Français qui se considèrent comme défavorisés face à l'accès aux technologies numériques se déclarent également défavorisés vis-à-vis de l'accès aux soins⁴⁴. Il apparaît donc nécessaire d'entreprendre des **actions de lutte contre la fracture numérique en parallèle de celles visant à davantage informer les patients sur les solutions digitales en santé**. Faire de l'inclusion numérique en santé une grande cause nationale permettrait de dégager des moyens supplémentaires pour sensibiliser et accompagner les citoyens dans ces nouveaux usages.

1. Développer des initiatives de lutte contre la fracture numérique :

- Multiplier les dispositifs « d'aller vers » à destination des médiateurs ainsi que des conseillers numériques.

2. Guider le choix des patients et des professionnels de santé vers les solutions digitales les plus pertinentes :

- Faire de la partie *store* de Mon Espace Santé, un outil de pédagogie et de recommandations de solutions digitales adaptées aux patients ;
- Mettre en place dans le *store* de Mon Espace Santé des filtres lisibles et axés sur les besoins et les attentes des patients, en concertation avec les associations ;
- Rendre clairs et transparents les critères évalués pour permettre le référencement d'une solution digitale dans le *store* de Mon Espace Santé ;
- Permettre la visualisation, la lecture et le remplissage depuis n'importe quel site internet ayant mis en place le niveau d'authentification nécessaire et permettre aux patients d'extraire et d'utiliser les données disponibles sur Mon Espace Santé sur des services tiers pour la gestion de leur santé.

.../...

⁴³ 43 % des Français déclarent avoir choisi un service numérique suite à une recommandation d'un professionnel de santé, d'après l'Observatoire du numérique en santé mis en place par la Fondation Roche en juin 2021.

⁴⁴ Rapport de l'Observatoire de l'accès au numérique en santé, Fondation Roche, Juin 2021.

PROPOSITION 4

Intégrer aux études de santé des modules obligatoires de formation à la collaboration et aux outils digitaux de coordination des soins en développant un volet dédié aux solutions numériques de partage de données

Le numérique, s'il représente une piste intéressante pour resserrer le maillage des acteurs du système de santé, reste un outil au service de l'humain. **Seule une approche collaborative du parcours de soins peut permettre une amélioration de celui-ci, un meilleur partage de données, et in fine un parcours plus efficace et moins lourd pour les patients.**

L'abondance de professionnels impliqués dans le suivi d'une pathologie chronique participe largement à un parcours de soins tortueux pour le patient qui perd souvent du temps et de l'énergie à coordonner l'ensemble de ces acteurs. Les professionnels n'ont quant à eux pas forcément les outils, mais surtout pas les réflexes nécessaires pour faciliter ce travail. Cette coordination fait pourtant partie intégrante de l'exercice médical et doit par conséquent être intégré dès la formation des professionnels.

1. Systématiser l'enseignement de la e-santé dans les cursus médicaux et paramédicaux :

- Développer un module d'études dédié aux données de santé (analyse, éthique, intelligence artificielle);
- Sensibiliser les étudiants aux enjeux liant fracture numérique et accès aux soins;
- Intégrer la maîtrise des outils digitaux aux items d'évaluation des étudiants.

2. Sensibiliser les professionnels de santé à l'importance du partage et de la prise d'informations par l'ensemble des acteurs tout au long du suivi :

- Développer des partenariats entre les universités de médecine et les écoles de commerce et gestion pour créer des modules dédiés au management et au travail en équipe;

.../...

- Mettre à disposition des modules de formation aux outils numériques en santé pour les professionnels de santé en exercice.

De manière toute aussi importante, l'acculturation aux outils numériques, la formation aux usages de l'IA et de la donnée devront irriguer **l'ensemble des formations d'encadrement en santé**. À l'instar de la transformation opérée par une grande partie du secteur privé au cours des dix dernières années pour faire entrer le digital et l'innovation dans l'entreprise, nous recommandons que **les décideurs administratifs** (directeurs d'agences, directeurs d'établissements de santé et d'établissements médico-sociaux) puissent pleinement s'approprier le numérique et l'usage des données.

Vecteurs de lien, sources d'information et outils d'analyse, les solutions digitales en santé représentent des pistes intéressantes pour répondre aux attentes des acteurs de notre système de soins. Leur mise en place soulève toutefois quelques points de vigilance. Il apparaît nécessaire de réfléchir à **leur bonne intégration au sein des dispositifs déjà existants pour faciliter leur adoption** par les patients et les professionnels de santé.



FAIRE LE PARI DE L'INNOVATION

1. E-santé : augmenter la dose

L'épidémie de Covid-19 a profondément modifié les pratiques et les habitudes en matière de santé, notamment avec un recours plus spontané et généralisé à la téléconsultation et autres solutions de e-santé (voir partie I 2.2.). Dans son rapport *E-santé : augmentons la dose!* de juin 2020, l'Institut Montaigne décrivait une filière du numérique en santé souvent négligée par des barrières tant réglementaires que culturelles, alors qu'elle est structurante pour soutenir l'autonomisation des patients, l'accès à des soins personnalisés, l'amélioration de la prévention et l'efficacité du système de santé dans son ensemble. Alors qu'un nombre important d'initiatives ont été prises au cours du quinquennat, **la France doit continuer à investir pour accompagner le développement de la filière e-santé française.**

1.1. La e-santé, un puissant vecteur de transformation et de croissance

Grâce au numérique en santé, la perspective d'une transformation des pratiques de soin

Comme développé dans la partie précédente, le déploiement des outils numériques en santé simplifie le suivi et la coordination d'un nombre important d'actes médicaux, avec **des bénéfices pour les patients et les soignants.**

Pour les **patients**, le numérique offre des solutions simplifiant considérablement l'accès aux soins, en facilitant l'usage de la télémédecine (voir I.2.) ou en les aidant à devenir des acteurs de leur santé grâce aux applications numériques permettant de suivre leur maladie, notamment pour ceux atteints de maladies chroniques, d'adopter des approches préventives et d'être mieux informés. Co-conçus avec des médecins pour faciliter le suivi autonome, les *chatbots* intégrant des modules interactifs d'intelligence artificielle (IA) permettent aux patients de mieux comprendre leur maladie, de la surveiller et de contacter rapidement leur médecin lorsque cela est nécessaire ou urgent.

Pour les **soignants**, le numérique offre des outils de surveillance sanitaire très intéressants. Ainsi, le réseau de surveillance SURSAUD⁴⁵ (Surveillance sanitaire des

⁴⁵ Santé publique France, Surveillance syndromique SURSAUD, décembre 2021.
<https://www.santepubliquefrance.fr/surveillancesyndromique-sursaud-R>

urgences et des décès) permet de centraliser les informations émanant de plus de 600 centres d'urgence, afin de détecter et d'investiguer les risques sanitaires. Autre exemple, l'automatisation des chaînes logistiques dans les hôpitaux permet d'améliorer la performance et la disponibilité des équipes, du matériel et des plateaux techniques. L'automatisation de la logistique des soins représente un levier puissant d'amélioration de la performance des établissements de santé (pour lesquels le coût des activités logistiques représente entre 30 % et 45 % du budget opérationnel), de la qualité de la prise en charge des patients ainsi que de leur satisfaction⁴⁶. Un autre exemple marquant est celui des systèmes d'aide à la décision médicale, qui permettent de générer automatiquement des tableaux de bord qui peuvent être partagés avec les équipes soignantes afin d'analyser plus finement les usages et l'application des bonnes pratiques⁴⁷.

Les données au cœur des promesses du numérique en santé

La généralisation des outils numériques, à commencer par les interfaces virtuelles de nos ordinateurs et de nos smartphones, génèrent au quotidien des quantités massives de données dont beaucoup peuvent avoir un usage à des fins médicales. Au cœur des promesses de la révolution numérique en santé se trouvent les bases de données. La valeur de celles-ci dépend de leur taille (plus une base de données est grande, plus elle permet de lisser les anomalies statistiques et d'affiner les analyses) et des conditions d'accès pour les acteurs privés et publics qui les utilisent. Ceci explique que les conditions de collecte et de stockage de ces données constituent un enjeu essentiel : **elles doivent être à la fois protégées du fait de leur caractère personnel ou stratégique, tout en étant utilisables par les acteurs publics et privés du secteur de la santé pour favoriser l'innovation et en tirer tout le potentiel de création de valeur médicale et économique.**

La France est à cet égard particulièrement précautionneuse et son fichier unique national, le **Système national des données de santé (SNDS)** ne contient que les données médico-administratives comme les registres de l'Assurance maladie. Les données liées aux actes de soins sont quant à elles beaucoup plus hétérogènes et disparates, variant en fonction de l'établissement de santé concerné. Dans un contexte de concurrence internationale accrue entre les acteurs et de risque de conflits de normes, **la souveraineté européenne autour des données de santé constitue un défi majeur.**

⁴⁶ Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose!*, Juin 2020, p. 83.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 94.

La protection juridique des données : un équilibre à trouver entre protection et inertie

Les données de santé représentent un sujet sensible, comme l'ont révélé les inquiétudes entourant le stockage de données de patients français par des entreprises américaines. En effet, la loi américaine (le *Clarifying Lawful Overseas Use of Data*, ou *Cloud Act*) offre la possibilité pour les autorités américaines de **réquisitionner l'accès aux données détenues par des opérateurs de communications électroniques et des prestataires de stockage cloud soumis à la juridiction américaine, même lorsque ces données sont physiquement stockées en dehors des États-Unis.**

En France, le sujet des stockages des données fait l'objet d'un encadrement strict dans le cadre du **Règlement Général sur la Protection des Données** (ou RGPD), du 25 mai 2018, et de la Loi Informatique et Libertés, dans sa version actuelle. Le RGPD inclut les données de santé dans la catégorie des données « particulières », couramment appelées « données sensibles », lesquelles bénéficient d'une protection renforcée. La loi Informatique et Libertés interdit ainsi le traitement de ces données en dehors de cas énumérés de manière limitative, ce qui complique significativement l'usage des données des patients dans le cadre de la recherche clinique. **Le consentement du patient doit être libre, éclairé, spécifique et univoque afin de garantir que la personne concernée consente à une utilisation de ses données, sans y être contrainte, et en étant en mesure de connaître et comprendre l'étendue des traitements de ses données.** Par ailleurs, le consentement doit être donné finalité par finalité, ne doit pas se confondre avec d'autres questions en cas de collecte par formulaire et doit être donné par une personne de 15 ans ou plus, et pouvoir être retiré à tout moment⁴⁸.

Le système de santé français est ainsi riche en données mais pauvre en informations. En effet, les systèmes de données ne se parlent pas entre eux : l'Assurance maladie possède des données liées à la facturation mais ne sait rien de la qualité d'une prise en charge médicale. La mise en œuvre du *Health Data Hub* a pour ambition d'élargir les données du Système national des données de santé (SNDS).

⁴⁸ Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose!*, Juin 2020.

Le **Health Data Hub** est chargé de « réunir, organiser et mettre à disposition les données du Système national des données de santé mentionné à l'article L.1461-1 du code de la santé publique et de promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé »⁴⁹. Il fédère des projets de santé autour de l'accès à des données anonymisées. Sa mise en place fait suite aux préconisations du rapport du député Cédric Villani, remis en mars 2018, et intitulé *Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne*⁵⁰. En mai 2021, le Hub avait accompagné « une quarantaine de projets, dont une vingtaine a été sélectionnée par le biais d'appels à projets »⁵¹.

Les données de santé récoltées, à travers le *Health Data Hub* notamment, devront permettre un pilotage plus précis du système de santé⁵² grâce à une analyse affinée des besoins et des ressources allouées à chaque objectif.

La France s'apprête à franchir une nouvelle étape en ce qui concerne son implication dans la définition de la politique européenne relative au partage de données de santé à des fins de recherche. Elle va, à travers le HDH, prendre la tête d'un consortium candidat à **la préfiguration de l'Espace Européen des Données de Santé (EHDS)**⁵³.

Le numérique en santé : un fort potentiel de création de valeur

Une véritable filière de la e-santé est en train d'émerger en France : de nombreux acteurs du secteur privé, grands groupes, PME ou *startups*, proposent des solutions adaptées aux besoins des patients et des professionnels de santé. Ces solutions se sont encore multipliées et déployées avec la crise sanitaire liée au Covid-19, montrant l'importance des collaborations public-privé à tous les niveaux⁵⁴.

Cette filière émergente constitue un relais de croissance important, puisqu'un chiffre de McKinsey publié dans le rapport de l'Institut Montaigne évaluait les **gains d'efficience à un montant estimé entre 16 et 22 milliards d'euros par an**⁵⁵.

49 Article L1462-1 – Code de la santé publique, chapitre 2, consulté le 9 décembre 2021. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886833/

50 Vilani et al., « Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne », site vie-publique.fr, mars 2018.

51 « Où en est le Health Data Hub ? », *Usine digitale*, mai 2021.

52 *Ibid.* p. 13.

53 « La France prend la tête d'un consortium candidat à la préfiguration de l'EHDS », site du Health Data Hub, décembre 2021. <https://www.health-data-hub.fr/actualites/hdh-ehds>

54 *Ibid.* p. 20.

55 McKinsey & Company, 2019 in Institut Montaigne, *E-Santé : augmentons la dose!*, Juin 2020.

Au niveau mondial, le marché de la santé numérique est estimé à 234,5 milliards de dollars d'ici 2023⁵⁶. Pour tirer parti de ce potentiel, l'Institut Montaigne identifie cinq axes de transformation :

- **L'autonomie des patients** (voir 1.2), grâce à des solutions digitales leur permettant de suivre leur maladie et d'interagir avec le système de soins grâce à des outils comme des applications mobiles ou des *chatbots* appuyés sur l'intelligence artificielle par exemple (potentiel de création de valeur estimé entre 3,3 et 4,7 milliards d'euros annuels) ;
- **La dématérialisation et les échanges des données entre professionnels de santé**, qui permettent un meilleur suivi, un meilleur accès, une meilleure coordination des soins et l'optimisation des coûts de gestion (potentiel de création de valeur estimé entre 3,4 et 4,7 milliards d'euros annuels) ;
- **La télémédecine**, qui facilite l'accès aux soins à travers des canaux multiples (potentiel de création de valeur estimé entre 3,7 et 5,4 milliards d'euros annuels) ;
- **L'automatisation des structures de soins**, qui permet aux établissements d'améliorer la performance et la disponibilité des équipes, du matériel médical et des plateaux techniques (potentiel de création de valeur estimé entre 2,4 et 3,4 milliards d'euros annuels) ;
- **La transparence et l'aide à la décision**, qui s'appuient sur des solutions d'intelligence artificielle pour diminuer des risques d'erreur ou de retard au diagnostic et augmenter la fiabilité et la sûreté globale des processus (potentiel de création de valeur estimé entre 3,3 et 4,2 milliards d'euros annuels)⁵⁷.

1.2. Des freins à lever pour tirer tout le potentiel du numérique en santé

La santé numérique promet de révolutionner les soins. Pour autant, des obstacles demeurent : incomplétude des bases de données disponibles, difficultés à identifier et à extraire les données pertinentes ainsi qu'à partager les informations, structures et réglementations parfois peu adaptées et insuffisamment tournées vers l'innovation. En effet, **malgré la richesse de ces bases de données notamment médico-administratives, le pilotage du système de santé français s'adapte avec difficulté aux évolutions extrêmement rapides des besoins**, bien que ce quinquennat ait été l'occasion d'un certain nombre de mesures visant à développer les possibilités de la e-santé française.

56 Bpifrance, « E-santé : vers un marché de 234,5 milliards de dollars », décembre 2019.

57 Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose!*, Juin 2020, p. 11.

Les freins au déploiement de la e-santé en France

La France dispose désormais d'un certain nombre d'outils numériques sur lesquels les acteurs de santé peuvent s'appuyer, à l'image de Mon Espace Santé qui prévoit notamment une offre de services numériques de santé développés par des tiers et contrôlés par l'État. Pourtant, **le secteur de la santé reste l'un des secteurs de l'économie les moins digitalisés**. L'absence d'une filière e-santé visible et unie en France constitue un des défis majeurs pour permettre une digitalisation puissante. Cette filière en devenir fait face à de nombreux conservatismes et silos et se voit trop souvent freinée par **le poids des réglementations, les barrières culturelles et les contraintes financières**⁵⁸.

À l'occasion de la préparation de son rapport sur le sujet de la e-santé⁵⁹, l'Institut Montaigne avait auditionné plus d'une centaine d'acteurs de la santé qui avaient partagé les différentes problématiques rencontrées. Celles-ci sont d'ordre culturel, réglementaire et administrative :

- Des **barrières à l'utilisation des données de santé** pour appuyer les décisions publiques, dues à un manque de confiance des acteurs, à un investissement insuffisant dans les systèmes d'information en ville comme à l'hôpital et dans le médico-social, ainsi qu'à des problématiques techniques liées au manque d'ouverture et d'interopérabilité des systèmes.
- Des **dispositifs de financement de l'innovation** insuffisants, résultant principalement d'un pilotage incohérent et d'une politique d'achat dans les établissements de soins insuffisamment tournée vers l'achat innovant.
- Une **filière e-santé** hétérogène et peu structurée, composée d'une multitude d'entreprises de secteurs et de niveaux de maturité différents (*startups*, PME, grands groupes, etc.).
- Une **gouvernance de l'innovation** en santé éclatée et une multitude de parties prenantes, ce qui rend peu lisibles les dispositifs d'accompagnement pour les acteurs, au niveau régional et national.
- Un **cadre d'évaluation** peu adapté aux solutions d'e-santé et impliquant insuffisamment les patients.

⁵⁸ *Ibid*, p. 12.
⁵⁹ *Ibid*, p. 103.

Des chantiers ouverts lors de ce quinquennat, à poursuivre et à accélérer

a) La Feuille de route du virage numérique

Avec **la feuille de route du virage numérique annoncé en 2018**⁶⁰, le gouvernement fixait cinq grandes orientations pour la e-santé afin d'accélérer le virage numérique en santé, supervisé désormais par la Délégation du numérique en santé (DNS) :

- Renforcer la gouvernance du numérique en santé ;
- Intensifier la sécurité et l'interopérabilité du numérique en santé ;
- Accélérer le déploiement des services numériques socles ;
- Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé ;
- Soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs.

b) Le Ségur de la santé et Mon Espace Santé

Le deuxième moment clé du quinquennat en termes d'initiatives numériques a été la signature des accords du **Ségur de la santé**, consultation des acteurs du système de soin français qui comprenait un important volet numérique⁶¹, avec l'objectif de généraliser le partage de données entre professionnels et patients. Toujours piloté par la Délégation du numérique en santé (DNS), ses financements se répartissent en un volet « équipement » ainsi qu'un volet « usages », dotés respectivement d'un budget de 465 millions d'euros et de 210 millions d'euros⁶².

