

INSTITUT
MONTAIGNE



Réanimer le système de santé

Propositions pour 2017



RAPPORT JUIN 2016

L'Institut Montaigne est un laboratoire d'idées - *think tank* - créé fin 2000 par Claude Bébéar et dirigé par Laurent Bigorgne. Il est dépourvu de toute attache partisane et ses financements, exclusivement privés, sont très diversifiés, aucune contribution n'excédant 2 % de son budget annuel. En toute indépendance, il réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des représentants de la société civile issus des horizons et des expériences les plus variés. Il concentre ses travaux sur quatre axes de recherche :

Cohésion sociale (école primaire, enseignement supérieur, emploi des jeunes et des seniors, modernisation du dialogue social, diversité et égalité des chances, logement)

Modernisation de l'action publique (réforme des retraites, justice, santé)

Compétitivité (création d'entreprise, énergie pays émergents, financement des entreprises, propriété intellectuelle, transports)

Finances publiques (fiscalité, protection sociale)

Grâce à ses experts associés (chercheurs, praticiens) et à ses groupes de travail, l'Institut Montaigne élabore des propositions concrètes de long terme sur les grands enjeux auxquels nos sociétés sont confrontées. Il contribue ainsi aux évolutions de la conscience sociale. Ses recommandations résultent d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique. Elles sont ensuite promues activement auprès des décideurs publics.

À travers ses publications et ses conférences, l'Institut Montaigne souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique.

L'Institut Montaigne s'assure de la validité scientifique et de la qualité éditoriale des travaux qu'il publie, mais les opinions et les jugements qui y sont formulés sont exclusivement ceux de leurs auteurs. Ils ne sauraient être imputés ni à l'Institut, ni, a fortiori, à ses organes directeurs.

INSTITUT
MONTAIGNE



Réanimer le système de santé

Propositions pour 2017

JUIN 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I - LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS : UNE PERFORMANCE INÉGALE ET REMISES EN QUESTION	5
1.1. Le meilleur système de santé au monde	5
1.2. Augmentation des dépenses, qualité inégale, désenchantement des professionnels et érosion de la place de la France dans l'innovation biomédicale : des défis croissants	7
II - QUELLE VISION POUR DEMAIN ?	19
2.1. Donner aux citoyens l'accès à la meilleure santé au monde, en améliorant l'état de santé et l'espérance de vie en bonne santé	21
2.2. Apporter une bien meilleure expérience aux usagers dans leurs interactions avec le système de santé	22
2.3. Redonner confiance aux professionnels de santé et « réenchanter » leur métier	23
2.4. Revitaliser la création de valeur en France et renforcer l'attractivité du territoire français	24
III - CINQ AXES MAJEURS DE RÉFORME AFIN DE FAIRE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ LE MEILLEUR AU MONDE	25
3.1. Faire de l'information et de la transparence des leviers fondamentaux de transformation au service des patients comme des citoyens	25
3.2. Renforcer la pertinence, la qualité et l'efficacité de l'offre de soins pour le patient	37
3.3. Donner une plus grande place à l'innovation en Santé	56

- 3.4. Transformer la gouvernance du système de santé, source de nombreux blocages, et améliorer les conditions de régulation ... 64
- 3.5. Clarifier les places respectifs de l'Assurance maladie et des complémentaires santé 72

IV - CRÉER LES CONDITIONS DE RÉUSSITE D'UNE RÉFORME

- AMBITIEUSE** 74
- 4.1. Un discours de vérité et une intensification de la pédagogie ... 75
- 4.2. Une vision partagée et engageante du système que l'on souhaite 77

INTRODUCTION

L'augmentation de la technicité des soins, le vieillissement de la population, les exigences toujours plus fortes des citoyens et des patients quant aux conditions de prise en charge et de traitement, la nécessité d'assurer un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire, sont autant de facteurs qui mettent à l'épreuve les capacités d'accueil et de réponse du système de santé français dont la soutenabilité financière est mise à mal depuis plusieurs années.

Dans un contexte où la maîtrise des déficits est devenue une priorité nationale, les capacités de financement public ne pourront pas être davantage sollicitées pour faire face à ces défis considérables. Le système de santé doit s'engager davantage encore dans la voie d'une amélioration simultanée des résultats obtenus en matière d'état de santé de la population, de l'efficacité comme de la création de valeur sur le sol français, trois composantes essentielles de sa performance.

Notre système doit donc se transformer en profondeur, afin d'aller au-delà de mesures circonstanciées, trop souvent présentées comme des réformes alors même qu'elles ne sont que des mesures « de rabot » au « rendement rapide », dont on voit chaque année un peu plus les limites.

LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS : UNE PERFORMANCE INÉGALE ET REMISE EN QUESTION

1.1. Le meilleur système de santé au monde ?

Historiquement, la performance de notre système de santé a globalement été bonne. S'il date un peu, le classement de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2000¹ qui avait placé le système de santé français à la première place est toujours régulièrement cité. De nombreux **indicateurs de santé** viennent illustrer cette performance : ainsi, l'espérance de vie s'élevait en France à 82,3 ans en 2013, soit en cinquième position, et à 21,5 ans pour l'espérance de vie à 65 ans, en première position avec le Japon.

L'accès physique aux soins reste également satisfaisant, notamment dans les villes : en 2013, la France se place ainsi en tête des pays de l'OCDE, avec une densité médicale en milieu urbain de 4,5 médecins pour 1 000 habitants. La densité médicale en milieu rural (1,4 médecin pour 1 000 habitants) se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE. Avec environ 6,3 lits d'hôpital pour 1 000 habitants, la France se situe également dans la moyenne haute des pays de l'OCDE². Cette situation globalement satisfaisante cache néanmoins des disparités territoriales, qui font que l'égalité d'accès n'est pas toujours assurée.

¹ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2000.

² OCDE, *Panorama de la santé 2015*, novembre 2015.

Grâce au système d'assurance maladie et aux complémentaires santé, notre système se caractérise par un **reste à charge³ particulièrement bas** pour les ménages : il ne représente qu'environ 7 % des dépenses totales de santé en France en 2013 contre une moyenne d'environ 19 % dans l'OCDE⁴. Là encore, cette situation globalement bonne cache néanmoins des disparités, qui conduisent à des restes à charge substantiels dans certains cas (par exemple les prothèses auditives), et à des taux de renoncement aux soins encore trop élevés (une étude de la DREES révèle qu'entre 21 % et 36 % des personnes interrogées admettent un renoncement aux soins⁵).

Enfin, en matière de création de valeur sur le sol français, la santé représente un secteur clé de compétitivité du pays à l'international. Les produits de santé constituent ainsi le troisième secteur en matière d'exportations, avec 28,7 Md€ d'exportations et une contribution positive au solde commercial de la France de 3,3 Md€ en 2015⁶.

³ Après prise en charge par les complémentaires qui couvrent environ 15 % des dépenses et sont payées en grande partie par les ménages.

⁴ *Op.cit.*

⁵ DREES, Dossier Solidarité n° 66, juillet 2015 : « Le renoncement aux soins pour des raisons financières ». Les résultats varient en fonction de la formulation exacte de la question posée.

⁶ Douanes, *Chiffres du commerce extérieur*, 2015.

1.2. Augmentation des dépenses, qualité inégale, désenchantement des professionnels et érosion de la place de la France dans l'innovation biomédicale : des défis croissants

Si la performance du système et l'état de santé des Français sont globalement bons, nous devons cependant faire face à plusieurs défis majeurs, tant en matière de soutenabilité économique, de qualité pour les patients que d'attractivité pour les professionnels de santé et pour l'innovation.

1.2.1. Le rythme actuel d'évolution de la dépense de santé n'est pas soutenable dans un contexte de croissance faible

Une pluralité de facteurs intrinsèques au domaine de la santé contribue à un rythme tendanciel important de hausse des dépenses de santé, estimé par l'Assurance maladie pour la France à environ 4 – 4,5 %⁷ : l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le vieillissement de la population, les progrès techniques et l'innovation, et les attentes croissantes des citoyens quant à leur état de santé.

Avec près de 6 milliards d'euros de déficit en 2015⁸, les comptes de l'Assurance maladie pèsent largement sur l'équilibre de la Sécurité sociale. D'après les données OCDE, sur longue période, la part des dépenses totales de santé dans le PIB a plus que doublé, passant de 5,6 % du PIB en 1970 à 9 % en 2000 et près de 12 % aujourd'hui, soit 240 milliards d'euros par an, faisant de la France

⁷ Assurance maladie, *Rapport Charges et Produits 2013, 2012*.

⁸ Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2016.

l'un des pays au système de santé le plus cher au monde. Ce déficit mine les fondements du système de santé et constitue à terme une menace pour son maintien.

Si le rythme de croissance des dépenses de soins et biens médicaux s'est trouvé ralenti sur la période plus récente, ce rythme reste problématique en période de croissance faible, la dépense continuant à progresser plus vite que la richesse nationale. Ainsi, en 2014 et 2015, l'ONDAM n'était « que » de 2,4 et 2,0 % du PIB, alors que ce même PIB a connu une croissance de 0,2 et 1,1 %, avec une inflation quasiment nulle.

Les efforts accomplis au cours des dernières années ont donc tout juste permis de contenir le différentiel entre croissance de la dépense de santé et de la richesse nationale entre 1 et 2 points. Or un tel différentiel, s'il perdure, conduirait à porter les dépenses de santé à près de 27 % du PIB en 2050. Une telle démonstration par l'absurde illustre la nécessité de trouver de nouvelles pistes pour pérenniser notre système de santé tout en maintenant la qualité de prise en charge.

Ainsi, dans un scénario de croissance de la richesse nationale à 1 – 2 % par an sur le long terme, aligner la croissance de la dépense de santé sur ce rythme impliquera de trouver chaque année de l'ordre de 2 à 3,5 % de « gains de productivité », et cela tout en continuant à améliorer la qualité des soins.

Qui plus est, les efforts accomplis au cours des dernières années ont surtout consisté en des mesures ponctuelles de « rabet » qui ont permis de contenir la dépense, mais sans véritable réforme structurelle, ce qui rend chaque année plus difficile le bouclage

budgétaire. Il est temps aujourd'hui de trouver de nouvelles pistes de réforme du système afin d'assurer le maintien de son universalité et de sa qualité.

1.2.2. Une qualité encore largement perfectible et bien trop hétérogène

Au-delà de ces enjeux de viabilité économique déjà largement débattus, notre système fait également face à un défi essentiel de qualité, dont on parle beaucoup moins. Les performances globalement bonnes de la France en matière de qualité et de sécurité des soins cachent en effet des marges d'amélioration substantielles.

Alors même que la France occupe l'une des toutes premières places en matière de dépenses de santé au niveau mondial, la dernière édition du classement *Euro Health Consumer Index*⁹ révèle qu'en matière de santé publique, elle se situe derrière des pays comme les Pays-Bas, le Danemark, la Suisse ou l'Allemagne.

L'examen détaillé des prises en charge médicales de chacune des pathologies répertoriées laisse en effet apparaître de multiples marges de progrès. Ainsi, nos taux de mortalité maternelle et périnatale sont respectivement deux fois et demi et 40 % plus élevés qu'en Italie (soit 1 700 décès évitables / an) et notre taux de survie à cinq ans en cas de cancer colorectal est inférieur de 3 % à la moyenne de l'OCDE. L'exemple de la prise en charge du diabète est également éloquent : en 2010, moins de 30 % des diabétiques bénéficiaient d'un contrôle annuel adéquat de leur fonction rénale (contre près

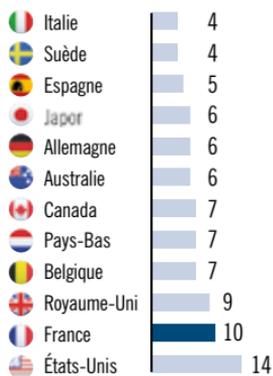
⁹ *Health consumer powerhouse, Euro Health Consumer Index 2015, 2016.*

de 90 % aux Pays-Bas), alors même que l'insuffisance rénale terminale est une des complications majeures de cette pathologie¹⁰.

La qualité des soins est encore perfectible en France Quelques exemples

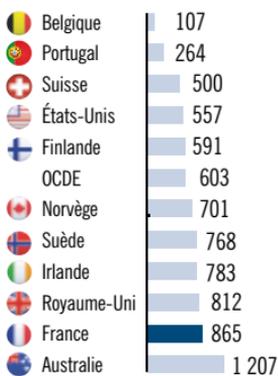
Taux de mortalité maternelle

Pour 100 000 naissances, 2014

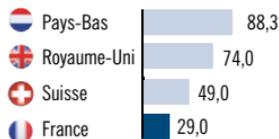


Embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde post opérative

Taux pour 100 000 sorties d'hôpital, 2012



Proportion de patients diabétiques ayant eu un dosage annuel de l'albuminurie %, diverses années



Source : Banque mondiale, *Panorama de la santé 2013*, OCDE.

¹⁰ OCDE, *Panorama de la Santé 2013*, Institute for Health Metrics and Evaluation (mortalité maternelle), OMS – Neonatal and Perinatal Mortality, Country, Regional and Global Estimates, 2006.

Si de nombreuses particularités propres à chacune de ces pathologies peuvent expliquer ces déficiences, l'hétérogénéité des prises en charge et le manque d'adhésion aux bonnes pratiques reviennent souvent comme principaux facteurs. À titre d'exemple, si le taux de recours à l'appendicectomie était aussi bas dans le reste de la France qu'à Paris, cela représenterait 15 000 interventions de moins sur un total de 80 000 pratiquées chaque année. Le constat est identique pour les césariennes programmées, dont le taux de recours varie considérablement d'un établissement¹¹ ou d'un département à l'autre¹².

Un exemple d'hétérogénéité des pratiques sur le territoire français

La CNAMTS illustre dans son rapport *Charges et produits pour 2016*¹³ la problématique de l'hétérogénéité des pratiques sur le territoire à partir de l'exemple de l'ablation de la vésicule biliaire (ou « cholécystectomie pour lithiase vésiculaire ») qui est l'une des interventions les plus réalisées en France. En effet, **le taux d'intervention est de 1,20 pour 1 000 habitants en moyenne, mais il varie du simple au triple selon les régions** (après prise en compte des différences de structures démographiques régionales).

¹¹ www.social-sante.gouv.fr ; Milcent, Carine et Rochut, Julie, « Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne en France », *Revue économique* 2009/2 (Vol. 60).

¹² CGSP, *Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?*, actes du colloque du 5 juin 2013.

¹³ CNAMTS, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016*, 2015.

La CNAMTS précise pourtant que « des actions sur le thème ont été rendues possibles après publication en 2013 par la Haute Autorité de santé (HAS) de recommandations en lien avec la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD), le Conseil national professionnel d'hépatogastroentérologie et le Collège de médecine générale ».

