



Filière santé : gagnons la course à l'innovation



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.

Filière santé : gagnons la course à l'innovation

NOTE – MARS 2021

TABLE DES MATIÈRES

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

Introduction	7
I. Une crise sanitaire révélatrice du besoin de structurer les acteurs pour mieux répondre aux nouveaux défis du système de santé	10
1. Une réflexion développée à travers la préparation de six rapports au sein de l'Institut Montaigne	10
2. La crise Covid-19 : un moment historique qui place la santé publique en haut des préoccupations politiques	13
3. Une crise qui révèle aujourd'hui la nécessité de structurer l'ensemble des acteurs du système autour d'objectifs partagés	16
II. Des constats partagés, une nouvelle vision à proposer pour la filière santé en France	17
1. La filière santé en France	17
2. Les principaux besoins identifiés pour structurer une filière capable de créer davantage de valeur pour les patients et le système de santé	24
3. Trois leviers de transformation à actionner pour accélérer la structuration d'une filière santé	27
III. Les propositions de l'Institut Montaigne pour structurer une filière santé capable d'améliorer la prise en charge des patients et la santé des Français	31
Axe 1. Réinventer la gouvernance de la filière santé, aux niveaux européen, national et régional	31
Proposition n° 1. Au niveau européen et dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne en 2022, mettre en place une véritable stratégie de développement de la filière santé pour permettre de mieux anticiper les menaces et coordonner les réponses face aux crises sanitaires ..	31
Proposition n° 2. Au niveau européen, développer une culture de partage des données et de mise en cohérence entre les différents États membres d'indicateurs de qualité des soins du point de vue des patients	33
Proposition n° 3. Au niveau européen, prolonger le travail d'harmonisation engagé avec l'EMA en créant les conditions d'une évaluation européenne des technologies de santé	34

Proposition n° 4. Au niveau national, créer un Secrétariat d'État chargé du développement de la filière santé et de la réorganisation de l'administration pour lui donner de réels moyens d'action	35
Proposition n° 5. Au niveau régional, adapter la gouvernance et investir davantage dans les pôles d'excellence régionaux pour permettre la mise en réseau des acteurs de la filière santé	38
Axe 2. Développer des outils de pilotage de la filière par la donnée et favoriser le développement d'usages numériques au service des patients	44
Proposition n° 6. Mettre en place un tableau de bord de la filière santé afin de piloter le système à partir d'indicateurs sanitaires, organisationnels et économiques	44
Proposition n° 7. Accélérer la définition de référentiels pour favoriser la portabilité des données et encourager ainsi la concurrence et l'émergence de leaders européens du numérique en santé	47
Proposition n° 8. Mettre en place des mécanismes d'incitation des professionnels de santé à l'adoption des usages numériques et imaginer des programmes d'accompagnement par les acteurs de la filière	49
Axe 3. Investir massivement dans la prévention, la coordination des parcours de soins et faciliter l'évolution des parcours professionnels en santé	51
Proposition n° 9. Répondre à la pénurie de soignants en créant davantage de passerelles entre métiers en décroissance et métiers de la santé, entre médical et paramédical	51
Proposition n° 10. Développer de nouveaux modèles de financement pour favoriser l'émergence de plateformes d'intégration de soins	54
Proposition n° 11. Transformer l'Assurance « maladie » en Assurance « santé » capable d'intégrer les notions d'investissements et de prévention	56
Proposition n° 12. Mettre la prévention au cœur des politiques de santé publique en y associant des acteurs en dehors du champ de la maladie, comme les acteurs de l'éducation et du travail	58
Remerciements	61

Cette note de l'Institut Montaigne intervient à un moment charnière pour le système de santé français. Si la précédente campagne présidentielle a échoué à faire de la santé un thème structurant du débat public, la crise sanitaire liée au Covid-19 s'est chargée de saturer l'espace médiatique et politique de questions de santé.

Plus profondément, on observe un renversement de la hiérarchie des normes politiques, faisant **passer les préoccupations de santé publique devant les préoccupations économiques.** En novembre 2020, **2 Français sur 3 estimaient que le plus important était de limiter l'épidémie de Covid-19, même si cela avait un impact négatif sur l'économie du pays et l'emploi**¹. À l'étranger, les thèmes clés de l'élection américaine et les premières initiatives politiques du Président Joe Biden semblent aussi illustrer ce renversement.

Cette crise a également été le révélateur des difficultés que traversent notre système de santé, notamment **l'absence de vision stratégique et de pilotage d'une « filière santé » française.** Pénurie de masques, difficultés dans les chaînes d'approvisionnement en produits de santé, capacités d'accueil limitées, difficultés de l'écosystème industriel et de recherche français à développer un vaccin contre le Covid-19, etc.

Si cette crise a mis en lumière une forte capacité de résilience et d'engagement de l'ensemble des acteurs du système de santé français, elle a également mis en exergue d'importantes lacunes. Alors que les crises sanitaires passées ont souvent été l'occasion d'initier des réformes pour notre système de santé, **une crise d'une telle ampleur ouvre une fenêtre de tir inédite, avec en ligne de mire le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) 2021, la présidence française de l'Union Européenne et la prochaine élection présidentielle en 2022.**

Lancés le 11 février 2021, les travaux préparatoires du CSIS se donnent d'emblée une ambition forte – **faire de la France la 1^{re} nation européenne innovante et souveraine en santé**² – et souhaitent établir un schéma d'orientation « Santé-Innovation 2030 ». Cette note de l'Institut Montaigne dessine des pistes de réflexions et formule des propositions concrètes dans le cadre de ces travaux. Elle tire ses constats de six

¹ Voir l'enquête de l'Institut Montaigne, *Les Français inquiets face à la crise économique du Covid-19*, 5 novembre 2020. Disponible sur : <https://www.institutmontaigne.org/blog/sondage-les-francais-inquiets-face-la-crise-economique-du-covid-19>

² Lancement du Conseil stratégique des industries de santé 2021 (CSIS) : faire de la France la 1^{re} nation européenne innovante et souveraine en santé, Communiqué de presse du Ministère de la Santé, 11 février 2021 - <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lancement-du-conseil-strategique-des-industries-de-sante-2021-csis>

rapports de référence publiés par l'Institut Montaigne sur le système de santé depuis juin 2016, et fonde ses propositions à partir d'un nouveau travail d'auditions des acteurs à la fin de l'année 2020.

Ces propositions ont l'ambition d'être à la fois :

- **plus politiques**, pour mobiliser les citoyens et mettre en mouvement les acteurs publics et privés vers une vision commune, à l'image de ce qui a pu être fait sur les questions de transition écologique, avec des objectifs chiffrés ;
- **plus opérationnelles**, pour lever rapidement les freins et favoriser l'émergence d'une filière santé créatrice de valeur pour les patients et l'ensemble du système de santé, qui doit être plus résilient face aux futures crises sanitaires.

À travers cette note, l'Institut Montaigne souhaite appeler les pouvoirs publics à opérer **un véritable changement de paradigme sur la manière de piloter notre système de santé**. Ce changement doit permettre :

- De ne plus considérer le secteur de la santé comme une source de dépenses à gérer, mais comme **une filière économique à part entière**, créatrice de croissance de manière directe et indirecte (emplois, investissements, balance commerciale...). Au total, le poids économique de la filière pèse **près de 300 milliards d'euros** (dépenses de santé + exportation), **soit 12,3 % du PIB** et elle emploie **plus de 2 millions de personnes** tous secteurs confondus ;
- De ne plus conduire des politiques qui s'apprécient uniquement sous le prisme des « coûts » suscités à court-terme par la prise en charge de nouveaux produits ou services, mais aussi sous le prisme des « économies » qu'ils peuvent apporter à long-terme, c'est-à-dire conduire des politiques de santé capables d'**intégrer une logique d'investissements et d'évaluation du retour sur investissement** ;
- De ne plus imaginer des réponses cloisonnées aux problématiques de chaque acteur, mais de **construire une vision de long-terme pour notre système de santé pour aligner et coordonner l'ensemble des acteurs publics et privés** – mais aussi tous les acteurs du « *One Health* » (santé humaine, santé animale, santé de notre planète) vers un objectif commun : la création de valeur pour les patients et l'ensemble du système de santé ;
- De repenser en profondeur le rôle de l'État, qui doit **passer du statut de « gérant » du système de santé au statut de « garant » des règles du jeu et de la vision**, en laissant davantage de marges de manœuvres aux acteurs de la filière pour déployer des solutions innovantes.

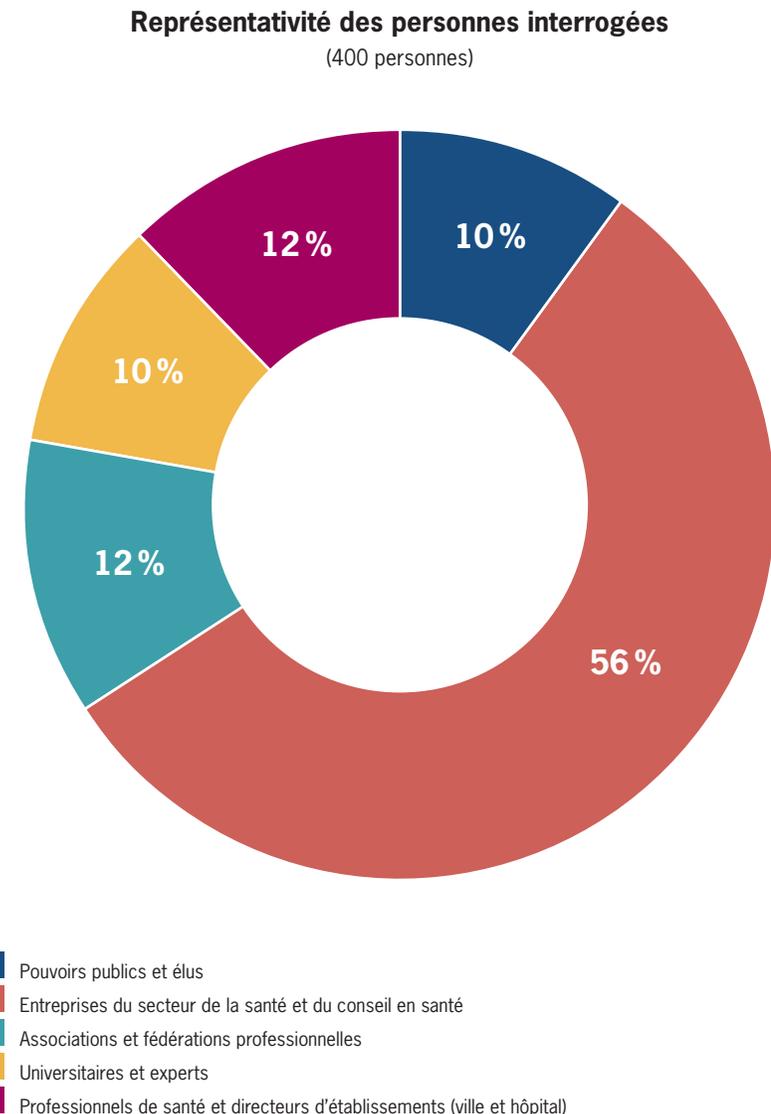
Pour accélérer la structuration de la filière santé, l'Institut Montaigne identifie **trois leviers de transformation** autour desquels s'organisent ses propositions :

- **La gouvernance de la santé et du numérique** doit permettre d'encourager les collaborations entre le secteur public et le secteur privé pour faire émerger les innovations de demain, tout en rendant le système plus efficient et pertinent. Cette gouvernance doit davantage **prendre en compte les usagers du système de santé**, patients comme professionnels.
- **La donnée doit devenir un outil performant de prise de décision au service de l'intérêt général** et permettre de repenser totalement les modèles de régulation (prix des médicaments, évaluation des innovations, efficacité d'une prise en charge, etc.).
- **Les parcours de soins en ville comme à l'hôpital doivent être repensés autour de la prévention** et de la gestion des maladies chroniques, notamment via des outils numériques de suivi.

UNE CRISE SANITAIRE RÉVÉLATRICE DU BESOIN DE STRUCTURER LES ACTEURS POUR MIEUX RÉPONDRE AUX NOUVEAUX DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ

1. Une réflexion développée à travers la préparation de six rapports au sein de l'Institut Montaigne

Depuis 2016, l'Institut Montaigne a publié six rapports sur l'innovation en santé, lesquels posent des constats partagés sur la nécessaire évolution de notre système de santé³ et sur le potentiel sous-exploité de l'innovation en santé⁴. Professionnels de santé, universitaires, représentants de la société civile, salariés d'entreprises du secteur médical et pouvoirs publics ; au fil de ces six rapports et de ces quatre années, **400 personnes ont participé à construire cette réflexion commune au service de l'amélioration de notre système de santé.**

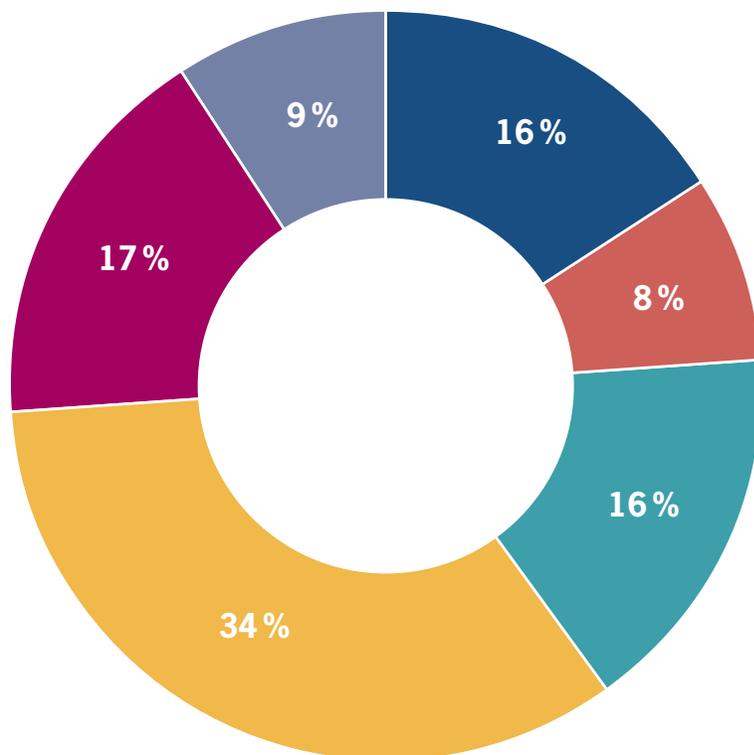


³ Rapports de l'Institut Montaigne, *Réanimer le système de santé*, juin 2016 ; *Système de santé : soyez consultés!*, avril 2019 ; Rapport sur le vieillissement de la population (en cours de rédaction) 1^{er} semestre 2021.

⁴ Rapports de l'Institut Montaigne, *Innovation en santé : soignons nos talents*, mars 2018 ; *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*, septembre 2019 ; *E-santé : augmentons la dose!*, juin 2020.

Représentativité des entreprises impliquées

(223 personnes)



NB : une majeure partie (56 % soit 223 personnes) du panel interrogé représentait le secteur privé. Pour donner un aperçu plus global de la représentativité des entreprises impliquées, nous avons établi six sous-catégories d'entreprises.

Source : Institut Montaigne.

À travers ces rapports et auditions, certains constats se sont répétés et sont restés d'actualité au fil des années. Si certaines lignes ont bougé, des nœuds structurants demeurent et sont perçus par les acteurs comme des freins au développement de la filière santé. Cette note n'a pas pour ambition de proposer un nouveau diagnostic ou de nouveaux constats, mais entend revenir de manière synthétique sur ceux qui font consensus.