Au centre de ce deuxième volet se trouve **Mon Espace Santé**, au service d'un suivi amélioré pour les patients et les soignants. Espace numérique centralisé et sécurisé à destination de tous les Français, annoncé à l'occasion du Ségur de la santé, Mon Espace Santé regroupe les informations de chaque patient. Ce qui change par rapport aux précédents projets de dossier médical connecté, c'est que Mon Espace Santé est créé automatiquement pour l'intégralité des Français. Chaque Français sera donc doté « par défaut » d'un espace santé numérique, même si chacun pourra s'opposer à la création de son compte sous 40 jours, après réception de sa notification de création.

⁶⁰ Agence du numérique en santé, Feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé », décembre 2019. <https://esante.gouv.fr/viragenumerique/feuille-de-route>

⁶¹ Ministère des Solidarités et de la santé, *Lancement opérationnel du volet numérique du Ségur de la santé : 2 milliards d'euros pour généraliser le partage des données de santé*, juillet 2021.

⁶² « Ségur numérique : une instruction détaille la mise en œuvre du « financement à l'usage » des établissements de santé », *TICsanté*, juillet 2021.

La généralisation de cet outil à toute la population va permettre de changer de dimension et de générer, collecter, organiser des données d'une grande fiabilité, offrant ainsi des perspectives nouvelles pour le développement d'applications de services de santé. Aussi, un *store* permettra de référencer les services tiers qui respectent un certain nombre de normes de qualité, ce qui incitera à professionnaliser les applications santé et donc à fiabiliser les données échangées. Outre le catalogue de ces services de santé, cet espace offre également des **services de stockage et de partage de documents** comme des ordonnances médicales, une **messagerie sécurisée** pour les échanges avec les professionnels de santé, une version améliorée du **Dossier Médical Partagé** (DMP) ainsi qu'un **agenda**. Son lancement prévu en 2022 fait suite à une phase de test en Haute-Garonne, en Loire-Atlantique et dans la Somme.

c) La stratégie d'accélération « Santé numérique »

Enfin, la dernière action importante sur le numérique pendant le quinquennat a été le Plan innovation santé 2030, qui reprend et complète les objectifs de la feuille de route du virage numérique. Annoncé à l'occasion du Comité stratégique des industries de santé (CSIS) du 29 juin 2021, il s'agit cette fois d'une **stratégie d'accélération « Santé numérique »** visant à accompagner et renforcer les mesures du **Plan France Relance** et du **Programme d'investissements d'avenir** désormais associés au plan **France Innovation 2030**. Ses cinq axes sont les suivants :

- Développer la formation, la confiance des acteurs et l'attractivité professionnelle du secteur ;
- Préparer la future génération des technologies clés en santé numérique et faciliter le transfert rapide des résultats de recherche ;
- Soutenir la maturation des projets structurants et renforcer l'avantage stratégique (données, IA, cyber sécurité) ;
- Accompagner la mise en œuvre d'expérimentations en vie réelle et la conduite de premières étapes industrielles ;
- Favoriser les conditions de la réussite d'un déploiement à grande échelle.

Ces trois moments clé du quinquennat ont permis des avancées opérationnelles, avec la mise en place de plateformes importantes qui offrent des outils de suivi aux autorités ainsi qu'une base de développement économique importante pour les entreprises du secteur. Cependant, certaines caractéristiques structurelles de l'organisation de la santé numérique française continuent de faire obstacle à une utilisation optimale de ces outils.

Deux propositions pour faire de la France un pays leader dans le déploiement de la santé numérique

À la fin d'un quinquennat qui a vu de nombreuses initiatives voir le jour, l'État doit désormais endosser un rôle plus stratégique, à même de favoriser le développement de l'écosystème français de la santé numérique.

PROPOSITION 5

Piloter le système de santé grâce à la donnée en améliorant la coordination des acteurs du numérique en santé avec de nouveaux outils

S'il existe aujourd'hui de nombreuses initiatives en place pour accélérer le déploiement de la santé numérique en France, il apparaît important de **les consolider autour d'un tableau de bord permettant de s'appuyer sur les données accumulées pour définir les orientations stratégiques en santé**. Pour aller plus loin et devenir un pays en capacité de placer ses acteurs en santé parmi les références de la **filiale e-santé mondiale**, la France doit maintenant :

- consolider les nombreuses initiatives développées au cours de ce quinquennat autour d'une **vision collective et interministérielle lisible** ;
- développer une **stratégie nationale de santé publique** pilotée par des données à la fois sécurisées et accessibles *via* un *Health Data Hub* indépendant et donc plus accessible : en pratique, les projets pouvant bénéficier d'un accompagnement du *Hub* sont aujourd'hui sélectionnés par voie d'appel à projets⁶³. Il faudrait faciliter l'accès aux données de santé aux acteurs de l'écosystème, publics comme privés, dès lors qu'un cadre strict sécurise les méthodes d'anonymisation des données personnelles sensibles, partagées avec l'accord préalable des citoyens.

À ce titre, le décret dit SNDS d'application de la loi Organisation et Transformation du Système de Santé a été publié le 29 juin 2021. Il revoit les modalités de gouvernance et de fonctionnement du SNDS dont le périmètre avait

.../...

⁶³ Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose!*, juin 2020.

été étendu à de nouvelles bases de données par la loi⁶⁴. Ce renforcement des compétences du HDH devra être accompagné d'obligations accrues de protection du patrimoine de données, de valorisation public/privé et des exigences devront être posées quant à la souveraineté et localisation des données⁶⁵.

PROPOSITION 6

Faire de « Mon Espace Santé » le levier de démocratisation des usages du numérique en santé et créer les conditions permettant de favoriser l'acculturation numérique de tous les acteurs de santé

La généralisation de cet outil à toute la population va permettre de changer de dimension et de générer, collecter, organiser des données d'une grande fiabilité, offrant ainsi des perspectives nouvelles pour le développement d'applications de services de santé.

Il est nécessaire d'utiliser Mon Espace Santé pour créer une culture commune et collective de l'usage des données de santé, qui pourra s'appuyer sur **des initiatives de formation ciblées, pour le grand public**. Ceci permettra également d'impliquer directement les patients dans la démocratisation de cet outil et de l'usage des données de santé.

Il est en effet urgent de prendre des mesures qui permettent de rassurer l'opinion publique sur **le bien-fondé du partage de données de santé et communiquer sur des cas d'usage**. Ainsi, nous recommandons **la création d'un observatoire des usages de la donnée de santé** géré par des membres de la société civile (associations de patients, fédérations de médecins, etc.) afin de régulièrement rendre public l'usage qui est fait des données pour la recherche, le suivi des patients, l'amélioration des prises en charge, etc.

.../...

La diffusion de la pratique numérique permettrait par ailleurs de développer une **base de données en « vie réelle » susceptible de guider les décisions publiques** et d'orienter les autres chantiers, à l'image de celui de la réforme de l'évaluation (voir proposition 7).

2. Faciliter l'accès à l'innovation thérapeutique

En septembre 2019, l'Institut Montaigne publiait son rapport *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*. Celui-ci décrivait un système d'évaluation et d'accès aux médicaments aux qualités reconnues, comme un reste à charge parmi les plus faibles d'Europe⁶⁶, mais de moins en moins attractif pour les industries de santé.

Si la France a longtemps fait office de pionnière de l'accès précoce aux traitements, **les délais d'accès se sont fortement allongés ces dix dernières années, ce qui fait aujourd'hui de la France le 21^e pays en Europe en termes de délais d'accès⁶⁷**. Au cours de ce quinquennat, le gouvernement a annoncé une série de réformes afin de faciliter l'accès des patients aux traitements innovants, avec l'objectif de renouer avec sa position de leader européen.

2.1. Délais et équité d'accès aux traitements innovants : enjeu stratégique pour les industriels, sujet majeur pour les patients

À l'occasion du CSIS 2018, la France avait affiché des objectifs ambitieux, notamment concernant les délais d'accès aux médicaments innovants. Dans ce domaine où elle fut pionnière de l'accès précoce avec l'introduction du système des autorisations temporaires d'utilisation (ATU), la France, qui est actuellement au 21^e rang en Europe pour les délais moyens d'accès au marché, accuse désormais un retard important vis-à-vis de ses voisins comme l'Allemagne (première), l'Angleterre (septième) ou l'Italie (dixième), **résultat d'un système complexe et de temps de négociations particulièrement longs**. Les efforts entrepris ces dernières années laissent toutefois espérer une diminution des délais d'accès.

⁶⁶ Le reste à charge : définitions et comparaisons, Actualité et dossier en santé publique, Haut Conseil de la Santé Publique, n° 102, mars 2018.

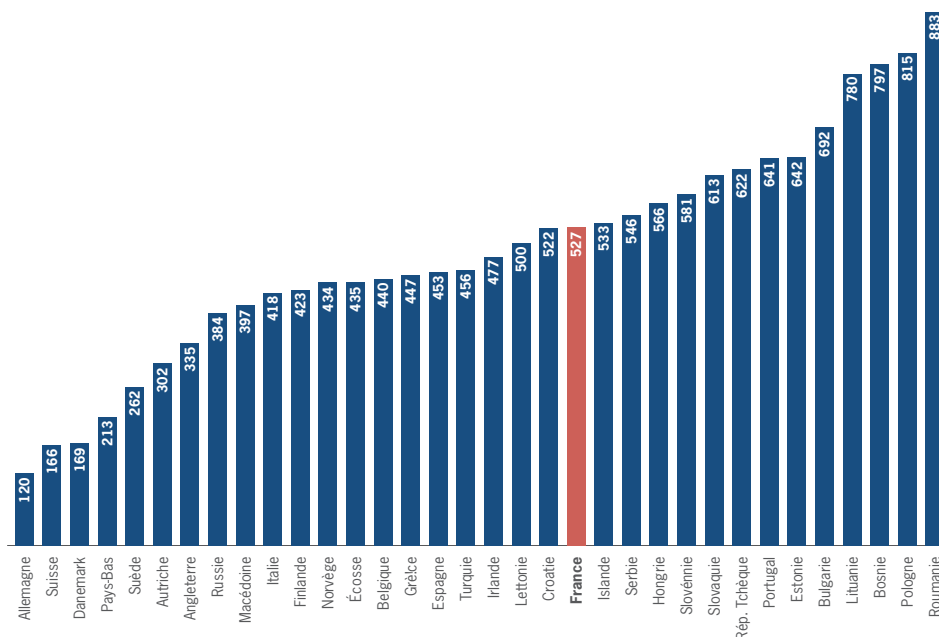
⁶⁷ Voir encadré suivant.

⁶⁴ Site du Health Data Hub, <https://www.health-data-hub.fr/actualites/decret-snds>, consulté le 10 décembre 2021.

⁶⁵ Ibid, p. 169.

Délai moyen d'accès au marché⁶⁸

Prix et remboursement en nombre de jours



NB : ne tient pas compte des produits ayant été sous ATU/post-ATU.

Source : LEEM, *Économie, Accès au marché*, 2021⁶⁹.

Des essais cliniques à la mise à disposition des traitements pour les patients : le parcours du combattant de l'accès au médicament innovant

L'accès d'un nouveau traitement sur le marché se décompose en plusieurs étapes. Alors que l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est délivrée au niveau européen, la procédure d'HTA (*Health Technology Assessment* – l'évaluation des produits de santé), l'accès au remboursement et la fixation du prix sont effectués au niveau national, au sein respectivement de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Comité économique des produits de santé (CEPS) en France.

68 Nouvelles entités chimiques ayant obtenu une première autorisation de mise sur le marché en 2016 et 2019 ; évaluation du délai moyen entre l'obtention de l'AMM et la commercialisation.

69 Patient W.A.I.T. Indicator – EFPIA, avril 2021.

• Les essais cliniques

Il existe trois phases principales dans le cycle de vie d'un médicament : la recherche fondamentale et préclinique, la recherche clinique, première voie d'accès aux traitements pour les patients, et enfin l'accès au marché et la pharmacovigilance. Il est important de noter que ce « cycle de vie » d'un médicament commence dès le dépôt du brevet de propriété intellectuelle, qui octroie une exploitation commerciale exclusive du médicament pour vingt ans (en sachant qu'il s'écoule près de 15 ans⁷⁰ entre la dépose et l'arrivée dudit traitement sur le marché).

• L'autorisation de mise sur le marché (AMM) au niveau européen

L'autorisation de mise sur le marché, ou AMM, constitue une étape cruciale dans la vie commerciale d'un médicament. Pour des raisons de simplicité administrative, la procédure la plus souvent utilisée est centralisée au niveau européen, avec un délai d'obtention réglementaire de 210 jours, bien que des retards soient régulièrement constatés⁷¹. Cette autorisation concerne tous les pays membres, et dépend de l'Agence européenne du médicament (EMA) qui rend sa décision sur la base des données scientifiques obtenues pendant la phase d'essais cliniques.

• L'évaluation des médicaments par la HAS

La HAS a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. C'est une autorité indépendante qui a pour mission de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins au bénéfice des patients. Elle est notamment en charge de l'évaluation des médicaments à travers la Commission de la Transparence (CT). Cette évaluation se fonde sur deux critères : le Service médical rendu (SMR) et l'Amélioration du service médical rendu (ASMR) :

- **Le SMR**, réévalué tous les cinq ans, évalue la performance « absolue » du médicament. **Il existe quatre niveaux de SMR qui donnent chacun droit à un certain taux de remboursement**, permettant ainsi de partager les coûts entre l'Assurance maladie et les assurances complémentaires.

70 Inserm, « Développement du médicament de l'éprouvette à la pharmacie », 2017.

71 LEEM, *Économie, « HubPME : quels sont les délais constatés pour obtenir une AMM, un prix ? »*, 2019.

Service médical rendu (SMR)	Taux de remboursement par l'Assurance maladie (hors ALD – Affection Longue Durée)
Majeur ou important	65 % ou 100 %
Modéré	30 %
Faible	15 %
Insuffisant	Pas de remboursement

- **L'ASMR** évalue la performance « relative » du médicament par rapport à un « comparateur » bien spécifique. **Il existe cinq niveaux d'ASMR qui ont une implication directe sur le niveau de prix auquel le laboratoire pharmaceutique peut prétendre**⁷².

Niveau d'ASMR	Impact sur le prix
ASMR I	Éligibilité à la procédure de « dépôt de prix » (article 8 de l'accord-cadre).
ASMR II	Garantie de prix européen : prix non inférieur au prix le plus bas pratiqué en Allemagne, Royaume-Uni, Italie et Espagne pendant cinq ans (article 9 de l'accord-cadre).
ASMR III	Pas de garantie de prix européen.
ASMR IV	Le prix peut toutefois être plus élevé que celui de ces comparateurs directs.
ASMR V	Le médicament n'est inscrit sur la liste des médicaments remboursés que si son prix est inférieur à celui de ses comparateurs.

Source : Institut Montaigne, *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*, 2019⁷³.

• La fixation du prix par le CEPS

La détermination du prix d'un médicament résulte d'une négociation entre le fabricant et le Comité économique des produits de santé. Cette phase de négociation est décisive pour toutes les parties prenantes du système de santé :

- le **payeur**, représenté ici par le Comité économique des produits de santé (CEPS), doit en effet composer avec des contraintes budgétaires strictes qui encadrent ses dépenses, définies en France par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) votée par le Parlement ;

- pour le **laboratoire**, l'enjeu est de couvrir les dépenses engagées en recherche et développement (R&D) ainsi que pour les essais cliniques, et de pouvoir continuer à investir pour l'innovation ;
- enfin les **patients** sont directement concernés, quand l'accès au traitement est retardé par des négociations de prix qui mettent trop de temps à aboutir.

Une fois les négociations terminées et le prix fixé, le Ministère de la santé inscrit le médicament sur la liste des spécialités remboursables pour les médicaments distribués par les pharmacies de ville et délivre un agrément aux collectivités publiques pour les médicaments distribués en pharmacie d'hôpital⁷⁴.

Les délais d'accès, enjeu déterminant pour les laboratoires et les patients

Les délais d'accès au marché sont un élément essentiel pour les laboratoires pharmaceutiques, qui souhaitent tirer le meilleur parti de la période d'exclusivité commerciale d'un traitement que leur octroie leurs brevets. **C'est aussi une préoccupation pour les patients.** En effet, un délai d'accès plus court peut potentiellement répondre à des urgences vitales ou à l'absence de solution thérapeutique pour des personnes atteintes de maladies rares ou graves⁷⁵. Avec des délais d'accès trop longs, c'est le risque de susciter des « pertes de chance » pour des patients qui ne peuvent pas bénéficier d'innovations thérapeutiques qui auraient pu plus vite les soigner ou améliorer leur prise en charge.

Pour ces raisons, le délai d'accès au marché est un élément essentiel du système de santé, qui joue un rôle prépondérant, tant d'un point de vue politique (pression des patients en attente des meilleurs médicaments) que d'un point de vue économique (course contre la montre lancée dès le dépôt du brevet). Parallèlement, **il convient de garder à l'esprit qu'un prix régulé est un signal qui influe (positivement – c'est le cas pour les médicaments orphelins – ou négativement) sur les orientations stratégiques des acteurs économiques**⁷⁶.

⁷⁴ Ibid, p. 88.