Des progrès importants peuvent également être réalisés en matière de promotion de la santé et de **gestion des comportements auxquels sont liés les principaux facteurs de risque maladie**. Comme le résume Dominique Polton, « *les meilleurs résultats sont obtenus pour les pathologies qui répondent le mieux aux soins [...]. En revanche, nos résultats sont moins bons pour les problèmes de santé où les possibilités thérapeutiques sont moindres et pour lesquels la marge d'action se situe davantage au niveau des risques.* »¹⁴

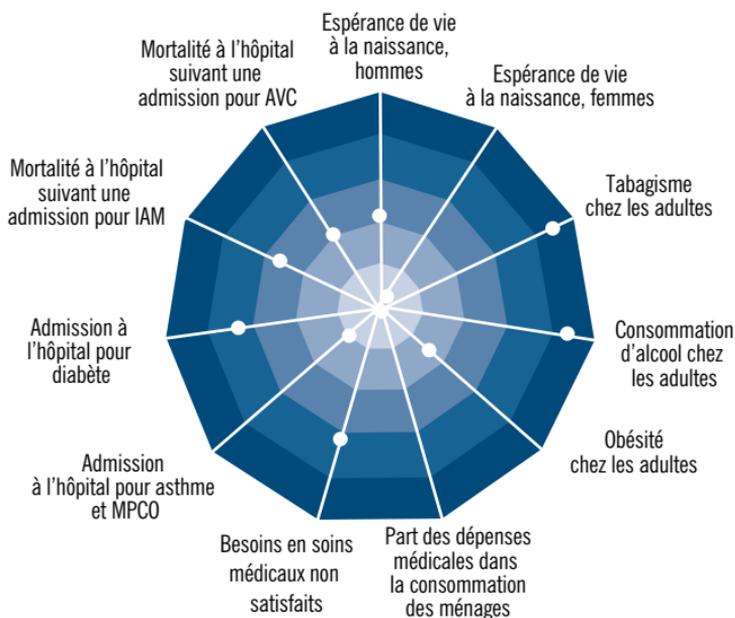
12

L'OMS chiffre par ailleurs entre **30 et 50 000 le nombre de morts dites « évitables » par an** en France. Les causes de décès prématurés (moins de 65 ans) les plus fréquentes sont les tumeurs, les morts violentes dont les suicides, et les maladies de l'appareil circulatoire. Environ un tiers de ces décès sont associés à des causes « évitables » par la réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites à risque...). De plus, selon l'association *Le Lien* (aide aux victimes d'accidents médicaux), 30 000 décès annuels seraient liés aux erreurs médicales (site internet : le lien-association.fr).

¹⁴ Dominique Polto, *La santé pour tous*, La Documentation française, 2014.

L'OCDE relève également dans ses axes d'amélioration pour la France¹⁵ la lutte contre le tabagisme (24 % contre 20 % en moyenne dans l'OCDE) et la consommation nocive d'alcool (11,1 litres d'alcool pur par habitant et par an contre 8,8 litres en moyenne dans l'OCDE).

Graphique 2
Position de la France sur des indicateurs d'état de santé,
de facteurs de risques, d'accès et de qualité des soins
(2013 ou année la plus proche)



Note : plus le point est proche de la cible au centre, meilleure est la performance.

Source : OCDE, *Panorama de la santé 2015*.

¹⁵ OCDE, *Panorama de la Santé 2015*.

1.2.3. Des professionnels de santé confrontés à un risque de désenchantement

Contrairement à une idée reçue, la France n'est pas confrontée à une pénurie de médecins. Grâce au relèvement progressif du *numerus clausus* opéré depuis le milieu des années 2000¹⁶, on comptait 3,3 médecins pour 1 000 habitants en 2013, ce qui correspond au taux moyen de l'OCDE. Pourtant, notre système doit aujourd'hui parvenir à relever plusieurs défis.

Le premier défi, largement évoqué au cours des années récentes, est celui de **l'hétérogénéité de couverture médicale du territoire national, et notamment le défi des zones rurales et périurbaines**. À l'échelle communale, un indicateur précis permet de mesurer l'adéquation entre offre de médecins et demande, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)¹⁷. En 2010, cette APL était, en moyenne, de 71 médecins généralistes à temps plein pour 100 000 habitants en France, mais elle était inférieure à 31 pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus faible et supérieure à 111 pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus élevée, ce qui montre une véritable hétérogénéité sur les territoires.

Au-delà de la problématique démographique, le deuxième vrai défi à relever est celui de la **diminution généralisée du temps médical disponible, notamment chez les généralistes**. Liée notamment à l'augmentation des tâches annexes, à la diminution du temps de

¹⁶ Le *numerus clausus* est passé d'environ 3 600 au milieu des années 90 à plus de 7 200 aujourd'hui (source : www.ecosante.fr, décembre 2015).

¹⁷ Cet indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) créé par l'IRDES tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune (source : IRDES, 2012).

travail et à la proportion grandissante de professionnels exerçant à temps partiel, cette réduction est aujourd'hui amplifiée par une tendance persistante à la surspécialisation des praticiens ainsi que par l'absence de vraies réflexions sur la mise en œuvre des délégations de tâches.

Enfin, les professions médicales sont confrontées à un risque de **désenchantement**. La consultation menée fin 2015 par le Conseil national de l'Ordre des médecins auprès de 35 000 praticiens révèle ainsi que 57 % d'entre eux déplorent la lourdeur de leur charge de travail, près de 100 % estiment subir trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives, les trois quarts sont inquiets pour l'avenir de la profession et à peine 53 % des médecins encourageraient une jeune personne de leur entourage à devenir médecin.

Selon une autre enquête¹⁸, 78 % des généralistes déclarent travailler plus de 50 heures par semaine, la durée hebdomadaire moyenne étant de 57 heures, avec un écart de quatre heures entre les zones rurales (60 heures) et les zones urbaines (56 heures). Les médecins généralistes déclarent consacrer en moyenne quatre heures aux tâches de gestion, secrétariat et comptabilité, en dehors des consultations et visites, soit 7 % de leur temps de travail hebdomadaire moyen. Conséquence de ces évolutions, la baisse du nombre de médecins généralistes (- 8,4 % entre 2007 et 2016). Ainsi, en 2025, la France aura perdu un quart de généralistes¹⁹ par rapport à 2005.

¹⁸ DRESS, *Les emplois du temps des médecins généralistes*, mars 2012.

¹⁹ CNOM, *Atlas de la Démographie médicale*, 2016.

Les médecins ne sont pas les seuls professionnels de santé touchés par cette crise de confiance. Ainsi, les professions paramédicales, et notamment les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, sont également confrontées aux évolutions des besoins et doivent adapter leurs pratiques dans un contexte politique et économique souvent perçu comme défavorable.

1.2.4. Une érosion de la place de la France dans la recherche et l'innovation biomédicale

La France constitue historiquement l'un des principaux creusets de recherche et d'innovation en matière de santé. Pourtant, malgré de nombreux domaines d'excellence et un marché domestique de grande taille et solvable, **sa position en termes de développement de l'innovation est plutôt en train de s'éroder que de se consolider**²⁰. La France est classée en onzième position au sein de l'Union européenne en termes d'innovation à travers un classement de 2013 qui prend en compte trois critères : la qualité de l'environnement, les actions des entreprises et les résultats économiques²¹.

La part de la France dans les publications scientifiques médicales mondiales s'érode (- 26 % entre 2002 et 2012)²² et, en dépit des innovations significatives produites par la France ces dernières années (par exemple en matière de valves percutanées ou de robotique), il y a eu **peu d'émergence sur le sol français de nouvelles « biotech » ou « medtech » suffisamment importantes et internationalisées** pour renforcer les structures de nos écosystèmes d'innovation. Le

²⁰ Institut Montaigne, Rapport, *Santé : le pari de l'innovation. Une ambition au service de nos finances publiques et de notre compétitivité*, décembre 2013.

²¹ Commission européenne, *Innovation Union Scoreboard*, mars 2013.

²² Observatoire des sciences et des techniques, *Publications scientifiques*, mars 2014.

marché domestique reste en outre très difficilement accessible aux jeunes entreprises innovantes, qui sont souvent rachetées par les grands groupes étrangers. Selon la Cour des comptes, le système public de recherche se préoccupe insuffisamment des retombées économiques de la recherche et un décalage existe entre la rapidité de l'évolution technologique et les processus décisionnels, notamment en matière d'accès au marché et au remboursement²³.

Pour le moment, les difficultés d'accès au remboursement ralentissent considérablement la conquête du marché national et conséquemment, celle de nouveaux marchés à l'exportation. Les procédures d'accès au marché et au remboursement par l'Assurance maladie sont rendues excessivement complexes du fait notamment de la multiplication des instances. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la Haute autorité de santé (HAS), la Commission de la Transparence, celle d'évaluation économique et de santé publique (CEESP), la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) ou encore le Comité économique des produits de santé (CEPS) interviennent ainsi dans ces décisions, sans coordination systématique et avec des critères pas toujours cohérents entre eux.

À ces différents éléments s'ajoute l'émergence de nouveaux concurrents au sein des pays émergents qui, entrés récemment dans une nouvelle phase de développement, souhaitent consolider leurs systèmes de santé et développer leur place dans le secteur biomédical. Ainsi, entre 1995 et 2012, les dépenses de santé ont augmenté de 7,4 % par an dans les BRICS (contre 3,5 % dans les pays développés). En 2022, environ 50 % des dépenses de santé

²³ Cour des comptes, *Le financement public de la recherche, un enjeu national*, juin 2013.

mondiales seront issues des pays émergents²⁴. Le Brésil, la Russie, l'Inde ou la Chine développent parallèlement leurs propres industries de santé et font des efforts pour étendre leurs capacités de R&D et attirer les investissements des grands groupes.

Dans ce contexte de concurrence croissante, la capacité à accélérer et simplifier le développement commercial des entreprises qui portent des innovations constitue l'enjeu déterminant des prochaines années si la France souhaite prendre position sur ces nouveaux marchés.

²⁴ *Boston Consulting Group*, janvier 2015.

QUELLE VISION POUR DEMAIN ?

UN SYSTÈME DE SANTÉ BIEN PLUS PERFORMANT POUR CHACUN : LA MEILLEURE SANTÉ AU MONDE POUR LES CITOYENS, UNE MEILLEURE EXPÉRIENCE PATIENTS ET PROFESSIONNELS, ET DAVANTAGE DE CRÉATION DE VALEUR SUR LE SOL FRANÇAIS

Pourtant fort de fondamentaux solides, notre système de santé n'apporte donc pas pleinement la qualité de service qu'il devrait, et fait, qui plus est, face à des défis majeurs.

Or, les chances de réussir toute transformation ambitieuse sont sensiblement améliorées si celle-ci répond à une vision attrayante du résultat souhaité, explicitant les bénéfices que chacun pourrait y trouver²⁵. Avant de se pencher sur les mesures à envisager, il convient donc de s'entendre sur les valeurs et principes que l'on souhaite mettre ou maintenir au cœur de notre système et sur la vision dont on souhaite se doter dans le monde de demain.

D'abord, plusieurs valeurs cardinales de notre système semblent devoir être non seulement maintenues, mais confortées :

- **Apporter à tous l'accès aux soins (y compris innovants) les plus pertinents dans des conditions de sécurité optimales** : comme nous l'avons vu, ces objectifs et principes primordiaux de notre

²⁵ Colin Price & Scott Keller, *Beyond Performance: How Great Organizations Build Ultimate Competitive Advantage*, 2011.

système sont aujourd'hui trop incomplètement remplis, et en danger. **Systématiser la mise en œuvre des meilleures pratiques** en matière de soin, assurer une égalité effective d'accès, et **rendre le système suffisamment efficient** (au sens des ressources consommées pour obtenir le résultat voulu) pour permettre de mettre à la disposition des patients sans distinction de revenus les innovations existantes et à venir (comme par exemple l'immunothérapie qui va sans doute transformer certains cancers en pathologies chroniques) s'imposent comme des obligations quasiment morales pour l'organisation future de notre système de santé.

- **Réaffirmer la liberté de choix et la mixité des secteurs public et privé**, en conjonction avec une responsabilisation accrue : au cours des deux dernières décennies, des pays comme la Suède ou le Royaume-Uni ont fait de la liberté de choix et de la compétition entre offreurs un levier d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de leur système de santé. Par contre, cette liberté de choix ne peut se concevoir que dès lors que les patients sont responsabilisés sur les conséquences de comportements inadaptés, notamment pour s'assurer de dépenser à bon escient.
- **Responsabiliser plus encore patients et professionnels.** Le risque maladie a changé de nature : à 70 % lié à des pathologies/ épisodes aigus il y a 50 ans, il est maintenant très largement lié à des pathologies chroniques et des comportements individuels. Cette chronicisation des pathologies, combinée à des traitements souvent de plus en plus coûteux, tend à concentrer la dépense sur un petit pourcentage de patients, pour lesquels les comportements individuels et collectifs et les habitudes de vie ont une importance grandissante sur l'état de santé et le coût de la prise en charge.

Il s'agit ensuite d'explicitier la vision de ce que l'on souhaite pour notre système de santé et des objectifs poursuivis en matière de

résultats obtenus, de service rendu et de coût. Trop souvent, les initiatives passées de réforme ont basculé directement des constats à l'élaboration de « mesures » sans vision d'ensemble, et la récente « Stratégie Nationale de Santé » ne fait pas exception. Un travail de fond impliquant les principales parties prenantes du système serait nécessaire pour construire une vision à moyen et long terme du système que l'on souhaite et des bénéfices attendus.

Pour illustrer le propos, voici quelques éléments qui pourraient constituer une telle vision pour notre système, et qu'il faudrait s'attacher à construire, enrichir et détailler avec les parties prenantes.

2.1. Donner aux citoyens l'accès à la meilleure santé au monde, en améliorant l'état de santé et l'espérance de vie en bonne santé

21

En France, les principales maladies et facteurs de risque ont représenté pour l'ensemble de la population près de 8 millions d'années de vie et 16 millions d'années de vie sans handicap (DALYs)²⁶ perdues en 2013²⁷. Là où les DALYs liées aux accidents de la route ont baissé de près de 25 % entre 2005 et 2013 (passant de 363 000 à 274 000), les DALYs liées à la BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) ont augmenté de 13 % (passant de 262 000 à 297 000) et ceux liées au diabète de 21 % (passant de 332 000 à 404 000).

²⁶ Les DALYs (Disability-Adjusted Life Years) sont une mesure des années de vie à la qualité de vie détériorée du fait d'un handicap ou perdues du fait d'une mort prématurée.

²⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation, *Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors Study*, 2013.