2. La crise Covid-19 : un moment historique qui place la santé publique en haut des préoccupations politiques

La pandémie de Covid-19 a entraîné une crise sanitaire inédite par son ampleur. Au moment de l'écriture de cette note (février 2021), le bilan est déjà gigantesque. On compte près de **2,5 millions de morts à travers le monde**⁵ et plus de 111 millions de cas déclarés. La France compte pour sa part environ 84 000 décès et plus de 3,6 millions de personnes testées positives depuis le début de la pandémie. Face à cette épidémie, les mesures prises par les États pour contenir sa propagation ont été inédites : le 30 mars 2020, on comptait **2,63 milliards de citoyens contraints au confinement à travers le monde**⁶. Dans cette période, 43 % de la population mondiale était incitée ou astreinte à se confiner⁷.

Cette crise sanitaire s'est doublée d'une crise économique internationale : le FMI estime la contraction du PIB au niveau mondial à -3,5 % en 2020⁸ au niveau mondial. D'après l'Insee, le PIB français a quant à lui diminué de -8,3 %⁹ en 2020. Pour faire face à cette crise économique, les États ont investi dans de vastes plans de relance faisant s'envoler la dette publique à des niveaux jamais atteints depuis la seconde guerre mondiale¹⁰ : 98 % du PIB mondial en 2020. Concernant la dette publique française, celle-ci frôle la barre des 120 % du PIB¹¹.

5 Site du département de Médecine de l'Université Johns Hopkins, consulté le 22 février 2021.

Disponible sur : Johns Hopkins University <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

6 Libération, « Covid-19 : combien de personnes sont confinées dans le monde », 31 mars 2020 https://www.liberation.fr/checknews/2020/03/31/covid-19-combien-de-personnes-sont-confinées-dans-le-monde_1783626#:~:text=Si%20l'on%20ne%20prend,personne%20sur%20trois%2C%20selon%20les

7 La Tribune, « Pandémie : quatre humains sur dix incités ou astreints à se confiner », 29 mars 2020 <https://www.latribune.fr/economie/international/pandemie-quatre-humains-sur-dix-incites-ou-astreints-a-se-confiner-843710.html>

8 FMI, Mise à jour des perspectives de l'économie mondiale, janvier 2021 ;

<https://www.imf.org/fr/Publications/WEO/Issues/2021/01/26/2021-world-economic-outlook-update>.

9 Chiffres de l'Insee, Tableau de bord de la conjoncture française. Chiffres-clés, 19 février 2021.

Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2107840>

10 Moniteur des finances publiques, janvier 2021.

<https://www.imf.org/fr/Publications/FM/Issues/2021/01/20/fiscal-monitor-update-january-2021>

11 Cour des comptes, Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques.

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-06/20200630-rapport-RSPFP-2020.pdf>

Impact sanitaire et économique de la crise liée au Covid-19 en France et en Europe

Impact sanitaire ¹²	France			Europe		
Nombre de cas	3 664 700 ¹³			21 750 000 ¹⁴		
Nombre de décès	84 430 ¹⁵			530 000 ¹⁶		
Impact économique (en points de PIB)	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Taux de croissance ¹⁷	1,5	-9,0 ¹⁸	5,5 ¹⁹	1,3	-6,3 ²⁰	3,7 ²¹
Déficit public	-3,0 ²²	-10,2 ²³	-6,7 ²⁴	-0,5 ²⁵	-8,4 ²⁶	-6,1 ²⁷
Dette publique	98,1 ²⁸	117,5 ²⁹	116,2 ³⁰	79,2 ³¹	93,9 ³²	94,6 ³³
Taux de chômage (en % de la population active)	8,1 ³⁴	8 ³⁵	10,4 ³⁶	6,3 ³⁷	7,7 ³⁸	8,6 ³⁹

Source : Institut Montaigne.

Au-delà des chiffres, cette double crise semble marquer un tournant dans l'opinion publique. On observe **un renversement de la hiérarchie des normes politiques : les préoccupations de santé publique seraient-elles en train de dépasser les préoccupations économiques et de justice sociale ?** C'est en tous cas ce que semblent indiquer certains sondages. Au début de l'année 2019, à la question « Quels sont les sujets qui vous préoccupent personnellement le plus ? », la santé arrivait en troisième position derrière le pouvoir d'achat (40 % des Français se disaient préoccupés) et les retraites (26 %) ⁴⁰. En novembre 2020, **2 Français sur 3 estiment que le plus important est de limiter l'épidémie de Covid-19, même si cela a un impact négatif sur l'économie du pays et l'emploi**⁴¹.

Sur la scène politique, ce renversement de la hiérarchie des normes se matérialise concrètement. En France, le « M. Déconfinement »⁴² du gouvernement est devenu Premier Ministre. Aux États-Unis, les premières décisions politiques du président élu Joe Biden se concentrent sur la gestion de la pandémie, avec la mise en place d'une cellule de crise dédiée⁴³.

Certains observateurs comme le philosophe Frédéric Worms expliquent que « *Le XXI^e siècle sera le siècle de la santé publique ou ne sera pas !* »⁴⁴. Loin d'opposer santé et économie, ils appellent à **faire de la santé publique un critère global, qui intègre les notions de justice et d'économie**. Des mouvements comme le *global health* ou le *One Health* prennent également de l'ampleur, encourageant une **approche holistique des questions de santé animale, santé humaine et d'écologie**.

12 Site de l'Université de Médecine Johns Hopkins, consulté le 30 novembre 2020. Disponible sur : Johns Hopkins University. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

13 Site du département de Médecine de l'Université Johns Hopkins, consulté le 22 février 2021. Disponible sur : Johns Hopkins University. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

14 Résultat agrégé à partir du site de l'université Johns Hopkins <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> le 22 février 2021.

15 Site du département de Médecine de l'Université Johns Hopkins, consulté le 22 février 2021. Disponible sur : Johns Hopkins University. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

16 Résultat agrégé à partir du site de l'université Johns Hopkins <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> le 22 février 2021.

17 Chiffres tirés du rapport du FMI, *Perspectives de l'économie mondiale*, septembre 2020.

18 Chiffres tirés des mises à jour des perspectives de l'économie mondiale par le FMI en janvier 2021. <https://www.imf.org/fr/Publications/WEO/Issues/2021/01/26/2021-world-economic-outlook-update>

19 *Ibid.*

20 https://ec.europa.eu/economy_finance/forecasts/2021/winter/ecfin_forecast_winter_2021_outlook_en.pdf

21 *Ibid.*

22 Scénario du gouvernement français – PLF2021.

23 *Ibid.*

24 *Ibid.*

25 Commission européenne, *Prévisions économiques de l'automne 2020*, 5 novembre 2020.

26 *Ibid.*

27 *Ibid.*

28 Scénario du gouvernement français – PLF2021

29 *Ibid.*

30 *Ibid.*

31 Commission européenne, *Prévisions économiques de l'automne 2020*, 5 novembre 2020.

32 *Ibid.*

33 *Ibid.*

34 OFCE, *Perspectives économiques 2020-2021*, 14 octobre 2020.

35 OFCE, *op.cit.*

36 OFCE, *op.cit.*

37 Commission européenne, *Prévisions économiques de l'automne 2020*, 5 novembre 2020.

38 *Ibid.*

39 *Ibid.*

40 Voir l'enquête de l'Institut Montaigne, *La santé face aux fractures sociales et territoriales*, 20 mai 2019. Disponible sur : <https://www.institutmontaigne.org/blog/la-sante-face-aux-fractures-sociales-et-territoriales>

41 Voir l'enquête de l'Institut Montaigne, *Les Français inquiets face à la crise économique du Covid-19*, 5 novembre 2020. Disponible sur : <https://www.institutmontaigne.org/blog/sondage-les-francais-inquiets-face-la-crise-economique-du-covid-19>

42 Le Monde, « Jean Castex, « M. Déconfinement » du gouvernement et « homme de confiance » d'Édouard Philippe », 3 avril 2020 : https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/04/03/covid-19-jean-castex-m-deconfinement-du-gouvernement-et-homme-de-confiance-d-edouard-philippe_6035493_823448.html

43 Le Figaro, « Coronavirus : Joe Biden met en place une cellule de crise, l'Europe décide de nouvelles restrictions », 8 novembre 2020 : <https://www.lefigaro.fr/international/coronavirus-joe-biden-met-en-place-une-cellule-de-crise-l-europe-decide-de-nouvelles-restrictions-20201108>

44 Marianne, « Frédéric Worms : « Le XXI^e siècle sera le siècle de la santé publique ou ne sera pas ! » », 24 avril 2020 : <https://www.marianne.net/societe/frederic-worms-le-xxie-siecle-sera-le-siecle-de-la-sante-publique-ou-ne-sera-pas>

3. Une crise qui révèle aujourd'hui la nécessité de structurer l'ensemble des acteurs du système autour d'objectifs partagés

Mais cette pandémie a aussi été **un révélateur des difficultés que traversent tous les acteurs du système de santé**. Si la crise des hôpitaux et des services d'urgence avait déjà émergé dans le débat public en 2019, celle due au Covid-19 a propulsé sur le devant de la scène les problématiques de pénuries de soignants en France⁴⁵ et les capacités d'accueil limitées de nos services d'urgence ou de réanimation. Elle a aussi mis en lumière les fractures entre le monde hospitalier, les cliniques privées et la médecine de ville⁴⁶, des fractures soulignées par un Ségur de la santé jugé trop centré sur l'hôpital par les syndicats de médecins généralistes⁴⁷. La question de l'égalité d'accès aux soins était également présente dans les grandes orientations de santé publique. Là encore, la crise du Covid-19 a suscité une plus forte prise de conscience de ces enjeux⁴⁸. Enfin, **la problématique de la confiance et du dialogue entre acteurs publics et privés s'est aussi posée de manière plus aiguë**, avec des blocages opérationnels et des défauts de coordination dans les premières semaines de la pandémie.

L'épidémie de Covid-19 a révélé à la fois la résilience de notre filière santé face à la crise et son extrême fragilité. Pour ne pas reproduire les mêmes erreurs, le besoin de mieux structurer la filière santé est apparu comme un chantier prioritaire pour préparer le « monde d'après », en commençant par **co-construire une vision stratégique et mettre en place les conditions de son pilotage**.

Les crises sanitaires de ces dernières années ont à chaque fois été l'occasion d'initier des réformes pour notre système de santé. Une crise d'une telle ampleur à un peu plus d'un an des élections présidentielles ouvre une fenêtre de tir inédite pour **impliquer tous les acteurs de la filière, publics comme privés, dans la rénovation de notre système de santé**.

45 Marianne, « Pénurie de soignants : « Les hôpitaux veulent recruter, mais il n'y a personne sur le marché » », 29 octobre 2020 : <https://www.marianne.net/societe/sante/penurie-de-soignants-les-hopitaux-veulent-recruter-mais-il-n-y-a-personne-sur-le-marche>

46 Libération, « Médecins généralistes face au Covid-19 : « Comme toujours, on ne parle que de l'hôpital » », 14 octobre 2020. https://www.liberation.fr/france/2020/10/14/covid-comme-toujours-on-ne-parle-que-de-l-hopital_1802308

47 Le Figaro, « Budget 2021 de la Sécu : « Un budget de mépris pour la médecine libérale » », 18 octobre 2020 <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/budget-2021-de-la-secu-un-budget-de-mepri-pour-la-medecine-liberale-20201018>

48 Le Monde, « Le Covid-19 a révélé les insupportables inégalités de ressources et d'accès aux soins », 21 mai 2020 : https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/21/le-covid-19-a-revele-les-insupportables-inegalites-de-ressources-et-d-acces-aux-soins_6040325_3232.html

DES CONSTATS PARTAGÉS, UNE NOUVELLE VISION À PROPOSER POUR LA FILIÈRE SANTÉ EN FRANCE

1. La filière santé en France

1.1. La filière santé, de quoi parle-t-on ?

Définir la « filière santé » n'est pas chose aisée. Elle réunit des activités et des acteurs bien plus divers que la plupart des filières économiques. Au sens large⁴⁹, on pourrait définir cette filière comme **l'ensemble des activités des acteurs publics et privés qui concourent à la réalisation d'un produit ou service ayant une finalité de santé**. Ces activités créent nécessairement de la valeur sur le territoire national (emplois directs et indirects, production de connaissances, progrès médical et scientifique, etc.). **Elle rassemble une diversité d'acteurs parmi lesquels se trouvent les offreurs de soins, les industriels, les payeurs, les services de santé, les entreprises du numérique, du diagnostic, etc**⁵⁰.

Les tendances de fond du secteur amènent aujourd'hui de nombreux acteurs d'horizons différents à investir dans le domaine de la santé, dont des sociétés de technologies de l'information et de la communication. Selon le rapport de la Direction générale des entreprises (DGE), « *E-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé* », **la filière santé est aussi caractérisée par une grande hétérogénéité quant à la maturité des entreprises qui la composent**. Elle est partagée entre de très nombreuses start ups et PME (respectivement 30 % et 20 % des entreprises du marché) qui représentent un vivier d'innovations, d'ETI (45 %) et de quelques grands groupes (5 %). **Cela démontre à la fois le dynamisme du secteur, sa richesse mais aussi son immaturité**.

49 Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose!*, juin 2020, p. 138.

50 Rapport du Conseil National de l'Industrie, *Contrat stratégique de filière industries et technologies de santé*, février 2019.

Mais le terme de filière lui-même questionne. En effet, l'analogie avec d'autres secteurs industriels dont le périmètre est plus évident (filiale automobile, aéronautique...) a ses limites. Réunir les acteurs d'une filière qui comporte une telle diversité d'acteurs issus à la fois du secteur public et du secteur privé n'est pas chose facile. Du côté des pouvoirs publics, la coordination interministérielle est également plus complexe, le ministère de la santé étant l'interlocuteur naturel d'une filière santé, mais pourtant pas l'interlocuteur unique sur les questions économiques ou de transition numérique par exemple.

Cette note fait le choix de garder une définition large de la filière santé et de ne pas exclure a priori certains acteurs du périmètre de l'analyse et des propositions.

1.2. Le poids économique et social de la filière santé en France : 12 % du PIB, 300 milliards d'euros et 2,1 millions d'emplois

La filière santé au sens large : première filière économique en France ?