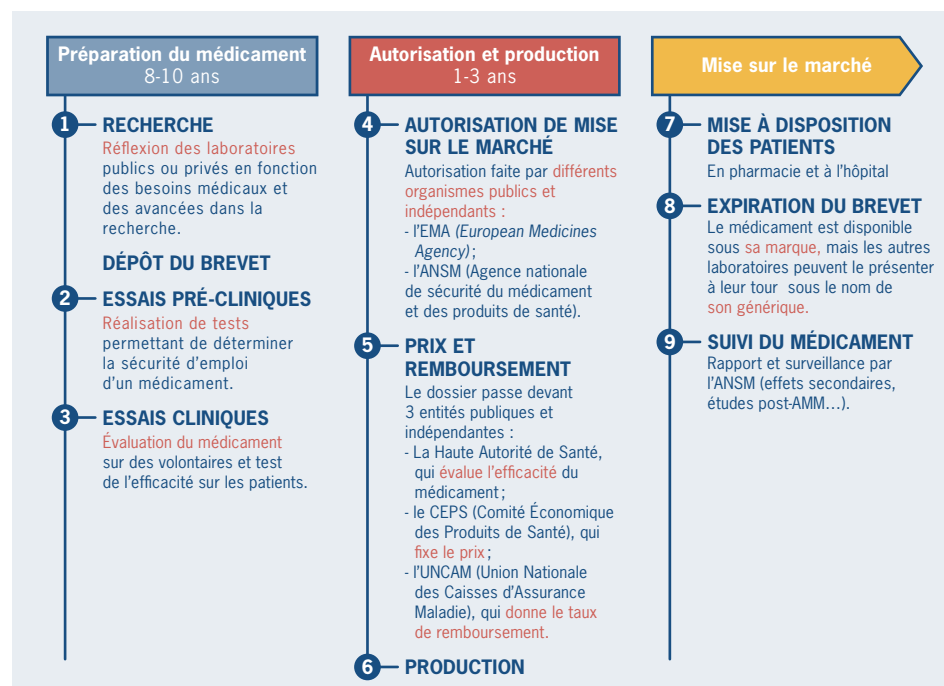
⁷⁵ France Assos Santé, *Transparence sur les délais d'accès aux médicaments « innovants » : une première avancée de la HAS?*, 2020.

⁷⁶ Institut Montaigne, *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*, septembre 2019, p. 32.

⁷² Ibid, pp. 74-76.

⁷³ Institut Montaigne, *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*, septembre 2019, p. 97.

Le parcours du médicament, un processus long et encadré



Source : Institut Montaigne, Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir, 2019.

2.2. Des réformes engagées pour améliorer les délais d'accès au marché

Au fil des années, les délais d'accès se sont allongés en France

Le renforcement des contraintes budgétaires a progressivement débouché sur un environnement réglementaire instable et peu prévisible, ce qui donne peu de visibilité aux investisseurs internationaux. Ainsi, chaque projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) a eu tendance à ajouter de nouvelles dispositions qui viennent complexifier le cadre réglementaire du médicament en France, parfois en contradiction avec les engagements du CSIS : depuis plusieurs années, les dispositifs d'accès et de régulation des médicaments sont revisités régulièrement.

La réforme du système d'accès précoce

Pendant longtemps, la France a disposé d'un système d'accès précoce très efficace : l'Autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Le 8 décembre 1992, cette procédure d'accès à des médicaments en amont de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été créée. Ce mécanisme visait des maladies graves sans alternative thérapeutique⁷⁷ et permettait l'utilisation en France de médicaments n'ayant pas encore obtenu d'AMM mais dont les résultats d'essais cliniques laissaient présumer leur efficacité et leur sécurité. Lors de son introduction, à une époque d'arrivée sur le marché de nouveaux traitements contre le VIH, le système des ATU représentait une avancée considérable permettant aux malades d'accéder rapidement à des médicaments prometteurs. Mais son inconvénient majeur était de s'être considérablement complexifié depuis sa création, et de ne pas avoir su s'adapter à la manière dont le développement des innovations thérapeutiques a évolué. Initialement, le dispositif d'ATU était exclusivement réservé à la première indication d'une molécule, les extensions d'indication ne pouvant donc pas bénéficier de cet accès précoce. La non-éligibilité des extensions d'indications au dispositif d'ATU a posé de nombreux problèmes d'accès pour certaines molécules dans le cancer notamment, dont le principe de développement reposait sur l'extension progressive de ses indications pour traiter différents types de cancers. Si ce problème a été réglé, le dispositif d'ATU a ensuite fortement été régulé et est devenu de moins en moins lisible pour les laboratoires pharmaceutiques⁷⁸.

Lors du PLFSS 2020 pour 2021, le gouvernement a entrepris de réformer le système d'accès précoce, en supprimant l'ancien système des ATU devenu trop complexe. Désormais, pour permettre aux patients un accès plus rapide et donc leur éviter des pertes de chance, certains médicaments peuvent bénéficier soit d'une autorisation d'accès précoce – AAP (pour les médicaments répondant à un besoin thérapeutique non couvert, susceptibles d'être innovants) soit d'une autorisation d'accès compassionnel – AAC (pour un médicament qui répond de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert sans être nécessairement innovant). Ces deux dispositifs visent à simplifier la lisibilité du dispositif d'accès précoce. Il sera nécessaire d'évaluer dans les prochaines années l'impact de cette réforme sur laquelle nous avons pour le moment peu de recul.

⁷⁷ On peut faire un parallèle avec les traitements contre la Covid-19 pour comprendre à quel point l'accès précoce aux traitements constitue un enjeu prépondérant pour les patients. Liste des essais cliniques de vaccins Covid disponibles ici : <https://www.infovac.ch/fr/infovac/actualites/955-vaccins-contre-le-covid-19-liste-des-essais-cliniques>
⁷⁸ LEEM, « ATU : un accès précoce des patients aux médicaments à renforcer ? », *Le médicament et son économie*, 2021. <https://www.leem.org/100-questions/atu-un-acces-precoce-des-patients-aux-medicaments-renforcer>

La mise en œuvre du nouveau mécanisme d'accès direct

Dans son rapport *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir* (2019), l'Institut Montaigne analysait que certains traitements non éligibles au système d'ATU avaient des délais d'accès trop longs entre l'obtention de l'AMM et l'inscription du produit sur la liste des spécialités remboursables, notamment en raison de longues négociations avec le CEPS. Pour y remédier, **une des recommandations du rapport était d'opérer un rapprochement avec le modèle allemand**. Celui-ci permet un accès au marché dès l'octroi de l'AMM, avec un prix libre pendant un an. Pendant cette période, le traitement en question bénéficie d'un remboursement par les assurances maladies et fait l'objet d'une évaluation de son efficacité. À la fin de cette période, soit le traitement intègre une classe thérapeutique (synonyme de remboursement à un prix de référence), soit il fait l'objet d'une négociation, dont la durée ne doit pas excéder un an⁷⁹.

Le CSIS 2021 a été l'occasion de l'annonce de la réforme de l'accès direct⁸⁰ réduisant les délais d'accès pour les traitements innovants hors accès précoce, avec la mise en place lors du PLFSS qui l'a suivi d'un mécanisme d'accès **dès l'avis rendu par la HAS pour les médicaments disposant d'un ASMR compris entre I et IV**. Ce nouveau mécanisme, qui permet d'éviter les délais de négociations de prix post-AMM, prévoit une phase de test de 2 ans. **Ce rapprochement du modèle allemand, salué par l'industrie⁸¹, devrait permettre un accès plus rapide aux traitements pour les patients français et placer la France parmi les références européennes sur le sujet des délais d'accès aux médicaments.**

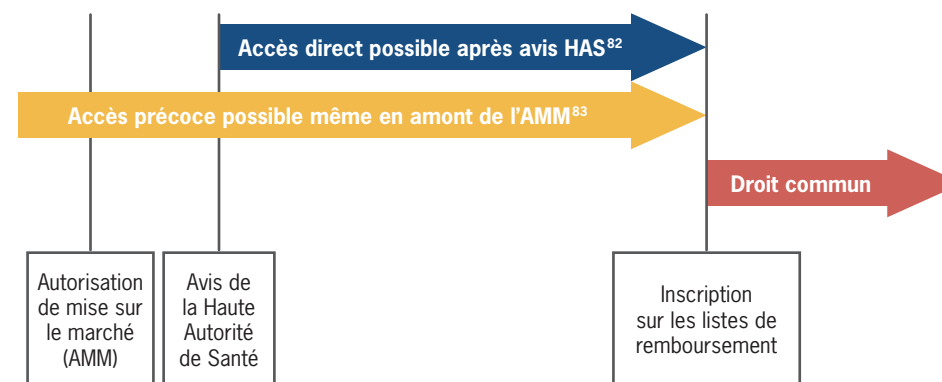
Les réformes récentes des modalités d'accès au marché pour les nouveaux médicaments constituent une avancée réelle pour permettre aux patients un accès plus rapide. Le prochain quinquennat présente l'occasion d'aller plus loin, en proposant en premier lieu une refonte des modalités d'évaluation et de pilotage des dépenses.

79 Gilles Noussenbaum, « Institut Montaigne, s'inspirer du modèle allemand d'accès aux médicaments », *Décision & Stratégie*, 2019.

80 CSIS 2021, dossier de presse, p. 23.

81 LEEM, Communiqué de presse, 30 juin 2021. <https://www.leem.org/presse/cs-is-2021-le-leem-salue-des-annonces-la-hauteur-des-enjeux-et-appelle-une-mise-en-oeuvre>

Processus d'accès au remboursement de nouveaux médicaments



Source : Nouveau système d'accès au marché, PLFSS 2022⁸⁴.

Deux propositions pour améliorer l'accès des Français aux traitements innovants

PROPOSITION 7

Engager la grande réforme du système d'évaluation des médicaments pour plus de clarté et une meilleure valorisation de l'innovation

Les critères d'évaluation de la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé sont hérités d'aménagements successifs de dispositifs mis en place à la fin des années 1940 afin de réguler le marché du médicament. Aujourd'hui, le double système d'évaluation SMR / ASMR rend complexe la lecture des avis et la prévisibilité des mécanismes de remboursement⁸⁵.

.../...

82 Pour les médicaments avec amélioration du service médical rendu et service médical rendu important.

83 Pour les médicaments présumés innovants, dans une maladie grave, rare ou invalidante et sans traitement approprié et dont la sécurité est fortement présumée au regard d'essais cliniques.

84 Ministère des Solidarités et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-plfss-2022-24-09-2021.pdf>

85 Institut Montaigne, *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*, septembre 2019, p. 208.

Ainsi, la réforme de ce système permettrait de remplir plusieurs objectifs :

- **Mieux correspondre avec les innovations d'aujourd'hui** : afin d'apporter plus de visibilité et de prévisibilité aux acteurs, la réflexion initiée par le rapport Polton (voir encadré ci-dessous) doit continuer, avec par exemple le lancement d'une concertation autour d'un groupe de travail réunissant les parties prenantes (comme les associations de patients ou les sociétés savantes), pour définir et valider les meilleurs critères d'évaluation du médicament. Cette nouvelle évaluation pourra intégrer les retours d'expérience développés dans le cadre des parcours patients, ainsi que l'emploi de données numériques plus diversifiées que les seules **données de « vie réelle »**. Au-delà de la simplification du système d'évaluation, il faudra veiller à ce que les indicateurs choisis valorisent mieux certaines caractéristiques de l'innovation thérapeutique, telles que l'impact sur la qualité de vie des patients et l'impact organisationnel.
- **Favoriser une réévaluation ad hoc et par classe thérapeutique afin d'actualiser les stratégies thérapeutiques**. L'évaluation de la HAS doit tendre vers une adaptation plus fréquente des stratégies thérapeutiques en fonction de l'arrivée des innovations et des données de vie réelle. Cela pourrait passer par une réévaluation *ad hoc* par classe thérapeutique, c'est-à-dire pour un ensemble de médicaments visant à traiter la même pathologie. Une meilleure actualisation des évaluations par classe thérapeutique permettrait aussi de favoriser les traitements aux bénéfices thérapeutiques comparables mais avec un impact plus important sur la qualité de vie des patients et l'efficacité globale du système, générant ainsi de nouvelles économies.

.../...

Les pistes envisagées pour la VTR dans le rapport Polton⁸⁶

En 2015, Dominique Polton remettait à la ministre de la santé Marisol Touraine un rapport aussi remarqué que peu suivi d'effets, portant sur la **réforme des modalités de l'évaluation des médicaments**⁸⁷. Ce rapport développait une réflexion intéressante sur les possibilités de réforme du système bicéphale actuel, qui s'appuie sur deux critères : le SMR et l'ASMR (voir supra). Une des recommandations phares du rapport était de donner une place plus importante à l'évaluation comparative au travers d'une ASMR rénovée, la **Valeur Thérapeutique Relative (VTR)**⁸⁸, qui deviendrait le critère d'évaluation unique des médicaments.

Les principales caractéristiques de la VTR seraient les suivantes :

- l'évaluation de la VTR serait d'emblée comparative et permettrait ainsi de positionner directement la valeur d'un nouveau médicament par rapport à ceux déjà sur le marché ;
- la création de la VTR s'accompagnerait d'une refonte des critères d'évaluation afin de prendre en compte à la fois la quantité d'effet par rapport au comparateur (efficacité, tolérance), la pertinence clinique de ces effets, la qualité de la démonstration, les avantages non cliniques (qui doivent encore être explicités) et la couverture du besoin ;
- le remplacement du SMR par la VTR impliquerait également de revoir les taux de remboursement associés (ils pourraient laisser leur place à un taux de remboursement unique) ;
- enfin, une VTR « conditionnelle » pourrait être créée, ce qui permettrait d'évaluer plus rapidement des médicaments sur la base de données précoces et de confirmer ou infirmer a posteriori cette évaluation en fonction de l'analyse de nouvelles données (essais cliniques complémentaires ou données de vie réelle). Cette option soulève cependant la difficile question d'un « prix conditionnel » qui devrait être révisé – à la hausse ou à la baisse – à la levée des conditions.

.../...

⁸⁶ Institut Montaigne, *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*, septembre 2019, p. 80.

⁸⁷ Actuellement membre du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie et présidente de l'INDS et ancienne directrice de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) et directrice de la stratégie, des études et des statistiques au sein de la CNAMTS.

⁸⁸ Dépêche APM News, « Réforme de l'évaluation des médicaments: les propositions du rapport Polton », décembre 2015.

PROPOSITION 8

Faire de l'ONDAM un véritable outil de pilotage au service de l'innovation en santé, en calquant ses objectifs sur les orientations de santé publique pour mieux prendre en compte les enjeux de long terme

Le mode de régulation actuel du système de santé repose sur le vote annuel par le parlement d'un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). **S'il a montré son efficacité pour contenir les dépenses, la plupart des acteurs dénoncent son impact négatif sur le pilotage de l'activité à long terme.** En effet, le système de l'ONDAM plafonne les dépenses en enveloppes prédéfinies. La mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat le souligne, si ce système « présente l'avantage de correspondre à des procédures d'allocation des ressources différentes pour chaque secteur et à des modes de régulation également distincts », il a également pour inconvénient sérieux de perpétuer un « pilotage éclaté et essentiellement dual de notre système de santé, schématiquement entre des soins de ville gérés par l'Assurance maladie [...] et des établissements de santé [...] »⁸⁹.

Le manque de vision pluriannuelle et l'absence de fongibilité des sous-enveloppes de l'ONDAM ne permettent pas d'apporter la visibilité nécessaire à la structuration d'une filière de santé ni d'imaginer une coordination des différents acteurs du système pour atteindre ces objectifs. Face à ces critiques récurrentes, une forme de pluriannualité de l'ONDAM a été mise en place ces dernières années, notamment par le vote d'une loi de programmation des finances publiques qui en fixe une trajectoire à trois ans. Mais un récent rapport d'information du Sénat souligne le caractère « théorique » de cette projection pluriannuelle comme quoi les projections de l'ONDAM « servent peu au débat public et ne permettent pas de donner aux acteurs du système de santé la visibilité nécessaire sur le pilotage fin de la dépense de santé, en fonction des priorités des politiques de santé retenues »⁹⁰.

.../...

En calquant les objectifs de dépenses de santé sur les orientations de santé publique, en adoptant une trajectoire pluriannuelle et en décloisonnant les enveloppes à partir de sous-objectifs transversaux à plusieurs secteurs (fongibilité des enveloppes), **l'ONDAM pourrait permettre un meilleur pilotage de l'innovation en donnant une vision décloisonnée des gains d'optimisation possible**, une dépense dans un secteur pouvant conduire à des économies dans un autre. Il pourrait être fixé par le vote d'une loi de programmation pluriannuelle de la santé sur la durée du quinquennat (5 ans), dont les hypothèses de construction devront être étayées et s'appuyer sur une analyse prospective des dépenses de santé, de l'évolution et un *horizon scanning* des innovations à venir.

Ce nouveau système de pilotage permettrait de prendre en compte :

- les **grands objectifs de santé publique** afin d'orienter la recherche et l'industrie vers les besoins thérapeutiques prioritaires : plan cancer, plan santé mentale, lutte contre l'antibiorésistance, lutte contre les maladies neurodégénératives, etc. Cela apporterait de la visibilité aux acteurs de la recherche sur les besoins thérapeutiques à couvrir de manière prioritaire ;
- les **innovations thérapeutiques** sur lesquelles travaillent les laboratoires pharmaceutiques ou la recherche publique à moyen terme et l'analyse de leur impact potentiel sur les dépenses et l'organisation du système de santé (*horizon scanning* et études médico-économiques). Cela fournirait des informations aux décideurs publics, notamment quant aux arbitrages budgétaires à effectuer à court et à moyen-terme en fonction des innovations à venir.

Au cours de la crise sanitaire, le système de santé français a été rudement sollicité. Avec la réforme en deux années consécutives du système d'accès précoce et de l'accès direct, le gouvernement signale sa volonté d'en renouveler certains mécanismes. Au-delà du sujet de l'innovation, la pandémie a aussi été l'occasion d'une prise de conscience de **l'interdépendance entre la filière santé et la capacité du système de soins à mieux répondre aux besoins des patients et des soignants.**

89 Deroche C, et Savary R-P, Rapport d'information n° 40 sur l'ONDAM, octobre 2019.

90 *Ibid.*



REPENSER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

56

1. Renforcer la territorialisation du système de santé

1.1. La santé au cœur des priorités des Français sur l'ensemble du territoire

La pandémie a durablement impacté la vie des Français. Celle-ci a à la fois modifié leur quotidien, rythmé par les mesures restrictives, et remis en perspectives les capacités et les limites de notre système de soins. Naturellement, les préoccupations des Français ont évolué durant cette période, recentrées désormais sur des thématiques qui impactent directement leur quotidien.