La réduction de la variabilité des pratiques, en assurant une qualité et une sécurité des soins sans faille, permettra de sauver des dizaines de milliers de vies liées aux évènements indésirables graves, aux accidents iatrogéniques et aux erreurs médicales.

2.2. Apporter une bien meilleure expérience aux usagers dans leurs interactions avec le système de santé

Chacun devra bénéficier d'un niveau d'information détaillé et facilement accessible (volume d'interventions, qualité des soins, expérience patients...) afin de pouvoir s'orienter facilement dans le système, en choisissant sur la base de données fiables et transparentes son médecin ou son hôpital ;

- Grâce aux nouvelles technologies d'information et de communication, les patients bénéficieront de prises de rendez-vous et de renouvellements d'ordonnances en ligne, d'une gestion dématérialisée de l'ensemble de leurs données, d'outils de prise en charge ou de suivi au domicile évitant des déplacements inutiles ;
- L'élargissement de la permanence des soins en ville permettra d'avoir accès à un professionnel de santé sur des horaires étendus et par des canaux de communication divers, sans avoir besoin de recourir au SAU le plus proche.

De même, la diversification et la multiplication des canaux d'accès au système permettront aux patients et aux professionnels de santé de gagner grandement en accessibilité pour les uns, et en efficacité pour les autres.

Plutôt que de devoir naviguer au travers de parcours fragmentés, les patients chroniques notamment pourront profiter d'une prise en charge globale qui permettra :

- De bénéficier d'une prise en charge adaptée, personnalisée et optimale, établie et délivrée par des professionnels travaillant de manière coordonnée, et permettant de réduire sensiblement les épisodes aigus comme les complications et le recours à l'hôpital ;
- De vivre de la manière la plus « normale » possible, au travers d'un plus grand nombre de prises en charge à domicile et en ville et aux bénéfices des technologies de suivi à distance, et permettant le cas échéant de reprendre plus vite une vie active/professionnelle ;
- De profiter d'un accès facilité aux professionnels de santé, sans forcément avoir à se déplacer, en s'appuyant sur les technologies de communication disponibles ;
- De garantir leur accès aux innovations (traitements de nouvelle génération, apports des médecines préventive et prédictive), indépendamment de toute considération de revenu et en minimisant les compromis réduisant l'accès à ces thérapies.

2.3. Redonner confiance aux professionnels de santé et « ré enchanter » leur métier

Le temps de travail des praticiens sera focalisé sur un rôle à plus forte valeur ajoutée, et leur fonction sociale sera renforcée : une évolution de la répartition des rôles entre professionnels permettra à chacun d'assurer des tâches plus intéressantes, et un modèle de tarification ne survalorisant pas la volumétrie ne poussera pas à multiplier les actes courts, mais permettra de prendre le temps nécessaire pour soigner, accompagner les patients, se former en continu...

Des modes d'exercice renouvelés permettront de rompre avec l'isolement de beaucoup, avec un fonctionnement plus systématique en équipe, au contact de confrères et d'autres professionnels de santé.

Enfin, une simplification des contraintes administratives, ou encore les regroupements pour une mise en commun d'infrastructures ou de fonctions support, permettront de faciliter la vie des praticiens et de gagner en productivité.

2.4. Revitaliser la création de valeur en France et renforcer l'attractivité du territoire français

Le système futur devra permettre :

- Un renforcement de la place de la France dans la recherche biomédicale mondiale, une accélération des investissements publics rendue possible par la réallocation d'une partie des marges d'efficacité dégagées, et une meilleure productivité de cet investissement par un moindre émiettement et par des modes de fonctionnement simplifiés ;
- Une dynamique positive d'investissements privés en R&D biomédicale sur le territoire français, tant en matière de recherche que de développement et d'essais cliniques ;
- L'émergence et le développement d'un tissu plus dense de TPE, PME et d'ETI innovantes ayant réussi à s'installer de manière pérenne sur un marché concurrentiel largement internationalisé, facilitant l'émergence de leaders internationaux ;
- La diffusion du savoir-faire médical français en termes de soins, de services et d'organisation.

CINQ AXES MAJEURS DE RÉFORME AFIN DE FAIRE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ LE MEILLEUR AU MONDE

Une amélioration simultanée des résultats obtenus en matière d'état de santé de la population, d'efficacité et de création de valeur sur le sol français est possible. Pour cela, les réformes entreprises devront être à la hauteur des défis qui attendent notre système de santé, en ne cédant en rien aux fondements et valeurs qui le définissent, afin de répondre à une vision capable de fédérer l'ensemble des acteurs pour les mettre en œuvre.

Cinq axes de réformes apparaissent déterminants :

- Faire de l'information et de la transparence des leviers de transformation du système de santé ;
- Renforcer la pertinence, la qualité et l'efficacité de l'offre de soins ;
- Donner une plus grande place à l'innovation en santé ;
- Réformer la gouvernance du système de santé ;
- Clarifier les places respectives de l'Assurance maladie et des complémentaires santé.

3.1. Faire de l'information et de la transparence des leviers fondamentaux de transformation au service des patients comme des citoyens

Peut-être plus encore que les facteurs territoriaux ou sociaux, l'accès à l'information est sans doute aujourd'hui une source majeure d'inégalité dans l'accès aux soins. Là où certains citoyens peuvent s'ap-

puyer sur un réseau privilégié d'information sur le système de soins grâce à des relations personnelles avec des professionnels de la santé, d'autres s'en remettent aux lois de la proximité ou du bouche à oreille, ou même ne bénéficient d'aucune aide pour s'orienter.

Qui plus est, l'ouverture des données et le désir d'un accès plus large à l'information redéfinissent au quotidien nos comportements, et notre rapport aux services qui nous environnent. Dans le domaine de la santé comme dans les autres, c'est un levier majeur, permettant une meilleure appropriation des enjeux par les acteurs, qu'ils soient patients, professionnels de santé ou régulateurs. Une enquête TNS Sofres de 2013 montrait ainsi que 49 % des Français avaient utilisé internet dans l'année pour rechercher des informations médicales ou sur la santé dont plus d'un quart de façon fréquente²⁸.

Il s'agit donc d'un facteur puissant d'évolution de notre système de santé, dans la mesure où il permet d'agir, dans un secteur où les asymétries d'information sont légion, à la fois sur la demande et sur l'offre de soins, et de modifier les comportements micro-économiques des acteurs.

De plus, on note un **retard marqué dans l'ouverture des données de santé en France**. La révolution du *Big data* promet de fortes opportunités d'amélioration de l'offre de soins, en permettant de faire évoluer l'approche sanitaire vers une médecine prédictive et épidémiologique. À titre d'exemple, l'identification des diabétiques non diagnostiqués²⁹ pourrait être facilitée en développant un suivi à grande échelle du taux de glycémie.

²⁸ TNS Sofres, *Les Français et l'Internet santé*, avril 2013.

²⁹ On estime entre 500 000 à 800 000 le nombre de diabétiques qui s'ignorent, soit environ 1 % de la population. Source : Centre européen d'étude du diabète, « Le diabète : un état des lieux préoccupant ». Site internet consulté en mai 2016.

Sous une autre forme, le développement de l'épidémiologie clinique permis par l'exploitation des données des patients pourrait permettre d'analyser la tolérance et l'efficacité des traitements, d'individualiser les prises de décision thérapeutiques et de construire une médecine fondée sur des preuves (*evidence-based medicine*). Sous réserve de pouvoir recouper ces différentes données, l'épidémiologie constituerait ainsi un puissant instrument pour une politique publique de prévention sanitaire et d'amélioration des décisions thérapeutiques. La France possède de formidables bases de données de santé : le SNIIRAM (Système National d'informations Inter Régions d'Assurance maladie) est une base centralisée unique au monde, elle décrit l'offre et la consommation de soins ainsi que l'état de santé de tous les habitants de notre pays. D'autres bases existent, sans données individuelles, et de fait plus faciles à utiliser, qui permettent de connaître les performances des établissements de santé, leur certification, le nombre d'événements indésirables, etc. Leur utilisation est cependant encore très limitée alors même que leur ouverture permettrait de mettre la transparence et la qualité au cœur du système de santé.

En 2012, l'Institut Montaigne a organisé une conférence de citoyens sur le système de santé. Après avoir suivi des formations et participé à des débats ouverts et bipartisans, les citoyens sont arrivés au constat qu'il existe une grande opacité et une certaine forme de confiscation de l'information sur le système de santé. La logique de l'*Open data* sur les données concernant les coûts et le fonctionnement ainsi que les résultats de notre système de santé a été plébiscitée par l'ensemble des citoyens comme le montre l'avis qu'ils ont rédigé à l'issue de la conférence de citoyens³⁰.

³⁰ Institut Montaigne, *Le pari d'un avis citoyen sur la santé*, 2013.

3.1.1. Mieux informer les Français sur les facteurs de risque et le choix de leur parcours de soins

Les **patients formulent de plus en plus fréquemment le souhait de participer à leurs soins et à leur traitement.** Comment parvenir à faire d'eux des **acteurs de leur parcours de santé plus actifs, plus autonomes et pleinement responsabilisés ?**

Afin d'informer les patients sur leur santé et les conséquences de leurs comportements, leur permettre de mieux s'orienter ou d'éviter les recours inappropriés, évitables, voire inutiles au système de soins, plusieurs approches différentes ont été développées dans les pays voisins, à travers :

- la mise à disposition de bases de données et d'informations sur les pathologies (*NHS Choices* en Grande-Bretagne, *Vardguiden* en Suède, ou *Kaiser Permanente* aux États-Unis proposent par exemple une information très riche sur les pathologies) ;
- le développement d'outils de suivi de leur santé et de gestion de leurs habitudes de vie (*NHS Choices*, *Varguiden*) ;
- la création de services d'orientation dans l'offre de soins (*ZocDoc*, *NHS Choices*, ou encore *Frittsykehusvalg.no*³¹ qui permet aux patients norvégiens de choisir leur hôpital en fonction des délais d'obtention d'un rendez-vous et de programmation d'une intervention ;
- e développement d'outils de prévention des interactions ou contre-indications médicamenteuses, par exemple www.drugs.com, ou encore un nombre grandissant d'applications mobiles comme *MediGuard* qui permettent au patient de vérifier lui-même les risques potentiels).

³¹ « Libre choix d'un hôpital »

Développer l'autonomie du patient

Le Royaume-Uni a beaucoup investi pour renforcer l'autonomisation du patient tout au long de son parcours de soins. Le site *NHS Choices*, lancé en 2007, a ainsi été conçu comme un outil central de la politique de prévention du NHS, au service de l'information du grand public et de sa sensibilisation aux facteurs de risque.

Une multiplicité de supports pédagogiques ont été créés (vidéos, outils interactifs, répertoire d'articles universitaires, témoignages de malades, forum de discussions) qui permettent aux citoyens d'obtenir des informations régulièrement actualisées sur près de 500 médicaments et 700 pathologies répertoriées, de les guider dans certains cas pour décider entre une visite à la pharmacie, chez le généraliste ou aux urgences, de les aider à choisir un hôpital ou un cabinet de généralistes sur la base de critères objectifs, etc.

Cette richesse de contenu s'accompagne d'une présence très active sur l'ensemble des réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Youtube). Dans la continuité de cette stratégie numérique, le NHS fait également dès 2013 de *NHS Choices* un portail pour découvrir et accéder à des applications mobiles de santé permettant le suivi de pathologies, l'adoption de bonnes pratiques ou l'accès à un contenu pédagogique enrichi sur certaines pathologies.

En 2015, *NHS Choices* a été consulté 583 millions de fois. Le site est également suivi par près de 40 millions de personnes sur les réseaux sociaux.

Source : <http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>

Différents services, publics comme privés, sont déjà disponibles en France (Ameli-direct, Doctissimo, etc.), mais pourraient largement être étoffés, en combinant :

- Un élargissement **des jeux de données mis à disposition en *Open Data***, permettant ainsi à des acteurs privés de développer de nouveaux services. De nombreux jeux de données de santé déjà existants et recensés sur le site d'Etalab³² pourraient être rendus libres d'accès : la base détaillée des rapports de certification des établissements, la base QualHAS d'indicateurs de qualité, les données brutes des enquêtes ESPS de l'Irdes ou des baromètres santé de l'Inpes, les données de l'enquête DRESS sur les événements indésirables liés aux soins, les résultats des médecins sur les indicateurs de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), et bien d'autres encore.
- **Le développement d'une offre plus large et facile d'utilisation de services publics d'information de santé** : en étoffant par exemple les services disponibles sur les sites publics (ameli-direct, esante.gouv.fr, has-sante.fr, scopesante.fr, etc.) aujourd'hui très dispersés et complexes d'utilisation pour le citoyen, sur le modèle des services mis à disposition dans d'autres pays, en développant des applications mobiles, etc.

Parallèlement, l'information des patients, mais également des professionnels de santé, peut également permettre une prise en compte plus forte du **coût des soins** : en veillant à ce que cela n'entraîne pas un sentiment de culpabilisation, il s'agit à tout le moins de **sensibiliser aux efforts que la collectivité consent dans la prise en charge médicale de chacun**, dont l'ampleur est le plus souvent sous-estimée. Ainsi, Singapour a mis en place un système de facture

³² Cartographie des données de santé lancée dans le cadre de la Commission *Open Data* en 2014 : www.data.gouv.fr/fr/datasets/cartographie-des-bases-de-donnees-publiques-en-sante/

détaillée remise au patient, par exemple en sortie d'hospitalisation, précisant l'ensemble des coûts de sa prise en charge, et cela même si son reste à charge est très limité voire nul.

Force est de constater qu'en France, le système de couverture à plusieurs étages, allié au tiers payant, ne permet pas aux citoyens d'apprécier le coût de leurs prises en charge, en particulier les plus complexes et les plus coûteuses.

3.1.2. Mettre en place une politique nationale de prévention primaire plus ambitieuse en jouant sur l'information et l'incitation

La prévention fait trop souvent l'objet de discours théoriques sans pour autant constituer un axe central de la politique de santé publique. On distingue classiquement la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque) de la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

Le budget alloué annuellement à la prévention reste très faible : si, dans les pays de l'OCDE, seulement 3 % du total des dépenses de santé est affecté à la prévention, ce taux est encore plus bas en France, puisqu'il se situe autour de 2 % en 2015³³. On l'a vu ci-dessus, la France accuse un vrai retard en matière de promotion de la santé et de gestion des comportements auxquels sont liés les principaux facteurs de risque maladie (prévention primaire concernant les addictions par exemple).

³³ Panorama de la santé 2015, OCDE.

De plus, le concept de « réduction des risques sanitaires », adopté un peu partout dans le monde avec succès ne l'est pas encore suffisamment en France, où des conceptions radicales mais inefficaces d'éradication des mauvaises pratiques sont souvent privilégiées (cf. la cigarette électronique, interdite dans de nombreux lieux au nom du principe de précaution mais considérée dans de nombreux pays comme une aide au sevrage tabagique).