En partant de la définition la plus large possible, comment objectiver le poids économique et social des acteurs de la filière santé française ? Le premier indicateur à mettre en avant est celui du poids des dépenses de santé rapporté au PIB. Au sens large (DCSi - Dépense Courante de Santé : consommation des soins et de biens médicaux auxquels on additionne les dépenses de soins de longue durée, de prévention et celles liées à la gouvernance des systèmes de santé), la France consacre au total 265,8 milliards d'euros, soit 11,3 % de son PIB à la santé. C'est **1,4 point de plus que la moyenne de l'Union européenne**⁵¹. En réalité, la DCSi ne prend pas en compte le volume d'affaires réalisé par la filière santé à l'exportation. Or, le secteur des industries de santé est un secteur qui **contribue de manière très positive à la balance commerciale en France** avec 25,4 milliards d'euros d'exportation de médicaments et 8 milliards d'exportation de dispositifs médicaux en 2017⁵². Au total, si on ajoute ce volume d'affaires à l'export aux dépenses courantes de santé, on obtient un **marché français de la santé équivalent à 299,2 milliards d'euros, soit 12,3% du PIB.**

Nous avons aussi cherché à **objectiver le poids de la filière santé en comptabilisant le nombre d'emplois en France qui dépendent de ce secteur.** Étant donné

51 DREES, Les dépenses de santé en 2019, Résultats des comptes de la santé, Édition 2020.

52 France Stratégie, L'industrie du futur – enjeux et perspectives pour la filière industries et technologies de santé, Aviesan, Fefis, DGE, G5 Santé, PIPAME, juin 2019.

que la filière santé comporte un grand nombre d'acteurs, il n'existe pas d'indicateur colligé global permettant de mettre en perspective le nombre total d'emplois de la filière en France. L'Institut Montaigne a donc cherché à mettre en commun des données publiques issues des bases de la Direction Générale des Entreprises (DGE) et de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) afin de comptabiliser au maximum les emplois directs ou indirects créés par la filière santé en France. **Nous estimons ainsi que le nombre total d'emplois dans la filière santé en France est supérieur à 2 086 723, soit environ 7 % de la population active française.** En effet, nous avons réussi à référencer des données homogènes sur les effectifs d'un nombre limité de secteurs, à savoir : l'industrie du médicament, des dispositifs médicaux, des diagnostics⁵³, les médecins⁵⁴, les professions paramédicales⁵⁵, le personnel médical non soignant des établissements publics⁵⁶, les salariés des services numériques en santé⁵⁷, les agents du périmètre « Affaires sociales-santé » des ministères sociaux⁵⁸ et de l'Assurance maladie⁵⁹.

En réalité, **le nombre total d'emplois à considérer serait supérieur** si nous prenions en compte les emplois dans l'assurance santé et les mutuelles. Nous les avons ici écartés car nous n'avons pas accès aux données qui nous auraient permis d'isoler les salariés des branches « santé » des assurances privées.

Les industries de technologies de santé (ITS) : un secteur moteur

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*⁶⁰ sur les politiques industrielles en France, **le chiffre d'affaires du secteur des Industries et Technologies de Santé est estimé à 75 milliards d'euros.** 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'euros.

53 France Stratégie, Les politiques industrielles en France – Évolutions et comparaisons internationales, Chapitre 8 – Analyses sectorielles.

54 Données DREES, consultées en décembre 2020. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

55 Ibid.

56 DREES, Personnels non médicaux salariés, 2020.

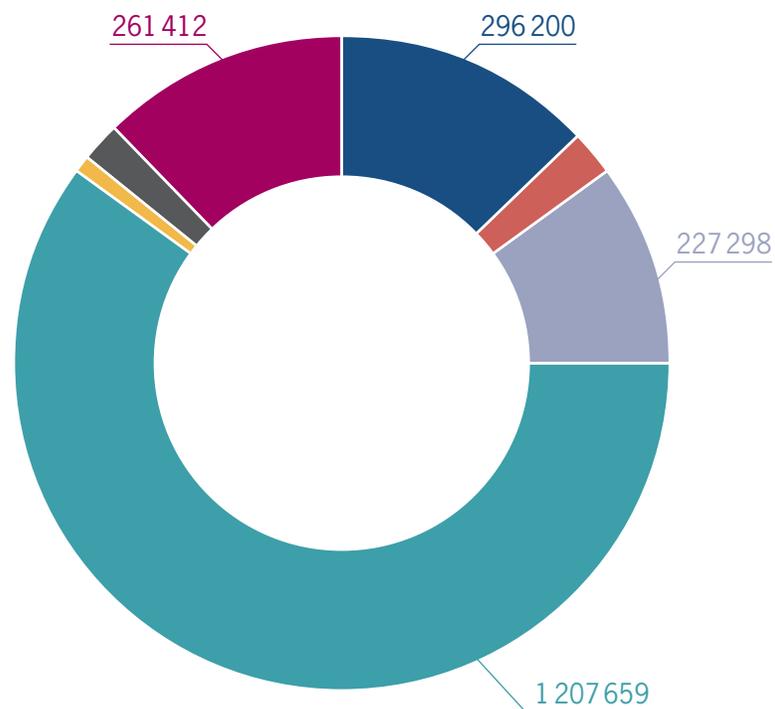
57 DGE, E-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé, 2016.

58 15 154 agents affaires sociales - santé en 2016 | Bilan social 2016 - Ministères sociaux - Secrétariat Général des Ministères Sociaux - Direction des ressources humaines.

59 2 200 salariés de l'assurance maladie en 2019 | Site de la CNAM, consulté le 2 décembre 2020. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/cnam-tete-de-reseau/cnam-tete-reseau>

60 France Stratégie, Les politiques industrielles en France – Évolutions et comparaisons internationales, op.cit.

Près de 2,1 millions d'emplois dans la filière santé française



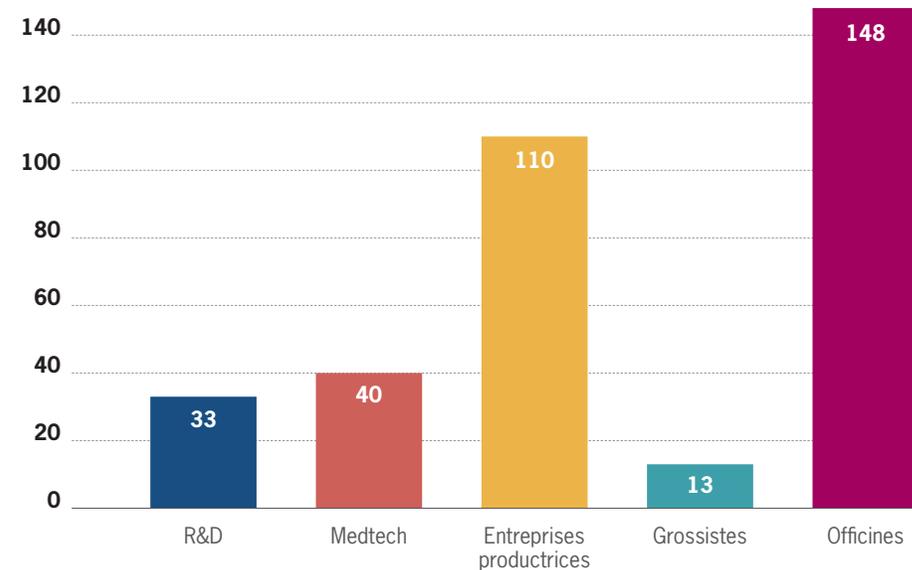
- Emplois liés à l'industrie du médicament
- Emplois liés aux dispositifs médicaux et industrie du diagnostic
- Médecins
- Paramédical (hors pharmaciens)
- Assurance maladie et agents de ministères des affaires sociales de la santé
- Services numériques en santé
- Personnel non médical non soignant des établissements publics de santé

NB : les emplois de pharmaciens n'ont pas été comptabilisés dans les professions paramédicales puisqu'ils sont déjà comptabilisés dans les emplois liés à l'industrie du médicament. Il s'agit ici d'un indicateur approximatif puisque nous avons dû colliger des données issues de plusieurs bases de données faisant référence à des années différentes (entre 2016 et 2019).

Source : Pergamon, à partir de données DGE, DREES, Secrétariat Général des ministères sociaux, Assurance maladie.

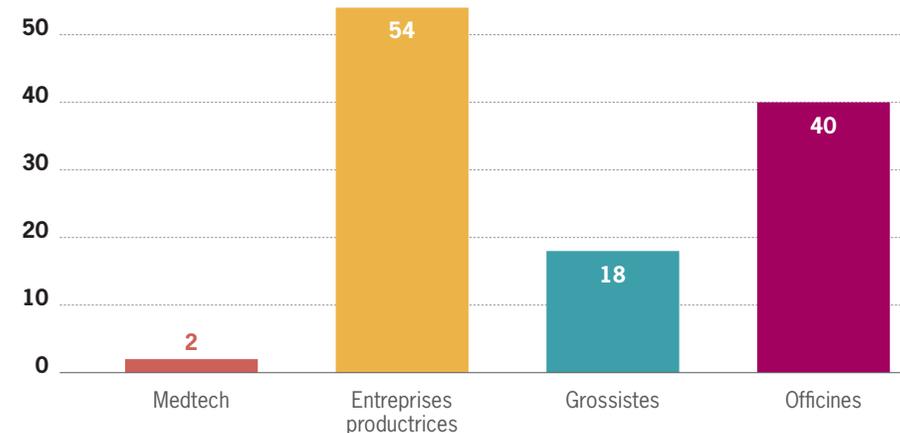
Emplois par secteur

(en milliers d'emplois)



Répartition du chiffre d'affaires du secteur de la santé

(en milliards d'euros)



Source : Industrie du Futur : enjeux et perspectives pour la filière industries et technologies de santé⁶¹.

61 DGE, E-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé, op.cit.

Ce secteur investit aussi très fortement en R&D, avec un investissement du secteur privé d'environ 4 milliards d'euros par an et un investissement encore supérieur (4,5 milliards d'euros) du secteur public. Comme le souligne *France Stratégie*⁶², le secteur se caractérise par une dispersion importante de ces investissements : « 51 % des entreprises qui effectuent des dépenses de R&D sont des très petites entreprises. Cette caractéristique s'explique à la fois par le processus d'externalisation de la R&D des grands groupes et le ciblage des incitations publiques à l'innovation sur les petites entreprises. »

Évolution des dépenses de R&D privées et publiques dans l'industrie de la santé

(en millions d'euros, 2009-2018)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble	8 075	8 086	8 191	8 192	8 277	8 341	8 321	8 522	8 866	8 838
Évolution en %	-2,4	0,1	1,3	0,0	1,0	0,8	-0,2	2,4	4,0	-0,3
Financements publics	3 967	4 163	4 155	4 318	4 402	4 426	4 427	4 543	4 601	4 586
Budget civil de recherche et de développement *	1 890	1 948	1 937	1 992	1 972	1 934	1 936	2 009	1 991	1 985
Universités et hôpitaux universitaires	2 077	2 214	2 218	2 326	2 430	2 492	2 491	2 534	2 610	2 601
Financements privés et associatifs	4 108	3 923	4 035	3 874	3 875	3 915	3 894	3 979	4 265	4 252
Industries pharmaceutiques et de matériel médical	3 992	3 815	3 928	3 733	3 658	3 685	3 664	3 751	4 068	4 055
Secetur associatif	116	108	108	141	217	230	230	228	197	197

* Recherche en santé des organismes inscrits à la mission interministérielle recherche et enseignement supérieur (Mires) et des financements de l'Agence nationale de la recherche (ANR).

Source : DREES, *Les dépenses de santé en 2018 (édition 2019)*, p. 107.

NB : les dépenses de recherche clinique des hôpitaux universitaires sont déjà comptabilisées au sein de la CSBM en « soins hospitaliers ». Elles sont retracées dans cette fiche mais non comptabilisées dans le poste de dépenses « Recherches médicale et pharmaceutique » de la DCS, afin d'éviter tout double-compte.

62 France Stratégie, *Les politiques industrielles en France – Évolutions et comparaisons internationales*, op.cit.

La santé numérique : un potentiel de développement immense

Évalué entre 2,2 et 3 milliards d'euros en 2016⁶³, le marché de la santé numérique en France pourrait fortement se développer dans les années à venir. Un rapport sur la e-santé de la Direction Générale des Entreprises (DGE) indique que **le marché de la santé numérique emploie déjà plus de 30 000 personnes en France**⁶⁴. Dans le cadre du rapport de l'Institut Montaigne « *E-santé : augmentons la dose* », le cabinet McKinsey a réalisé un chiffrage sur le potentiel de création de valeur de la e-santé en France, lequel pourrait se situer **entre 16 et 22 milliards d'euros par an, si une stratégie e-santé était pleinement déployée**⁶⁵.

Chiffres à l'appui, il est donc possible d'affirmer que la santé est un secteur économique de premier plan en France. Premièrement, parce qu'il emploie plus de 2 millions de personnes tous secteurs confondus. Deuxièmement, parce qu'il crée de la richesse, en particulier dans le domaine des industries et technologies de santé, mais aussi de plus en plus dans le secteur du numérique appliqué à la santé, dont il faut attendre une croissance exponentielle dans les années à venir. Troisièmement, parce qu'il est un des rares secteurs à investir massivement en R&D et à contribuer positivement à la balance commerciale de la France.

63 DGE, *E-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé*, op.cit.

64 *Ibid.*

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

2. Les principaux besoins identifiés pour structurer une filière capable de créer davantage de valeur pour les patients et le système de santé

Pour tirer tout le potentiel de la filière santé française, potentiel à la fois en termes de santé publique et économique, les acteurs expriment trois types de besoins :

1. **Sortir des silos et permettre une meilleure collaboration** entre acteurs ;
2. **Organiser un meilleur pilotage de la filière** autour d'une vision globale des enjeux de santé ;
3. **Favoriser la diffusion de l'innovation** pour transformer le système en profondeur.

2.1. Le besoin de sortir des silos et de permettre une meilleure collaboration entre acteurs

À tous les niveaux, les acteurs du système de santé décrivent un secteur structuré en silos, avec des parties prenantes qui avancent de façon assez autonome et indépendante les uns des autres. Ces silos sont multiples : ce sont ceux des soins de ville et du monde hospitalier, ceux du public et du privé, ceux de l'hôpital et des cliniques, ceux de Bercy et du ministère de la santé, ceux des régulateurs et des innovateurs, ceux du médical et du paramédical, ceux du préventif et du curatif, ceux des soignants et des représentants des patients, etc. Si certaines lignes sont en train de bouger, **ce fonctionnement en silos devient d'autant moins soutenable que les défis d'aujourd'hui appellent tous à davantage de transparence et de transversalité :**

- **Transversalité entre la santé humaine, la santé animale et les enjeux environnementaux** (mobilité, aménagement du territoire, agriculture...), comme le rappellent les acteurs qui se positionnent en faveur d'une approche globale de la santé (*global health, One Health*).
- **Transversalité entre les disciplines, entre soins de ville et à l'hôpital**, avec un besoin accru de coordination des parcours de soins entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers, entre les professions médicales et les professions paramédicales. La pluridisciplinarité est un paramètre indispensable pour apporter le meilleur service, le meilleur soin, la meilleure connaissance au bon patient, au bon endroit, au bon moment.
- **Transversalité entre les acteurs publics et les acteurs privés**, avec une confiance réciproque à retrouver. Au plus fort de la crise sanitaire que nous traversons, certains silos traditionnels ont sauté. Mais cette crise a aussi montré la difficulté des décideurs traditionnels à donner aux acteurs privés toute leur place. À l'inverse d'autres pays, **aucun industriel n'était présent dans les instances de pilotage de la crise.**

Les collaborations entre secteurs et entre industries sont pourtant essentielles pour permettre l'innovation et assurer des soins de qualité partout sur le territoire. Seule une dynamique collective et d'alliances fortes permettra de déployer le plein potentiel d'une filière santé⁶⁶.

2.2. Le besoin d'un meilleur pilotage de la filière autour d'une vision globale des enjeux de santé

La filière santé n'est pas suffisamment structurée, tant au niveau des acteurs économiques que des pouvoirs publics :

- **Le tissu industriel est hétérogène et composé d'acteurs multiples**, représentés par de nombreuses organisations professionnelles parmi lesquelles : le Leem (entreprises du médicament), le SNITEM (dispositifs médicaux), la FEFIS (industries de santé), le G5 santé (entreprises françaises des sciences du vivant), France Biotech, Syntec Numérique, LESISS (industries des technologies d'information de santé et pour le médico-social), eHealth France (solutions de e-Santé)... auxquelles nous pourrions ajouter les fédérations hospitalières (FHP, FHF) ou d'autres fédérations sectorielles.
- **Le pilotage et la gouvernance par les autorités publiques sont éclatés**, et marqués notamment par des superpositions entre niveaux régional et national. Une multitude d'interlocuteurs sont susceptibles d'intervenir et de proposer des arbitrages pour la filière 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.).