Depuis le début de la crise sanitaire, la santé est (re)devenue une priorité pour les Français

La santé est la première préoccupation des Français, sans distinction de classe sociale ni de génération. Le Baromètre des Territoires 2021⁹¹ indique que 37 % des sondés citent la santé comme première préoccupation, en tête devant le pouvoir d'achat (31 %) et la sécurité (28 %). Cette préoccupation se reflète au niveau individuel : « être en bonne santé » est cité comme le premier item essentiel pour réussir sa vie, les Français le plaçant en moyenne à 8,6 sur une échelle de 1 à 10⁹².

La santé et l'hôpital constituent un enjeu important pour 9 Français sur 10⁹³ et plus des deux-tiers (68 %) des électeurs en feront un objectif de leur vote à la présidentielle. Mais les Français pensent que les politiques ne l'ont pas compris, car ils sont 8 sur 10 à estimer que le sujet n'est pas bien traité actuellement par les candidats en campagne.

91 *Ibid.*

92 *Ibid.*

93 Sondage Odoxa, « Le baromètre sur la place de la santé et de l'hôpital en France », décembre 2021.

57

Au cœur de notre pacte social et républicain, le système sanitaire fait donc l'objet d'attentes légitimement élevées. Avant même la crise sanitaire, plus de 17 000 propositions libres avaient été déposées lors du **Grand débat national en vue d'améliorer le système de santé**, notamment afin de garantir un accès à la santé en développant en particulier les maisons et centres de santé accessibles à tous. Ainsi, 88 % des Français estimaient que l'hôpital était « en danger » en mars 2019⁹⁴, un sentiment alimenté par la distance géographique du soin, ainsi que les délais moyens d'obtention de rendez-vous.

Le lien de confiance qui unissait les Français avec le système de santé s'est progressivement détérioré, et la crise n'en a été qu'un révélateur et un accélérateur. Ainsi, alors que ce système était autrefois une source de fierté nationale et un élément majeur pour la cohésion de notre pays et son pacte républicain, l'heure est aujourd'hui au doute et à l'inquiétude quant à son avenir. Plus précisément, si les Français continuent à accorder leur confiance aux professionnels de santé, l'idée selon laquelle notre système se délite, se dégrade et que demain nous serons moins bien soignés qu'aujourd'hui, se généralise.

La pandémie a mis en exergue les inégalités d'accès aux soins entre les territoires

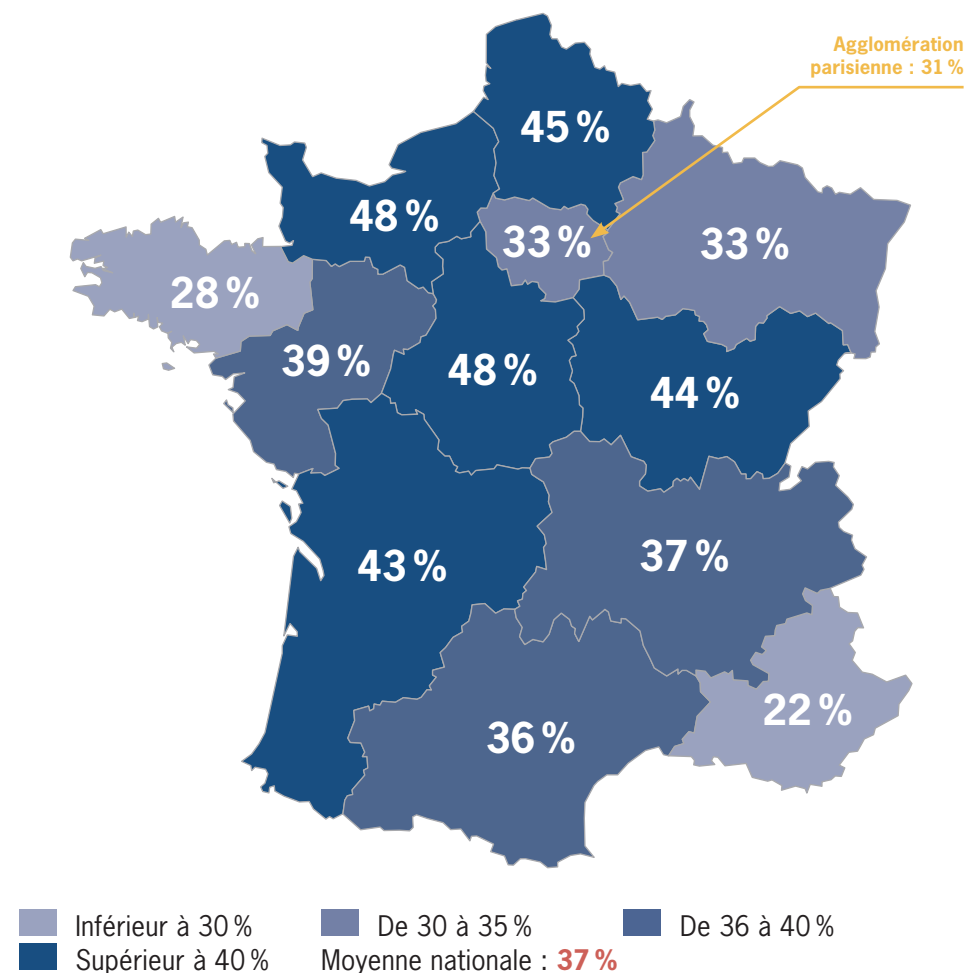
Cette préoccupation croissante se couple à un important sentiment de difficulté d'accès aux soins. En juin 2021, l'Observatoire du numérique en santé illustrait cette préoccupation⁹⁵ et détaillait la perception que les Français avaient de l'accès aux soins. **76 % d'entre eux considèrent qu'il existe de grandes inégalités d'accès aux soins en France, et 37 % estiment vivre eux-mêmes dans un désert médical**⁹⁶. Les chiffres sont toutefois hétérogènes selon les territoires, allant de 22 % en région PACA à 48 % en Normandie et en Centre-Val de Loire.

94 Voir la consultation organisée par la Fédération Hospitalière de France et Ipsos dans le cadre du Grand débat national sur l'état des lieux du système de santé et les choix des Français pour le réformer.

95 Fondation Roche, Observatoire de l'accès au numérique en santé, *Harris Interactive*, mars 2021.

96 *Ibid.*

Sentiment ressenti de vivre dans un désert médical



Source : rapport de l'Observatoire de l'accès au numérique en santé – Fondation Roche.

Il est aussi intéressant de souligner que cette carte sur le « **sentiment d'appartenance** » à un désert médical ne se superpose pas directement à une carte de la densité de médecins par région. L'accès aux soins ne se limite donc pas à la question de la disponibilité des praticiens, et d'autres facteurs doivent être pris en compte comme l'accès à l'information (voir partie I).

Une crise des vocations qui confirme cette tendance et appelle à une nouvelle gouvernance

Si la question des déserts médicaux n'est pas nouvelle, elle s'accroît désormais en raison d'un manque de personnel de plus en plus important et de difficultés du système hospitalier à recruter⁹⁷, phénomène défini comme **une « crise des vocations » chez les soignants**.

En effet, au sein même du monde médical et paramédical, **le malaise et l'épuisement des professionnels de santé deviennent chaque jour plus prégnant**. La surcharge de travail, le sentiment de manque de considération et de reconnaissance, la lassitude et la perte de sens, les insatisfactions en termes de rémunération et de conditions matérielles de travail sont croissantes. Quelques statistiques reflètent l'ampleur de la crise. **La moitié des professionnels de santé est ou a été concernée par le burn out⁹⁸** et les infirmier(e)s sont particulièrement exposé(e)s : 63 % d'entre eux affirment ressentir « très souvent » au moins un symptôme d'épuisement professionnel et plus du tiers d'entre eux souhaite changer de métier⁹⁹. Des réalités naturellement exacerbées par la crise sanitaire, avec le quasi doublement des situations d'épuisement professionnel en quelques mois¹⁰⁰.

Avec un taux d'absentéisme important, des postes de soignants vacants au sein des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics, une augmentation des départs et des reconversions, des carrières d'infirmier(e)s de plus en plus courtes, **le système sanitaire ne répond plus aux attentes des professionnels de santé**.

1.2. Construire des systèmes de santé régionalisés grâce au principe de responsabilité populationnelle

Les différentes difficultés rencontrées par les patients et les professionnels de santé invitent à envisager **une approche plus spécifique des parcours de soins, organisés autour des acteurs locaux**. La question du pilotage territorial de la santé avait déjà été posée en 2010 avec la création des Agences régionales de santé, dont le rôle et la gouvernance sont aujourd'hui questionnés par plusieurs

candidats à l'élection présidentielle¹⁰¹. Des essais concluants ont pourtant été menés en matière d'approche sectorisée du parcours de soins et illustrent la nécessité de **faire dialoguer des acteurs géographiquement proches pour faire coïncider dépenses de santé, offre de soins et besoins de santé au niveau d'un territoire**.

Des approches territorialisées grâce au principe de responsabilité populationnelle

Le **principe de responsabilité populationnelle repose sur un modèle d'intégration clinique faisant dialoguer l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire dans le but de développer des programmes cliniques spécifiques dans certaines pathologies cibles**. L'objectif est de s'adresser à une population définie et de lui offrir une meilleure santé et une meilleure prise en charge, tout en limitant les coûts pour le système de soins. Les programmes développés englobent l'intégralité du parcours de soins, de la prévention à la prise en charge de patients complexes, en dépassant les oppositions ville-hôpital.

Cette approche nécessite un important travail d'identification des profils cliniques, puis d'élaboration de programmes adaptés à chaque profil. Le développement de ces programmes à un niveau local permettrait de **répondre au problème de fragmentation du système de santé français puisque ce sont ici les professionnels directement au contact des patients qui définissent leur parcours de soins**. L'approche est ainsi parfaitement adaptée au public cible. Par ailleurs, cette approche permet d'impliquer plus largement les professionnels de santé, en les faisant dialoguer avec l'ensemble des acteurs du territoire autour d'un engagement commun qui est **d'améliorer et de maintenir la santé de la population locale**, via l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de santé adaptée.

97 Conseil scientifique Covid-19, *Une situation apaisée : quand et comment alléger?*, octobre 2021.

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

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

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

101 « Présidentielle 2022 : Anne Hidalgo souhaite supprimer les agences régionales de santé », *Les Echos*, octobre 2021.

La responsabilité populationnelle au Québec

Mise en place au Québec en 2005, la responsabilité populationnelle se réfère à une obligation imposée aux pouvoirs publics ainsi qu'aux acteurs du secteur privé d'un territoire défini, d'entretenir et de participer à l'amélioration de la santé et du bien-être de leur population.

Trois missions clés¹⁰² font partie de cette obligation : **organiser la prévention sur les déterminants de la santé, mettre à disposition les services sociaux et sanitaires nécessaires aux besoins d'une population donnée et permettre l'accompagnement et le soutien des individus qui les requièrent.** Dans une approche de responsabilité populationnelle, l'hôpital public et les professionnels de santé ne sont donc plus au centre du système de santé. Il s'agit de construire une analyse locale des besoins de santé d'une population donnée qui guide ensuite les pratiques au sein d'un territoire sur la base d'une responsabilité partagée par tous les acteurs locaux.

Au Québec, les **Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux**¹⁰³, soit les structures chargées de délivrer les soins dans chaque région socio-sanitaire, **travaillent ainsi en collaboration avec un ensemble de partenaires publics et privés pour assurer la santé et le bien-être de la population dont ils sont responsables.** En plus de réduire la charge sur l'hôpital et les professionnels de santé en répartissant la responsabilité sur l'ensemble des acteurs au sein d'une collectivité, cette approche a permis au Québec¹⁰⁴ d'améliorer la prévention des besoins de santé et ainsi de limiter la demande de soins **pour une meilleure offre de soins de proximité, personnalisée et innovante.**

Des pilotes concluants permettant une approche plus personnalisée du parcours de soins

Des programmes pilotes de responsabilité populationnelle ont déjà été développés par la Fédération Hospitalière de France. Ceux-ci ont lieu dans cinq territoires, l'Aube et Sézannais, la Cornouaille, le Douaisis, les Deux-Sèvres et la Haute-Saône, dans

102 « Responsabilité populationnelle », *Institut national de santé publique du Québec*, 2016.

103 « Pourquoi assumer la responsabilité populationnelle? », *Institut national de santé publique du Québec*, 2016.

104 *Ibid.*

le périmètre de leur GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire) respectifs¹⁰⁵. Les populations ciblées sont ici les **personnes atteintes ou à risque de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque.**

Les différentes étapes de l'approche populationnelle se divisent ainsi¹⁰⁶ :

- caractérisation de la population d'un territoire ;
- identification d'une pathologie au sein du territoire ;
- stratification de la population, du patient le plus complexe au citoyen à risque pour lequel il faudra diriger des actions de prévention ;
- définition d'objectifs cliniques pour chaque strate identifiée et établissement d'un programme correspondant en fonction des ressources (humaines et matérielles) à disposition.

Un lieu est identifié pour réunir les différents acteurs, à l'image des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Les programmes étant élaborés directement par les cliniciens, la démarche est forcément comprise et suivie, sans risque d'un moindre engagement de leur part.

Une proposition pour renforcer la territorialisation du système de santé

PROPOSITION 9

Poursuivre l'adaptation territoriale des parcours de soins en développant des expérimentations de responsabilité populationnelle sur trois nouvelles pathologies d'ici 2023

L'approche territoriale du parcours de soins répond aujourd'hui à deux enjeux majeurs du système de santé. D'une part, elle prend en compte **les besoins réels des populations** et permet de développer des parcours de soins ciblés et efficaces, sans gaspiller de ressources. D'autre part, elle assure **la création de parcours de soins réalistes et applicables**, puisqu'ils

.../...

105 Marie-Georges Fayn, « La responsabilité populationnelle ou la révolution culturelle en santé », *Réseau Hôpital & GHT*, 14 mai 2019.

106 « La responsabilité populationnelle utilisée pour améliorer l'organisation du système de santé », *APMNews*, 31 mai 2018.

tiennent compte de la réalité des infrastructures, des ressources et impliquent directement les professionnels de santé.

Pour poursuivre la mise en place de programmes d'approche populationnelle et les déployer dans d'autres pathologies que celles actuellement expérimentées, il sera nécessaire de :

- s'appuyer sur les expérimentations déjà faites et les enseignements issus de celles-ci ;
- identifier des pathologies cibles à partir des travaux de l'Assurance maladie¹⁰⁷ (pathologies responsables d'une part importante des dépenses de santé) ;
- s'appuyer sur les acteurs déjà implantés sur le territoire pour coordonner ces actions.

L'analyse des caractéristiques de chaque population à l'échelle d'un territoire permet de déployer des programmes de prévention adaptés et, à terme, de réduire la prévalence de certaines pathologies et des complications qui en découlent. Les acteurs privés ont un rôle de premier plan à jouer pour proposer des dispositifs connectés et des outils de suivi des maladies chroniques toujours plus personnalisés. **Pour que ces solutions émergent au niveau local puis grandissent au niveau national et s'exportent, il est nécessaire de soutenir la filière santé dans son ensemble.**

2. Promouvoir une filière santé innovante

En mars 2021, l'Institut Montaigne publiait une note intitulée *Filière santé : gagnons la course à l'innovation*¹⁰⁸ appelant à la structuration de la filière santé française pour en déployer son plein potentiel. **La crise sanitaire a placé l'enjeu de la gouvernance du système de santé au centre des débats en démontrant à quel point la présence d'une filière industrielle innovante et performante constituait un bien précieux sur lequel s'appuyer en cas de pandémie.** Cela est particulièrement visible lorsque les chaînes de production et d'approvisionnement peinent à répondre à une demande mondiale qui explose, comme ce fut le cas pour les masques chirurgicaux pendant la « première vague » de la pandémie.

¹⁰⁷ Rapport Charges et produits – Propositions de l'Assurance maladie pour 2022, juillet 2021.

¹⁰⁸ Institut Montaigne, *Filière santé : gagnons la course à l'innovation*, mars 2021.

2.1. S'appuyer sur la filière santé pour mener la relance économique

Alors que la pandémie a placé les enjeux de santé sur le devant de la scène en même temps qu'elle a déclenché une crise économique importante, **le développement d'une filière santé forte présente le double avantage de contribuer directement à la sécurité sanitaire tout en stimulant la croissance économique.**

Une filière créatrice de valeur et d'emplois



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

Avec un total de 340 000 emplois, le secteur des Industries et Technologies de la Santé, qui regroupe à la fois l'industrie du médicament et l'industrie des dispositifs médicaux et du diagnostic, représente 4,6 % des effectifs de l'industrie française. Selon le rapport de France Stratégie sur les politiques industrielles en France, le chiffre d'affaires du secteur des Industries et Technologies de Santé est estimé à 75 milliards d'euros¹⁰⁹. L'industrie pharmaceutique emploie environ 110 000 personnes et représente 54 milliards d'euros, tandis que les officines emploient 148 000 personnes et représentent un chiffre d'affaires de 41 milliards d'euros¹¹⁰. Il s'agit donc **d'un secteur d'activité majeur en France**, susceptible d'offrir un modèle pour d'autres secteurs industriels. Alors que l'impact de la crise sanitaire perdure, le moment de renouer avec **une politique industrielle ambitieuse** est

¹⁰⁹ France Stratégie, *Les politiques industrielles en France – Évolutions et comparaisons internationales*, 2020.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 19.

d'autant plus indiqué que la filière santé présente la caractéristique d'être un multiplicateur potentiel d'investissement public. Dans un rapport publié en juillet 2020¹¹¹, McKinsey pointait ainsi que **chaque unité monétaire investie dans la santé peut rapporter 2 à 4 unités de PIB supplémentaires.**

La souveraineté sanitaire, objectif industriel de l'après Covid

La pandémie est venue rappeler l'importance de pouvoir compter sur un secteur productif dynamique et innovant, surtout en matière de santé. Dans son rapport d'information sur le médicament¹¹², l'Assemblée nationale fait le constat d'une France **en recul en matière de production de médicaments, notamment pour les vaccins et les médicaments biologiques.** Surtout, le rapport fait état d'une « *souveraineté sanitaire très fragilisée* », résultat du « *déclin de la production pharmaceutique et de la délocalisation* ».