Il est temps de changer de paradigme pour adopter une politique de prévention à la fois volontariste et pragmatique, cherchant la promotion des bons comportements plutôt que la répression des mauvais. À ce titre, le développement des objets connectés peut être utile : l'engouement des français pour le *quantified-self*, nouvelle pratique de « mesure de soi » permise par le numérique, en donnant aux individus la possibilité de mesurer leurs actions, d'en étudier les conséquences et de constater leurs progrès au jour le jour, constitue une formidable opportunité d'améliorer les comportements si l'État se donne les moyens d'investir dans une politique de prévention par le numérique (cf. l'exemple de *NHS Choices* évoqué précédemment, qui a énormément investi dans le développement d'applications mobiles de santé).

D'autres systèmes vont plus loin encore pour **influencer les comportements**, même si l'on peut s'interroger sur la transposabilité de telles approches en France. Ainsi, l'assureur maladie sud-africain Discovery a lancé il y a une quinzaine d'années le programme *Vitality* (voir encadré), qui va jusqu'à établir des mécanismes incitatifs aux changements de comportement des assurés.

Encourager les comportements vertueux : l'exemple de Discovery

Le système de gratifications *Vitality* permet à l'assuré de la compagnie sud-africaine Discovery (5 millions de clients) d'accumuler des « Vitality points » correspondants au nombre d'actions considérées comme bénéfiques pour sa santé : pratique régulière du sport, alimentation équilibrée, réalisation d'analyses préventives type mammographie ou examen de la prostate...

Ces bonnes pratiques mesurées à l'aide de bracelets connectés permettent annuellement aux assurés de Discovery de bénéficier selon le nombre de points obtenu d'une large gamme d'avantages : baisse des cotisations, cadeaux...

Selon Discovery, le taux d'hospitalisation des personnes impliquées dans le programme *Vitality* serait ainsi inférieur de 9,6 % à celui constaté chez les personnes considérées comme inactives.

Cette politique de prévention devrait être menée à la fois à un niveau politique et national (définition des priorités) mais aussi au niveau local où certaines compétences pourraient être déléguées aux assurances complémentaires. Les assureurs complémentaires ont en effet un contact direct avec les assurés et peuvent mettre en place des programmes incitatifs et différenciés.

La prévention est également un enjeu fort pour les entreprises et pourrait également être davantage développée sur le lieu de travail.

3.1.3. Établir une transparence forte sur les résultats et stimuler la concurrence par la qualité

La mise en place d'une véritable concurrence par la qualité qui découlerait d'une plus grande transparence serait un levier extrêmement puissant de transformation positive de notre système de santé. Elle se heurte de manière compréhensible à des réactions pour le moins frileuses de beaucoup de professionnels de santé. Pourtant, c'est une attente forte des patients et une implication directe de l'*evidence-based medicine* (la médecine fondée sur des preuves qui proviennent d'études, le plus souvent cliniques, systématiques) qui transforme depuis des années déjà la pratique médicale. Combien de temps faudra-t-il, en l'absence d'outils et services mis en place dans un cadre robuste, et l'appropriation de ces approches par les professionnels eux-mêmes, avant que l'on ne voit émerger en France l'équivalent d'un *TripAdvisor* des services et professionnels de soins ?

34

De ce point de vue, il n'est pas inutile de rappeler qu'une information transparente sur la **qualité des prises en charge au sein des établissements de santé** est une des conditions de mise en œuvre du modèle de financement sur lequel repose la tarification à l'activité (T2A). En effet, afin de prévenir la mise en place d'une concurrence par les seuls coûts au détriment de la qualité de prise en charge des patients, l'accès à l'information sur les performances des établissements doit permettre l'engagement parallèle d'une **concurrence par la qualité** entre établissements et même entre professionnels libéraux. C'est notamment à l'aune des résultats apportés au patient que doit être mesurée cette qualité.

La France apparaît à cet égard comme sensiblement en retrait par rapport aux pays étrangers. Si les classements de magazines ren-

contrent de francs succès, leur pertinence reste sujette à caution et ils ne font que pallier l'absence de publication institutionnelle. La France pourrait imiter l'exemple des services publics américains et britanniques, qui prennent en charge la publication régulière d'enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patients et fournissent des données détaillées sur la qualité de prise en charge fournie par les structures et professionnels de santé (*NHS Choices* en Grande-Bretagne ou *Hospital Compare* aux États-Unis).

Donner accès à l'information sur la qualité des soins pour aider les patients dans leurs choix

Aux États-Unis, la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'évaluation de l'expérience du patient font par ailleurs l'objet d'une batterie d'indicateurs spécifiques (HCAHPS, pour *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* et *Agency for Healthcare Research and Quality's Patient Safety Indicator*), qui sont disponibles en « Open Data » (**www.hospital-compare.com**), et sur la base desquels de nombreux services (par exemple Healthgrades.com) se sont développés, permettant aux citoyens de comparer directement les établissements. Les thématiques et indicateurs couverts sont :

1. Le respect des bonnes pratiques professionnelles
2. Les taux de mortalité observés dans des conditions cliniques spécifiques
3. Le volume et la productivité des soins
4. La sécurité des soins
5. La gestion de la relation patient
6. La gestion de ressources humaines
7. L'efficacité

De nombreux indicateurs déjà existants pourraient ainsi être mis à disposition des usagers de manière plus facile et plus détaillée. Le site de la Haute Autorité de Santé, www.scopesanté.fr, qui ne publie actuellement que des données très agrégées par établissement, pourrait notamment donner plus de visibilité aux données bien plus fines dont dispose également l'organisme. Comme le pointe la Cour des Comptes dans un rapport d'avril 2016, **l'utilisation des données médico-administratives de remboursement pourrait également être sensiblement accélérée**, de manière à apporter un éclairage plus pointu sur les politiques publiques, le pilotage de la qualité et la pertinence de la réponse apportée à la demande de soins.

Par ailleurs, et bien que les données relatives aux remboursements disponibles en France soient à la fois détaillées et exhaustives (SNIIRAM), il n'existe pas encore d'approche systématique et structurée de la collecte des données, en particulier cliniques. Si un certain nombre de cohortes et de registres de patients existent (par exemple Constances³⁴), ils restent très limités au regard de ce que Kaiser Permanente a pu mettre en place aux États-Unis ou de la *Clinical Practise Research Datalink* au Royaume-Uni (qui agrège des données anonymisées provenant des dossiers médicaux détaillés d'environ 5 millions de patients) ou des systèmes scandinaves.

En raison de la faiblesse des registres et cohortes de patients et faute d'une interopérabilité des systèmes d'information et d'une mutualisation des sources, **la collecte des données n'est pas suffisamment performante en France**. Ainsi, la France demeure en retard, notamment sur les pays scandinaves, en matière de possibilité de croiser ces données relatives aux prescriptions avec les données patients

³⁴ www.constances.fr : cohorte généraliste de 200 000 personnes suivies sur leur état de santé.

et celles issues de la recherche³⁵, ce qui entraîne des prescriptions inappropriées. La création d'une **plateforme moderne de gestion et de mise à disposition des données** permettrait un grand pas en avant. Cette plateforme pourrait permettre l'accès à toutes les catégories de données susceptibles de retracer les comportements collectifs d'usage, de prescription, d'évolution des résultats cliniques, etc, de gérer les droits d'accès des autorités sanitaires, des chercheurs et d'autres acteurs développant des services s'appuyant sur la donnée. Un portail dédié pourrait également offrir la possibilité à chaque patient ou citoyen de choisir quels consentements éclairés et droits de réutilisation de ses données il souhaite ouvrir.

3.2. Renforcer la pertinence, la qualité et l'efficacité de l'offre de soins pour le patient

En 2013, les soins hospitaliers représentaient encore en France 39 % de la dépense de santé contre 29 % en Allemagne. À l'inverse, les soins ambulatoires ne représentaient qu'à peine plus de 25 % des dépenses (32 % en Allemagne), et le « virage ambulatoire » reste encore largement devant nous. Or, comme on l'a vu, le risque maladie a changé de nature. Il est majoritairement chronique, là où les structures hospitalières « conventionnelles » sont conçues pour traiter les épisodes aigus. L'enjeu, d'un point de vue économique comme de celui des résultats cliniques, est donc de mettre en adéquation l'offre de soins avec les besoins nouveaux créés par cette transition épidémiologique.

³⁵ Selon B. Bégaud et D. Costagliola, *Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France*, septembre 2013, « pour les principales classes de médicaments pour lesquelles on dispose de données comparatives (...) la France apparaît à chaque fois comme le pays le plus fort consommateur et celui dans lequel la prescription semble le plus fréquemment s'éloigner des recommandations et des données de la science ».

3.2.1. Organiser des parcours de soins intégrés à l'échelle des enjeux de gestion des pathologies chroniques

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 coûts.

Graphique 3 – Mise en place de parcours intégrés ville-hôpital : des impacts significatifs dans de nombreux pays

	Périmètre	Changements clés	Impact
Knappschaft Prosper (Allemagne)	<ul style="list-style-type: none"> • Périmètre de 20 – 40 000 patients pour chacune des 5 zones géographiques • ~200 000 patients au total sur 6 réseaux pris en charge par 2000 médecins et 11 hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau de médecins généralistes, hôpitaux, centres de rééducation et services médicaux – sociaux autour d'un hôpital Knappschaft jouant le rôle de HUB • Co-développement de parcours de soins et protocoles avec les différents acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Économie moyenne de 8-12 % sur plusieurs années par rapport au groupe témoin • Réduction de 15 % des dépenses pharmaceutiques
NHS, North West London (Angleterre)	<ul style="list-style-type: none"> • Pilote lancé sur 500 000 habitants et ultérieurement étendu à 2 millions d'habitants • Focalisation du pilote sur les personnes âgées et/ou diabétiques (développement d'un parcours de soins pour 22 000 patients) • Mise en place de partenariats entre 4 hôpitaux, 3 dispensaires, 93 médecins de ville, 5 structures médico-sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratification des risques avec classification des patients • Adaptation du modèle de remboursement avec mise en place d'incitations financières • Outil de partage de l'information médicale entre tous les acteurs (regroupant plus de 16 systèmes différents) 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des admissions des personnes âgées de 12 % • Objectifs de ~15£ millions d'économies la première année et ~25£ millions la deuxième année pour 500 000 patients • 95 % des patients témoignant d'une meilleure relation avec le corps médical • 90 % des médecins témoignant de meilleurs résultats médicaux

	Périmètre	Changements clés	Impact
NHS, East London (Angleterre)	<ul style="list-style-type: none"> • Périmètre de 5 400 patients sur un total de 250 000 résidents de cette région (objectif d'étendre à 50 000 patients en 2-3 ans) • 8 réseaux de soins primaires pour un total de 36 cabinets 	<ul style="list-style-type: none"> • Création de 8 réseaux de soins primaires • Extension du réseau de soins intégrés aux 20 % de la population les plus à risque (âge, catégorie socio-professionnelle, historique médical, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 7-11% de patients supplémentaires atteignant des taux de cholestérol sains (< 4,5) • Réduction des coûts de 12 à 14%
Ribera Salud, Valencia (Espagne)	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture des soins primaires, ambulatoires et de courte durée • Externalisation de la gestion et de l'administration dans 5 régions parmi 21 représentants (~650 000 patients) • 6 hôpitaux impliqués dans le programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins spécialistes assignés à chaque centre de soins primaires pour optimiser les demandes d'exams • Incitations financières • Compétition entre les hôpitaux • Externalisation de la gestion et de l'administration pour certaines régions 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des coûts de 26 % dans les cas d'externalisation de la gestion et de l'administration • Amélioration de 76 % de la productivité hospitalière
New York Care Coordination Program (États-Unis)	<ul style="list-style-type: none"> • Patients atteints d'une maladie mentale grave • Ciblage d'adultes à forts risques <ul style="list-style-type: none"> – Hospitalisations ou incarcérations régulières – Crises fréquentes – Peu de liens sociaux/familiaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Point de contact régional unique pour identifier les patients éligibles au programme • Développement de plans individualisés • Réaménagement des parcours avec priorité donnée aux patients les plus à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de 31 % de l'activité des patients • 25 % d'arrestations en moins • Réduction de 53 % du taux de blessure sur des tiers • Réduction de 53 % des hospitalisations

Source : McKinsey.

De telles expériences de gestion par **parcours de soins, valorisant 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.

La mise en place de parcours de soins intégrés entre ville et hôpital implique **de construire localement** une organisation nouvelle du système, qui intègre les différents acteurs du soin autour :

- D'un registre de patients structuré, permettant de suivre les résultats obtenus ;
- D'un modèle de stratification des risques, permettant de segmenter la population de patients cibles, et d'adapter les protocoles de prise en charge au niveau de gravité et de risque de chaque patient ;
- De protocoles cliniques de soins partagés et rassemblant les interventions pertinentes pour chaque segment de patients, qu'elles soient ensuite conduites à l'hôpital, par le généraliste, une infirmière libérale, un kiné, etc. ;
- De mécanismes de coordination entre les professionnels, qui peuvent prendre la forme de réunions multidisciplinaires (modèle adopté par exemple par le NHS), ou d'une coordination du parcours par un coordinateur identifié (modèle utilisé par exemple par de nombreux HMO américains) ;
- D'une évaluation régulière de la performance, en matière clinique (suivi des « Clinical outcomes » et « Patient-reported outcomes ») et économique.

Pour réussir, de telles initiatives doivent aussi pouvoir s'appuyer sur une infrastructure de **partage des données entre ces acteurs**, sur un mécanisme de gouvernance locale permettant de mettre les institutions impliquées autour de la table et sur des mécanismes économiques incitatifs alignant les intérêts des différents intervenants sur la performance globale des parcours.

La mise en place d'un coordonnateur des parcours est essentielle pour permettre cette gestion par parcours. Ce coordonnateur pourra être le généraliste, l'établissement de santé, l'assureur maladie ou encore un *case manager* dédié. Son choix pourra varier selon les cas et les parcours, en s'adaptant localement aux spécificités : importance du rôle de chacun dans les parcours (par exemple, l'hôpital joue typiquement un rôle sensiblement plus important dans le suivi d'insuffisants cardiaques déjà hospitalisés que dans le suivi de patients diabétiques de type 2), niveau de maturité des acteurs, ou encore volonté de prendre la responsabilité et le risque économique. En tout état de cause, les initiatives de création de plateformes support de l'organisation de ces parcours de soin devraient être encouragées.