À l'image de cette galaxie d'acteurs, le système de santé voit naître une multitude d'initiatives isolées, sans qu'aucune d'entre elles ne soit déployée à plus grande échelle ou qu'une vision claire et coordonnée soit définie. **Une vision prospective et la définition de priorités stratégiques permettraient à l'ensemble des acteurs de la filière de gagner en cohérence, en efficacité et en visibilité en France et à l'international.** De ce point de vue, l'élaboration de plans dédiés à certaines pathologies (voir encadré ci-dessous) ont justement eu pour ambition de créer des opportunités de collaboration en cherchant un alignement stratégique entre les acteurs autour d'objectifs communs.

⁶⁶ Ibid.

Focus : les Plans par pathologie permettent la transversalité mais doivent être mis en place et évalués de façon plus rigoureuse⁶⁷

• Les Plans Cancer

Le premier Plan Cancer a été lancé en 2003 par le président de la République Jacques Chirac, suivi de près par la création de l'Institut national du Cancer (INCa). Il a permis, par des mesures majeures, comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'augmentation du prix du tabac, la baisse de la vente de cigarettes. En 2009, Nicolas Sarkozy a lancé le deuxième Plan Cancer, avec trois axes prenant en compte la nécessité de recherche collaborative et de transfert de l'innovation. Doté d'1,2 milliard d'euros⁶⁸, ce Plan Cancer a permis le transfert de découvertes, notamment à travers des sites intégrés de recherche (SIRIC) réunissant cliniciens et chercheurs. Il a également été marqué par la création de sept cancéropôles, structures pluridisciplinaires de coordination et de fédération des parties prenantes, unanimement reconnues pour leur qualité et leur expertise. Enfin, le troisième Plan Cancer, courant jusqu'en 2019, a été annoncé en 2014 autour de quatre axes : guérir, préserver la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche, et optimiser le pilotage et les organisations.

• Les Plans Alzheimer⁶⁹

Lancé en 2008, le troisième Plan Alzheimer regroupait 44 mesures organisées en trois axes (qualité de vie, compréhension de la pathologie, mobilisation pour un enjeu de société). Financé à hauteur de 1,6 milliard d'euros sur cinq ans, ce Plan mettait un accent particulier sur l'accroissement des interactions entre acteurs, notamment publics et privés. Au fur et à mesure des versions successives, ces plans ont intégré et promu la nécessité de connexion entre les acteurs, pour obtenir de véritables transformations structurelles en matière de recherche, de financement ou d'organisation de la prise en charge.

2.3. Le besoin de favoriser la diffusion de l'innovation pour transformer le système en profondeur

En interrogeant différents acteurs de l'innovation en santé (chercheurs, professionnels de santé, grands groupes industriels, startups, financeurs...), il apparaît clairement que la France est de moins en moins perçue comme une terre d'innovation en santé malgré la qualité de sa recherche et la force de son système de santé⁷⁰. **Les innovations sont pourtant là, portées par une multitude d'entreprises et de chercheurs talentueux, tant dans le domaine des dispositifs médicaux, du médicament, que des biotechs ou du numérique.** Mais face aux défis culturels, réglementaires et financiers, les entreprises créées n'atteignent que rarement la taille critique et quittent parfois la France pour aller dans d'autres pays où la situation est plus favorable. En outre, les innovations créées ne bénéficient souvent que tardivement aux patients français.

Quatre principaux leviers doivent être activés pour que la France soit à nouveau une terre d'accueil de l'innovation en santé : (i) former et attirer les meilleurs talents pour faire émerger et développer les innovations ; (ii) faciliter les connexions entre les acteurs à tous les niveaux ; (iii) améliorer l'accès aux financements pour les entreprises innovantes comme pour la recherche ; (iv) établir un environnement réglementaire propice à un accès rapide et sécurisé du patient aux meilleures innovations. Ces quatre leviers thématiques doivent être portés par une exigence primordiale : celle de **créer une véritable filière qui soit visible et attractive à l'international.**

3. Trois leviers de transformation à actionner pour accélérer la structuration d'une filière santé

Pour accélérer la structuration d'une filière santé, l'Institut Montaigne identifie trois leviers de transformation qui correspondent à des changements profonds qui traversent notre système de santé :

1. La gouvernance de la santé et du numérique doit permettre d'encourager les collaborations entre le secteur public et le secteur privé pour faire émerger les innovations de demain ; cette gouvernance doit davantage **prendre en compte les usagers du système de santé** et leur donner un vrai pouvoir de négociation avec les autorités ;

67 Institut Montaigne, *Innovation en santé : soignons nos talents*, mars 2018, p.3.

68 Institut national du cancer, *Plan cancer 2009-2013, Rapport final au Président de la République*, juin 2013.

69 Site internet de la Fondation Plan Alzheimer, « *Les plans nationaux* », consulté le 18 septembre 2017.

70 Institut Montaigne, *Innovation en santé : soignons nos talents*, mars 2018, p. 33.

2. Tandis que le numérique peut permettre une meilleure coordination des acteurs et des gains d'efficacité, **la donnée peut, quant à elle, devenir un outil performant de prise de décision au service des patients, des professionnels de santé, des pouvoirs publics**, et ainsi permettre de repenser les modèles de régulation ;
3. **Les parcours de soins** (médecine de ville et hôpital) doivent être reconstruits autour de **la prévention** et de **la gestion des maladies chroniques**, notamment via des outils numériques de suivi.

3.1. Une gouvernance capable d'encourager l'innovation

Compte tenu des besoins évoqués, une remise à plat de la gouvernance d'ensemble du système paraît donc incontournable à la fois pour la simplifier et la rendre plus lisible, mais aussi pour favoriser la mise en œuvre des propositions de réformes développées jusqu'à maintenant⁷¹.

Cette nouvelle gouvernance doit directement impliquer les acteurs qui innove. La puissance publique doit pouvoir encourager la création d'écosystèmes d'innovation qui impliquent tant le secteur public que privé. En effet, l'innovation n'émerge que lorsqu'il y a une adéquation entre la demande d'innovation de la part des acteurs publics, via les appels à projets ou la mise en place d'expérimentations sur le terrain, et une offre des acteurs privés.

Par ailleurs, **un tel changement de gouvernance ne pourra se faire sans prendre en compte les usagers du système de santé** : au-delà de l'implication des patients dans les instances de gouvernance, il est nécessaire de leur donner un vrai pouvoir de négociation avec les autorités. Cette gouvernance devra également trouver le bon niveau d'intervention à chaque échelle : l'échelle nationale, l'échelle des territoires et enfin, l'échelle européenne.

Parmi les principaux enjeux :

- Redéfinir le rôle de l'État pour se concentrer sur un rôle stratégique et donner à l'ensemble des acteurs de terrain privés comme publics, plus d'autonomie et une plus grande capacité d'innovation ;
- Simplifier et réduire les chaînes de décisions tout en introduisant davantage d'autonomie et de subsidiarité ;
- Impliquer davantage les patients et usagers du système de santé dans la gouvernance ;

⁷¹ Institut Montaigne, *Réanimer le système de santé : propositions pour 2017*, juin 2016.

- Améliorer les conditions d'accès au marché des innovations et valoriser les écosystèmes d'innovation, de la recherche à l'entrepreneuriat.

3.2. Transition numérique et refonte des modèles de régulation par la donnée

Les promesses d'un système de santé digitalisé et piloté par les données sont immenses⁷². **Une meilleure remontée des données et une stratégie de pilotage par la donnée peuvent permettre de bâtir un système de santé plus réactif et plus efficace**, une évaluation de la qualité des parcours comme des soins, une stratification des besoins et de l'offre en fonction des besoins des patients, une meilleure prévention grâce à la détection précoce, des parcours mieux coordonnés grâce à l'échange d'informations et au monitoring en continu, ou encore la mise en place de modalités de financement nouvelles qui rémunèrent et incitent les acteurs en fonction des résultats obtenus (en matière clinique, d'expérience patient ou d'efficacité médico-économique) au-delà d'un « paiement au volume » encore largement prédominant (paiement à l'acte ou T2A)⁷³.

Plusieurs chantiers ont d'ores-et-déjà été ouverts par le gouvernement, avec entre autres **la feuille de route « Accélérer le virage du numérique »**⁷⁴ pilotée par Dominique Pon et Laura Létourneau et organisée autour de 5 grandes orientations : (i) renforcer la gouvernance du numérique en santé, (ii) intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé, (iii) accélérer le déploiement des services numériques socles, (iv) déployer au niveau national des plateformes numériques de santé, (v) soutenir et favoriser l'engagement des acteurs. Tout comme l'État doit jouer son rôle de facilitateur de l'émergence de tels chantiers, l'ensemble des acteurs de la filière doivent également être impliqués.

Parmi les principaux enjeux :

- Le déploiement du DMP et développement de nouveaux usages ;
- Le développement des services de télémédecine, y compris le télé-conseil pour renforcer le dialogue entre experts hospitaliers et médecine de ville ;
- L'utilisation de l'intelligence artificielle pour rendre la recherche plus efficace et/ou redonner du temps médical aux médecins grâce à des outils d'aide à la prescription ;

⁷² Fédération hospitalière de France, Pour un système d'information et d'organisation populationnel, mars 2020.

⁷³ Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose*, juin 2020.

⁷⁴ Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé, « Présentation de la feuille de route « Accélérer le virage du numérique » », 25 avril 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/presentation-de-la-feuille-de-route-accelerer-le-virage-du-numerique>

- Un travail sur l'inclusion numérique pour ne pas laisser s'installer une double fracture entre l'accès aux soins et l'accès aux outils numériques.

3.3. La prévention et les parcours de soins

Le ministère de la santé définit la notion de parcours de la manière suivante : « *la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution assez majeure de notre système de santé pour réunir prévention, soins, suivi médico-social voire social.* »⁷⁵ Cette conception de la médecine de parcours doit amener un changement de paradigme profond sur la place de la prévention et la coordination des acteurs. De nombreux systèmes de santé ont, ou sont en train, de transformer 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 coûts⁷⁶. 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.**

Parmi les principaux enjeux :

- Investir massivement dans la prévention, au moment où la crise que nous traversons a démontré que le manque de prévention a un coût élevé ;
- 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 patients.

⁷⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Parcours de santé, de soins et de vie* », 18 octobre 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

⁷⁶ Institut Montaigne, *Réanimer le système de santé : propositions pour 2017*, juin 2016 Disponible sur : <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/reanimer-systeme-de-sante-rapport.pdf>

LES PROPOSITIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE POUR STRUCTURER UNE FILIÈRE SANTÉ CAPABLE D'AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET LA SANTÉ DES FRANÇAIS

Les propositions suivantes visent à créer les conditions de la structuration d'une filière santé plus transparente, plus collaborative et prête à affronter les futures pandémies. **Cette filière santé devra s'organiser autour d'une vision commune pour améliorer la prise en charge des patients et la santé des Français.**

AXE 1 - Réinventer la gouvernance de la filière santé, aux niveaux européen, national et régional

Proposition n° 1 : au niveau européen et dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne en 2022, mettre en place une véritable stratégie de développement de la filière santé pour permettre de mieux anticiper les menaces et coordonner les réponses face aux crises sanitaires

La France a un rôle de leader à jouer du fait de son modèle universaliste et de son tissu scientifique incontestable. La future Présidence française de l'Union européenne en 2022 sera aussi l'occasion de mettre la gouvernance de la filière santé au sommet de l'agenda.

Le premier chantier européen à ouvrir est celui de **la coordination des réponses face aux crises sanitaires avec la création de la Health Emergency Response**

Authority (HERA). Inspirée du BARDA américain (encadré ci-dessous), elle serait chargée de préparer les États membres contre de futures crises sanitaires, de constituer des stocks de médicaments stratégiques et d'investir dans la recherche et le développement pharmaceutique.

Focus : Qu'est-ce que le BARDA aux États-Unis ?

Le BARDA (*Biomedical Advanced Research and Development Authority*) est une autorité faisant partie du bureau de l'Assistant Secrétaire pour la Préparation et la Réponse (sous-entendu, aux crises) du département de Santé Publique du gouvernement des États-Unis. Créé en 2006, **ce bureau a été mis en place dans le but d'anticiper les risques et de protéger la population américaine contre les menaces d'ordre chimique, biologique, radiologique et nucléaire auxquelles pourraient faire face les États-Unis.** Ce bureau a également pour objectif de protéger la population américaine contre les risques d'ordre infectieux (maladies infectieuses émergentes) et surtout contre les risques d'ordre infectieux à caractère de pandémie⁷⁷. Le rôle du BARDA est de soutenir le processus de mise à disposition de vaccins, traitements et diagnostics visant à contrer ces menaces. Ce soutien s'illustre à travers l'apport de financements à l'industrie du médicament et des technologies de la santé, d'une assistance technique et de la gestion d'un réseau d'organisations spécialisées dans la recherche clinique.

Durant la crise Covid-19, le BARDA a coopéré de façon très rapprochée avec l'ensemble de la chaîne de production de l'industrie du vaccin : des entreprises responsables de la production des fioles, seringues et aiguilles aux laboratoires qui développent le vaccin en lui-même⁷⁸. **Le rôle joué par le BARDA dans la coordination stratégique de la réponse à la pandémie du Covid-19 a été crucial pour permettre aux États-Unis de figurer parmi les premiers pays à avoir développé un vaccin efficace**⁷⁹.

.../...

À l'inverse, la crise sanitaire a illustré les vulnérabilités de la chaîne de production de l'industrie pharmaceutique européenne mais aussi et surtout l'absence de coordination entre les pays de l'Union européenne pour répondre efficacement à ce type de menace. Cela a donc amené la Commission européenne à se prononcer pour la création d'une nouvelle agence⁸⁰ directement inspirée du BARDA américain : la *Health Emergency Response Authority* (HERA).

Proposition n° 2 : au niveau européen, développer une culture de partage des données et de mise en cohérence entre les différents États membres d'indicateurs de qualité des soins du point de vue des patients

Le deuxième chantier européen doit être celui des données avec la création d'un **espace européen des données de santé**⁸¹, déjà initié par la Commission européenne. Le travail de la France avec le *Health Data Hub* national doit permettre à l'Europe d'aller plus vite et de poser les bases d'une collaboration européenne en matière de données de santé. La collaboration franco-allemande autour du projet **GAIA-X** doit aussi permettre d'accélérer la **construction d'une infrastructure de données fiable et sécurisée** pour renforcer la situation de l'Europe.