Au-delà de ce constat et du symbolisme fort que portent les notions d'indépendance, de souveraineté sanitaire ou d'autonomie stratégique, le développement d'une filière santé nationale requiert surtout un accompagnement de long terme de ses acteurs par les autorités publiques. La souveraineté sanitaire est trop souvent réduite à une problématique de relocalisation d'usines de production. En réalité, **le développement de la souveraineté sanitaire demande de s'engager dans la structuration et la promotion de la filière santé française** grâce à un plan d'action plus large, autour de trois axes principaux :

- Réinventer la **gouvernance de la filière santé** pour encourager les collaborations entre les secteurs public et privé afin de renforcer l'efficacité et la qualité du système ;
- Développer des **outils de pilotage de la filière** par la donnée et favoriser le développement d'usages numériques au service des patients afin de repenser les modèles de régulation ;
- Investir massivement dans la **prévention, la coordination des parcours de soins** grâce au numérique et faciliter l'**évolution des parcours professionnels en santé.**

111 McKinsey & Company, *Prioritizing health: A prescription for prosperity*, 2020.

112 Assemblée nationale, *Mission d'information sur le médicament*, 2021.

2.2. Une gouvernance de la filière à affirmer

La France, labyrinthe administratif pour les entreprises de toute taille

Que l'on se place dans la perspective d'une jeune *startup* en santé ou de celle d'un grand acteur mondialisé, la France est émaillée d'une multitude d'instances et d'institutions administratives susceptibles de s'impliquer dans les dossiers de la filière santé. Entre Bercy, le ministère chargé du commerce extérieur et de l'attractivité, le ministère de la santé, leurs différentes directions administratives (DGE, DSS, DGS, DGOS, etc.) et les autres instances de pilotage du système de santé (Assurance maladie, HAS, ANSM, CNIL, etc.)¹¹³, **la maîtrise du seul environnement administratif est difficile et susceptible d'induire des coûts supplémentaires.** Ceci s'ajoute par ailleurs à un système réglementaire d'accès au marché tout aussi complexe (voir partie II.2.) et mouvant. Par ailleurs, les représentants du secteur pharmaceutique font état d'un taux d'imposition particulièrement élevé en France, notant que, parmi sept pays européens comparables, « *le taux d'impôt global le plus élevé reste systématiquement celui applicable en France, quels que soient les cas de figure et le profil d'entreprise retenus* »¹¹⁴. Cette situation fait peser des contraintes importantes sur les acteurs économiques et invite à une réflexion autour de l'organisation économique du secteur.

Un plan de relance et un CSIS, suffisants pour créer une nouvelle dynamique ?

La crise a mis en lumière une forte capacité de résilience et d'engagement de l'ensemble des acteurs du système de santé français, mais elle a également mis en exergue d'importantes lacunes. Le CSIS 2021 et le Plan innovation santé 2030 qui lui a été associé ont été largement salués par les acteurs de la santé comme **le signe du volontarisme du gouvernement à faire de ce sujet une priorité stratégique dotée de nouveaux moyens et d'une ambition renouvelée.** À ce titre, un certain nombre de propositions¹¹⁵ de l'Institut Montaigne sont devenues des réformes, comme la création de pôles d'excellence régionaux (proposition 5) et l'annonce d'une autorité pour le développement de la filière (proposition 4). Parmi les mesures, citons également un soutien aux investissements ainsi qu'un meilleur accès aux soins avec un cadre d'accès au marché simplifié. Pour aller plus loin,

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

114 LEEM, « Prix, résultats et fiscalité des entreprises », 2021.

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

l'État doit maintenant mettre en place un accompagnement stratégique pour accompagner la filière santé française, en s'appuyant notamment sur un renforcement de la prévention et le développement d'outils de pilotage numérique.

Une feuille de route pour développer la filière santé : prendre le tournant préventif et s'appuyer sur le potentiel des données

La France investit significativement moins pour la prévention que ses voisins européens : en 2019, elle y consacrait moins de 2 % de l'ensemble de ses dépenses de santé, comparé à une moyenne de 3,1 % pour l'Union européenne¹¹⁶. Pourtant, la prévention joue un rôle déterminant dans la santé globale de la population. Par exemple, de nombreux systèmes de santé¹¹⁷ ont transformé l'organisation des soins pour les malades chroniques, à des échelles significatives et avec des impacts majeurs, tant sur les résultats cliniques que sur les coûts. De telles expériences de gestion qui valorisent les soins de ville et l'intégration entre les différents acteurs de soins devraient également être mises en place en France, dans la mesure où elles répondent au besoin réel de prise en charge des pathologies chroniques : surveillance continue de l'état de santé du patient, prévention des complications, interventions de multiples acteurs, importance de l'observance du traitement par le patient, etc.¹¹⁸

La mise en place d'une politique préventive renforcée, surtout si elle est coordonnée avec le déploiement d'outils numériques, permettrait donc **la réalisation d'objectifs de santé publique de premier plan** comme :

- améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital pour mieux orienter les patients ;
- permettre une meilleure équité d'accès aux soins ;
- imaginer de nouveaux modes de financement aux parcours, favorisant une prise en charge pluridisciplinaire ;
- favoriser l'éclosion d'écosystèmes propices au développement d'innovations et de *business models* innovants afin de soutenir en France les entreprises développant des solutions capables d'améliorer la prise en charge des patients¹¹⁹.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 59.

¹¹⁷ Institut Montaigne, *Réanimer le système de santé : propositions pour 2017*, juin 2016.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 30.

¹¹⁹ Institut Montaigne, *Filière santé : gagnons la course à l'innovation*, mars 2021.

De plus, les investissements en prévention participent au développement d'un marché à forte valeur ajoutée (voir partie II.1). Pris ensemble, **la prévention et le renforcement des outils numériques via une meilleure disponibilité des données doivent constituer une priorité pour le développement de la filière santé française.**

Deux propositions pour soutenir et développer la filière santé française

Forte d'une longue histoire de pays producteurs dans le domaine pharmaceutique, la France doit s'impliquer auprès de sa filière santé pour en renforcer le pilotage et le potentiel de création de valeur, notamment dans des domaines aujourd'hui sous-investis comme la prévention.

PROPOSITION 10

Confier à la nouvelle Agence de l'innovation en santé la mise en place d'un tableau de bord de la filière santé permettant de piloter celle-ci à partir d'indicateurs sanitaires, organisationnels et économiques

Pour mieux définir et mettre en place une stratégie pour la filière santé, nous proposons de confier à l'Agence de l'innovation les missions liées au **renforcement de l'attractivité de la France de la santé**, à commencer par :

- l'accès aux données, enjeu central pour l'innovation clinique et la recherche clinique ;
- la simplification des démarches administratives pour la recherche clinique.

Les grands indicateurs de pilotage de notre système de santé sont aujourd'hui essentiellement des indicateurs liés aux dépenses de santé ou à la consommation de soins. Les plus emblématiques sont l'ONDAM – Objectif national de dépenses d'Assurance maladie fixé chaque année par le Parlement – et la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) calculé par l'Insee et qui comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements).

.../...

Si ces grands indicateurs servent à tenir un budget, ils ne permettent pas de piloter la transformation du système, l'amélioration de la santé publique ou le développement d'une filière économique de la santé.

Afin d'accompagner ce changement, l'Institut Montaigne recommande la mise en place d'un tableau de bord de la filière santé, capable de retranscrire et de piloter une vision commune de notre système de santé à moyen terme, d'aligner les acteurs autour de cette vision et de rendre des comptes aux citoyens. Ce tableau de bord serait essentiellement composé d'un *dashboard* transversal concentré sur **le suivi d'un nombre limité d'indicateurs de santé publique** (comme l'espérance de vie en bonne santé), **de transformation organisationnelle de notre système** (délais d'accès aux consultations, développement de la télémédecine, etc.) **et économiques** (emplois, croissance économique de la filière, délais d'accès à l'innovation, etc.)¹²⁰.

PROPOSITION 11

Opérer un choc paradigmatique en transformant l'Assurance maladie en Assurance santé afin de mieux intégrer le rôle de la prévention dans les politiques de santé publique

La prévention est historiquement le parent pauvre du système de santé français. Y investir massivement dès le début du prochain quinquennat permettrait de développer des activités innovantes, comme celles liées au numérique ou aux nouvelles technologies vaccinales.

Au cœur de ce renouvellement de la prévention française, **la transformation de l'Assurance maladie en Assurance santé permettrait de traduire concrètement la mise en œuvre d'une approche holistique de la santé**. En France, investir dans le système de santé et réorienter les efforts sur la prévention pourrait d'une part, diminuer l'impact des problèmes de santé sur la productivité et les dépenses de santé de 32 %, et d'autre part faire progresser le PIB de 10 %¹²¹.

.../...

Au-delà d'un changement de nom, cela devrait avoir pour conséquences immédiates :

- **D'intégrer les dépenses de prévention dans ses objectifs**, pour que l'Assurance santé revête une véritable dimension de santé publique plus qu'un simple gestionnaire du financement des soins. Ainsi, un mode de fonctionnement comme celui du Fonds de lutte contre les addictions créé au sein de la Caisse nationale d'Assurance maladie pourrait être généralisé à d'autres enjeux de prévention, en lien avec les priorités de santé publique définies dans la loi de programmation pluriannuelle de la santé.
- **De remplacer l'ONDAM par un « ONDAS » pluriannuel (Objectif national de dépenses d'Assurance santé)**, qui serait composé de sous-objectifs transversaux à plusieurs secteurs (fongibilité des enveloppes) afin de donner une vision décloisonnée des gains d'optimisation possible, **un investissement dans un secteur pouvant conduire à des économies dans un autre**. Il pourrait être fixé par le vote d'une loi de programmation pluriannuelle de la santé sur la durée du quinquennat (5 ans), dont les hypothèses de construction devront être étayées et s'appuyer sur une analyse prospective des dépenses de santé, de l'évolution et un *horizon scanning* des innovations à venir.
- **De remplacer le rapport « charges et produits » de l'Assurance maladie par un rapport « charges, produits et investissements »** de l'Assurance santé. Ce nouveau chapitre du rapport d'activité de l'Assurance santé permettrait d'ancrer la logique pluriannuelle dans son pilotage et permettre le suivi de dépenses à l'instant T qui donneront lieu à des économies à T+X. Les investissements devront être programmés en cohérence avec les objectifs fixés dans le tableau de bord et la feuille de route industrielle pour la filière.
- **D'associer de nouveaux acteurs de la prévention**, comme les complémentaires santé, qui jouent un rôle clé dans le développement de solutions innovantes de prévention¹²².

¹²⁰ *Ibid.*, p. 44.

¹²¹ *Ibid.*, p. 56.

¹²² *Ibid.*, pp. 57-58.

IV

RENFORCER LES POLITIQUES DE PRÉVENTION

72

La crise sanitaire a mis en lumière deux problématiques incontournables des thématiques de santé publique : la santé mentale et le vieillissement.

Le recours accru aux anxiolytiques et aux consultations avec des psychologues¹²³ pendant la période du Covid a illustré les besoins des Français en termes d'accompagnement. La fragilité des seniors face au virus a quant à elle souligné l'importance de retarder au maximum le déclin physique lié au vieillissement. Pour cette raison, **l'Institut Montaigne appelle à faire de la santé mentale et du bien-vieillir deux axes majeurs des politiques de prévention du prochain quinquennat.**

1. Agir pour la santé mentale de chacun

En 2020, l'Institut Montaigne publiait sa note¹²⁴ *Santé mentale : faire face à la crise*, qui faisait état d'une situation de la psychiatrie en France particulièrement préoccupante : certains acteurs vont jusqu'à évoquer un véritable « scandale sanitaire silencieux »¹²⁵. Le sujet concerne une part importante de la population puisqu'**un Français sur cinq est concerné par un trouble psychiatrique**¹²⁶. En même temps, alors que la crise sanitaire a placé les risques infectieux sous les projecteurs, elle semble avoir suscité une prise de conscience plus limitée des enjeux de santé mentale qu'elle a pourtant contribués à révéler. La crise du Covid a en effet eu un impact considérable sur la santé mentale des Français : entre fin septembre et début novembre 2020, la prévalence des troubles dépressifs a doublé¹²⁷, touchant tout particulièrement les jeunes et les plus précaires. Il est donc essentiel que **les Français et leurs responsables politiques s'approprient ce thème de santé publique encore mal connu.**

73

123 Doctolib, *Santé mentale des Français : agir face aux impacts de la Covid-19*, Février 2021.

124 Institut Montaigne, *Santé mentale : faire face à la crise*, décembre 2020.

125 *Ibid.*

126 Leboyer M., Llorca P-M, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Arthème Fayard, 2020, p. 23.

127 CoviPrev, une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19, 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-santementale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

1.1. Avec la crise Covid, une visibilité accrue des enjeux liés à la santé mentale

La crise sanitaire a révélé la vulnérabilité individuelle des Français face aux risques liés à la santé mentale, surtout parmi les populations les plus jeunes¹²⁸. Ainsi, chez les 15-24 ans, 20 % présentaient en 2020 un syndrome dépressif (contre 10 % en 2019). Ces maladies continuent à être perçues comme honteuses, stigmatisantes, et le plus souvent incurables, alors que **les personnes touchées peuvent se rétablir à condition d'avoir accès à une prise en charge précoce et de qualité**¹²⁹.

En France, la psychiatrie est considérée comme une spécialité à part

La santé mentale est souvent perçue en France, comme appartenant au domaine exclusif de la psychiatrie. On associe la santé mentale à des enjeux liés à des formes graves qui sont suivies et traitées dans un cadre hospitalier. Or, de nombreux Français souffrent de troubles de la santé mentale au quotidien. Par ailleurs, il existe **une séparation rigide entre la médecine somatique et la médecine psychiatrique**. Cette dernière est organisée autour d'une sectorisation du territoire national en zones de 70 000 habitants, nées dans les années 60, censées favoriser une prise en charge précoce et un traitement de la population dans son environnement de vie. Malheureusement, cette organisation rigide et vieillissante débouche aujourd'hui sur un phénomène de cloisonnement entre **la psychiatrie hospitalière et la médecine de ville**¹³⁰.

Ce double cloisonnement est délétère et a des effets catastrophiques sur l'espérance de vie des personnes atteintes de maladies psychiatriques. Alors même que la santé du corps et de l'esprit sont étroitement liées, on continue à traiter de façon cloisonnée les maladies psychiatriques et les maladies somatiques. **Les personnes touchées par des troubles sévères font l'objet de moins de prévention, ont moins recours aux spécialistes et reçoivent des soins somatiques de moins bonne qualité, que le reste de la population**¹³¹.

Pourtant, le médecin généraliste est un interlocuteur de confiance pour les patients, y compris ceux souffrant de troubles psychiques

En France, les médecins généralistes ne sont pas correctement formés pour la prise en charge de ces patients. Ainsi, **les outils de repérage et d'évaluation de la dépression ne sont connus que par 50 % des médecins généralistes**¹³². Pourtant, les patients expriment une plus grande satisfaction lorsque le médecin généraliste ou médecin traitant, en qui ils ont généralement une grande confiance et qui est bien souvent plus accessible financièrement que le psychiatre, continue à assurer tout ou partie de leur prise en charge. Ce souhait des patients peut être expliqué à la fois : (i) par le côté moins stigmatisant d'une prise en charge directement en médecine générale ; (ii) par le fait que la relation avec le médecin généraliste est souvent très personnalisée et que les délais d'attente sont moins importants qu'en psychiatrie (en moyenne, le délai d'attente pour un rendez-vous chez le généraliste hors urgence est de 6 jours contre 67 jours en centre médico-psychologique dans certaines régions) ; (iii) par l'approche intégrée, qui limite le nombre d'interlocuteurs et permet une dimension plus holistique appréciée par les patients¹³³.

Ainsi, pour les patients, les médecins généralistes sont les premiers acteurs vers qui se tourner en cas d'apparition de troubles de santé mentale : **60 % des consultations pour troubles psychiatriques se font en médecine de premiers recours**¹³⁴ **et 90 % des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques se font par le médecin généraliste**.

128 Le Monde, « Covid-19 : les méfaits de la crise sanitaire sur la santé mentale des jeunes », novembre 2021.

129 Institut Montaigne, *Santé mentale : faire face à la crise*, décembre 2020.

130 Leboyer M., Llorca P-M, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Fayard, 2020, p. 23.

131 Ibid.

132 Ibid.

133 Ibid.

134 Ibid.

Le médecin généraliste, un rôle de pivot à développer

En 2003 en **Nouvelle-Zélande**, le gouvernement annonçait pour la première fois de son histoire le financement d'une série d'initiatives de santé mentale en premiers recours, avec comme acteur central les médecins généralistes. Ces initiatives visaient en premier lieu la population souffrant d'une maladie psychiatrique légère à modérée (17 % de la population). Elle a permis le développement de nouveaux métiers pour les professionnels de la santé mentale, y compris en coordination. Parmi les recommandations développées par le gouvernement à la suite du bilan de cette politique, l'accent a notamment été placé sur l'importance d'une meilleure formation pour les praticiens (médecins, infirmiers et « agents de santé communautaire »), pour limiter le recours excessif à la prescription médicamenteuse¹³⁵.

Aux **Pays-Bas**, les interlocuteurs de référence (notamment pour les traitements de faible intensité) pour les patients atteints de troubles en santé mentale ont longtemps été les psychologues. Ils ont été suppléés à partir de 2007 par des professionnels de santé mentale en médecine générale qui dispensent, sous la supervision et la responsabilité d'un médecin généraliste, des soins comparables à ceux dispensés par ce dernier. En 2014, à l'occasion d'une réforme importante du système de santé mentale néerlandais, **le rôle central du médecin généraliste s'est vu renforcé pour s'assurer que davantage de patients souffrant de problèmes de santé mentale soient traités dans le cadre des soins primaires**, et que moins de patients ne soient orientés vers les soins spécialisés, plus coûteux. Le même médecin peut par ailleurs orienter le patient vers des « soins de santé mentale primaires de base » (soins ambulatoires dispensés par des psychologues ou des psychiatres, ou traitement numérique) ou, pour les cas plus graves, vers des soins de santé mentale secondaires, composés principalement de multi-services spécialisés en santé mentale régionalisés.