3.2.2. Favoriser la consolidation de la médecine de ville

En France, seuls 33 % des médecins pratiquent aujourd'hui dans un cabinet de groupe³⁶. Une situation qui contraste avec celle de plusieurs de nos voisins européens : ainsi, en Finlande, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni ou encore en Suède, la pratique de groupe est majoritaire depuis plusieurs années. Aux Pays-Bas, 57 % des médecins généralistes exercent ainsi en cabinets de groupe

³⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale*, 2014.

monospécialisés³⁷. L'extrême fragmentation de la médecine générale en France est un frein à la productivité, à la capacité à organiser la permanence des soins comme à la coordination des prises en charge entre plusieurs professionnels.

En réponse à ces enjeux et à l'aspiration croissante des médecins (et particulièrement des jeunes praticiens) à se regrouper et à travailler en équipes pluridisciplinaires, des dispositifs d'incitation au regroupement pourraient être mis en œuvre. S'ils peuvent prendre la forme d'aides au financement des infrastructures, d'autres pourraient être mis en place au niveau individuel (par exemple au travers de dispositifs fiscaux incitatifs), ce qui permettrait de stimuler et de s'appuyer plus directement sur l'initiative des praticiens eux-mêmes.

À titre d'exemple, la région de Londres développe depuis quelques années des « polycliniques », sous l'égide de cabinets médicaux pouvant regrouper jusqu'à plusieurs dizaines de praticiens libéraux, en aidant notamment au financement des infrastructures (par exemple sous la forme de baux réduits). De telles structures permettent une permanence des soins renforcée, la mutualisation d'équipements d'examen et de soins, l'accueil d'équipes pluridisciplinaires (par exemple des équipes mixtes ville - hôpital pour les prises en charge en santé mentale), voire l'accueil d'équipes hospitalières hors les murs³⁸.

³⁷ IRDES, Questions d'économie de la santé, *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives*, 2007.

³⁸ L'exemple du *Barkantine Center*, créé à Londres en 2008, est un exemple intéressant de centre de santé géré par des généralistes : une douzaine de praticiens y garantissent un accès 7 jours sur 7 de 8h à 20h, avec de nombreux services offerts aux usagers comme la consultation de leur dossier médical, le dialogue avec les praticiens et les conseils à distance, les consultations non programmées, etc.

En réponse au désenchantement de la médecine de ville et à la perte de sens ressentie par les acteurs du secteur pourrait également être engagé **un travail collaboratif avec les professionnels de santé, de manière à identifier avec eux les moyens nécessaires au renouvellement de leur métier** : évolutions liées aux délégations de tâches, répartition des rôles entre professionnels de santé, rôle futur du médecin dans la coordination des prises en charge, outils quotidiens (notamment numériques) du praticien, etc.

3.2.3. Moderniser la formation des professionnels de santé

Dans le même temps, l'accent devra être mis sur la formation des professionnels de santé, et en particulier sur leur formation continue, afin de les sensibiliser aux nouveaux modes d'exercice, aux nouveaux outils et aux ressources offertes notamment par l'introduction des objets connectés en santé, ainsi qu'à la culture de la transparence et de l'évaluation des indicateurs de performance (cf. 3.1 supra).

De manière plus générale, une réflexion sur l'évolution de l'organisation générale de la formation, initiale et continue, pourrait être engagée dans la mesure où l'enseignement disciplinaire par organe n'apparaît plus en ligne avec les enjeux des pathologies d'aujourd'hui (maladies chroniques, vieillissement, polyopathologies, etc.). L'enjeu de la désertification médicale comme celui du nécessaire partage des tâches entre professionnels de santé devront également être au cœur de la formation des professionnels.

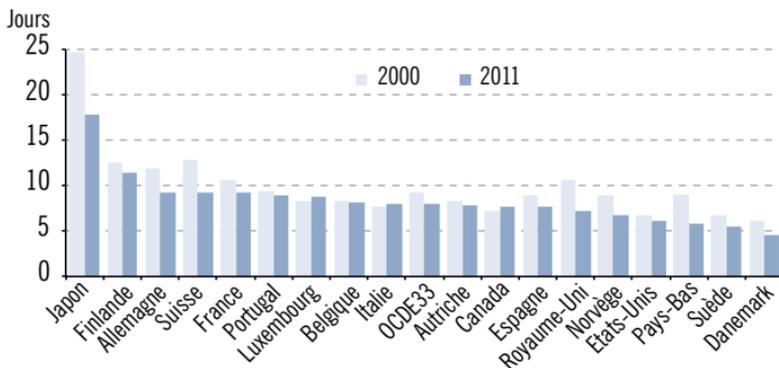
3.2.4. Recentrer et faire évoluer l'offre hospitalière pour suivre l'évolution des besoins des patients

Le système français est régulièrement critiqué pour son hospitalocentrisme : l'hôpital, qui représente près de 40 % des dépenses de santé, reste au cœur du système alors même que les marges d'optimisation de l'efficience opérationnelle restent importantes.

Il suffit pour s'en convaincre de comparer à la moyenne de l'OCDE les durées de séjour (DMS) moyennes (9,2 jours en France contre 8,0 en moyenne dans l'OCDE) ou le taux d'occupation des lits (75 % en France contre plus de 78 % en moyenne dans l'OCDE), le faible développement de la chirurgie ambulatoire (en 2013, 4 opérations chirurgicales sur 10 étaient effectuées en ambulatoire contre 8 sur 10 aux États-Unis), ainsi que la variabilité de la performance des établissements sur de nombreux indicateurs d'efficience. Si les initiatives menées au cours des dernières années ont permis d'accélérer sensiblement la bascule ambulatoire³⁹, les marges de progrès restent considérables, notamment si l'on se compare à des pays comme la Suède, le Danemark ou encore les Pays-Bas.

³⁹ On peut toutefois noter qu'une circulaire de décembre 2015 fixe un taux de 66 % de chirurgie ambulatoire à horizon 2020.

**Graphique 5 - Durée moyenne de séjour à l'hôpital,
2000 et 2011 (ou année la plus proche)**



Sources : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013.

Qui plus est, d'année en année, les progrès de la médecine font baisser les durées moyennes de séjour. Des approches telles que la RRAC (récupération rapide après chirurgie) donnent ainsi des résultats spectaculaires dans la vitesse de récupération des patients, et donc dans la réduction des séjours hospitaliers ou des besoins en rééducation. De plus en plus de prises en charge qui auraient nécessité hier une hospitalisation complète sont aujourd'hui possibles en ambulatoire (comme par exemple l'opération de la cataracte, la cholécystectomie, les poses de prothèses...), voire en ville.

Conséquence directe de ces tendances de fond, la réduction du nombre de lits hospitaliers et l'accélération de la reconfiguration de l'offre hospitalière afin d'optimiser la prise en charge des patients chroniques, dont le nombre ne devrait cesser de croître dans les années à venir.

Il s'agit d'abord de **favoriser les regroupements et la consolidation des capacités hospitalières en faisant évoluer les mentalités sur deux idées :**

- l'hôpital n'est pas un centre de santé primaire alors qu'il est trop souvent utilisé de cette manière, notamment dans les grandes villes, conduisant à des services d'urgence saturés et à un surcoût ;
- la proximité n'est pas un gage de qualité. 92 % des Français déclarent d'ailleurs qu'ils insisteraient pour être dirigés vers un hôpital mieux noté s'ils apprenaient que leur hôpital local était mal noté pour la réduction des infections nosocomiales, et 85 % seraient prêts à faire 30 km pour être soignés dans un hôpital plus sûr⁴⁰. S'assurer de la mise à niveau et du respect des seuils d'autorisation d'activité, lorsqu'une corrélation est prouvée entre volume et qualité des soins, participerait de la même logique. À titre d'exemple, près d'un tiers des hôpitaux étaient encore en 2010 en-dessous du seuil d'autorisation de prise en charge de la chirurgie carcinologique digestive (qui est de 30 interventions en France contre 50 en Allemagne), alors qu'il existe une corrélation claire entre le taux de mortalité et le volume de ces chirurgies par établissement⁴¹.

De plus, la prise en charge des patients nécessitant une technicité particulière bénéficiera d'une **consolidation des filières de prise en charge**, comme l'illustre l'amélioration probante de la qualité de prise en charge des AVC obtenue à Londres au travers d'une réorganisation et consolidation des filières de prise en charge à l'échelle de l'agglomération (qui a par exemple permis de plus que tripler le taux de thrombolyse en un an⁴²).

⁴⁰ MindMetre, 2014-2015, échantillon national représentatif de 1 021 citoyens français.

⁴¹ Zeinep Or, et Thomas Renaud, *Volume d'activité et résultat des soins en France : une analyse multiniveaux des soins hospitaliers*, décembre 2009.

⁴² *National Sentinel Stroke Audit*.

De ce point de vue, la mise en place de groupements hospitaliers de territoire (GHT), devrait permettre de premières avancées en matière d'adaptation de la carte hospitalière, en :

- facilitant la restructuration et la consolidation des capacités ;
- en permettant d'accentuer les gains de productivité (par exemple en permettant une plus grande mutualisation en matière de biologie, de SI, d'achats, etc.) ;
- mais également en favorisant une homogénéisation des pratiques et protocoles de prise en charge et de diffusion des bonnes pratiques au travers de réseaux multisites. La Mayo Clinic a par exemple mis en place entre ses sites et avec des hôpitaux tiers à travers les États-Unis et au-delà un réseau d'« affiliés » (*Le Mayo Clinic Care Network*), pouvant bénéficier notamment des protocoles de soins développés à la Mayo Clinic, de la base de connaissances développées, de consultations avancées en téléprésence ou encore de second avis médical.

Ensuite, il s'agit de privilégier les investissements dans le **développement des alternatives à l'hospitalisation** (développement des soins à domicile, maisons de santé permettant une prise en charge pluridisciplinaire efficace en ville dans des conditions économiquement compétitives, etc.) plutôt que dans les structures de court séjour. Dans un tel contexte, il convient d'être particulièrement vigilant sur la pertinence et la nature des investissements, notamment des investissements hospitaliers, qui devraient faire l'objet d'une régulation encore renforcée afin de s'assurer de leur bon dimensionnement.

Enfin, de même que pour le secteur MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), il serait également souhaitable d'entamer le nécessaire chantier de restructuration de l'offre de soins en matière de santé

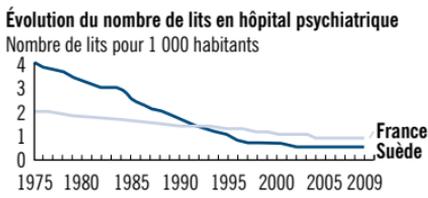
mentale, à l'instar par exemple de ce que la Suède a entrepris dans les années 1990⁴³.

Graphique 6 - La réintégration sociale des patients a permis à la Suède de réduire le nombre de lits en hôpital psychiatrique à 0,5 par habitant (0,9 en France)

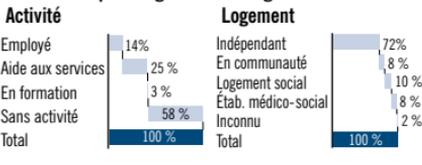
Réforme de 1995

Objectif : réintégrer socialement les patients atteints de pathologies mentales, au moyen d'une modification de la loi et d'un investissement public important :

- 1) Modification de la loi** pour donner aux patients atteints de la pathologie mentale le droit de vivre de la même façon que n'importe quel citoyen, obligeant ainsi les municipalités à créer des structures d'accueil et de conseil
- 2) Investissement de l'État** à hauteur de 100 millions d'euros (sur 3 ans) pour aider les municipalités à l'intégration en « communautés » des patients ciblés par la loi



Situation après la réforme (1996 - 1997) des personnes atteintes de pathologies mentales graves



Sources : Assurance Maladie, OCDE Health Data 2011, *Mental health care reform in Sweden*, C. G. Stefansson, L. Hansson, 2001, fondé sur un sondage couvrant 93 % de la population suédoise et ayant identifié 43 000 personnes atteintes de pathologies mentales grave.

⁴³ Voir également à ce sujet l'étude de l'Institut Montaigne, *Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français*, 2014.

3.2.5. Faire évoluer les modalités tarifaires pour valoriser la performance, la qualité et inciter la coordination des acteurs

Les modalités tarifaires actuelles (tarification à l'activité, paiement à l'acte), du fait de la fragmentation entre médecine de ville, hôpital et médico-social, et du manque d'incitations économiques liées à la performance et à la valeur créée pour le patient montrent aujourd'hui clairement leurs limites, en particulier dans la prise en charge des pathologies chroniques, et sont notamment un frein à la mise en place de parcours de soins intégrés.

Un grand nombre de systèmes de santé ont fait évoluer leurs modalités de financement vers l'un ou l'autre des modèles résumés dans cette présentation de l'OCDE⁴⁴, avec des objectifs doubles : **renforcer la rémunération à la performance, plutôt qu'au volume, et créer des incitatifs transversaux à l'optimisation des parcours.**

⁴⁴ Valérie Paris, OCDE, « Organisation des soins et modes de paiement innovants dans les pays de l'OCDE », Rencontres du G5 Santé, Paris, 5 octobre 2015.

Graphique 7 – Différents types de tarification pour encourager la coordination, la qualité et l'efficacité

	Coordination	Qualité	Efficacité
Paiements s'ajoutant à la rémunération de base	Forfaits pour améliorer la coordination des soins	P4P : bonus/pénalité liés à des objectifs de qualité	P4P : bonus/pénalité liés à des objectifs d'efficacité
Paiement forfaitaire pour un ensemble de services (et de prestataires)	Forfait couvrant un épisode des soins, basé sur les bonnes pratiques		
	Capitation par patient couvrant la prise en charge globale d'un patient chronique		
	Budget virtuel couvrant une population pour un ensemble de services prédéfinis, avec partage des économies (et parfois des pertes)		

Source : OCDE, 2015.

Au Royaume-Uni, les *best practice tariffs* ont ainsi été introduits en 2010 pour améliorer la qualité des soins et réduire les variations de pratiques sur les actes fréquents, à partir d'une formule couplant un tarif de base (coût moyen) et des compléments basés sur des indicateurs de qualité.

En Suède par exemple, la mise en place d'un paiement par épisode de soins pour arthroplastie de la hanche et du genou, en 2009, s'est accompagnée d'une réduction de 26 % des complications post-opératoires, d'une réduction des coûts de 20 % dans le Comté de Stockholm, et d'une réduction des listes d'attente.

Plusieurs États américains, comme par exemple l'Arkansas⁴⁵, ont de leur côté mis en place des systèmes de bonus / malus liés au coût global de prise en charge des patients le long de parcours prédéfinis. Les différents actes sont financés *via* les modèles existants (tarification à l'activité et « fee-for-service »), mais un malus ou bonus est appliqué en fin d'année si le coût moyen annuel pour les patients traités excède ou au contraire est inférieur à un tarif « acceptable » prédéfini. C'est l'acteur ayant l'influence la plus forte sur le parcours (par exemple la clinique ou le chirurgien orthopédiste pour une arthroplastie du genou) qui porte la responsabilité de ce bonus / malus, et donc de la coordination de l'ensemble du parcours du patient.