Les registres de données de vie réelle doivent être consolidés au niveau européen afin de mutualiser les coûts et élargir les populations étudiées (ce qui est d'autant plus utile pour les maladies orphelines notamment). Cela pourrait être progressif, avec dans un premier temps une mise à disposition mutuelle des données entre États-membres (moyennant une participation financière ou une mise à disposition réciproque), puis de façon plus ambitieuse la constitution de réelles bases de données à l'échelle européenne. Ces données pourront contribuer à améliorer l'offre de soins, soutenir la recherche et créer des politiques de santé publique plus efficaces. **Un tel dispositif devrait être copiloté avec les acteurs publics et privés.**

⁷⁷ Public Health Emergency. Available at: <https://www.phe.gov/about/barda/Pages/default.aspx>

⁷⁸ BARDA's role during coronavirus pandemic. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=iSx8oxK4pRc>

⁷⁹ Les Echos, « Covid : Moderna dépose sa demande d'autorisation d'urgence pour son vaccin », 30 novembre 2020. <https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/covid-moderna-depose-sa-demande-dautorisation-urgence-pourson-vaccin-1269553>

⁸⁰ Les Echos, « Pandémies : une nouvelle agence européenne est « nécessaire face à l'ampleur » du défi », 12 novembre 2020. <https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/pandemies-une-barda-europeenne-est-necessaire-face-a-lampleur-du-defi-1264239>

⁸¹ Site de la Commission Européenne, « Espace européen des données de santé », consulté le 30 novembre 2020. Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/ehealth/dataspace_fr

De manière très concrète, cet espace européen des données pourrait sélectionner 3 à 5 maladies chroniques parmi les plus répandues en Europe⁸² (maladies cardio-neuro vasculaires, diabète...) et **organiser une conférence de consensus avec des associations de patients et professionnels de santé afin de fixer des indicateurs de qualité à partager et comparer entre tous les États-membres**. Une telle initiative, menée par l'Institut Montaigne à l'échelle nationale avec six associations de patients pour son rapport « *Système de santé : soyez consultés* » en 2019, permettrait de démontrer immédiatement aux citoyens l'intérêt du partage des données au service de l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies.

Proposition n° 3 : au niveau européen, prolonger le travail d'harmonisation engagé avec l'EMA en créant les conditions d'une évaluation européenne des technologies de santé

Enfin, le troisième chantier européen doit être celui de **l'évaluation européenne des technologies de santé avec la création d'une agence d'HTA (Health Technology Assessment) européenne**⁸³. Il peut être bénéfique pour les différents pays et entreprises de faire des efforts conjoints afin de mutualiser les dépenses de fonctionnement, de simplifier encore les procédures et de mieux se concerter. Une première brique a été posée grâce aux procédures centralisées d'obtention des autorisations de mise sur le marché (AMM) et la mise en commun des moyens au niveau de l'European Medicines Agency (EMA).

Si la fixation de prix européens pour les médicaments, technologies et services de santé est difficilement envisageable aujourd'hui étant donné les spécificités économiques et les différences entre les systèmes de santé de chaque état membre, il est toutefois opportun d'engager la phase 2 de la collaboration européenne en matière de régulation. L'idée d'une HTA communautaire sur le modèle de l'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'EMA est d'ores et déjà sur la table mais souffre de la réticence de certains pays. Il est primordial que les dirigeants et les ministres de la santé des pays membres se mobilisent sur ce dossier afin de procéder à sa mise en œuvre. **Une HTA européenne simplifierait les procédures pour les acteurs industriels et irait dans le sens d'une meilleure coordination des politiques de santé au niveau européen.**

82 L'Institut Montaigne a proposé un chantier similaire en France dans son rapport « *Système de santé : soyez consultés* » sur les indicateurs de qualité des soins

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

Une première étape pourrait consister à conduire un travail pour **harmoniser les critères d'évaluation médicale des différents pays**. En allant plus loin, le modèle canadien peut être un exemple d'harmonisation, avec un Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) ayant remplacé depuis 2004 les 18 processus d'examen indépendants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux⁸⁴.

Proposition n° 4 : au niveau national, créer un Secrétariat d'État chargé du développement de la filière santé et de la réorganisation de l'administration pour lui donner de réels moyens d'action

La plupart des acteurs publics comme privés évoquent **le besoin d'un pilotage stratégique de la filière santé face à la dilution actuelle des interlocuteurs** entre Bercy, 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.). Certains s'interrogent aussi sur la cohérence entre les feuilles de routes des différentes instances administratives chargées de l'accompagnement des acteurs de la filière santé qui ne partagent pas tous la même vision de la filière et de l'innovation en santé. C'est notamment le cas dans le cadre du développement et de la mise sur le marché de solutions innovantes en santé. Le rapport récent de la DGE « *Industrie du Futur : enjeux et perspectives pour la filière industries et technologies de santé*⁸⁵ » l'expliquait ainsi : « *Pour les industriels, le parcours réglementaire français se distingue par un éclatement des agences et des interlocuteurs potentiels, une difficulté à anticiper la ou les réglementation(s) auxquelles les produits doivent répondre et un manque d'expertise par les agences dans l'évaluation des produits de santé embarquant de nouvelles technologies.* » Le rapport souligne le besoin d'un « *cadre clair multi-acteurs* » pour les produits innovants et offres intégrées de santé.

En clair, les missions du ministère de la santé semblent être essentiellement concentrées sur l'organisation des soins, notamment hospitaliers, mais pas suffisamment sur l'accompagnement des acteurs économiques. L'expérience de la création d'un délégué interministériel à l'innovation en santé n'avait pas réussi à régler ce problème, faute de cap clair et de moyens dédiés⁸⁶. L'Institut Montaigne recommande d'initier

84 Site de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), <https://www.cadth.ca/fr/a-propos-de-acmts/nous-faisons/produits-et-services/pcem>, consulté le 17 juillet 2019.

85 DGE, *L'industrie du futur – enjeux et perspectives pour la filière industries et technologies de santé*, Aviesan, Fefis, G5 Santé, PIPAME, juin 2019.

86 Tic Pharma, « *Clap de fin pour la délégation à l'innovation en santé* », 3 mai 2019. <https://www.ticpharma.com/edito.php?id=940>

une réorganisation profonde de l'administration en santé pour aller vers une approche coordonnée et intégrée des questions de santé et de développement économique de la filière.

Pour ce faire, le Gouvernement pourrait s'inspirer des réformes successives au sein du ministère de la Défense⁸⁷ avec la création de la délégation ministérielle pour l'armement (DMA) en 1961 transformée en délégation générale pour l'armement (DGA) en 1977 et dont l'objectif est précisément de confier à une seule administration unifiée la responsabilité de l'ensemble des programmes de développement de la filière d'armements. Ses missions s'articulent autour de trois axes : **(i) équiper les forces armées** (maîtrise d'ouvrage), **(ii) préparer l'avenir** (prospective, anticipation des menaces et des risques) et **(iii) promouvoir les exportations d'armement** (rayonnement international). Le 1^{er} septembre 2018, le dispositif a été complété par la création de **l'Agence de l'innovation de défense (AID)**. Placée sous la responsabilité du Délégué général pour l'armement (DGA), ce service à compétence nationale, **fédère les initiatives d'innovation du ministère en assurant la coordination et la cohérence de l'ensemble des démarches d'innovation**. Tout en poursuivant les travaux relatifs à l'innovation technologique sur le temps long, l'Agence est le capteur des innovations d'opportunité au bénéfice de tous les utilisateurs finaux quels que soient leurs domaines : conduite des opérations, équipements, soutiens, fonctionnement, administration.

La vision cible pour l'État serait de se doter d'un appareil administratif capable de reprendre à son compte ces trois missions : (i) équiper nos personnels soignants et établissements de santé des meilleures innovations technologiques et thérapeutiques, (ii) préparer l'avenir du système de santé en anticipant les besoins et les risques, (iii) promouvoir à l'international l'excellence et le savoir-faire de notre filière santé française. Cette évolution devrait être travaillée en interministériel. En priorité, il conviendrait de revoir l'organisation des services du ministère de la santé, pour clairement donner corps à cette réorientation : d'un État « gérant » à un État « garant ». Elle devrait aussi intégrer une évolution des modes de coopération entre le ministère de la santé et l'Assurance maladie, les ministères en charge de l'économie, de l'industrie mais également de l'emploi. Enfin, il faudrait aussi faire évoluer l'implication des différentes agences de santé (HAS, ANSM, ANS, etc.).

Une telle réorganisation ne peut pas s'opérer du jour au lendemain. Pour y parvenir, l'Institut Montaigne recommande dans un premier temps la création d'un Secrétariat d'État chargé du développement de la filière santé et de la réorganisation de l'administration du système de santé, rattaché au Premier ministre. **Ce Secrétariat d'État n'aurait pas vocation à être pérennisé dans le temps**, mais à conduire une feuille de route claire :

- **Proposer un schéma de réorganisation de l'appareil administratif de l'État**, afin de lui donner davantage les moyens d'assurer une plus grande cohérence entre les mécanismes de régulation du système et l'ambition politique de développement de la filière. Plusieurs pistes se dégagent : la création d'un service à **compétence nationale dédié au pilotage de la filière santé**, la création d'une Agence de santé **dédiée** ou la création d'une nouvelle Direction **centrale** issue de la fusion de différents services existants.
- **Définir avec les acteurs une vision prospective de la filière santé** : il coordonnerait un *horizon scanning* transversal pour anticiper les besoins du système de santé et les innovations à venir. Concrètement, cela se traduirait par l'élaboration d'une feuille de route industrielle pour la filière.
- **Mettre en place un tableau de bord** de la filière santé (voir proposition n° 6) pour coordonner les acteurs publics et privés.

Pendant son mandat, ce Secrétariat d'État deviendrait ainsi l'interlocuteur privilégié des entreprises pour les accompagner dans le développement de leurs innovations (**one stop shop**). Pour asseoir sa légitimité, la première initiative de ce nouveau Secrétariat d'État devrait être de coordonner une grande **conférence de dialogue** afin de co-construire la vision prospective des enjeux de santé en France, sur le modèle de ce qui a pu être fait sur les questions environnementales et **en y associant l'ensemble des acteurs publics et privés, ainsi que les représentants des patients**. Cette conférence de dialogue contribuerait à l'élaboration de la feuille de route industrielle et du tableau de bord.

Pour ne pas manquer ce rendez-vous, il sera demandé à l'ensemble des représentants de la filière⁸⁸ de se réunir et de se coordonner pour contribuer à cette conférence de dialogue. Dans la perspective de la structuration d'une filière santé française, il est indispensable que les acteurs s'autosaisissent de cet enjeu et engagent eux-mêmes une démarche de consolidation de leurs contributions au débat public sur ces questions.

⁸⁸ Leem (entreprises du médicament), SNITEM (dispositifs médicaux), FEFIS (industries de santé), G5 santé (entreprises françaises des sciences du vivant), France Biotech, Syntec Numérique, LESISS (Industries des technologies d'information de santé et pour le médico-social), eHealth France (solutions de e-Santé) auxquelles nous pourrions ajouter les fédérations hospitalières (FHP, FHF) ou d'autres fédérations sectorielles.

⁸⁷ Site du Ministère des Armées, « La Direction Générale de l'Armement », consulté le 27 novembre 2020. <https://www.defense.gouv.fr/portail/dossiers/l-espace-au-profit-des-operations-militaires/fiches-techniques/dga>

Cette proposition entre en résonance avec les aspirations de nombreux acteurs de la filière, à l'image de l'association **MedTech in France** qui se donne pour mission de faire émerger des champions français des technologies médicales et formule des recommandations similaires dans son **Plan pour la filière des technologies médicales**⁸⁹.

Proposition n° 5 : au niveau régional, adapter la gouvernance et investir davantage dans les pôles d'excellence régionaux pour permettre la mise en réseau des acteurs de la filière santé

L'ouverture sur le monde économique doit aussi se faire à un niveau régional de gouvernance, avec des outils de coordination et de dialogue à réinventer entre les acteurs économiques et les structures publiques. La création de *hubs* associant tous les acteurs de l'innovation est indispensable pour répondre au mieux aux besoins de santé sur un territoire donné. En effet, l'étude qui peut être faite de certains *hubs* d'innovation à l'étranger, comme le Massachusetts avec l'exemple de Boston, nous montre l'importance de la mise en réseau des acteurs (voir encadré). Il convient donc de laisser à ces derniers **l'autonomie de s'organiser, de créer leurs interfaces, de modeler leur environnement**⁹⁰. Si l'innovation vient des acteurs eux-mêmes, son développement procède cependant bien en partie d'une impulsion politique et de politiques publiques favorables à la création d'un écosystème où les acteurs sont interconnectés.

L'Institut Montaigne recommande d'**accélérer le développement des pôles de compétitivité français en matière de santé, en accompagnant les régions dans la création d'écosystèmes capables d'accélérer leur développement.**

Les acteurs industriels eux-mêmes doivent davantage embrasser cette logique territoriale, en s'impliquant dans la structuration de réseaux régionaux d'entreprise afin de créer davantage de synergies, à l'image des pôles de compétitivité développés dans certaines grandes agglomérations (voir encadré ci-dessous). Aussi, ces réseaux régionaux d'entreprises, d'instituts de recherche et d'établissements de santé devront avoir pour objectif de **promouvoir à l'international l'excellence française en matière de santé**. Il s'agirait alors de développer des solutions pour la France mais aussi de permettre des débouchés à l'international en s'appuyant sur des initiatives gouvernementales comme la création de l'association *French Healthcare*⁹¹.

Focus : les pôles de compétitivité en France

Lancés en 2005, les pôles de compétitivité visent à favoriser l'innovation et l'excellence au sein de l'industrie française par la mise en réseau d'entreprises, de centres de formation et d'unités de recherche, publics ou privés, sur un même territoire.

La politique des pôles de compétitivité se décompose en quatre phases. Une première phase (2005-2008) de **labellisation et de structuration** des pôles. Une deuxième phase (2009-2012) de **renforcement de l'animation** et du **piloteage stratégique** des pôles. Une troisième phase **d'accompagnement des projets innovants** jusqu'à la mise sur le marché (2013-2018). Une quatrième phase (2019-2022) de **rayonnement au niveau européen** avec une ambition de viser l'excellence dans des secteurs d'avenir.

Le secteur français de la santé comprend sept pôles de compétitivité : Alsace Biovalley, Atlanpole Biotherapies, Cancer-Bio-Santé, Eurobio-med, Lyonbiopôle, Medicen Paris Region et Nutrition-Santé-Longévité. En 2018, dans la perspective du lancement de la phase 4, ces sept pôles ont décidé de se constituer en réseau⁹² pour dynamiser leur collaboration et faire valoir les résultats de leurs actions au niveau européen.

.../...