Les psychothérapeutes, soutiens complémentaires de la prise en charge psychiatrique

Les psychothérapeutes jouent un rôle important dans l'accompagnement de nombreux patients, notamment ceux qui souffrent de pathologies moins lourdes, qui concernent annuellement près de 17 % de la population française¹³⁶. Jusqu'à récemment, ces actes n'étaient pas remboursés par l'Assurance maladie, car les psychologues ne sont pas reconnus comme des professionnels de santé. En septembre 2021, lors de la clôture des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, le président de la République a annoncé **la création d'un forfait de consultations psychothérapeutiques**, remboursé sur prescription médicale, réforme reprenant la proposition formulée par l'Institut Montaigne¹³⁷ dans sa note *Santé mentale : faire face à la crise*¹³⁸. **Cette évolution dans la prise en charge de certaines pathologies constitue une avancée notable pour rapprocher médecine psychiatrique et somatique**, mais il est nécessaire d'aller plus loin. En effet, plusieurs expériences à l'étranger montrent qu'une prise en charge coordonnée entre plusieurs acteurs de santé est plus susceptible de réussir.

1.2. Un modèle de prise en charge à renouveler en profondeur

Prévention et détection : les étapes essentielles pour faciliter l'accès aux soins

La prévention des risques liés aux maladies psychiatriques doit s'adresser aux entourages élargis des patients, pour pouvoir les déstigmatiser et les accompagner vers le bon niveau de prise en charge. La stigmatisation joue à cet égard un rôle néfaste, car les malades n'osent pas recourir aux services de soin par sentiment de honte ou de faiblesse. Plus les troubles mentaux sont stigmatisés, plus il est difficile de les détecter et donc de les soigner. Des campagnes d'information grand public pourraient être menées¹³⁹ afin de modifier l'opinion publique sur ces maladies. En effet, les conséquences de la stigmatisation sont délétères pour le devenir des personnes malades : **recours tardif à l'offre de soins, déficit d'observance, discrimination et difficile accès aux droits** (logement, emploi), autant d'obstacles

¹³⁶ Institut Montaigne, *Santé mentale : faire face à la crise*, décembre 2020.

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ Leboyer M., Llorca P-M., *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Arthème Fayard, 2020, p. 23.

¹³⁵ *Ibid.*

à la réhabilitation et au processus de rétablissement. La stigmatisation est donc un obstacle à la détection et au diagnostic et doit être intégrée aux démarches préventives.

En effet, la détection constitue une étape décisive pour les maladies mentales, et plus elle a lieu tôt, plus elle pourra éviter une aggravation des symptômes et des complications potentiellement sérieuses comme le recours à des substances dangereuses (alcool, drogues) ou des comportements risqués. En effet, les maladies psychiatriques demeurent méconnues et présentent un retard au diagnostic conséquent (entre deux à dix ans selon les troubles)¹⁴⁰. Le retard au diagnostic reste trop souvent la règle en psychiatrie et occasionne une perte de chance inacceptable pour les personnes malades. La porte d'entrée du parcours est fréquemment celle des urgences, parfois dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement. Dans bien des cas, les personnes ont déjà présenté, longtemps avant cet épisode aigu, de nombreux symptômes non détectés ou mal pris en charge. Par ailleurs, il ressort des différents rapports sur le sujet que les dispositifs de première ligne peinent à jouer pleinement leur rôle. En effet, entre la saturation des centres médico-psychologiques (CMP), supposés constituer la porte d'entrée naturelle vers une prise en charge spécialisée, le manque de formation spécifique des médecins généralistes au repérage des pathologies psychiatriques débutantes et le clivage entre médecine générale et psychiatrie, **les personnes malades restent insuffisamment repérées et peinent à s'orienter entre les différents acteurs de leur parcours de soins.**

La lutte contre la stigmatisation soutenue par la famille royale britannique¹⁴¹

Lancée en 2017 et portée par le Duc et la Duchesse de Cambridge, la campagne d'information *Heads Together* a pour but de lever la stigmatisation qui entoure les maladies mentales en leur donnant de la visibilité dans le débat public. Cette campagne réunit plusieurs associations caritatives britanniques, dont les champs d'actions visent l'ensemble des personnes susceptibles d'être affectées par un trouble psychique : personnes âgées, militaires, enfants, adolescents, jeunes mères, etc.

.../...

Heads Together dispose d'une visibilité très importante tant sur les réseaux sociaux que dans les médias. De nombreuses vidéos de déstigmatisation sont publiées et portent sur la nécessité de parler des maladies mentales au quotidien.

La coordination des services de soin au cœur des prises en charge réussies

La France est le pays européen dans lequel l'adressage du médecin généraliste au psychiatre est le plus faible selon une étude ESEMeD menée dans six pays européens¹⁴². Pourtant, **les bénéficiaires de l'intégration des soins psychiatriques en médecine générale sont de plus en plus reconnus et mis en œuvre à l'étranger.** En 2008, l'OMS publiait un rapport sur le sujet intitulé *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*¹⁴³. Ce document conclut entre autres que cette intégration est **économiquement abordable**, puisque de nombreux pays à faible et moyen revenus ont réussi la transition vers des soins de premiers recours intégrés. **Son succès tient d'une intégration dans les cadres politiques et législatifs en matière de santé, soutenue par une direction de haut niveau, des ressources adéquates et une gouvernance stable.**

Développés dans les années 1990 par l'Université de Washington à Seattle, **les soins collaboratifs**¹⁴⁴ s'organisent autour de cinq principes¹⁴⁵ :

- **Une équipe de soins intégrée autour du patient** : au cœur de cette équipe, un *care-manager* (le plus souvent un(e) infirmier(e)) qui travaille dans le cabinet du médecin généraliste et sous supervision d'un psychiatre référent en télé-expertise. L'ensemble des ressources disponibles localement ou en ligne (psychologues, associations, formations, ressources sociales, applications digitales) est mobilisé pour répondre aux besoins du patient en fonction de ses préférences.
- **Une approche par la mesure** : l'amélioration de l'état des patients est mesurée régulièrement grâce à des questionnaires validés scientifiquement ainsi que par des entretiens cliniques.
- **Les soins prodigués sont fondés sur les preuves (evidence based)** : les protocoles sont structurés et les thérapies proposées sont le plus souvent courtes (psychoéducation, thérapies cognitives et comportementales, etc.).

142 Institut Montaigne, *Santé mentale : faire face à la crise*, décembre 2020.

143 WHO, *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*, 2008.

144 Site internet de AIMS Center, *Advancing Integrated Mental Health Solutions*, consulté le 5 janvier 2021.
<https://aims.uw.edu/>

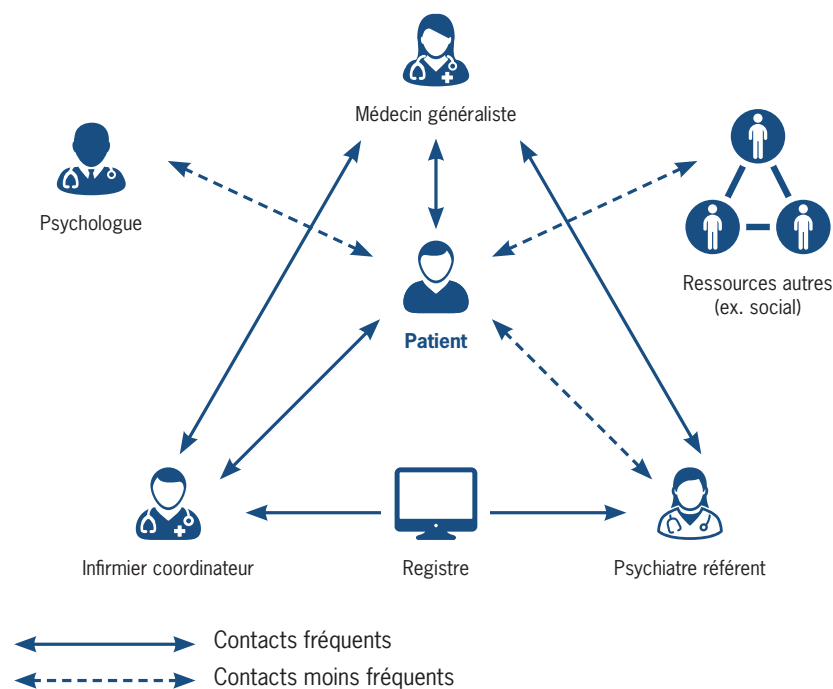
145 Institut Montaigne, *Santé mentale : faire face à la crise*, décembre 2020.

140 Ibid.

141 Site internet de la campagne *Heads Together*, consulté le 9 décembre 2021.

- **L'approche est populationnelle** : pour assurer un accès aux soins le plus large possible, toute la patientèle est dépistée, au moins pour la dépression et les troubles anxieux, grâce à l'usage de questionnaires et aux entretiens cliniques. Les patients inclus sont entrés par le *care manager* dans un registre digital qui permet de suivre leurs évolutions à titre individuel mais aussi l'évolution de l'état de santé de la population suivie.
- **La responsabilité des professionnels est partagée** avec des incitations financières à la qualité et à la coordination des soins.

L'équipe des soins collaboratifs



Source : Institut Montaigne, Santé mentale : faire face à la crise, 2020.

Deux propositions pour que la France améliore la prise en charge des troubles psychiques

Dépression, troubles anxieux, schizophrénies, troubles du spectre de l'autisme, troubles bipolaires... Les troubles mentaux sont complexes et peuvent revêtir de nombreuses formes, mais tous peuvent bénéficier d'une intégration dans les thérapies de premiers recours et de mesures préventives comme la déstigmatisation.

PROPOSITION 12

Sur le modèle des plans Cancer, lancer un grand Plan santé mentale coordonné par un opérateur de l'État

À l'image de la mobilisation des années 2000 autour du cancer, la psychiatrie doit devenir la nouvelle priorité de santé publique. Le Plan santé mentale portera la vision stratégique du gouvernement et aura pour axes principaux **la prévention, la détection précoce des troubles psychiatriques, les soins, la recherche, la déstigmatisation et la formation des professionnels.**

Pour permettre un déploiement coordonné de ce Plan, il apparaît utile de mettre en place **un opérateur d'État pour définir et piloter une vision stratégique de la psychiatrie et de la santé mentale.** Placé sous la tutelle conjointe des ministères des Solidarités et de la Santé, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, **l'opérateur de la psychiatrie et de la santé mentale** rassemblera, au sein de son comité de pilotage, des représentants des soignants, des associations de patients et de proches, de l'Assurance maladie, des organismes de recherche, des fédérations hospitalières, ainsi que des acteurs des secteurs social et médico-social. En collaboration avec la HAS et les ARS, ce nouvel opérateur aura pour principales missions :

.../...

Clé d'un meilleur accompagnement de la maladie mentale, la mise en place de soins collaboratifs requiert **un effort de coordination important entre acteurs variés** (acteurs sociaux, psychiatriques, médecine de premiers recours, etc.) et doit donc faire l'objet d'un suivi particulier de la part des services de l'État.

- d'orchestrer une stratégie nationale de prévention et de déstigmatisation, en s'appuyant sur des outils numériques permettant la mise en place de campagnes d'information grand public ;
- de produire et diffuser des référentiels communs de pratiques cliniques ;
- de créer des indicateurs d'évaluation et des labels ;
- de favoriser l'appropriation des connaissances et des bonnes pratiques par les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ;
- de fluidifier la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte ;
- de créer des outils répertoriant par territoire les acteurs et ressources disponibles ;
- de favoriser une psychiatrie bâtie sur l'*empowerment* des patients et de leurs aidants ;
- de suivre et évaluer les performances de l'ensemble des mesures prises.

L'investissement engagé par la création de cet opérateur s'appréciera dans une perspective de moyen et long termes : compte tenu des coûts exorbitants de la psychiatrie aujourd'hui pour l'Assurance maladie et des coûts indirects pour le pays, ce nouvel organisme de pilotage aura également pour objectif de **contribuer à la maîtrise de ces coûts en proposant des expérimentations de nouveaux modes de tarification**¹⁴⁶.

PROPOSITION 13

Donner à la médecine de premiers recours les moyens d'intégrer la prise en charge de la santé mentale dans une approche centrée sur les patients, collaborative et non stigmatisante

Plusieurs actions peuvent être mises en place pour **déployer la culture des soins collaboratifs auprès des médecins généralistes français**¹⁴⁷ :

- **Doter les médecins généralistes d'outils cliniques faciles et rapides à utiliser pour détecter de façon systématique les troubles psychiques** et les inciter à les utiliser. Des questionnaires validés internationalement existent pour aider à détecter les troubles. En France, ces outils ne

.../...

sont connus que par 50 % des médecins généralistes. Ces questionnaires doivent être davantage diffusés dans les recommandations de bonnes pratiques telles que celles de la HAS et pourraient être intégrés dans les logiciels médicaux et Mon Espace Santé.

- **Favoriser le recrutement de professionnels de santé facilitant la prise en charge de la santé mentale auprès des médecins généralistes** : infirmiers coordinateurs, *care managers*, infirmiers de pratique avancée (IPA), afin d'assurer la coordination et la prise en charge globale des patients souffrant de troubles psychiques.
- **Favoriser les échanges d'expériences entre médecins généralistes autour de la prise en charge de la santé mentale en premiers recours**, notamment via la formation continue. Ces échanges pourraient être facilités, en ligne et en présentiel, par les Agences régionales de santé (ARS) et les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS).
- **Créer des liens entre les secteurs de psychiatrie et la médecine générale**. Aujourd'hui, il s'agit de deux mondes qui ne se parlent presque pas. Des incitations pourraient être mises en place dans le cadre des CPTS et des projets territoriaux de santé mentale pour favoriser des coordinations autour de projets concrets : consultations partagées, rencontres dédiées, mises en relation facilitées autour de plateformes téléphoniques ou internet d'échanges entre médecins généralistes et professionnels du secteur.
- **Intégrer le dépistage de la dépression et des troubles anxieux dans le paiement à la performance des médecins généralistes** (ROSP).
- **Expérimenter en France le modèle des soins collaboratifs dans des structures de médecine de premiers recours** en permettant à des *care manager* (profils d'infirmiers par exemple) et à des psychiatres référents (issus de la psychiatrie publique ou libérale) disponibles quelques heures par semaine, d'apporter leur expertise et d'épauler les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Cette approche déstigmatisante aux résultats largement démontrés est très adaptée aux pratiques des médecins généralistes.

¹⁴⁶ Institut Montaigne, 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence, 2018.

¹⁴⁷ Institut Montaigne, Santé mentale : faire face à la crise, décembre 2020.

Les capacités de prise en charge des maladies mentales en France sont préoccupantes. Phénomène de société qui concerne un Français sur cinq, **la survenue de ces pathologies doit être mieux accompagnée mais surtout mieux anticipée, car les maladies mentales ne constituent pas une fatalité**, à condition d'être accompagnées dans un cadre global et compréhensif dans lequel la prévention joue un rôle clé.

D'un point de vue de santé publique, les enjeux liés à la santé mentale partagent certains traits avec ceux liés au vieillissement de la population et ne constituent pas non plus une fatalité pour notre système de santé.

2. Faire du bien-vieillir un projet de société

Depuis une trentaine d'années, la France connaît une forte accélération du vieillissement de sa population. D'après l'Insee, au 1^{er} janvier 2020, la France comptait près de **13,5 millions de seniors âgés de 65 ans ou plus, soit 20% de la population française**¹⁴⁸. En 2030, les plus de 65 ans représenteront 23,4% de la population, soit 16,4 millions de personnes dans une France qui comptera 70 millions d'habitants¹⁴⁹. Ce vieillissement de la population s'explique par un allongement de la durée de vie après 65 ans, notamment grâce aux progrès médicaux.

Toutefois, **cet allongement de l'espérance de vie ne s'accompagne pas nécessairement d'une progression de la durée de vie en bonne santé**¹⁵⁰. Selon la DREES, l'espérance de vie en bonne santé plafonne depuis une dizaine d'années¹⁵¹. L'absence de stratégie de prévention ambitieuse pour lutter contre la perte d'autonomie est un facteur d'explication majeur de cette stagnation, comme l'Institut Montaigne l'évoquait déjà dans son rapport de 2021 *Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions*¹⁵². Maintes fois repoussée, la grande et tant attendue réforme « Grand âge et autonomie » n'a pas vu le jour au cours du dernier quinquennat. Il s'agit donc d'un chantier attendu pour le/la prochain(e) président(e) de la République.

148 Insee, Tableau de l'économie Française – Édition 2020, février 2020.

149 Insee Première, 3 novembre 2016.

150 L'Insee définit l'espérance de vie en bonne santé comme étant « la durée de vie moyenne en bonne santé – c'est-à-dire sans limitation irréversible d'activité dans la vie quotidienne ni incapacités – d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité et de morbidité de l'année. Elle caractérise la mortalité et la morbidité indépendamment de la structure par âge. »

151 Thomas Deroyon, « En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes », *Études et Résultats*, n° 1 127, DREES, octobre 2019.

152 Institut Montaigne, *Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions*, mai 2021.

2.1. Notre système de santé à l'épreuve d'une population vieillissante

Les seniors, premières victimes de la crise sanitaire

La crise sanitaire a été le terrain d'une importante fracture générationnelle, révélant ainsi la façon qu'avait notre société d'envisager le grand âge. Les seniors ont été les premières victimes du Covid avec 79% des décès correspondant à la tranche d'âge des plus de 75 ans¹⁵³. Ils ont également été les premiers à souffrir des conséquences indirectes de cette crise : isolement, report et renonciation aux soins, etc.

La crainte d'être exposé au virus a par ailleurs provoqué **d'importants reports de soins et d'actions de dépistage chez les personnes âgées**. La baisse conséquente d'actes de radiologie visant à dépister un cancer¹⁵⁴ en est un bon indicateur, l'âge médian du diagnostic étant à 68 ans¹⁵⁵. Lors du premier confinement, l'activité des masseurs-kinésithérapeutes et des ophtalmologistes a également été divisée par cinq par rapport à la même période en 2019¹⁵⁶.

L'**isolement** s'explique quant à lui par les périodes de confinement qui ont d'une part éloigné les personnes âgées de leurs proches, et d'autre part rendu inaccessibles leurs lieux de sociabilité habituels, à l'image des locaux associatifs et des petits commerces.

Enfin, la **stigmatisation des seniors** a pu être largement entretenue par les débats portés médiatiquement sur les différentes solutions à envisager pour limiter la propagation et la mortalité du virus. La question de confiner uniquement les personnes âgées, l'usage de termes tels que « génération sacrifiée » pour désigner les plus jeunes qui se retrouvaient confinés, ont pu participer à la création d'une certaine fracture.