Des paiements forfaitaires par capitation ont également été mis en place pour des maladies chroniques fréquentes (Pays-Bas) ou pour des affections plus rares mais coûteuses. Il peut également s'agir, dans une organisation de système de santé différente de la nôtre, d'une modalité de financement global, avec la *Carr Hill formula* britannique.

Des systèmes de tarification alternatifs

En Grande-Bretagne : la *Carr-Hill formula*⁴⁶

La *Carr-Hill formula*, introduite suite à la convention médicale de 2004, a été conçue comme le socle de base du financement de la médecine générale au Royaume-Uni. Ce mécanisme d'allocation de ressources a été élaboré de manière à prendre en compte la charge

⁴⁵ *Arkansas Health Care Payment Improvement Initiative* (www.paymentinitiative.org).

⁴⁶ Source : Points de repère n° 17 - juillet 2008 – Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre.

de travail réelle de chacun des médecins pratiquants. La plus grande partie de la somme allouée au praticien est calculée par capitation, en fonction du nombre de patients pris en charge annuellement au sein du cabinet médical (pondération sur les effectifs). Plusieurs indicateurs de besoins de santé ont également été élaborés de manière à intégrer certaines spécificités géographiques, sociologiques ou sanitaires au calcul de la somme finale revenant au GP (pondération qualitative).

Lors de l'introduction de ce mode tarifaire, six variables ont ainsi été identifiées :

- la fréquence et la durée des consultations selon l'âge et le sexe
- une pondération pour les patients hébergés en établissement d'hébergement pour personnes âgées
- un indice de changement de liste
- un indice de morbidité et de mortalité
- un indice de marché du travail : analyse des différences de salaires entre régions
- un indice d'enclavement : l'impact de l'isolement géographique sur les coûts des soins

Depuis, ces indicateurs font l'objet d'une évaluation et d'une actualisation régulière dans le cadre des négociations portant sur les conventions médicales, de manière à prendre en compte l'évolution des besoins sanitaires des patients et leur impact sur la charge de travail réelle des GP.

Aux Pays-Bas : la capitation pour les maladies chroniques⁴⁷

Aux Pays-Bas, des *Bundle Payments* sont introduits dès 2007, puis progressivement développés pour le diabète de type 2, la BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive), ainsi que pour l'ensemble des maladies cardio-vasculaires, sur la base d'une participation volontaire des prestataires de soins et des patients. Dans le cadre du diabète notamment, la tarification par capitation est alors conçue pour couvrir l'ensemble des soins nécessaires à une prise en charge optimale : soins de premier recours, prévention et soins du pied diabétique, conseil diététique et activité physique, management du traitement par insuline, avis de spécialiste. Une centaine de *Care groups* répartis équitablement sur le territoire sont constitués, avec en moyenne 78 généralistes pour chacune des unités de prise en charge. Ces *Care groups* ont ensuite la charge de négocier directement auprès des prestataires de soins les types et montants des paiements pour chaque épisode du parcours de soins du patient. Un *reporting* d'indicateurs de qualité est également mis en place de manière à évaluer l'efficacité de cette prise en charge globale.

Au Portugal : la capitation pour la prise en charge du VIH

En 2007, le Portugal lance une expérimentation innovante afin d'optimiser la prise en charge des patients souffrant du VIH. Un forfait mensuel couvrant l'ensemble des services est versé aux hôpitaux prenant en charge au moins 400 patients séropositifs, dont le montant est lié à la réalisation d'un niveau de services annuels

⁴⁷ OCDE, « Organisation des soins et modes de paiement innovants dans les pays de l'OCDE », Rencontres du G5 Santé, octobre 2015.

minimal pour chacun des patients (2 consultations médicales, 2 contrôles de la charge virale, 2 contacts avec le pharmacien). Les hôpitaux conservent les économies potentielles réalisées sur le forfait initial, mais doivent également assumer les coûts excédentaires. Dans le but d'évaluer la qualité du suivi des patients, la diffusion de dossiers de patients électroniques est financée. Les données recueillies vont également permettre d'effectuer un *reporting* extrêmement détaillé de l'évolution des pathologies (pourcentage des patients avec un niveau d'infection contrôlé, charge virale après 24 mois de traitement). Face à l'amélioration constatée de la qualité des soins, l'expérimentation est déployée sur l'ensemble des hôpitaux dès 2012, et le forfait est étendu à plusieurs autres affections chroniques : sclérose en plaque, hypertension pulmonaire, cancer du sein, cancer de l'utérus et cancer colorectal. En 2014, les forfaits mensuels représentent 10 % des financements hospitaliers.

En France, des prémices ont été mis en place, comme la ROSP⁴⁸, qui est une première étape d'un paiement à la performance, ou encore le forfait ALD versé aux généralistes (hélas sans grand effet sur la mise en place effective de protocoles de soins structurés et suivis pour les patients, comme cela devrait être le cas en contrepartie du forfait).

Mais les enjeux nécessitent aujourd'hui d'aller résolument plus loin en intégrant dans la ROSP des objectifs formulés en termes de

⁴⁸ Mise en place par la convention nationale des médecins libéraux du 26 juillet 2011, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) concerne tous les médecins libéraux conventionnés. Elle complète le paiement à l'acte, socle de la rémunération en médecine libérale, et vise à améliorer la qualité de la pratique médicale en valorisant l'atteinte d'objectifs déterminés par les partenaires conventionnels, et mesurés au moyen d'indicateurs calculés sur la clientèle du médecin.

résultats cliniques et pas seulement de moyens, afin de lever un des principaux freins à une meilleure prise en charge globale des patients chroniques. Comme le montrent les exemples ci-dessus, les modalités possibles sont nombreuses, et la France doit trouver les plus pertinentes et s'engager résolument dans cette voie.

3.3. Donner une plus grande place à l'innovation en Santé

3.3.1. Faire de la France un leader du numérique en santé

Alors que la France s'adjuge la première place mondiale en matière de développement de l'e-administration dans un récent classement de l'ONU, et qu'elle a figuré parmi les pionniers de la santé informatisée avec notamment l'avènement de la carte Vitale à la fin des années 1990, force est d'admettre que la santé peine encore à pleinement embrasser l'ensemble des bénéfices possibles du numérique.

Pourtant, les bénéfices potentiels sont multiples et importants. Le NHS a évalué en 2014 qu'une meilleure exploitation des outils digitaux déjà existants pourrait permettre de dégager des gains d'efficacité de l'ordre de 6 à 10 % des coûts, permettant d'économiser ainsi annuellement entre 15 et 25 Mds€ tout en préservant ou améliorant le service. Les leviers sous-jacents sont multiples : automatisation et optimisation des processus administratifs et logistiques (rendez-vous et gestion des admissions, gestion des dossiers patients, de la facturation, des achats, des flux de matériaux, des remboursements...) et médicaux (surveillance des patients à domicile ou en soins intensifs, gestion des blocs, gestion des lits...) ; gestion de la demande de soins (comme évoqué dans la section sur l'information) ; partage de l'information entre

professionnels (dossier médical partagé, seconds avis...) ou encore amélioration de la prise de décision (algorithmes d'aide à la décision).

L'expérience de *Health Connect*, développée par le système de soins américain à but non lucratif *Kaiser Permanente*, fournit un bon exemple de la multitude de bénéfices à tirer d'une utilisation plus poussée des outils numériques.

Favoriser l'échange d'information : l'exemple de *Kaiser Health connect*

Kaiser Permanente prend en charge 9,3 millions d'assurés, regroupe 167 300 employés, dont 14 600 professionnels de santé, 37 centres médicaux et 611 cabinets médicaux.

HealthConnect a été conçu entre 2005 et 2008 à l'initiative d'un groupe de médecins de la *Kaiser Permanente*, afin de favoriser l'échange d'informations techniques ou de management. Une fois l'outil *Kaiser Permanente HealthConnect* déployé dans l'ensemble des structures du réseau de *Kaiser Permanente*, un ensemble d'applications a été développé et est désormais utilisé par les différentes structures.

Le dossier médical électronique est accessible à l'ensemble des praticiens et permet un accès à l'historique des soins du patient (ex : résultats d'analyses / vaccinations / traitements, etc.). Le portail patient « *MyHealthManager* » permet aux patients d'accéder à différents services : résultats d'analyses, retranscriptions d'ordonnances, prises de rendez-vous médicaux, courriels à des professionnels de santé, évaluations des coûts de la prise en charge ...

La multiplication des moyens de contact entre l'assuré et les professionnels a par exemple permis de faire baisser à Hawaï de 30 % le nombre de consultations entre 2002 et 2007 (en les remplaçant par la messagerie et le téléphone).

À l'échelle de la France, une telle aspiration à mettre en place au mieux le virage de la santé numérique supposerait de **se doter d'une ambition plus claire et explicite de « transformation numérique », déclinée dans un programme d'actions ambitieux**. Le système français pourrait en la matière s'inspirer d'exemples dans lesquels l'ambition de transformation par les outils numériques a été très élevée. On peut ici citer le cas de *Kaiser Permanente* aux États-Unis où l'*electronic health record* (soit un dossier médical personnel numérique) a été placé au cœur du fonctionnement du système ou encore l'initiative du NHS qui s'est doté d'une véritable stratégie de transformation digitale. En l'occurrence, la démarche a consisté à balayer l'ensemble des potentiels en matière de coûts, de qualité de soins et de gestion de la relation avec le patient liés aux applications et aux usages digitaux, à en dresser la cartographie sur la totalité du système et à identifier finement les usages à favoriser et accélérer, de la part des patients comme des professionnels.

Trois axes de transformation numérique sont à considérer :

- L'automatisation des processus, à l'hôpital comme en ville (prise de rendez-vous, dossier patient, gestion de la chaîne d'approvisionnement, gestion des équipements lourds ou des blocs opératoires, prescriptions électroniques etc.) mais aussi dans la liquidation des dossiers de remboursement ou la gestion des droits par les assureurs maladie, ou encore dans le développement des produits de santé (par exemple pour la collecte des données et le suivi des essais cliniques) ;

- L'amélioration des prises en charge et parcours patients, grâce à une fluidification des échanges de données et d'informations. Télésanté, téléconsultations et suivi à distance des patients permettent de maintenir les patients à domicile en prévenant les complications, la dégradation de l'état de santé des patients et des séjours hospitaliers coûteux. Le partage d'informations entre professionnels et la gestion des parcours au travers de dossiers patients partagés permet d'éviter les actes inutiles, voire dangereux, de réduire la variabilité dans la pratique clinique.
- L'utilisation de la donnée et les approches analytiques, dont les bénéfices potentiels sont multiples, comme le souligne le récent livre blanc du *Healthcare Data Institute*⁴⁹. Ainsi, les patients peuvent bénéficier d'outils (plateformes, applications mobiles) permettant de guider leurs choix de vie, le suivi et l'observance de leur traitement, etc. Les professionnels pourront de plus en plus s'appuyer sur des outils d'aide à la décision permettant de comparer les données de leurs patients à des jeux de données massifs et à prendre en compte pleinement les connaissances scientifiques disponibles (qui doublent tous les 5-7 ans) pour guider le diagnostic ou le choix du traitement. Dans le domaine du développement et de l'**évaluation des produits de santé**, les approches analytiques peuvent permettre de prédire les patients les plus susceptibles de répondre à un traitement donné, et l'utilisation de données médico-économiques d'évaluer les traitements en vie réelle. Enfin, l'exploitation des données est essentielle pour permettre d'établir la transparence sur la qualité mentionnée précédemment.

⁴⁹ Healthcare Data Institute, *Unlocking the full potential of data analytics for the benefit of all*, novembre 2015.

Enfin, comme pour les parcours, cette accélération de la numérisation des pratiques bénéficierait d'une évolution des modalités de tarification. Ainsi, le modèle de paiement à la consultation appliqué en France n'incite pas à remplacer certaines des consultations par des échanges praticien-patient dématérialisés, puisque cela se traduirait par une perte directe de revenu. À l'inverse, on observe dans les pays ayant adopté une logique de forfait « per capita » des initiatives proactives de cabinets de ville pour mettre en place des outils et services numériques leur permettant de gagner en productivité et en qualité de service pour les patients.

3.3.2. Lever les obstacles à la diffusion de nouvelles pratiques médicales innovantes et médico-économiquement efficaces

60

L'innovation médicale au sens large (pratiques médicales, prises en charges, produits et services, etc.) est porteuse de progrès considérables dans l'amélioration de la durée et de la qualité de vie de la population. En revanche, l'innovation est plus rarement porteuse d'améliorations des « coûts de revient » (à qualité préservée ou améliorée) et même souvent perçue comme porteuse de surcoûts à court terme.

L'enjeu dans ce domaine est donc triple : s'assurer de la pertinence médico-économique des innovations et de leur coût, faire en sorte que les innovations apportant un bénéfice clair puissent être rapidement mises à disposition des patients pouvant en bénéficier, et accélérer la pénétration d'innovations porteuses d'amélioration des coûts à bénéfices préservés ou améliorés.

- **Renforcer l'évaluation médico-économique**, c'est-à-dire l'appréciation du rapport entre la valeur ajoutée du produit et les res-

sources qu'il mobilise. Il n'est plus possible aujourd'hui d'envisager une innovation sous son seul aspect médical sans envisager également les aspects financiers et sociétaux. Si dans certains cas l'information manque pour réaliser une telle évaluation, dans d'autres elle existe et n'est pas utilisée. Dans cette dernière situation, la France pourrait s'inspirer du précédent britannique, où les expertises sont confiées à des équipes universitaires. La France dispose ainsi pour de nombreuses pathologies d'équipes de recherche de niveau mondial à qui pourraient être déléguée l'évaluation et qui pourraient être force de proposition. Les évolutions récentes en matière de mise sur le marché (arrivées précoces de produits après des phases 2, *adaptive pathways*, essais sur échantillons restreints pour les thérapies ciblées...) rendent plus impérieuses encore de telles mesures des bénéfices et des risques des médicaments dans leur usage réel.

Autre déficit en matière d'évaluation médico-économique souligné par l'IGAS dans son rapport sur le sujet de 2014, au-delà du médicament, « toute décision publique de financement peut avoir besoin d'un éclairage apporté par une évaluation médico-économique, quelle que soit la nature de l'intervention en santé qu'elle concerne ». Il conviendrait alors d'élargir l'utilisation de l'évaluation médico-économique au champ des recommandations de pratique clinique ou encore dans la définition des parcours de soins, des stratégies de santé et de l'organisation des soins.