91 <https://frenchhealthcare-association.fr/>

92 Site de la HealthTech, « Les sept pôles de compétitivité en santé français se constituent en réseau le 11 avril 2018 à Paris », 11 avril 2018. <https://reseau-healthtech.fr/Les-sept-poles-de-compitivite-en-sante-francais-se-constituent-en-reseau-le.html#:~:text=Les%20sept%20p%C3%B4les%20de%20comp%C3%A9titivité%20en%20sant%C3%A9%20fran%C3%A7ais%20%2D%20Alsace%20Biovalley,r%C3%A9sultats%20de%20leurs%20actions%20depuis>

89 MedTech in France, Oui, la France peut devenir le leader mondial des technologies médicales, automne 2020, p. 9

(Étape 12 : Développer une vision prospective du secteur) – <https://medtechinfrance.fr/media/download/259>

90 Institut Montaigne, *Innovation en santé : soignons nos talents*, mars 2018, p. 33.

Focus : l'exemple de Boston⁹⁴

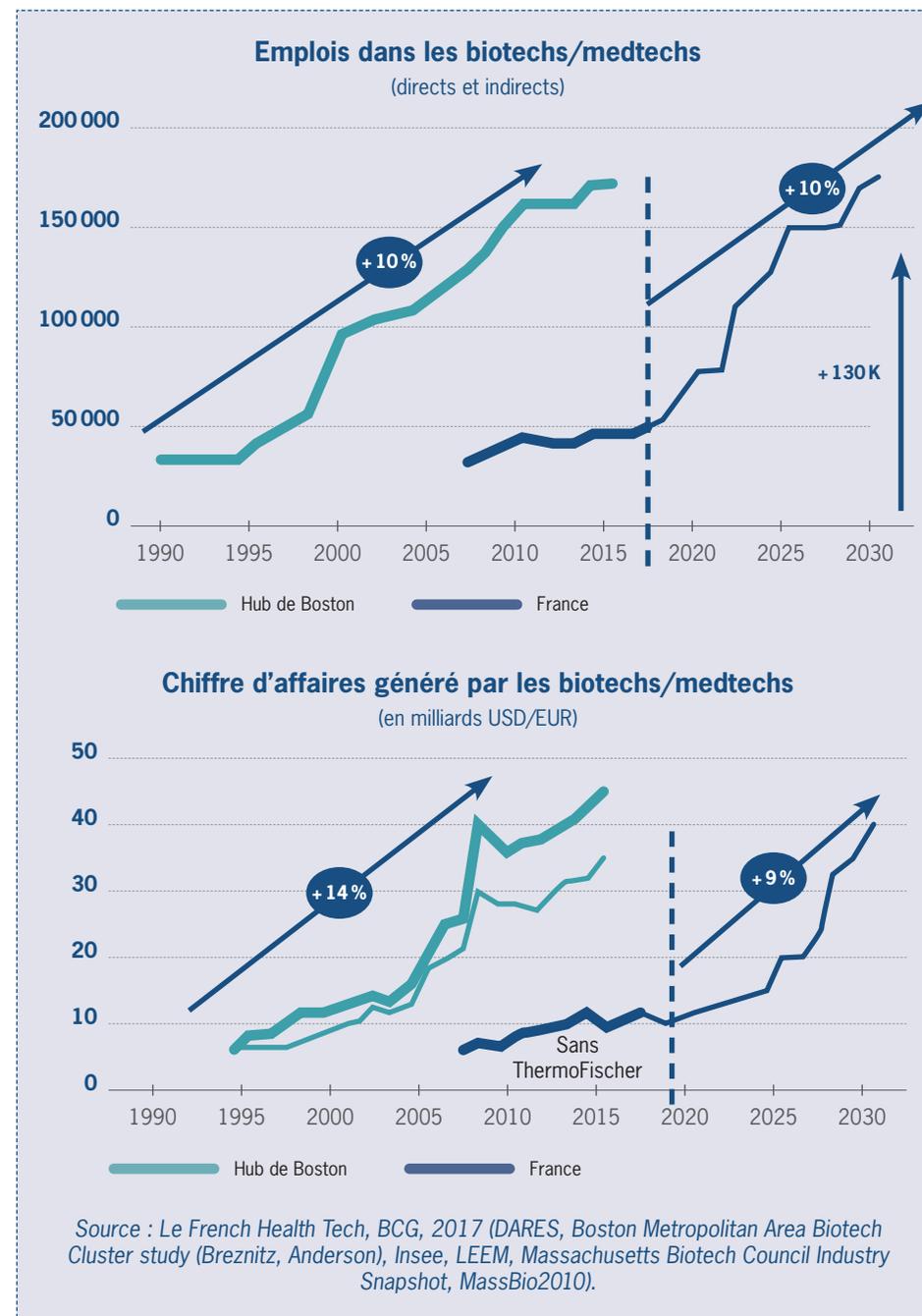
Particulièrement riche en matière de recherche scientifique et biomédicale, la région de Boston, aux États-Unis, accueille de nombreux centres de recherche publics et privés, de startups de la biotechnologie, de laboratoires pharmaceutiques, de sociétés financières, en lien permanent.

La région constitue un important vivier de talents, avec notamment 30 000 professionnels de santé et 250 000 étudiants répartis dans plus d'une cinquantaine d'institutions académiques de haut niveau. Dans ce maillage unique d'universités, les industriels, qui sont au cœur de l'écosystème, sont bien placés pour recruter les meilleurs talents. De même, les grandes institutions et hôpitaux de renommée mondiale sont solidement implantés depuis plusieurs années (Massachusetts General Hospital, Boston Medical Center, etc.). Ce regroupement d'institutions de recherche, d'entreprises, combiné à une volonté publique et renforcé par des moyens financiers considérables explique que la région de Boston soit devenue l'un des plus grands clusters des industries de santé au monde.

Le récent rapport sur l'industrie du futur⁹⁵ indiquait également qu'en « suivant la dynamique du Massachusetts, les biotechs/medtechs pourraient créer 130 000 emplois supplémentaires directs et indirects d'ici 2030 ».

94 Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose*, juin 2020. Disponible sur : <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/e-sante-augmentons-la-dose-annexe-chiffrage.pdf>

95 DGE, *L'industrie du futur - enjeux et perspectives pour la filière industries et technologies de santé*, op.cit.



AXE 2 - Développer des outils de pilotage de la filière par la donnée et favoriser le développement d'usages numériques au service des patients

Proposition n° 6 : mettre en place un tableau de bord de la filière santé afin de piloter le système à partir d'indicateurs sanitaires, organisationnels et économiques

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)⁹⁶. **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 le changement de paradigme, 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 (ouverture de DMP, 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.). Sur la forme, il pourrait s'inspirer des « objectifs de développement durable » de l'ONU⁹⁷, qui permet d'aligner les feuilles de routes des acteurs publics et privés autour de 17 axes prioritaires.

⁹⁶ Site Internet de l'Insee, « Consommation de soins et de biens médicaux / CSBM », consulté le 30 novembre 2020. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1485#:~:text=La%20consommation%20de%20soins%20et,%2C%20petit%20mat%C3%A9riel%20et%20pansements>

⁹⁷ Site de l'Organisation des Nations Unies, « 17 objectifs pour sauver le monde », consulté le 30 novembre 2020. Disponible sur : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE



En complément, d'autres tableaux de bord thématiques pourraient être mis en place pour refléter **les priorités de santé publique fixées par la Stratégie Nationale de Santé**, comme par exemple :

- Un tableau de bord dédié au suivi de la **progression des principales pathologies chroniques**, ce qui permettrait notamment de mesurer l'impact du financement au parcours avec incitations à la prévention sur la prévalence de ces pathologies ;
- Un tableau de bord dédié à la **prise en charge du cancer** ;
- Un tableau de bord dédié aux indicateurs de **pilotage des crises sanitaires** : taux d'occupation des lits d'hôpitaux/de réanimation, suivi des stocks de médicaments essentiels (MITM) ou de dispositifs médicaux, etc.

Ce tableau de bord serait **mis en place de manière coordonnée avec des représentants des acteurs publics et privés du système de santé**, pour refléter toutes les dimensions de la filière santé capables de faire évoluer ces indicateurs.

Exemple de tableau de bord

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

Cet outil met à jour quotidiennement **le nombre de lits d'hôpitaux installés et disponibles**, permettant ainsi un suivi en temps réel de l'occupation des lits d'hôpitaux. La construction d'une cartographie interactive a notamment permis d'aider à **la régulation et à l'orientation des patients**.

Les opportunités qu'offrent cet outil de suivi apportent une **assistance précieuse aux pouvoirs publics** dans la gestion de la crise sanitaire. À cet effet, Elsan et Roland Berger expliquent que leur dispositif pourrait permettre de :

- fournir des outils de pilotage à la DGOS et aux régulations régionales ;
- créer des KPI sur les réanimations permettant d'aider à planifier et piloter les déconfinements ;
- réaliser des analyses spécifiques pour le ministère de la santé et le Gouvernement.

Informations extraites de la présentation « Pilotage des capacités de réanimation en France » réalisée par Elsan et Roland Berger

Focus : un outil de pilotage des capacités de réanimation en France

Au premier semestre 2020, le groupe Elsan et le cabinet de conseil Roland Berger ont mis au point **un dispositif de suivi de l'occupation des lits d'hôpitaux** dans 11 régions métropolitaines (hors Occitanie et Corse).

Sur l'ensemble du territoire métropolitain, le dispositif recensait au mois d'avril 2020, une capacité de **11 845 lits d'hôpitaux**, regroupés par type d'unité - réanimation, soins intensifs, soins continus, lits mutualisés. Parmi les régions étudiées, la région Auvergne-Rhône-Alpes ressort comme la mieux équipée avec un total de **2 190 lits**, tandis que la région Bretagne ferme la marche de ce classement, avec **733 lits**⁹⁸. Il apparaît également que les établissements publics de santé détiennent de plus grandes capacités de réanimation que les établissements privés.

.../...

⁹⁸ Ce classement rapporte les capacités de réanimation en valeur. Un classement des régions par lits d'hôpitaux rapportés à la population serait plus révélateur des capacités de réanimation.

Proposition n° 7 : accélérer la définition de référentiels pour favoriser la portabilité des données et encourager ainsi la concurrence et l'émergence de leaders européens du numérique en santé

En France, il existe aujourd'hui une galaxie éclatée de services numériques en santé à destination des hôpitaux ou des cabinets médicaux. En mettant en place des conditions prohibitives de changement de prestataires informatiques (perte de données, coûts, délais...), certains éditeurs de logiciels compliquent le changement de solutions pour les personnels et établissements de santé et rendent quasiment captifs leurs clients. Ainsi, le **manque d'interopérabilité entre les différents systèmes et surtout l'absence de portabilité des données renseignées d'un service vers un autre nuisent significativement à la concurrence entre acteurs**, et donc à l'amélioration des standards de qualité, à la stimulation de l'innovation et à la concentration du marché pour faire émerger des leaders économiques dans ce domaine.

La Délégation du numérique en santé a initié un chantier majeur dans ce domaine, avec la constitution de la feuille de route « Accélérer le virage du numérique »⁹⁹. Une étape a aussi récemment été franchie avec la signature d'une charte « engagé par la e-santé »¹⁰⁰ entre le ministère des Solidarités et de la Santé et 235 industriels et éditeurs du secteur. Dans le prolongement de ces initiatives, l'Institut Montaigne recommande que **l'État accélère la définition des règles de sécurité et d'interopérabilité et le déploiement des référentiels du numérique en santé, et qu'il soit le garant du libre choix par les professionnels de santé de leurs solutions numériques.**

Afin que les praticiens et établissements puissent changer de prestataires informatiques librement, sans aucune perte de données ni condition prohibitive :

- L'État doit être l'unique garant des normes de sécurité des données de santé. La **norme hébergeurs de données de santé (HDS)** s'est imposée avec succès dans l'écosystème et les initiatives actuelles vont dans la bonne direction. Des **référentiels socles** sont indispensables à la mise en place de services du numérique en santé. Cependant, la plupart de ces référentiels, comme le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources), la eCPS (Carte de Professionnel de santé) ou l'ApCV (Appli Carte Vitale) sont encore au stade embryonnaire, tant sur leur déploiement que sur les fonctionnalités qu'ils embarquent avec eux.
- L'État doit être le garant des **standards d'interopérabilité entre les solutions numériques en santé**. La mise en place de l'outil « Convergence » est une avancée positive, mais l'État doit être plus strict dans l'application des normes d'interopérabilité, notamment à l'hôpital.
- De la même manière que **la portabilité du numéro de téléphone a permis de stimuler la concurrence entre services de téléphonies** en permettant aux utilisateurs de changer librement d'opérateur, rapidement, sans frais d'opérateur et sans changer de numéro, **l'État doit garantir la portabilité des données d'un service en santé à un autre**, tant pour les patients que pour les professionnels de santé utilisateurs de ce service. Concrètement, cela permettrait par exemple à un cabinet de médecins généralistes de changer de logiciel de gestion de sa patientèle grâce à un transfert simplifié des données de santé d'un logiciel à un autre. L'Espace Numérique de Santé pourrait être la plateforme qui permette la portabilité des données d'un service numérique à un autre, à la manière d'un *AppStore*. **Les patients devraient également pouvoir accéder**

aux données de leur DMP via toute solution tierce qu'ils choisiraient d'utiliser, à partir du moment où cette dernière respecte un cadre éthique, de sécurité et d'interopérabilité fixé par l'État.

Proposition n° 8 : mettre en place des mécanismes d'incitation des professionnels de santé à l'adoption des usages numériques et imaginer des programmes d'accompagnement par les acteurs de la filière

La transformation numérique du système de santé doit passer à la fois par l'équipement en nouveaux outils (matériel informatique, services numériques, etc.) **mais aussi par l'accompagnement des nouveaux usages**. L'exemple de la télémédecine le démontre : la mise en place d'un « forfait structure » pour aider financièrement les cabinets de médecins généralistes à s'équiper notamment en matériel informatique n'a pas permis une augmentation significative de la télémédecine en France. Par son montant comme par son contenu, le **forfait structure** peine à convaincre les professionnels de santé. Il représente un apport trop faible qui ne permet pas aux professionnels de s'équiper d'outils technologiques innovants et à forte valeur ajoutée et **incite à l'équipement sans se soucier de l'importance de l'usage effectif de ces outils**. Il aura donc fallu attendre la crise sanitaire et la contrainte du confinement pour augmenter significativement la pratique de la télémédecine : « *De quelques milliers par semaine avant les mesures de confinement début mars 2020, le nombre moyen hebdomadaire de téléconsultations a atteint, au plus fort de la première vague de la crise sanitaire, près d'un million.* »¹⁰¹

Pour accompagner l'évolution des usages, **former tous les acteurs du système de soins aux technologies et aux usages du numérique est un besoin essentiel**¹⁰², et cela doit se faire le plus tôt possible, dès les études universitaires.

L'incitation financière a également fait ses preuves auprès des professionnels de santé, notamment par l'intermédiaire des **Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)** pour les médecins généralistes ou de la dotation d'**Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)** attribuée aux hôpitaux¹⁰³.

⁹⁹ Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé, Présentation de la feuille de route « Accélérer le virage du numérique », 25 avril 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/presentation-de-la-feuille-de-route-acceler-le-virage-du-numerique>

¹⁰⁰ Site internet de l'Agence Numérique en Santé, « Historique : 235 industriels de la e-santé s'engagent aux côtés du ministère des Solidarités et de la Santé », 14 septembre 2020. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/actualites/historique-235-industriels-de-la-e-sante-sengagent-aux-cotes-du-ministere-des>

¹⁰¹ Site Internet de l'Assurance maladie (Ameli.fr), « *Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages* », consulté le 30 novembre 2020. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>

¹⁰² Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose!*, juin 2020, p. 184.

¹⁰³ Voir à ce propos Institut Montaigne, *Système de santé : soyez consultés!*, avril 2019.

Pour favoriser le développement d'usages numériques au service de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, l'Institut Montaigne recommande de **remplacer le forfait structure par un forfait transformation** qui pourrait se déployer sur trois niveaux :

- Une **incitation à l'équipement** : une partie du forfait viserait à renforcer l'équipement des professionnels en outils numériques à forte valeur ajoutée. Parmi les outils prioritaires à développer figurent les services de téléconsultations et télé-expertise, les services de prise de rendez-vous en ligne, les messageries sécurisées et instantanées praticien-praticien et praticien-patient, la e-prescription, la gestion des patients à domicile, etc. ;
- Une **incitation à l'usage** : une partie de ce forfait serait conditionnée au développement effectif de l'usage de ces outils pour transformer dans les faits les pratiques des professionnels de santé ;
- Une **incitation aux résultats** : ce forfait devrait aussi être conditionné par des **indicateurs de résultats qui importent aux patients**¹⁰⁴ comme l'amélioration de l'accès aux soins, la réduction des délais d'obtention de rendez-vous, ou l'augmentation du temps médical avec son médecin.