153 *Santé publique France*, bulletin du 11 février 2021. Sur données issues des certificats électroniques de décès, soit environ 30 000 personnes sur un total de plus de 80 000 décès en février 2021, donc à prendre avec toutes les précautions correspondantes.

154 L'Assurance maladie estimait ainsi qu'en mars 2020, les actes de radiologie pour dépister les cancers avaient diminué de 80%.

155 La Ligue Contre le Cancer, *Le Cancer, Définition et Chiffres clés*, 24 mars 2021.

156 Rapport Charges et produits – Propositions de l'Assurance maladie pour 2022, juillet 2021, p. 142.

Un système de santé inadapté au défi du vieillissement

Les seniors ont fait partie des populations les plus fragiles face au Covid parce que de fait l'état de santé de chacun est étroitement lié à son âge. Outre le phénomène d'immunosénescence¹⁵⁷, l'augmentation du nombre de pathologies chroniques fragilise considérablement les personnes âgées.

Près de 70 % des plus de 85 ans souffrent d'au moins une pathologie chronique¹⁵⁸. Les maladies les plus fréquemment identifiées sont les affections relatives aux os et aux articulations, les maladies cardiovasculaires, ainsi que le cancer¹⁵⁹. Les problèmes de santé développés par les seniors sont souvent la porte d'entrée de spirales entraînant une perte d'autonomie. À titre d'exemple, la fracture de fragilité osseuse, après 50 ans, touche une femme sur trois et un homme sur cinq¹⁶⁰. Or, les fractures sévères induisent une diminution de la qualité de vie des patients dans l'année suivant la fracture : 43 % des patients ont des difficultés à accomplir des activités courantes (contre 17 % avant)¹⁶¹. En ce qui concerne les fractures de vertèbres et de hanches, 50 % des patients ne retrouvent jamais leur autonomie antérieure, les obligeant à quitter leur domicile¹⁶².

L'inadaptation du système et des parcours de soins fait souvent de l'hospitalisation un moment difficile voire critique pour les seniors. À partir de 85 ans, les Durées Moyennes de Séjour (DMS) lors des hospitalisations sont proches de 10 jours, le double de celles des adultes de moins de 64 ans¹⁶³. Le risque de développer des incapacités permanentes est 60 fois plus élevé chez les sujets âgés qui sont hospitalisés¹⁶⁴. Selon les études, **l'incidence de la dépendance liée à l'hospitalisation varie entre 30 % et 60 % chez les sujets âgés de 70 ans et plus, et augmente jusqu'à 50 % chez les sujets âgés de 85 ans et plus.** Après la sortie d'hospitalisation, seuls 50 % des patients récupèrent leur état fonctionnel de base¹⁶⁵.

157 Défini par la perte d'efficacité du système immunitaire induite par le vieillissement d'un individu.

158 Insee, « État de santé et dépendance des seniors », 2018.

159 Ibid.

160 Rapport International Osteoporosis Foundation (IOF), 2017.

161 FRACTOS study report, *Patients with severe osteoporotic fractures: consequences and support in France*, 2012.

162 Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2020, juillet 2019.

163 EHPA, *Objectif grand âge : Éviter l'hôpital : Profil des personnes âgées hospitalisées causes et effets de l'hospitalisation des personnes âgées, solutions pour prévenir les hospitalisations évitables*, juin 2019.

164 HAS, *Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées*, septembre 2017.

165 Ibid.

2.2. Préserver l'autonomie et promouvoir le bien-vieillir

Les seniors, pilier de l'aide entre les générations

Bien que souvent corrélés à des images de perte d'autonomie et d'assistance technique, les seniors désignent aujourd'hui **une catégorie de la population large et une ressource essentielle à notre société.**

Ils correspondent à une part de la population au niveau de vie plus élevé que la population générale (105,6 %¹⁶⁶) en partie grâce à leur patrimoine, qui représente en moyenne 14,2 % de leurs revenus, contre 5,9 % pour les ménages actifs¹⁶⁷. Ils sont pourtant davantage exclus de l'activité économique que le reste de la société, et ce pour deux raisons. D'une part, il existe aujourd'hui très peu de dispositifs permettant un **retrait progressif du monde professionnel ou de poursuivre une activité à temps partiel**, le départ à la retraite est souvent vécu comme un arrêt brutal de sa vie professionnelle. D'autre part, il existe une **réelle difficulté pour les seniors qui le souhaitent à poursuivre une activité professionnelle.** Les plus de 50 ou 60 ans sont généralement associés à la retraite et à l'inactivité. Ils sont d'ailleurs les principales victimes de la progression du chômage : depuis la crise de 2008, le nombre de chômeurs seniors de plus de 55 ans a augmenté de 179 % contre une augmentation de 21 % pour les 15-54 ans¹⁶⁸.

Les seniors ne sont pourtant pas inactifs et jouent un rôle essentiel mais souvent invisible dans l'aide entre générations. Leur activité est essentiellement non rémunérée, puisqu'ils représentent la principale ressource humaine du milieu associatif : **63 % des président(e)s d'association ont plus de 65 ans et un responsable associatif sur deux est à la retraite¹⁶⁹.** Ils sont également très représentés dans la vie publique puisque 63 % des maires ont plus de 60 ans¹⁷⁰. À ces activités s'ajoutent celles du milieu familial : garde d'enfants, aide aux parents en perte d'autonomie, etc. En moyenne, 58 % des personnes âgées déclarent recevoir de l'aide apportée par des proches (60 % en moyenne dans l'OCDE). Avec l'allongement de l'espérance de vie, les aidants familiaux sont de plus en plus âgés ; en 2012, **l'âge moyen des aidants familiaux s'élevait à 59 ans¹⁷¹.**

166 Insee, *Portrait social, les seniors*, 2018.

167 Insee, d'après l'enquête patrimoine (patrimoine brut des ménages dont la personne de référence a 65 ans ou plus vs. des ménages dont la personne de référence a entre 25 et 64 ans).

168 DARES, *Emploi et chômage des seniors*, 2018.

169 France Bénévolat, *La place des seniors dans le bénévolat*, 2014.

170 Ministère de l'Intérieur, *Les Élus locaux*, 2017.

171 DREES, « Aider un proche à domicile : la charge ressentie », 2012.

La vision souvent très restreinte que nous pouvons avoir des seniors tient en grande partie à **leur absence de représentation dans l'espace public et dans l'espace médiatique**. La crise a d'ailleurs souligné cette absence de porte-voix, les associations de retraités et les représentants des usagers dans les établissements médico-sociaux n'ayant été que peu audibles.

Des inégalités fortes face à la perte d'autonomie

Tous les seniors ne sont toutefois pas égaux face à la perte d'autonomie. Celle-ci est non seulement **progressive**, mais elle est également **hétérogène** selon les milieux socio-économiques. D'après l'Observatoire des seniors : « *Les femmes cadres ont, en France, une espérance de vie à 35 ans de 53 ans, contre 49 ans pour les hommes. Pour les métiers les plus pénibles, l'espérance de vie à 35 ans est à 49,8 ans pour les femmes et 42,6 ans pour les hommes* »¹⁷².

Les personnes les moins aisées financièrement, les moins diplômées et celles qui font face à des épisodes de précarité, ont plus de risques de devenir fragiles que les autres et plus vite¹⁷³. Le fait de développer des fragilités accroît la probabilité de faire appel aux services d'aide à domicile de plus de 10 points de pourcentage¹⁷⁴. Or, les personnes âgées fragiles mais qui ne sont pas encore dépendantes doivent souvent supporter la quasi-totalité du coût de ces services, puisqu'elles sont souvent non éligibles aux aides publiques¹⁷⁵. Ceci explique que l'aggravation de la perte d'autonomie est souvent plus rapide et plus marquée chez les personnes disposant de bas revenus¹⁷⁶.

Cette inégalité face à la perte d'autonomie est d'autant plus importante à prendre en compte que les seniors peuvent avoir des situations économiques très hétérogènes : les 10 % des seniors les plus riches ont des revenus tout de même trois fois supérieurs aux 10 % les plus pauvres, une situation stable depuis une vingtaine d'années¹⁷⁷.

172 Observatoire des seniors, d'après Insee, 2017.

173 Travaux du Haut comité de santé publique sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé (1998), travaux de l'IRDES sur la fragilité et l'analyse des déterminants socio-économiques, 2013.

174 Roquebert Q, Tenand M. « Pay less, consume more? The price elasticity of home care for the disabled elderly in France. » *Health Economics*, 2017.

175 L'allocation personnalisée pour l'autonomie ne bénéficie qu'aux personnes ayant une perte d'autonomie plus prononcée (Groupe iso-ressources, GIR, 1 à 4).

176 « Les disparités d'APA à domicile entre départements », DREES, 2019.

177 Insee, *Portrait social – les seniors*, 2018.

Les actions de prévention pour retarder cette perte d'autonomie sont pourtant limitées en France. Notre système agit actuellement essentiellement dans une logique de compensation de la perte d'autonomie, bien plus que de prévention. D'après la Direction de la Sécurité sociale (DSS), les dépenses publiques de prévention de la fragilité des personnes âgées dans le champ médico-social peuvent être évaluées à 1,6 milliard d'euros en 2020^{178/179}. En comparaison, l'effort de la nation en faveur du soutien à l'autonomie s'élève à 77 milliards d'euros en 2020, dont 25 milliards d'euros sont consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie¹⁸⁰, le reste étant consacré à la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap.

Concernant l'habitat, un rapport de juin 2020¹⁸¹, commandé par Édouard Philippe, alors Premier ministre, à Denis Piveteau et Jacques Wolfrom, a mis en évidence **les freins au développement de l'habitat inclusif et l'absence d'une gouvernance réellement unifiée des initiatives menées par les différents acteurs sur cette question**. L'habitat inclusif est pourtant un outil pertinent dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie puisqu'il permet de rompre l'isolement, de proposer un espace adapté aux fragilités de ses habitants, d'encourager l'entraide et de mutualiser les aides extérieures. Là encore, **l'éparpillement des acteurs rend difficile la construction d'une politique de prévention solide**. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ne couvre que 17 % de la politique de prévention¹⁸². La Caisse nationale d'Assurance vieillesse (CNAV) ne cible quant à elle qu'une toute petite part des seniors (2 à 3 % des populations de plus de 75 ans dont les niveaux de pension sont faibles, en-dessous du seuil d'assujettissement à la CSG).

Cette logique de silos empêche d'envisager la prévention comme partie intégrante de l'accompagnement au vieillissement et à la perte d'autonomie, comme l'a souligné un rapport de la Cour des comptes en novembre 2021¹⁸³. Pourtant, **la perte d'autonomie n'est pas une fatalité**. Les travaux de l'épidémiologiste américaine Linda Fried révélaient dès le début des années 2000¹⁸⁴ que **l'entrée en dépendance n'est pas irréversible** et que des personnes dépendantes peuvent redevenir seulement fragiles voire même robustes.

178 Annexe 10 du PLFSS pour 2022.

179 Ce chiffre correspond à une fourchette basse car il ne tient pas compte de l'action sociale extralégale des collectivités territoriales, majoritairement mise en œuvre par les communes, ni des politiques menées par certaines caisses de retraite en dehors du régime général (AGIRC-ARRCO par exemple).

180 Annexe 10 du PLFSS pour 2022.

181 Rapport Piveteau sur l'habitat inclusif, juin 2020.

182 Annexe 10 du PLFSS pour 2022.

183 Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – Construire une priorité partagée*, novembre 2021.

184 Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al., « Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. », 2001.

Des perspectives d'évolution des politiques liées au grand âge malgré l'abandon du projet de loi

En France, les politiques ont abordé depuis longtemps les questions du bien-vieillir et de la perte d'autonomie. Toutefois, ce n'est que récemment que cet engagement s'est transformé en mesures concrètes, avec notamment **la création de la cinquième branche consacrée à l'autonomie en 2020**. Le chemin reste aujourd'hui long et l'abandon du projet de loi « Grand âge et autonomie » constitue un échec conséquent en la matière. Depuis l'annonce du retrait du projet de loi, **le plan pour l'autonomie** de 400 millions d'euros prévu par le PLFSS, notamment en faveur du maintien à domicile, n'a pas suffi à convaincre les professionnels du secteur.

Il existe pourtant de nombreuses sources d'inspiration, sur le terrain et à l'étranger¹⁸⁵, pour développer de véritables politiques de prévention et envisager des approches plus globales. Le Gérotopôle du CHU de Toulouse a développé dans le cadre d'une expérimentation article 51¹⁸⁶, une application « **ICOPE Monitor** » qui permet de mesurer les capacités des personnes âgées et de repérer les fragilités de façon précoce. Au Danemark, le programme « Fredericia » cherche à inciter les personnes âgées en situation de perte d'autonomie à **réapprendre à effectuer par elles-mêmes les activités de la vie quotidienne qu'elles n'arrivent plus à accomplir**, plutôt que compenser leur handicap par des services professionnels réalisant ces activités à leur place.

Deux propositions pour adapter notre société au vieillissement, mieux le prévenir et l'accompagner

Notre approche du vieillissement, aujourd'hui essentiellement axée sur **une compensation de la perte d'autonomie bien plus que sur la prévention**, limite les possibilités de prolonger l'espérance de vie en bonne santé

.../...

185 Voir le benchmark réalisé par Thomas Rapp pour l'Institut Montaigne, Comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie, mai 2021, <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/bien-vieillir-faire-murir-nos-ambitions-benchmark.pdf>

186 La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.

des Français. Vieillir en bonne santé ne pourra se faire sans un changement de regard sur la place des seniors dans notre société et sans une approche bien plus préventive de la santé. Il est essentiel de cesser de voir la perte d'autonomie comme une fatalité pour pouvoir mettre en place des politiques adaptées et ambitieuses, à destination de nos aînés.

Les reports successifs du projet de loi « Grand âge et autonomie » n'ont fait qu'**accentuer l'urgence d'une mesure d'ampleur destinée à la prévention de la perte d'autonomie**. La mise en place d'une concertation et la remise d'une série de rapports¹⁸⁷ sur le sujet ont permis d'accumuler suffisamment de matière pour envisager la mise en place d'une réforme dans les 100 premiers jours du prochain quinquennat.

PROPOSITION 14

Intégrer au parcours de soins des temps dédiés à la prévention de la perte d'autonomie

Prévenir les fragilités liées à l'état de santé et les dépister de façon systématique

a) Créer une visite de prévention dédiée au bien-vieillir à un moment clé du parcours de santé, déterminé en fonction des fragilités et risques identifiés par le médecin traitant.

Cette visite de prévention pourrait être décidée en concertation entre le médecin traitant et le patient en fonction du parcours de santé de celui-ci, des fragilités identifiées tout au long de la vie, ainsi que des antécédents familiaux.

b) Proposer un parcours de prévention spécifique pour les nouveaux retraités les plus modestes et leur accorder un bonus retraite en contrepartie de son respect.

.../...

187 Rapport Libault sur la concertation Grand âge et autonomie, mars 2019 ; Rapport El Khomri sur le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge, octobre 2019 ; Rapport Piveteau sur l'habitat inclusif, juin 2020 ; Rapport Vachey sur la branche autonomie, septembre 2020 ; Rapport Denormandie sur les aides techniques, octobre 2020.

Il pourrait être proposé d'organiser un parcours de prévention pour les retraités les plus modestes, comme les bénéficiaires du minimum vieillesse par exemple. Les personnes seraient encouragées à suivre et respecter ce parcours de prévention dans les années qui suivent la retraite en leur accordant un bonus sous forme d'une majoration de la pension de retraite.

c) Inciter financièrement à la prévention les professionnels conventionnés, en inscrivant spécifiquement l'accompagnement de l'autonomie dans les indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Si la ROSP concerne indirectement le suivi de pathologies associées au vieillissement, aucun indicateur n'est actuellement directement lié au soutien à l'autonomie. Il est donc préconisé d'intégrer le dépistage de la perte d'autonomie comme un des indicateurs dans le cadre de la ROSP.

d) Inciter les professionnels et les structures de santé à développer des projets innovants en matière de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie.

Le dispositif de l'article 51 permet d'expérimenter des projets innovants afin de tester de nouveaux modèles d'organisation ou des nouvelles méthodes de travail entre les acteurs. Il est proposé de donner une orientation plus préventive aux projets qui sont proposés ou retenus, puisque les innovations en matière de prévention ne représentent que 5 %¹⁸⁸ des projets recevables aujourd'hui.

e) Intégrer la question de l'environnement à notre approche du bien-vieillir pour adapter les lieux de vie à la prévention de la perte d'autonomie.

L'adaptation de l'habitat se fait toujours dans une logique de compensation de la perte d'autonomie et non dans une logique de prévention. Une approche plus personnalisée permettrait de répondre au souhait des 67 % de Français de plus de 60 ans de passer le reste de leur vie dans le logement qu'ils occupent actuellement¹⁸⁹.

.../...

PROPOSITION 15

Augmenter la part des dépenses dédiées à la prévention et instaurer une règle d'or attribuant 1 euro de dépenses en faveur de la prévention de la perte d'autonomie pour 10 euros de dépenses curatives

La France consacre une part trop faible à la prévention de la perte d'autonomie, alors que les dépenses curatives pour les soins de longue durée ou pour la prise en charge de la perte d'autonomie sont, à l'inverse, très dynamiques. Or, les moyens consacrés à la prévention doivent constituer un investissement pour économiser à terme sur les dépenses de santé et améliorer la qualité de vie des seniors.

Nous proposons d'**instaurer une règle d'or de la prévention en se donnant l'objectif de consacrer 1 euro à la politique de prévention pour 10 euros de dépenses « curatives »**. Cette règle s'appliquerait pour les départements en rapport avec le financement de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) comme pour la Sécurité sociale.

188 Ministère des Solidarités et de la Santé, *Rapport du parlement sur les expérimentations innovantes en santé*, 2019.

189 Luc Broussy, « Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations », mai 2021.

CONCLUSION

À l'aube d'une nouvelle élection présidentielle, il est essentiel que les candidats se positionnent sur le sujet de la santé et proposent une vision claire de ce qui doit être mis en œuvre pour tirer de réels enseignements de la crise et bâtir un système de santé plus résilient et plus inclusif, capable de faire face à de futures pandémies.