- **Accélérer les procédures d'autorisation**, dont les délais se sont considérablement rallongés depuis quelques années. En France, les délais d'inscription et de diffusion des innovations en matière de produits et dispositifs de santé sont supérieurs à ceux observés dans d'autres pays et dépassent largement les 180 jours régle-

mentaires prévus au niveau européen avec une moyenne de 238 jours pour un dossier d'inscription dans le cas d'un médicament non générique et de plus de 450 jours dans le cas de l'inscription au remboursement des dispositifs médicaux⁵⁰.

- **Renforcer la capacité à introduire les prises en charges innovantes dans les tarifs et à produire plus rapidement des référentiels d'utilisation simplifiés pour les praticiens.** Le cas du changement de mode de traitement des varices des membres inférieurs, engageant un changement de praticiens responsables (angiologues vs. chirurgiens vasculaires) est de ce point de vue significatif : les méthodes non invasives (techniques de laser et radio fréquence notamment) étaient jusqu'à peu non reconnues et donc tarifées, et donc largement moins répandues en France qu'au Royaume-Uni⁵¹, alors même que ce type d'initiative représenterait un gain substantiel de qualité des soins et un potentiel de réduction de la dépense de l'ordre de 20 %⁵². Il s'agit par ailleurs, comme le souligne l'IGAS, de « rédiger les avis dans un style le plus simple et le plus compréhensible possible ». Ces avis constituent autant d'opportunités de diffuser la culture médico-économique auprès des professionnels de la santé en France, et doivent de ce fait être formulés en conséquence et produits plus rapidement, afin d'accélérer la diffusion des pratiques correspondantes.

⁵⁰ CEPS, *Rapport d'activité 2014*. Ces délais incluent les négociations de prix.

⁵¹ 0,6 % en France, contre 37 % à 56 % au Royaume-Uni en 2010, d'après le cabinet McKinsey.

⁵² CNAMTS, *Charges et Produits 2013*.

3.3.3. Renforcer la compétitivité de la France en matière d'innovation biomédicale

Si un certain nombre d'initiatives ont été lancées au cours des dernières années, notamment dans le cadre des investissements d'avenir, et ont permis à la fois d'accélérer l'investissement public dans la recherche biomédicale et de renforcer des pôles d'excellence (comme les Instituts Hospitalo-Universitaires ou l'institut de recherche technologique BIOASTER)⁵³, il est souhaitable de s'interroger sur les moyens d'aller au-delà. Plusieurs leviers pourraient être envisagés, notamment :

- Dès lors que les réformes entreprises permettent de dégager des marges de manœuvre économiques en améliorant l'efficacité du système, une partie de ces gains d'efficacité pourrait être réinvestie dans le financement de la recherche biomédicale, avec des modalités permettant de concentrer les efforts sur des pôles d'excellence et d'éviter l'émiettement trop souvent observé en France ;
- Les conditions de l'accès au financement pour les « jeunes pousses » pourraient être améliorées. De ce point de vue, plusieurs mesures ont récemment été annoncées par le gouvernement, comme la création d'un fonds d'investissement dédié à l'innovation en santé, doté de 340 millions d'euros lancé en janvier 2016 ;
- Les conditions de valorisation de la propriété intellectuelle issue de la recherche publique, qui restent extrêmement complexes et pourraient être simplifiées grandement. L'introduction des sociétés d'accélération du transfert de technologies (SATT), qui devaient simplifier le paysage et apporter aux chercheurs et industriels des « guichets uniques », a *in fine* contribué à complexifier encore le

⁵³ On peut par exemple citer le fonds InnoBio géré par Bpifrance en association avec les principaux laboratoires pharmaceutiques mondiaux (173 millions d'euros) ou le Fonds Accélération Biotechnologies Santé (FABS) doté de 340 M€ qui vise à accélérer le développement de projets issus des travaux financés par le PIA dans le cadre des instituts hospitalo-universitaires (IHU) et des laboratoires d'excellence (Labex).

paysage, en ajoutant un acteur de plus ne se substituant pas aux acteurs existants.

Les pouvoirs publics semblent vouloir se pencher sur la question. Ainsi, le 11 avril 2016, le Conseil stratégique des industries de santé – instance de dialogue mise en place il y a 12 ans, présentait 14 nouvelles mesures centrées sur les domaines de l’innovation, de la production, de la recherche et du renforcement du dialogue entre l’État et les industries de santé. Ces mesures seront mises en œuvre conjointement par le CSIS et par le Comité Stratégique de filière Industries et technologies de santé (CSF). Parmi les grandes orientations de ce plan, on note l’amélioration de la qualité et du délai des évaluations, la valorisation de la production française et le renforcement du dialogue État-industrie.

3.4. Transformer la gouvernance du système de santé, source de nombreux blocages, et améliorer les conditions de régulation

Une grande partie des acteurs du système de santé s’accordent pour considérer qu’un des freins majeurs à la mise en œuvre d’évolutions structurellement significatives est le cloisonnement des différents acteurs, et la dispersion des leviers d’action, notamment entre médecine de ville et hôpital. Compte tenu des leviers évoqués jusqu’à présent, une remise à plat radicale de la gouvernance d’ensemble du système paraît donc souhaitable, voire incontournable à la fois pour la simplifier et la rendre plus lisible, et pour favoriser la mise en œuvre des propositions de réformes développées jusque-là.

Trois éléments essentiels à une gouvernance efficace du système doivent être envisagés :

- Séparer clairement la définition de la politique de santé, assurée par l'État, de la gestion du risque maladie, unifiée à travers ville et hôpital et confiée à un opérateur unique ;
- Moderniser la gouvernance hospitalière et en particulier séparer les rôles de régulateur et d'actionnaire de l'hôpital public et ouvrir la possibilité pour les établissements hospitaliers d'adopter un nouveau statut leur offrant plus d'autonomie et de souplesse de gestion ;
- Le renforcement de l'efficacité de la gouvernance qualité du système, essentielle pour réduire la variabilité des pratiques, tirer celles-ci vers le haut et accélérer l'accès au marché des innovations pertinentes.

3.4.1. Séparer clairement la définition de la politique de santé, assurée par l'État, de la gestion du risque, déléguée à un opérateur unique

65

L'Assurance maladie a été d'abord conçue comme autonome, mais très vite des tensions sont apparues qui ont conduit à une étatisation progressive du système à partir notamment des années 1990. L'État a du mal à assumer à la fois ses responsabilités en matière de politique de santé et de garant de la qualité et de l'accessibilité, et son rôle technique d'opérateur. Nous proposons donc de **séparer très clairement ces deux fonctions.**

Dans ce cadre :

- **le rôle de l'État serait recentré sur la définition et la conduite de la politique de santé, la fixation des grandes orientations du système, des équilibres économiques et des arbitrages macro-économiques ainsi que sur ses prérogatives régaliennes à com-**

mencer par la gestion des crises. Il sera garant de la bonne marche du système. Le Parlement définirait les ressources allouées par la collectivité au système de santé à travers le vote de lois de financement pluriannuelles pour avoir une visibilité à plus long terme que les actuelles lois de financement annuelles.

- **la mise en œuvre de la politique et la gestion du risque seraient quant à elles déléguées à un établissement public indépendant,** opérateur issu de la fusion de l'Assurance maladie et de ses différents régimes et caisses, de certains services du ministère de la Santé, en particulier les services qui au sein de la DGOS sont en charge de la régulation hospitalière (à l'exception de ceux ayant un rôle d'impulsion, d'organisation et de pilotage de la réponse des hôpitaux à la régulation), et des ARS. Il reviendrait à l'opérateur d'effectuer la répartition sectorielle des ressources allouées par l'État en fonction des priorités et des nécessités. Cet opérateur sera également responsable de la régulation des dépenses hospitalières sur une base contractuelle dans le cadre des lois de financement votées par le Parlement.

Il serait ainsi notamment en charge :

- de la gestion des autorisations ;
- du financement et de la politique de tarification, en élargissant la logique de dialogue conventionnel à la concertation avec les fédérations sur les établissements de santé ;
- de l'établissement de conventions entre secteurs libéral et hospitalier autour de la construction de parcours transverses ;
- de la convergence de systèmes d'informations de manière à avoir une vision unifiée sur la consommation des soins.

Cet opérateur unique agirait par convention avec l'ensemble des fédérations professionnelles, y compris des fédérations hospitalières.

Il exercerait une responsabilité territoriale à travers un réseau issu de la fusion du réseau de l'Assurance maladie et des ARS, qu'il piloterait dans leur fonction de restructuration de l'offre de soins en veillant à l'équité interrégionale.

Si la création d'un tel établissement public appellerait une attention renforcée afin de définir précisément les modalités de contrôle par la tutelle, quelques principes de gouvernance peuvent être imaginés. Ainsi, cette institution devrait être soumise au contrôle du Parlement et sa gouvernance pourrait être constituée par l'entrée de l'État à l'UNCAM, avec un président de conseil d'administration nommé par le ministre de la Santé pour un mandat prédéfini, et l'ouverture de ce conseil à des représentants de patients.

Afin d'encourager à la transparence et de faire de cet opérateur unique un acteur clé de la mise en mouvement du système de santé, sa composition et son fonctionnement devraient également être l'objet d'une attention particulière. Ainsi, les modes de recrutement de ses salariés devraient être les plus ouverts possibles et offrir une large place aux spécialistes de santé publique. De plus, il pourrait contribuer largement au débat scientifique en devenant une référence en termes de publications de santé publique à l'image du NHS.

3.4.2. Donner davantage d'autonomie aux établissements de santé publics à travers un nouveau statut et une nouvelle gouvernance

Le système hospitalier français se caractérise par la mixité de son offre, avec des établissements publics (plus de 60 % des lits), et des établissements privés eux-mêmes divisés entre privé à but lucratif (25 % des lits) et privé à but non lucratif (ESPIC, qui représentent environ 15 % des lits). Cette diversité constitue une richesse pour le paysage hospitalier français et permet une grande liberté de choix pour les usagers.

Dotés de la personnalité morale et nantis d'un conseil d'administration, les hôpitaux publics semblent bénéficier à première vue de marges de liberté et de responsabilité élevées puisqu'ils définissent leur projet d'établissement et disposent en théorie de latitudes allant jusqu'à la possibilité de s'endetter sur les marchés pour se financer. Toutefois, il existe une bonne part de formalisme dans cette autonomie qui apparaît dans les faits très restreinte. Les établissements sont au centre de jeux de pouvoirs complexes entre élus locaux (le maire est ainsi dans la plupart des cas le président du conseil d'administration de l'hôpital) et ministère (dont l'autorité s'exerce directement ou par l'intermédiaire des agences régionales de santé) et subissent une tutelle forte, aussi bien sur leur fonctionnement que sur la définition et l'exécution de leur projet d'établissement.

Bien souvent, les directeurs d'établissement sont confrontés à un système de décision qui les soumet à des injonctions paradoxales, en leur transmettant quasi simultanément des objectifs de réduction des lits et des consignes de surseoir à des réductions d'effectifs pour

préserver la paix sociale... Dès lors, les capacités à mener des transformations de long terme et à conduire des stratégies d'établissement adaptées aux caractéristiques des bassins de soins se trouvent fortement amoindries.

Il apparaît dès lors urgent d'accorder aux hôpitaux une **autonomie plus forte fondée sur un renforcement de la gouvernance. Un nouveau statut pourrait ainsi être proposé aux hôpitaux** afin de renforcer leur autonomie, les conditions d'accès à ce statut étant strictement définies par un cahier des charges très précis, tandis que les marges d'autonomie seront accordées en contreparties de *reporting* financiers et d'indicateurs de qualité de la prise en charge et des soins. Ce statut devrait notamment être construit autour d'une gouvernance robuste, avec une définition de la composition des conseils d'administration, et articulé avec la certification des comptes.

Par ailleurs, la fonction « d'actionnaire » / de « holding » de l'hôpital public (définition, impulsion et pilotage d'actions d'optimisation de l'offre en réponse aux contraintes de qualité, économiques et financières, gestion des RH, pilotage de la performance, etc.) devra être confiée à un opérateur qui soit indépendant de l'opérateur de régulation et de gestion du risque maladie, afin d'éviter d'associer, comme c'est le cas aujourd'hui au sein de la DGOS et des ARS, les fonctions de régulateur et « d'actionnaire ».

De ce point de vue, l'exemple anglais des *Foundation Trusts* fournit un exemple de réforme allant dans le même sens.

Le statut de Foundation Trust (FTs) en Grande Bretagne

En décembre 2003, le gouvernement de Tony Blair a réformé le statut des hôpitaux en accordant à des hôpitaux sélectionnés, le statut de « fondations hospitalières » (*Foundation Hospitals*) qui bénéficient de plus d'autonomie en matière budgétaire, en investissements et en choix de financement. Ces hôpitaux, gérés soit par les autorités publiques soit par des entreprises privées, peuvent investir, emprunter, gérer leur patrimoine, organiser comme ils le souhaitent leur politique salariale. Le schéma mis en œuvre consiste en :

- L'établissement d'un cahier des charges strict à respecter pour les établissements postulant au statut de FT : certification des comptes, *reporting* financier détaillé et régulier, mise en place d'une gouvernance robuste, alignement de la stratégie proposée avec les objectifs de santé de la région, etc...
- L'accès pour les établissements accédant au statut à un niveau d'autonomie accru (capacité à emprunter sur les marchés, autonomie vis-à-vis des directives / circulaires du *Department of Health*, ...), et leur transfert sous l'autorité du *Monitor*, disposant – en fonction des résultats des FT –, d'un pouvoir d'intervention pouvant aller jusqu'à la révocation du management et du *Board*.
- La responsabilisation du Conseil d'Administration⁵⁴.

Si les premiers établissements à passer sous le nouveau statut furent quelques « heureux élus » déjà performants, une majorité des établissements a aujourd'hui adopté ce statut, et leurs performances se sont améliorées en moyenne plus vite que celles des établissements étant restés sous le statut historique. On compte aujourd'hui 152 *NHS Foundation Trusts*.

⁵⁴ *The Guardian*, Q&A : *Foundation Trusts*, novembre 2002 et <https://www.nhsproviders.org>

À terme, on pourrait poursuivre ce mouvement d'autonomisation en organisant les conditions d'une bascule des hôpitaux publics vers un modèle d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement « Privés non lucratifs » (PNL) qui permettrait de donner plus d'agilité et de souplesse, tout en préservant explicitement la mission de service public.