Afin de permettre l'acceptation de ces mesures, il semble également primordial d'**associer les ordres professionnels** (médecins, pharmaciens, infirmiers...) pour définir les modalités de mise en œuvre et d'accompagnement. Les réflexions éthiques et déontologiques initiées par ces acteurs peuvent être des **leviers de confiance**¹⁰⁵ qui favoriseront *in fine* l'adoption des nouveaux usages par les professionnels de santé et les patients.

Les acteurs économiques de la filière santé doivent également jouer leur rôle en accompagnant l'évolution des usages, en plus de mettre à disposition des nouvelles technologies. Cela pourrait passer par la mise en place, via les fédérations représentatives de ces entreprises, de tiers-lieux où professionnels de santé, patients, startups et industriels pourraient **se rencontrer et se former** aux usages des nouvelles technologies. D'autres formats type hackathons pourraient aussi être imaginés par les acteurs pluridisciplinaires de la filière pour se réunir et chercher à **résoudre des problématiques de terrain avec des solutions coordonnées** (exemple : répondre à une problématique particulière de prise en charge du diabète dans une CPTS à l'aide de l'intelligence artificielle, de services numériques, de dispositifs médicaux et d'innovation thérapeutique).

104 Cf. *Ibid.*, p. 178.

105 Voir à ce propos les travaux entamés par le Conseil national de l'Ordre des médecins – <https://www.conseilnational.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national/lordre/sante>

Ce type de mécanismes incitatifs, couplés à une implication particulière des acteurs de la filière sur le volet « accompagnement au changement », pourraient être destinés prioritairement à des médecins généralistes, mais il devrait s'étendre progressivement à **l'ensemble des personnels de santé de ville** (chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, sages-femmes, infirmiers, psychologues...) **ainsi qu'à l'hôpital** selon des modalités à définir. Tous ces services devront respecter les normes de sécurité sur l'hébergement et le partage des données personnelles de santé et être compatibles avec les référentiels de la Doctrine du Numérique en santé.

Enfin, dans le cadre du **Ségur de la Santé**, l'État a prévu un plan d'investissement de 2 milliards d'euros spécialement tourné vers la digitalisation du système de santé. Ces moyens importants doivent aussi permettre de soutenir une dynamique pour l'ensemble de la filière et ainsi financer des projets innovants portés tant par des acteurs publics que privés pour contribuer à la réalisation des objectifs de la feuille de route « Accélérer le virage du numérique ».

AXE 3 - Investir massivement dans la prévention, la coordination des parcours de soins et faciliter l'évolution des parcours professionnels en santé

Proposition n° 9 : répondre à la pénurie de soignants en créant davantage de passerelles entre métiers en décroissance et métiers de la santé, entre médical et paramédical

La crise de l'hôpital de 2019 puis la crise sanitaire que nous traversons ont rappelé de manière aiguë **la problématique du manque de soignants en France**. La Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) indiquait dans un communiqué du 17 septembre 2020¹⁰⁶ que « 100 000 postes, dont 34 000 d'infirmiers et 24 000 d'aides-soignants, sont à pourvoir dans les établissements de santé ». Bon nombre d'acteurs s'accordent à dire que les efforts consentis dans le Ségur de la santé (revalorisation des salaires et recrutement de 15 000 soignants) ne seront pas suffisants.

106 Fédération de l'Hospitalisation Privée, Communiqué de presse : « Fin des quotas pour l'apprentissage en santé », 17 septembre 2020. Disponible sur : https://www.fhp.fr/fichiers/20200917091500_20200917_CP_Quotas_formation.pdf

Dans un tel contexte de crise économique et de crise de l'hôpital, l'Institut Montaigne recommande de travailler sur deux axes :

- **La création de passerelles des métiers en décroissance vers les métiers de la santé.** Alors que certains métiers peu qualifiés sont en forte décroissance, le besoin de recrutement dans le secteur de la santé reste très élevé. Pourtant, l'accès aux métiers de la santé, même les moins qualifiés, reste très difficile pour ceux qui ne sont pas passés par les cursus classiques. L'objectif serait à la fois de **développer des offres de formation continue** qui permettraient d'accéder à des professions de santé pour des personnes issues d'autres secteurs, et de créer des métiers dédiés aux besoins de personnels faiblement qualifiés afin de **libérer du temps médical** pour d'autres profils. L'entrée dans le secteur de la santé par un emploi peu qualifié (comme les assistants médicaux) serait associée à la construction de **parcours professionnels** pour évoluer vers des métiers plus qualifiés (comme les infirmiers).

L'offre de formation continue à destination des non-soignants pourrait être directement développée avec l'appui des acteurs de la filière santé qui ont déjà développé des parcours de formation à destination des soignants.

À ce propos, dans son Plan pour la filière des technologies médicales¹⁰⁷, l'association MedTech in France recommande également de développer des **partenariats entre les entreprises et Pôle Emploi pour favoriser la reconversion par la formation et d'encourager les partenariats entre les entreprises et les écoles** pour promouvoir les dispositifs innovants de formation dans les industries de santé (apprentissage, formation par alternance, intrapreneuriat, volontariat territorial en entreprise).

- Sur le modèle de ce que le Royaume-Uni souhaite mettre en place (voir encadré ci-dessous), **le développement de passerelles des métiers paramédicaux vers les métiers médicaux est nécessaire** pour répondre à la fois au besoin de médecins et d'attractivité des métiers moins qualifiés. L'objectif serait de dynamiser les carrières dans les métiers de la santé, en reconnaissant davantage les compétences et l'expérience de professionnels de santé qui voudraient se former à d'autres champs, tout en maintenant un niveau d'exigence élevé. Depuis 2017, ce type de passerelle est possible : par exemple, un jeune diplômé en soins infirmiers justifiant de deux années d'expérience professionnelle à plein temps peut intégrer

les études de médecine directement en 2^e ou 3^e année sans passer le concours d'entrée de cette filière¹⁰⁸. Mais l'accès à ce type de dispositif reste limité et, s'il permet de ne pas passer par la case concours, demande de redémarrer des études longues, ce qui n'est pas nécessairement adapté à des profils plus expérimentés (>10 ans d'expérience) qui pourraient bénéficier de passerelles métiers plus accessibles étant donnée leurs compétences professionnelles acquises.

Focus : comparaison entre la France et le Royaume-Uni dans les parcours de formation des professionnels de santé

En France, la formation des professionnels de santé se caractérise par un passage obligé par la faculté de médecine. Parmi les professionnels de santé, seuls les infirmiers et aides-soignants font exception avec des écoles dédiées.

Si l'Union européenne impose un minimum de 5 500 heures de formation et 5 ans d'études pour devenir médecin, les étudiants français en médecine doivent consacrer 9 ans à leurs études pour les généralistes et jusqu'à 12 ans pour les spécialistes. La formation débouche sur le DE (diplôme d'État) en médecine, obligatoire pour exercer. L'admission en médecine s'effectue par voie de concours et, s'il n'existe plus de *numerus clausus* depuis la récente suppression de la PACES, le nombre de places pour être admis dans les filières permettant de préparer le concours PASS est toujours limité.

La crise Covid-19 a mis en exergue le besoin de former davantage de professionnels de santé. Or, la durée des études ne permet pas de combler rapidement le manque. La question se pose donc de la possibilité de former les professionnels de santé déjà expérimentés qui souhaiteraient changer de domaine ou évoluer.

En février 2020, le gouvernement britannique a annoncé qu'il serait dorénavant plus simple pour un professionnel de santé paramédical de se former pour exercer dans un autre domaine ou devenir médecin¹⁰⁹. Ce nouveau système permettrait de recruter 50 000 infirmiers et infirmières ainsi que 6 000 docteurs d'ici à 2025.

107 MedTech in France, Oui, la France peut devenir le leader mondial des technologies médicales, automne 2020, p. 23

108 Un arrêté du 24 mars 2017 fixe les règles relatives aux « passerelles entrantes » pour ces cursus.
109 Government considers more flexible training for healthcare professionals switching discipline – <https://www.gov.uk/government/news/government-considers-more-flexible-training-for-healthcare-professionals-switching-discipline>

107 MedTech in France, Oui, la France peut devenir le leader mondial des technologies médicales, automne 2020, p. 23
(Étape 2 : Développer l'expertise française en santé) – <https://medtechinfrance.fr/media/download/259>

Proposition n° 10 : développer de nouveaux modèles de financement pour favoriser l'émergence de plateformes d'intégration de soins

Les modèles de financement de notre système de santé s'appuient encore aujourd'hui majoritairement sur un financement à l'activité. Ce mode de financement **favorise davantage la « quantité de soins » que la qualité des soins et n'incite pas les acteurs à une pratique coordonnée.**

Or cette approche doit être questionnée, notamment face au **défi du vieillissement de la population que nous devons affronter** : au 1^{er} janvier 2020, la France comptait près de 13,5 millions de seniors âgés de 65 ans ou plus, soit 20,1 % de la population¹¹⁰. Cette problématique suppose d'adapter les politiques et solutions de prise en charge d'une population qui constitue la grande partie des patients atteints de maladie chronique. **La mise en place de forfaits de prise en charge avec un suivi d'indicateurs de qualité est particulièrement pertinente dans le cadre des maladies chroniques (un tiers des patients français).** Il permet d'inciter les professionnels de santé à prendre en compte d'autres dimensions que le nombre d'actes de soins ou de séjours, comme la prévention et les résultats obtenus pour le patient.

De manière concrète, l'Institut Montaigne recommande de **refonder les outils de contractualisation et de paiement pour donner plus de marges de manœuvre aux acteurs et inciter plus fortement à la transformation du système.** En s'inspirant des recommandations de la *task force* « Réforme du financement du système de santé » conduite par Jean-Marc Aubert en 2019¹¹¹, cela pourrait notamment commencer par :

- **La mise en place d'un financement au parcours et à la performance et le développement d'approches populationnelles** pour les quatre groupes de pathologies chroniques les plus fréquentes qui représentent à eux seuls près des trois quarts de la croissance totale des ALD (Affections Longues Durées) de 2017¹¹² :

¹¹⁰ Insee, tableau de l'économie française, 2019.

¹¹¹ *Task force* « Réforme du financement du système de santé » conduite par Jean-Marc Aubert ayant donné lieu au rapport *Réformes des modes de financement et de régulation* remis en janvier 2019 à la Ministre des Solidarités et de la Santé.

¹¹² Voir à ce propos l'analyse de l'avis du CESE sur les maladies chroniques présenté par Michel Chassang et Anne Gautier au nom de la Section des affaires sociales et de la santé le 11 juin 2019, p.15. Sources citées : DREES, *Études et résultats*, Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liés aux affections de longue durée, n° 1 077, septembre 2018. Annexe 1 du PLFSS 2019 « Programmes de qualité et d'efficience – Maladie ».

les maladies cardio-vasculaires (qui concernent 32 % des assurés en ALD en 2016), le diabète (25 %), les tumeurs malignes (20 %) et les affections psychiatriques de longue durée (14 %).

- **L'intégration d'indicateurs de résultats dans les mécanismes de rémunération des établissements de santé et des praticiens.** Ces indicateurs seraient définis par une *task force* pluridisciplinaire réunissant l'ensemble des parties prenantes : l'Assurance maladie, la Haute Autorité de Santé, France Assos Santé ainsi que la Fédération des Spécialités Médicales regroupant les Conseils Nationaux Professionnels (CNP), comme le proposait l'Institut Montaigne dans son rapport « *Système de santé : soyez consultés* ».
- **L'émergence de plateformes d'intégration de soins** : incitées financièrement à l'optimisation des parcours de soins, ces plateformes d'intégration de soins permettraient une meilleure coordination des acteurs de la ville et de l'hôpital, des médicaments (stratégies thérapeutiques) et des services numériques, autour des indicateurs de performance définis pathologie par pathologie.

Focus : générer des données pour favoriser le développement de financements innovants, un rôle à jouer pour les industriels

Afin de développer des modèles de financement innovants, les acteurs de la filière santé peuvent développer des programmes de *data science* médicale afin d'exploiter un large spectre de données. Les **preuves médicales** générées sont ainsi susceptibles de servir à l'évaluation du bénéfice d'un médicament innovant, à l'alimentation d'un système d'aide à la prescription, à l'évaluation d'un parcours de soins.

À titre d'exemple, **la médecine à remboursement personnalisé** (*personalized reimbursement models* ou PRM), développé par le laboratoire pharmaceutique Roche, consiste à utiliser des données de vie réelle afin de distinguer des paiements pour différents types de patients, en fonction du traitement ou de la combinaison de traitements choisis, ou du caractère répondeur ou non du patient. Dans ce cadre, Roche met en place des infrastructures de collecte de données en vie réelle dans des centres pilotes.

Aujourd'hui, 140 établissements sur le territoire français collaborent avec Roche. C'est notamment le cas du Groupe Ramsay Générale de Santé, via ses centres de chimiothérapie, qui s'engage aux côtés de Roche au développement

.../...

de ce programme¹¹³ afin de favoriser l'émergence de **nouvelles modalités de financement des médicaments anticancéreux basées sur leur bénéfice « en vie réelle » pour le patient.**

De telles initiatives pourraient s'avérer très prometteuses, en particulier en cas d'interopérabilité des bases de données. Le *Health Data Hub* est dans ce cadre une opportunité intéressante de mise en commun des différentes bases de données pour réussir à construire de nouveaux modèles de financement impliquant plusieurs maillons de la chaîne du soin.

Proposition n° 11 : transformer l'Assurance « maladie » en Assurance « santé » capable d'intégrer les notions d'investissements et de prévention

Le cabinet de conseil McKinsey estime dans un récent rapport¹¹⁴ que chaque dollar investi dans la santé peut rapporter 2 à 4 dollars de PIB supplémentaire. 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 de faire progresser le PIB de 10 %.

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 auditionnés dénoncent son impact négatif sur le pilotage de l'activité. **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 secteurs du système pour atteindre ces objectifs**¹¹⁵.

113 Ramsay Santé, Communiqué de presse : « Le groupe Ramsay Générale de Santé et Roche Pharma France s'engagent dans un partenariat autour du programme PRM », 14 janvier 2016. Disponible sur : <https://presse.ramsaygds.fr/communiqu/145717/-Le-groupe-Ramsay-Generale-de-sante-Roche-Pharma-France-s-engagent-dans-partenariat-autour-du-programme-PRM?cm=1>

114 McKinsey, *Prioritizing health: A prescription for prosperity*, juillet 2020.

115 Constat largement partagé par la task force « Réforme du financement du système de santé » conduite par Jean-Marc Aubert et ayant donné lieu au rapport *Réformes des modes de financement et de régulation* remis en janvier 2019 à la Ministre des Solidarités et de la Santé.

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 ans¹¹⁶. Mais un récent rapport d'information du Sénat souligne **le caractère « théorique » de cette projection pluriannuelle** et indique notamment que l'annexe B du PLFSS qui concerne les projections de l'ONDAM ou l'annexe 7 sur 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* »¹¹⁷.

Pour avancer sur ce sujet et susciter un véritable changement de paradigme dans le pilotage des dépenses de santé, l'Institut Montaigne recommande de **transformer dès le prochain quinquennat l'Assurance maladie en Assurance « santé » afin d'ancrer les notions d'investissement et de prévention dans son fonctionnement.** Au-delà d'un changement de nom, cela devrait avoir pour conséquence immédiate :

- **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 addictions¹¹⁸ 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, une dépense dans un secteur pouvant conduire à des économies dans un autre**¹¹⁹. Il pourrait être fixé par le vote d'une loi de programmation¹²⁰ pluriannuelle de la santé sur la durée du quinquennat (5 ans), dont les hypothèses de construction devront être étayées et

116 Article 12 de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

117 Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) de la commission des affaires sociales (2) sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par M^{me} Catherine Deroche et M. René-Paul Savary – octobre 2019

118 Site Internet de l'Assurance maladie (Ameli.fr), « Fonds de lutte contre les addictions », consulté le 30 novembre 2020. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/financement/fonds-de-lutte-contre-les-addictions>

119 Voir à ce propos le rapport du HCAAM, *Troisième partie : la régulation au service du projet de transformation*, 2018.