Les leçons héritées de la crise sont nombreuses et nous invitent aujourd'hui à repenser l'ensemble de notre approche de santé. Cela passera tout d'abord par **une vision plus globale de ces enjeux**, en sortant d'une logique axée sur le curatif pour prendre davantage en compte la question de la prévention. Il est également essentiel de repenser **le rôle des acteurs de notre système de soins**, en redonnant une place de choix aux patients, et en questionnant les outils nécessaires à une meilleure interconnexion entre les professionnels de santé.

Par ailleurs, la crise sanitaire a fait émerger **des pratiques vertueuses sur lesquelles nous devons continuer à investir**. Le pari de l'inclusion numérique en santé est, à ce titre, capital. L'accès à l'innovation thérapeutique, mis en lumière à travers la question des vaccins, nous encourage également à redoubler d'efforts pour mettre à disposition des patients des traitements innovants le plus rapidement possible.

Enfin, le développement de parcours de soins plus collaboratifs, où les professionnels de santé disposent des bons outils numériques pour échanger entre eux et avec leurs patients est capital. **Cette remise en question de notre approche de la santé ne pourra se faire sans le soutien actif de l'ensemble des acteurs, sur l'ensemble des territoires.**

REMERCIEMENTS

Rédaction

- **Laure Millet**, responsable du Programme santé, Institut Montaigne

Groupe projet

- **Pierre-François Jan**, directeur, Pergamon
- **Patrick Le Disez**, consultant, Pergamon (rapporteur)
- **Sophie Lerosey**, consultante, Pergamon (rapporteur)
- **Emma Ros**, chargée d'études au Programme santé, Institut Montaigne

Auditions

Plus de 400 expert(e)s issu(e)s

1) Du secteur public et associatif :

- 52 d'associations et fédérations professionnelles
- 41 de l'administration publique et des élu(e)s
- 40 universitaires
- 46 professionnels de santé et directeurs d'établissements

2) Du secteur privé :

- 18 d'établissements de santé
- 22 d'entreprises du numérique en santé
- 35 de complémentaires santé
- 42 travaillant dans les *startups* de biotechnologie et e-santé
- 40 d'entreprises du conseil, investisseurs et prospectivistes
- 77 de laboratoires pharmaceutiques et entreprises du dispositif médical

L'Institut Montaigne remercie également Angèle Malâtre-Lansac, directrice déléguée à la santé, et l'équipe de communication pour son aide sur cette publication.

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

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- China Trends #11 Une ouverture à la carte : les investissements directs étrangers en Chine (décembre 2021)
- Transports du quotidien : en route vers le sans carbone! (décembre 2021)
- La présidence française de l'Union européenne à la loupe (décembre 2021)
- Europe-Inde : quelles ambitions face à la Chine? (décembre 2021)
- Réinvestir le secteur bancaire européen (novembre 2021)
- Une France convalescente, une France du « proche » Baromètre des Territoires 2021 (novembre 2021)
- China Trends n° 10 – Comment l'intelligence artificielle transformera la Chine (novembre 2021)
- Prix Interne du Carbone : une solution qui tombe à PIC pour les entreprises? (novembre 2021)
- En campagne pour l'agriculture de demain (octobre 2021)
- La France dans le bouleversement du monde (octobre 2021)
- Automobile : feu vert pour une industrie durable (octobre 2021)
- Innovation française : nos incroyables talents (octobre 2021)
- Parcours patient : parcours du combattant? (septembre 2021)
- Europe : agir ensemble pour la décarbonation (septembre 2021)
- Quelle Allemagne après Merkel? (septembre 2021)
- Quinquennat Macron : le grand décryptage (août 2021)
- China Trends n° 9 – Une Chine décarbonnée est-elle possible? (juillet 2021)
- Villes : à vos données! (juillet 2021)
- Vu de Pékin : le rebond de l'économie chinoise (juin 2021)
- Régions : le renouveau de l'action publique? (juin 2021)
- La stabilité du Maghreb, un impératif pour l'Europe (mai 2021)
- Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions (mai 2021)
- Relance en Afrique : quel rôle pour les entreprises (mai 2021)
- Religion au travail : croire au dialogue – Baromètre du Fait Religieux en Entreprise (mai 2021)
- Fintech chinoise : l'heure de la reprise en main (avril 2021)
- Enseignement supérieur et recherche : il est temps d'agir! (avril 2021)
- Filière santé : gagnons la course à l'innovation (mars 2021)
- Rééquilibrer le développement de nos territoires (mars 2021)
- China Trends n° 8 – L'armée chinoise en Asie : puissance et coercition (février 2021)
- Repenser la défense face aux crises du 21^e siècle (février 2021)
- Les militants du djihad (janvier 2021)
- Compétitivité de la vallée de la Seine : comment redresser la barre? (janvier 2021)

- Semi-conducteurs : la quête de la Chine (janvier 2021)
- Vaccination en France : l'enjeu de la confiance (décembre 2020)
- Santé mentale : faire face à la crise (décembre 2020)
- Construire la métropole Aix-Marseille-Provence de 2030 (novembre 2020)
- Allemagne-France : pour une politique européenne commune à l'égard de la Chine (novembre 2020)
- Plan de relance : répondre à l'urgence économique (novembre 2020)
- Réformer les retraites en temps de crise (octobre 2020)
- Les quartiers pauvres ont un avenir (octobre 2020)
- Trump ou Biden – comment reconstruire la relation transatlantique? (octobre 2020)
- Le capitalisme responsable : une chance pour l'Europe (septembre 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : neuf idées efficaces en faveur de l'emploi (septembre 2020)
- Un virus clarificateur L'impact du Covid-19 sur la politique étrangère de la France (juin 2020)
- Les entreprises françaises en Afrique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Transatlantic Trends 2020 (juillet 2020)
- Europe's Pushback on China (juin 2020)
- E-santé : augmentons la dose! (juin 2020)
- Dividende carbone : une carte à jouer pour l'Europe (juin 2020)
- L'action publique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Seine-Saint-Denis : les batailles de l'emploi et de l'insertion (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : relançons l'investissement (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : l'enjeu du temps de travail (mai 2020)
- Internet : le péril jeune? (avril 2020)
- Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie (avril 2020)
- Algorithmes : contrôle des biais S.V.P. (mars 2020)
- Retraites : pour un régime équilibré (mars 2020)
- Espace : le réveil de l'Europe? (février 2020)
- Données personnelles : comment gagner la bataille? (décembre 2019)
- Transition énergétique : faisons jouer nos réseaux (décembre 2019)
- Religion au travail : croire au dialogue – Baromètre du Fait Religieux Entreprise 2019 (novembre 2019)
- Taxes de production : préservons les entreprises dans les territoires (octobre 2019)
- Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir (septembre 2019)
- Rénovation énergétique : chantier accessible à tous (juillet 2019)
- Agir pour la parité : performance à la clé (juillet 2019)
- Pour réussir la transition énergétique (juin 2019)
- Europe-Afrique : partenaires particuliers (juin 2019)

- Media polarization « à la française »? Comparing the French and American ecosystems (mai 2019)
- L'Europe et la 5G : le cas Huawei (partie 2, mai 2019)
- L'Europe et la 5G : passons la cinquième! (partie 1, mai 2019)
- Système de santé : soyez consultés! (avril 2019)
- Travailleurs des plateformes : liberté oui, protection aussi (avril 2019)
- Action publique : pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple (mars 2019)
- La France en morceaux : baromètre des Territoires 2019 (février 2019)
- Énergie solaire en Afrique : un avenir rayonnant? (février 2019)
- IA et emploi en santé : quoi de neuf docteur? (janvier 2019)
- Cybermenace : avis de tempête (novembre 2018)
- Partenariat franco-britannique de défense et de sécurité : améliorer notre coopération (novembre 2018)
- Sauver le droit d'asile (octobre 2018)
- Industrie du futur, prêts, partez! (septembre 2018)
- La fabrique de l'islamisme (septembre 2018)
- Protection sociale : une mise à jour vitale (mars 2018)
- Innovation en santé : soignons nos talents (mars 2018)
- Travail en prison : préparer (vraiment) l'après (février 2018)
- ETI : taille intermédiaire, gros potentiel (janvier 2018)
- Réforme de la formation professionnelle : allons jusqu'au bout! (janvier 2018)
- Espace : l'Europe contre-attaque? (décembre 2017)
- Justice : faites entrer le numérique (novembre 2017)
- Apprentissage : les trois clés d'une véritable transformation (octobre 2017)
- Prêts pour l'Afrique d'aujourd'hui? (septembre 2017)
- Nouveau monde arabe, nouvelle « politique arabe » pour la France (août 2017)
- Enseignement supérieur et numérique : connectez-vous! (juin 2017)
- Syrie : en finir avec une guerre sans fin (juin 2017)
- Énergie : priorité au climat! (juin 2017)
- Quelle place pour la voiture demain? (mai 2017)
- Sécurité nationale : quels moyens pour quelles priorités? (avril 2017)
- Tourisme en France : cliquez ici pour rafraîchir (mars 2017)
- L'Europe dont nous avons besoin (mars 2017)
- Dernière chance pour le paritarisme de gestion (mars 2017)
- L'impossible État actionnaire? (janvier 2017)
- Un capital emploi formation pour tous (janvier 2017)
- Économie circulaire, réconcilier croissance et environnement (novembre 2016)
- Traité transatlantique : pourquoi persévérer (octobre 2016)
- Un islam français est possible (septembre 2016)
- Refonder la sécurité nationale (septembre 2016)
- Brexain ou Brexit : Europe, prépare ton avenir! (juin 2016)
- Réanimer le système de santé – Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)
- Sauver le dialogue social (septembre 2015)
- Politique du logement : faire sauter les verrous (juillet 2015)
- Faire du bien vieillir un projet de société (juin 2015)
- Dépense publique : le temps de l'action (mai 2015)
- Apprentissage : un vaccin contre le chômage des jeunes (mai 2015)
- Big Data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique (avril 2015)
- Université : pour une nouvelle ambition (avril 2015)
- Rallumer la télévision : 10 propositions pour faire rayonner l'audiovisuel français (février 2015)
- Marché du travail : la grande fracture (février 2015)
- Concilier efficacité économique et démocratie : l'exemple mutualiste (décembre 2014)
- Résidences Seniors : une alternative à développer (décembre 2014)
- Business schools : rester des champions dans la compétition internationale (novembre 2014)
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français (octobre 2014)
- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)
- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan? (septembre 2014)
- Et la confiance, bordel? (août 2014)
- Gaz de schiste : comment avancer (juillet 2014)
- Pour une véritable politique publique du renseignement (juillet 2014)
- Rester le leader mondial du tourisme, un enjeu vital pour la France (juin 2014)

- 1 151 milliards d'euros de dépenses publiques : quels résultats? (février 2014)
- Comment renforcer l'Europe politique (janvier 2014)
- Améliorer l'équité et l'efficacité de l'assurance-chômage (décembre 2013)
- Santé : faire le pari de l'innovation (décembre 2013)
- Afrique-France : mettre en œuvre le co-développement Contribution au XXV^e sommet Afrique-France (décembre 2013)
- Chômage : inverser la courbe (octobre 2013)
- Mettre la fiscalité au service de la croissance (septembre 2013)
- Vive le long terme! Les entreprises familiales au service de la croissance et de l'emploi (septembre 2013)
- Habitat : pour une transition énergétique ambitieuse (septembre 2013)
- Commerce extérieur : refuser le déclin
Propositions pour renforcer notre présence dans les échanges internationaux (juillet 2013)
- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre? (avril 2013)
- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)
- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise? (janvier 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique 15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle? (novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance : 20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale? (septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)

- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)
- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... » Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good? Partis pour de bon?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique – France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir? (juillet 2008)
- HLM, parc privé. Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France... Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam... Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe? (septembre 2007)
- L'exemple inattendu des Vets – Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012 – Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus. Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)

- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations... Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 – Réédition septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :

www.institutmontaigne.org

INSTITUT MONTAIGNE



ABB FRANCE
ABBVIE
ACCENTURE
ACCURACY
ACTIVEO
ADECCO
ADEO
ADIT
ADVANCY
AIR FRANCE - KLM
AIR LIQUIDE
AIRBUS
ALLEN & OVERY
ALLIANZ
ALVAREZ & MARSAL FRANCE
AMAZON
AMBER CAPITAL
AMUNDI
ANTIN INFRASTRUCTURE PARTNERS
ARCHERY STRATEGY CONSULTING
ARCHIMED
ARDIAN
ASTRAZENECA
AUGUST DEBOUZY
AVRIL
AXA
BAKER & MCKENZIE
BEARINGPOINT
BESSÉ
BG GROUP
BNP PARIBAS
BOLLORE
BONA FIDÉ
BOUYGUES
BROUSSE VERGEZ
BRUNSWICK
CANDRIAM
CAPGEMINI
CAPITAL GROUP
CAREIT ASSET ET PROPERTY MANAGEMENT
CARREFOUR
CASINO
CHUBB
CIS
CISCO SYSTEMS FRANCE
CLUB TOP 20
CMA CGM
CNP ASSURANCES
COHEN AMIR-ASLANI

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

INSTITUT MONTAIGNE



COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM
CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
CORRÈZE & ZAMBÈZE
CRÉDIT AGRICOLE
D'ANGELIN & CO.LTD
DASSAULT SYSTÈMES
DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
DOCTOLIB
ECL GROUP
EDENRED
EDF
EDHEC BUSINESS SCHOOL
EDWARDS LIFESCIENCES
ELSAN
ENEDIS
ENGIE
EQT
ESL & NETWORK
EUROGROUP CONSULTING
FIVES
FONCIA GROUPE
FONCIÈRE INEA
GALILEO GLOBAL EDUCATION
GETLINK
GIDE LOYRETTE NOUËL
GOJOB
GOOGLE
GRAS SAVOYE
GROUPAMA
GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
GROUPE M6
GROUPE ORANGE
HAMEUR ET CIE
HENNER
HSBC CONTINENTAL EUROPE
IBM FRANCE
IFPASS
ING BANK FRANCE
INKARN
INSTITUT MÉRIEUX
INTERNATIONAL SOS
INTERPARFUMS
INTUITIVE SURGICAL
IONIS EDUCATION GROUP
ISRP
IZIWORK
JEANTET ASSOCIÉS
JOLT CAPITAL
KANTAR

INSTITUT MONTAIGNE



KATALYSE
KEARNEY
KEDGE BUSINESS SCHOOL
KKR
KPMG S.A.
LA BANQUE POSTALE
LA COMPAGNIE FRUITIÈRE
LINEDATA SERVICES
LIVANOVA
L'ORÉAL
LOXAM
LVMH - MOÛT-HENNESSY - LOUIS VUITTON
M.CHARRAIRE
MACSF
MALAKOFF HUMANIS
MAREMMA
MAZARS
MCKINSEY & COMPANY FRANCE
MÉDIA-PARTICIPATIONS
MEDIOBANCA
MERCER
MERIDIAM
MICHELIN
MICROSOFT FRANCE
MITSUBISHI FRANCE S.A.S
MOELIS & COMPANY
MOODY'S FRANCE
NATIXIS
NESTLÉ
NEXITY
ODDO BHF
OLIVER WYMAN
ONDRA PARTNERS
ONEPOINT
ONET
OPTIGESTION
ORANO
ORTEC GROUP
OWKIN
PAI PARTNERS
PERGAMON
POLYTANE
PRODWARE
PRUDENTIA CAPITAL
PWC FRANCE & MAGHREB
RAISE
RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
RANDSTAD
RATP

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE



RELX GROUP
RENAULT
REXEL
RICOL LASTEYRIE
RIVOLIER
ROCHE
ROLAND BERGER
ROTHSCHILD & CO
RTE
SAFRAN
SANOFI
SAP FRANCE
SCHNEIDER ELECTRIC
SERVIER
SGS
SIA PARTNERS
SIACI SAINT HONORÉ
SIEMENS
SIEMENS ENERGY
SIER CONSTRUCTEUR
SNCF
SNCF RÉSEAU
SODEXO
SNEF
SPRINKLR
SPVIE
STAN
SUEZ
SYSTEMIS
TALAN
TECNET PARTICIPATIONS SARL
TEREGA
THE BOSTON CONSULTING GROUP
TILDER
TOFANE
TOTALENERGIES
UBS FRANCE
VEOLIA
VERLINGUE
VINCI
VIVENDI
WAKAM
WAVESTONE
WENDEL
WILLIS TOWERS WATSON
WORDAPPEAL
ZURICH



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castris président, Institut Montaigne

MEMBRES

David Azéma associé, Perella Weinberg Partners

Emmanuelle Barbara *Senior Partner*, August Debouzy

Marguerite Bérard directrice des Réseaux France, BNP Paribas

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

Paul Hermelin président du Conseil d'administration, Capgemini

Marwan Lahoud président, Ace Capital Partners

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

René Ricol président, Ricol Lasteyrie

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

Arnaud Vaissié président-directeur général, International SOS

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

Florence Verzelen directrice générale adjointe, Dassault Systèmes

Philippe Wahl président-directeur général, Groupe La Poste

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Claude Bébéar fondateur et président d'honneur, AXA

Photo de couverture © Pictrider / www.shutterstock.com

Imprimé en France
Dépôt légal : janvier 2022
ISSN : 1771-6756

INSTITUT MONTAIGNE



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

Santé 2022 : tout un programme

Depuis son commencement en mars 2020, la crise du Covid-19 a bouleversé le quotidien de chacun d'entre nous, interrogeant durablement notre rapport à la santé et nos attentes vis-à-vis du système de soins. La pandémie a ainsi remis la santé au cœur des priorités quotidiennes des Français.

La santé est effectivement indispensable au bon fonctionnement de l'ensemble de notre société. Elle ne peut plus être envisagée en silos mais doit au contraire être pensée de manière globale, en lien avec l'ensemble des politiques publiques (logement, éducation, travail, environnement, etc.).

Avec l'échéance présidentielle de 2022, il est urgent de faire de la santé la priorité du prochain quinquennat. Dans ce contexte, l'Institut Montaigne propose quatre axes de recommandations autour du rôle des patients dans le système de soins, de l'innovation technologique et thérapeutique, de la gouvernance de la filière santé et des politiques de prévention à mener dans le champ de la santé mentale et du bien-vieillir.

Si cette note n'entend pas traiter toutes les difficultés rencontrées par le système de santé, elle a pour vocation de proposer des pistes d'actions et des orientations structurantes pour les politiques de santé de demain.

Rejoignez-nous sur :



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

Institut Montaigne

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

ISSN 1771-6756
JANVIER 2022