120 Voir également proposition 12 de MedTech in France, *Oui, la France peut devenir le leader mondial des technologies médicales*, automne 2020, p. 9 – <https://medtechinfrance.fr/media/download/259>

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 l'instant 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 prévention.

Proposition n° 12 : mettre la prévention au cœur des politiques de santé publique en y associant des acteurs en dehors du champ de la maladie, comme les acteurs de l'éducation et de la santé au travail

Pour avoir un impact significatif sur la santé des français, **les politiques de prévention doivent impliquer l'ensemble des parties prenantes de la filière santé (acteurs du numérique, des technologies médicales et du médicament) mais aussi au-delà, comme les acteurs de l'éducation ou ceux de la santé au travail.**

Le changement de paradigme que l'Institut Montaigne appelle de ses vœux pourrait ainsi trouver un point d'application très opérationnel sur la manière de piloter les politiques de prévention en France. Ainsi, en se fondant sur nos propositions précédentes, plusieurs pistes d'actions pourraient être développées :

- **Sélectionner un nombre de pathologies limité pour construire des programmes de prévention transversaux et ciblés.** À titre d'exemple, la priorité pourrait être donnée à la lutte contre les deux groupes de pathologies chroniques les plus fréquentes : les maladies cardio-vasculaires (qui concernent 32 % des assurés en ALD en 2016) et le diabète (25 %) ¹²¹.

¹²¹ Voir à ce propos l'analyse de l'avis du CESE sur *Les maladies chroniques* présenté par Michel Chassang et Anne Gautier au nom de la Section des affaires sociales et de la santé le 11 juin 2019, p. 15. Sources citées : DREES, Études et résultats, Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liés aux affections de longue durée, n° 1 077, septembre 2018. ; Annexe 1 du PLFSS 2019 « Programmes de qualité et d'efficience – Maladie ».

- À partir du tableau de bord (**proposition n° 6**) : **établir, sous l'égide de l'État, des objectifs concrets et quantifiés en matière de prévention.** Ceux-ci devront être clairs, simples et appropriables par tous les acteurs, sur le modèle de ce qui peut être fait sur les questions environnementales (voir à ce propos les Objectifs de Développement Durable des Nations Unies ¹²²) ;
- À partir du travail sur la gouvernance, notamment au niveau régional (**proposition n° 5**), **mobiliser les acteurs locaux qui ont un rôle sur les déterminants de santé et les inégalités sociales de santé dans le quotidien des citoyens** (employeurs, agroalimentaire, mutuelles, système éducatif, acteurs du système de santé, associations, etc.) pour co-construire des « stratégies de prévention » afin d'atteindre ces objectifs. Ces acteurs pourront également travailler main dans la main avec les entreprises qui ont une forte expertise dans les pathologies visées (laboratoires pharmaceutiques sur les stratégies thérapeutiques, dispositifs médicaux et acteurs du numérique sur les outils de suivi et les données) ;
- En imaginant de nouveaux modèles de financement (**proposition n° 10**), proposer des **modèles de contractualisation innovants** pour déployer les initiatives proposées dans ces « stratégies de prévention » (par exemple via des mécanismes de co-investissement). L'État pourrait ainsi aider à conforter des modèles économiques encore inexistantes sur la prévention ;
- **Prévoir dans le cadre de l'ONDAM/ONDAS pluriannuel (proposition n° 11) un budget dédié aux politiques de prévention pour rattraper le retard français en la matière : il devrait donc représenter au moins 3 % des dépenses de santé.** En effet, en 2019, les dépenses consacrées à la prévention représentaient moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé, soit une part inférieure aux 3,1 % de moyenne dans l'UE (ce chiffre n'inclut toutefois que les dépenses consacrées à des programmes de prévention) ¹²³.
- En appui de ces stratégies, **il est fondamental d'accélérer la disponibilité de la donnée de santé (proposition n° 2)** pour permettre à la fois la mesure de l'impact des actions et stimuler le développement d'approches prédictives.

Cette démarche permettrait à l'État de se positionner en tant qu'architecte et catalyseur, capable de fixer une ambition élevée en matière de résultats attendus et d'objectifs de dépenses (publique et privée), selon la même logique que les Investissements d'Avenir. Cela permettrait d'établir dès le départ, l'intérêt économique à agir à court et moyen terme pour les acteurs, dans la perspective de servir des objectifs de long terme.

¹²² Site de l'Organisation des Nations Unies, « 17 objectifs pour sauver le monde », consulté le 30 novembre 2020. Disponible sur : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>
¹²³ Commission européenne, *State of Health in the EU*. Profils de santé par pays, 2019.

Focus : l'éducation, premier facteur de développement d'une culture de la prévention

La défiance croissante des citoyens vis-à-vis des programmes de santé publique, au premier rang desquels la vaccination, peut en partie s'expliquer par un **manque d'éducation à la santé**. Il est essentiel de former et d'éduquer la population sur le rôle de la médecine et de la santé publique en général, et sur celui du médecin en particulier. Cela doit commencer dès l'enfance, à la maison et à l'école. De même, au contact de tous les employés, les professionnels de la santé au travail ont un rôle crucial pour poursuivre cette mission de promotion de la santé.

Au-delà des professionnels de santé, **il est donc important d'associer les responsables de l'éducation (qui doivent éveiller à la santé) et ceux de la santé au travail (qui doivent la préserver sur le lieu de travail) à une réflexion commune sur les concepts de prévention, de protection et de responsabilité individuelle et collective en matière de santé.**

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes auditionnées et mobilisées pour la réalisation de ce travail.

Tout d'abord, les présidents du groupe de travail du rapport de l'Institut Montaigne « *E-santé : augmentons la dose* », publié en juin 2020 et qui mettait en lumière l'enjeu de la structuration de la filière santé en France :

- **Thomas Buberl**, CEO, AXA
- **Bernard Charlès**, directeur général, Dassault Systèmes
- **Thomas London**, directeur associé au bureau français de McKinsey.

Nous remercions également les différents acteurs, du secteur public comme privé, qui ont accepté de partager leur vision et leur expertise pour cette note :

- **Sophie Boissard**, directrice générale, Korian
- **Olivier Charmeil**, *Executive Vice President*, General Medicines, Sanofi
- **Thierry Chiche**, président exécutif, Elsan
- **Bénédicte Garbil**, directrice générale France, Edwards Lifesciences
- **Charles Guépratte**, président, UniHA
- **Jean-Patrick Lajonchère**, directeur général, Groupe hospitalier Paris Saint Joseph
- **Guirec Le Lous**, président, Urgo Medical
- **Franck Le Ouay**, co-fondateur et président, Lifen
- **Chahra Louafi**, directrice du Fonds Patient Autonome, Bpifrance
- **Angèle Malâtre-Lansac**, directrice déléguée à la santé, Institut Montaigne
- **Stanislas Niox-Château**, co-fondateur et président, Doctolib
- **Patrick Olivier**, directeur régional de la Direccte Hauts de France
- **Alain Pluquet**, vice-président, Institut Mérieux
- **Emmanuelle Quilès**, présidente, Janssen France
- **Jean Rottner**, président, Région Grand Est
- **Thomas Saunier**, directeur général, Malakoff-Humanis
- **Pr Jean-Charles Soria**, directeur général, Institut Gustave Roussy
- **Arnaud Vaissié**, président directeur général, International SOS

Nous remercions tout autant l'équipe projet, **Pierre-François Jan** (directeur, Pergamon) pour la rédaction de ce travail, et **Laure Millet** (responsable du Programme santé, Institut Montaigne) pour l'avoir coordonné dans la continuité des précédents rapports de l'Institut Montaigne.

Enfin, nous remercions les équipes de ces différentes structures qui se sont mobilisées pour rendre possible ces différents échanges, dans des délais très courts.

**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

- 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)
- Compétitivité de la vallée de la Seine : comment redresser la barre ? (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)
- Information Manipulations Around Covid-19: France Under Attack (juillet 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)
- Breain ou Brexit : Europe, prépare ton avenir! (juin 2016)
- Réanimer le système de santé - Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)
- Sauver le dialogue social (septembre 2015)
- Politique du logement : faire sauter les verrous (juillet 2015)
- Faire du bien vieillir un projet de société (juin 2015)
- Dépense publique : le temps de l'action (mai 2015)
- Apprentissage : un vaccin contre le chômage des jeunes (mai 2015)
- Big Data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique (avril 2015)
- Université : pour une nouvelle ambition (avril 2015)
- Rallumer la télévision : 10 propositions pour faire rayonner l'audiovisuel français (février 2015)
- Marché du travail : la grande fracture (février 2015)
- Concilier efficacité économique et démocratie : l'exemple mutualiste (décembre 2014)
- Résidences Seniors : une alternative à développer (décembre 2014)
- Business schools : rester des champions dans la compétition internationale (novembre 2014)
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français (octobre 2014)
- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)
- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan? (septembre 2014)

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

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



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

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :
www.institutmontaigne.org

ABB FRANCE	COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM
ABBVIE	CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
ACCENTURE	CORRÈZE & ZAMBÈZE
ACCURACY	CRÉDIT AGRICOLE
ACTIVEO	D'ANGELIN & CO.LTD
ADIT	DASSAULT SYSTÈMES
ADVANCY	DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
AIR FRANCE - KLM	DENTSU AEGIS NETWORK
AIR LIQUIDE	DOCTOLIB
AIRBUS	DRIVE INNOVATION INSIGHT - DII
ALKEN ASSET MANAGEMENT	ECL GROUP
ALLEN & OVERY	EDENRED
ALLIANZ	EDF
ALVAREZ & MARSAL FRANCE	EDHEC BUSINESS SCHOOL
AMAZON WEB SERVICES	EDWARDS LIFESCIENCES
AMBER CAPITAL	ELSAN
AMUNDI	ENEDIS
ANTIN INFRASTRUCTURE PARTNERS	ENGIE
ARCHERY STRATEGY CONSULTING	EQUANCY
ARCHIMED	ESL & NETWORK
ARDIAN	ETHIQUE & DÉVELOPPEMENT
ASTORG	EUROGROUP CONSULTING
ASTRAZENECA	FIVES
AUGUST DEBOUYZ	FONCIA GROUPE
AVRIL	FONCIÈRE INEA
AXA	GALILEO GLOBAL EDUCATION
BAKER & MCKENZIE	GETLINK
BEARINGPOINT	GIDE LOYRETTE NOUËL
BESSÉ	GOOGLE
BNP PARIBAS	GRAS SAVOYE
BOLLORÉ	GROUPAMA
BOUYGUES	GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
BROUSSE VERGEZ	GROUPE M6
BRUNSWICK	GROUPE ORANGE
CAISSE DES DÉPÔTS	HAMEUR ET CIE
CANDRIAM	HENNER
CAPGEMINI	HSBC CONTINENTAL EUROPE
CAPITAL GROUP	IBM FRANCE
CAREIT ASSET ET PROPERTY MANAGEMENT	IFPASS
CARREFOUR	ING BANK FRANCE
CASINO	INKARN
CHUBB	INSTITUT MÉRIEUX
CIS	INTERNATIONAL SOS
CISCO SYSTEMS FRANCE	INTERPARFUMS
CLUB TOP 20	IONIS EDUCATION GROUP
CMA CGM	ISRP
CNP ASSURANCES	IZIWORK
COHEN AMIR-ASLANI	JEANTET ASSOCIÉS

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE



JOLT CAPITAL
KANTAR
KATALYSE
KEARNEY
KEDGE BUSINESS SCHOOL
KKR
KPMG S.A.
LA BANQUE POSTALE
LA COMPAGNIE FRUITIÈRE
LINEDATA SERVICES
LINKEDIN
LIR
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
NATIXIS
NEHS
NESTLÉ
NEXITY
ODDO BHF
ONDRA PARTNERS
ONEPOINT
ONET
OPTIGESTION
ORANO
ORTEC GROUP
OWKIN
PAI PARTNERS
PERGAMON
PWC FRANCE & MAGHREB
PRODWARE
PRUDENTIA CAPITAL
RAISE

RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
RANDSTAD
RATP
RELX GROUP
RENAULT
REXEL
RICOL LASTEYRIE CORPORATE FINANCE
RIVOLIER
ROCHE
ROLAND BERGER
ROTHSCHILD MARTIN MAUREL
SAFRAN
SANOFI
SAP FRANCE
SCHNEIDER ELECTRIC
SERVIER
SGS
SIA PARTNERS
SIACI SAINT HONORÉ
SIEMENS
SIEMENS ENERGY
SIER CONSTRUCTEUR
SNCF
SNCF RÉSEAU
SODEXO
SPVIE
STAN
SUEZ
SYSTEMIS
TALAN
TECNET PARTICIPATIONS SARL
TEREGA
THE BOSTON CONSULTING GROUP
TILDER
TOTALENERGIES
UBS FRANCE
VEOLIA
VERLINGUE
VINCI
VIVENDI
WAKAM
WAVESTONE
WAZE
WENDEL
WILLIS TOWERS WATSON
WORDAPPEAL



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castries

MEMBRES

David Azéma Associé, Perella Weinberg Partners

Emmanuelle Barbara Senior Partner, August Debouzy

Marguerite Bérard Directeur du pôle banque de détail en France, BNP Paribas

Jean-Pierre Clamadieu Président du Conseil d'Administration, Engie

Marwan Lahoud Associé, Tikehau Capital

Fleur Pellerin Fondatrice et CEO, Korelya Capital

Natalie Rastoin Présidente, Polytane ; Senior Advisor, WPP

René Ricol Associé fondateur, Ricol Lasteyrie Corporate Finance

Jean-Dominique Senard Président, Renault

Arnaud Vaissie Co-fondateur et Président-directeur général, International SOS

Natacha Valla Économiste, Doyenne de l'École de Management et d'Innovation à 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 © Pasuwan. www.shutterstock.com

Imprimé en France
Dépôt légal : mars 2021
ISSN : 1771-6756
Achevé d'imprimer en mars 2021

INSTITUT MONTAIGNE



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

Filière santé : gagnons la course à l'innovation

La pandémie actuelle est un révélateur des difficultés que traversent tous les acteurs du système de santé. Si la crise des hôpitaux et des services d'urgence avait déjà émergé en 2019, la pandémie de Covid-19 a propulsé sur le devant de la scène de nombreuses problématiques : pénuries de soignants en France, capacités d'accueil de nos services de réanimation, approvisionnement en équipements et en produits de santé, etc.

Toutefois, **cette pandémie a mis en lumière la résilience de notre filière santé face à une crise sans précédent** : adaptation des services hospitaliers, développement de la téléconsultation, réorientation rapide des efforts de recherche dans tous les domaines, etc.

Dans ce cadre, **le besoin de mieux structurer la filière santé est apparu comme un chantier prioritaire pour préparer le « monde d'après »** en commençant par co-construire une vision stratégique et mettre en place les conditions de son pilotage.

À ce titre, la présente note formule des propositions concrètes, notamment dans le cadre des travaux préparatoires du **Conseil stratégique des industries de santé de 2021, de la présidence française de l'Union Européenne et de la prochaine élection présidentielle en 2022.**

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
MARS 2021