3.4.3. Améliorer la régulation par la qualité en développant la capacité de la HAS à répondre aux enjeux

Comme le soulignent plusieurs des exemples et défis cités (comme l'hétérogénéité des pratiques), la régulation de l'offre de santé par la qualité est encore perfectible. Si la pertinence d'un régulateur spécifique dédié aux enjeux de qualité – la HAS – reste entière, l'efficacité de cette régulation peut être largement améliorée et ce dans plusieurs domaines :

- Approfondir et fiabiliser la mesure de la performance en matière de sécurité et qualité des soins, la transparence sur les manquements observés, et la mise en œuvre des actions correctrices, par exemple en matière de fermeture (ou de consolidation à des structures plus performantes) de services aux résultats insuffisants ;
- Développer la capacité à produire une évaluation médico-économique des médicaments, produits de santé, innovations organisationnelles et pratiques médicales (*cf. supra*) ;
- Renforcer la production de référentiels de prise en charge et de pratiques médicales, qui devraient être publiés plus rapidement et être plus directement applicables par les professionnels et établissements.

Si le principe de l'indépendance de la HAS est un garant important de l'intégrité des avis rendus en matière de qualité, il conviendrait

d'établir et suivre des objectifs de performance plus explicites, notamment sur les dimensions ci-dessus, et d'associer l'opérateur indépendant et le ministère de la santé à la gouvernance de la HAS (sans pour autant leur donner un rôle prépondérant). Une telle évolution, associée à des expertises nouvelles, notamment sur le numérique et la médecine de parcours, pourrait ainsi permettre d'améliorer la collaboration et l'alignement sur des priorités communes en matière de régulation.

3.5. Clarifier les places respectives de l'Assurance maladie et des complémentaires santé

Une note du Conseil d'analyse économique (CAE)⁵⁵ souligne que la mixité du système d'assurance maladie français, l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire couvrant les mêmes soins, se traduit par des coûts de gestion dédoublés et donc élevés (de l'ordre de 7,2 Mds € pour les organismes relevant de la Sécurité sociale et de 6,2 Mds € pour les organismes complémentaires). Ce système mixte et la part jouée par les complémentaires santé dans la prise en charge de la dépense de santé (près de 15 %) constituent une spécificité française. Cette spécificité est un héritage historique et **peut être vue comme un atout car elle permet de diversifier la prise en charge et d'offrir des choix de couverture adaptés**. Elle permet également à la France d'avoir un des restes à charge des ménages les plus bas d'Europe.

⁵⁵ Dormont, Brigitte, Geoffard, Pierre-Yves, Tirole, Jean, « Refonder l'assurance maladie ». *Les notes du conseil d'analyse économique*, n° 12, avril 2014.

Néanmoins, malgré leur part croissante dans la prise en charge, les complémentaires santé disposent de marges de manœuvre réduites et ne contribuent que très faiblement à la transformation du système de santé, alors même qu'elles pourraient être des **vecteurs d'innovations et de changement**. De ce point de vue, la situation des **réseaux de soins**, depuis la loi dite loi « Le Roux⁵⁶ » paraît peu satisfaisante dans la mesure où elle empêche la mise en place de véritables réseaux de soins, appuyés sur des négociations tarifaires et des relations contractuelles avec les professionnels de santé. Ces dispositifs seraient pourtant de puissants facteurs d'innovation, notamment en matière de **services aux patients, de prévention** et de plus grande efficacité de l'organisation des soins.

Qui plus est, notre système de remboursement des frais de santé cumule plusieurs défauts majeurs : **il est devenu illisible pour les assurés en raison de sa complexité**, tant sur les taux de remboursement que sur les périmètres et les critères de remboursement ; il est inéquitable et n'est pas soutenable financièrement en raison du poids croissant des exonérations.

Les mesures apportées par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, à la suite de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, n'ont apporté que des réponses faiblement adaptées. Ainsi, la généralisation des complémentaires santé depuis le 1^{er} janvier 2016 ne concerne pas, par définition, les publics fragiles exclus du marché du travail, ne change que peu de choses pour les grandes entreprises, et répond mal aux besoins des TPE. Elle risque également de renchérir les contrats individuels. S'il

⁵⁶ LOI n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé.

semble difficile de revenir sur cette évolution, il appartient à tout le moins de s'assurer qu'elle ne s'accompagne pas d'une « étatisation » du système de santé. La capacité des entreprises à négocier une diversité de contrats, adaptée aux différentes situations doit en particulier être préservée, afin de limiter tout risque d'étouffer la capacité d'innovation du secteur.

Une des pistes envisageable serait de mettre en place un **plafonnement des restes à charge des ménages**. Plusieurs pays voisins (Suisse, Allemagne, Belgique, Suède) ont mis en place des systèmes de plafonnement des dépenses de santé. Le principe du plafonnement est simple : le remboursement des frais de santé financés par l'assurance maladie serait pris en charge à 100 % dès que le montant laissé à la charge de l'assuré, le reste à charge, dépasse un certain plafond. Ce plafond pourrait par ailleurs être calculé en pourcentage du revenu. Ce système a l'avantage d'être lisible et de substituer à toutes les exonérations de participation existantes un plafond unique et général d'exonération⁵⁷. Il permet également de permettre l'accès aux soins à des personnes qui ne pourraient pas se les payer soit en raison de leurs revenus, soit en raison du coût des soins. L'Assurance maladie ne doit en effet pas être un organisme de subvention d'une consommation mais bien une institution facilitant l'accès aux soins.

⁵⁷ Institut Montaigne, *Dépenses publiques : le temps de l'action*, mai 2015.

CRÉER LES CONDITIONS DE RÉUSSITE D'UNE RÉFORME AMBITIEUSE

4.1. Un discours de vérité et une intensification de la pédagogie

Les contraintes liées aux finances publiques en général et la situation comme les enjeux de l'assurance maladie en particulier sont désormais largement connus de nos concitoyens. Inversement, les enjeux liés à la qualité et à la sécurité des prises en charge, et à leur amélioration et soutenabilité dans le temps le sont beaucoup moins.

Ainsi, d'après le baromètre d'opinion de la Drees 2014, si 68 % des Français s'accordent sur le fait que le système de protection sociale coûte trop cher à la société, ils sont aussi plus de 80 % à considérer que le système de sécurité sociale peut « servir de modèle à d'autres pays ».

Or, si l'impératif économique crée un impératif de réforme, il n'est pas suffisant pour établir une véritable envie de changement partagée par tous les acteurs. Il est pourtant indispensable de parvenir à construire une plateforme de soutien large et forte aux nécessaires réformes en définissant des ambitions claires d'amélioration de l'état de santé de la population, de l'accès et de la sécurité des soins.

La première étape doit donc être **un effort de pédagogie et un discours de vérité** sur les marges de progrès de notre système actuel, afin d'ancrer dans les esprits **la nécessité d'engager les réformes** et d'explicitier les bénéfices qui peuvent en être attendus. Un constat

sans complaisance doit pour cela être établi avec l'ensemble des acteurs sur la situation de notre système de santé, et sur les marges d'amélioration de la qualité.

L'accent devrait ensuite être mis sur **l'information et la sensibilisation des citoyens**. De ce point de vue, la conférence de citoyens organisée par l'Institut Montaigne fin 2012 illustre bien en quoi un effort de pédagogie permet de faire évoluer les citoyens vers l'adhésion à des réformes ambitieuses.

Le pari d'un avis citoyen sur la santé : la conférence de citoyens menée par l'Institut Montaigne

D'octobre à décembre 2012, 25 citoyens représentant une diversité de profils (catégories socio-professionnelles, régions d'origine, âge, sexe,...) ont été réunis par l'Institut Montaigne pour travailler sur le système de santé et établir leurs propositions sur le thème « quel système de santé voulons-nous ? comment souhaitons-nous l'utiliser et le financer pour qu'il soit viable ? ».

Pendant trois week-ends, ils ont suivi un programme de formation élaboré par un comité de pilotage indépendant et réunissant des points de vue très divers, puis ont débattu avec de nombreux acteurs de la santé : praticiens, experts, acteurs publics et privés, patients, avant de rédiger eux-mêmes un avis citoyen sur la santé.

Outil de démocratie participative dont la méthodologie très précise a été établie dans les pays du Nord, et notamment au Danemark, les conférences de citoyens permettent d'associer davantage et plus étroitement les citoyens au débat public comme à la prise

de décision politique. Leur objectif est notamment de mesurer très précisément l'acceptabilité de telles réformes et de dégager le socle consensuel le plus large possible pour l'avenir.

L'avis rédigé dans le cadre de cette conférence de citoyens est riche d'enseignements sur la capacité des Français à proposer et accepter des pistes de changement audacieuses (open data, réforme de l'organisation des soins, fin de l'hospitalo-centrisme...) qui démontrent que l'envie de réformer le système existe, sans doute plus que parmi la classe politique... Les 25 citoyens mobilisés déplorent notamment dans leurs avis l'opacité et la confiscation de l'information sur la santé, appellent à la mise en place d'une véritable ouverture des données de santé et se montrent audacieux sur les propositions visant à faire des usagers du système des acteurs responsables et actifs.

Voir le site de la conférence de citoyens sur la santé : www.conferencedecitoyens.fr

4.2. Une vision partagée et engageante du système que l'on souhaite

L'établissement de ce constat doit servir de socle, dans un deuxième temps, à **la construction avec les acteurs d'une vision engageante pour notre système de santé**, donnant du sens aux évolutions envisagées en permettant leur pleine appropriation. Il s'agit de fixer un **cap à long terme** tout en précisant très clairement les bénéfices que chaque acteur du système peut attendre de la transformation engagée. Impératif nécessaire pour toute organisation soumise à

une exigence de changement, cet exercice s'avère complexe dans le cas d'un système de santé où les parties prenantes sont nombreuses et parfois porteuses d'intérêts divergents.

On peut relever plusieurs cas internationaux vertueux où des systèmes de santé n'ont ménagé ni le temps ni les efforts pour mener cet exercice approfondi de réflexion et d'alignement. On peut ainsi mentionner le projet mené par la région de South Australia, qui a prévu plusieurs mois pour jeter les bases de sa vision, a procédé à des benchmarks détaillés (à la fois internationaux et nationaux, portant sur de multiples indicateurs de qualité, de résultats et d'efficacité), a engagé très en amont les praticiens et soignants en les faisant participer à des ateliers de génération d'idées et de solutions et a même lancé une vaste consultation publique en soumettant au débat 10 options de reconfiguration afin de s'assurer le soutien le plus large possible à l'option finalement retenue. Le plan de transformation issu d'un tel travail préalable n'a ainsi pas eu de difficultés à susciter l'adhésion de parties prenantes qui s'en sentaient légitimement co-responsables voire co-auteurs.

L'exemple de l'approche conduite par le NHS à Londres sous l'égide d'Ara Darzi (voir encadré) apparaît également particulièrement stimulant, et pourrait être pour partie transposé en France, en tenant bien entendu compte des différences culturelles entre nos deux pays.

L'approche de Lord Darzi au Royaume Uni : une feuille de route stratégique pour organiser le changement du *NHS London*⁵⁸

Dans le contexte du *NHS Plan 2000*, la *NHS London*, autorité disposant des pouvoirs de régulation et de gouvernance de la santé pour la ville de Londres, a fait appel au Professeur Lord Darzi, afin d'élaborer une **feuille de route stratégique** (*A Framework for action*) destinée à initier une vaste réforme de l'organisation des soins pour la capitale britannique.

De manière à susciter l'adhésion des principaux leaders d'opinion, le comité stratégique conduit par le professeur Darzi a dans un premier temps élaboré une **base factuelle démontrant pourquoi et comment Londres avait besoin de changer son offre de soins, puis construit huit objectifs présidant à la réforme.**

Une fois l'accord de l'ensemble des parties prenantes obtenu, le comité stratégique piloté par le professeur Darzi a décliné une **méthode d'élaboration de la stratégie de santé déployée sur 6 mois, de janvier à juin 2007**, et articulée autour de cinq volets :

- modélisation des besoins futurs en matière de santé ;
- identification des parcours de soins optimaux ;
- élaboration des modèles d'offre de soins adaptés à ces recommandations d'amélioration ;
- test de la faisabilité de ces nouveaux modèles ;
- identification des principaux problèmes devant être résolus pour une mise en œuvre efficace des réformes.

⁵⁸ <http://www.nhshistory.net/darzilondon.pdf>

Un dispositif de **consultation publique de grande ampleur** a été mis en place à chaque étape de la réalisation du rapport final : ateliers de discussion intégrant les principaux leaders d'opinion ; modélisation des besoins et des futurs modèles d'organisation des soins conduite en étroite collaboration avec plusieurs conseils de cliniciens ; conférence internationale et événements nationaux rythmant l'élaboration du rapport final.

Ce dispositif a permis de recueillir un consensus large sur des mesures aussi structurantes que la consolidation et la diminution du nombre de grands hôpitaux universitaires généralistes, (« polycliniques »), la consolidation de certaines filières (comme pour les AVC, voir encadré), ou encore la création de nombreux centres de soins de ville comme le *Barkantine Center*.

4.3. Une culture de responsabilisation et de performance pour redonner lisibilité et crédibilité à l'action publique à court et à long terme

Enfin, les acteurs publics nationaux comme territoriaux gagneraient à renforcer la cohérence de leur action en faveur de l'amélioration du système de santé, en remédiant à trois limites trop souvent observables aujourd'hui :

- **Les enjeux de transformation exigent de l'action publique davantage de lisibilité, de prédictibilité et de crédibilité.** Au cours des dernières années, les interventions des pouvoirs publics ont semblé privilégier les actions ponctuelles voire tactiques (par exemple, sur le bouclage annuel de l'ONDAM) au détriment des orientations de long terme. Il suffit de rappeler ici les atermoiements et revirements qu'ont pu pro-

voquer un sujet comme la convergence annoncée des tarifs du public et du privé, puis repoussée plusieurs fois et finalement abandonnée. À l'évidence, l'ensemble des acteurs du système de santé attend des pouvoirs publics qu'ils s'engagent sur un cap clair et durable offrant à tous une lisibilité à long terme, essentielle pour rétablir la confiance. En ce sens, les engagements de l'État se doivent d'être fermes, suivis d'effets visibles et largement communiqués. Il semble crucial pour l'État d'engager les réformes en gérant la transformation sur deux horizons de temps : le long terme où l'État devra « dire ce qu'il va faire et faire ce qu'il a dit », et le court / moyen terme où l'accent devra être mis sur l'obtention de « victoires rapides ». Ces succès à court terme permettent d'attester que la transformation est en marche sur le terrain, de faire la démonstration des bénéfices attendus des évolutions, de confirmer le bien-fondé des orientations et de « mettre à bord » les leaders d'opinion parmi les professionnels.

- L'action de l'État bénéficierait également d'un **accent plus fort mis sur son rôle « d'État garant » plutôt que « d'État gérant »**, notamment en gérant par le résultat plutôt que par le contrôle *a priori*, en s'appuyant sur **des outils d'évaluation précis et fiables** (essentiels puisqu'il s'agit de tester des évolutions impactant directement la santé de la population et financées sur des fonds publics) **et en développant une gestion de la performance beaucoup plus robuste** qu'aujourd'hui :
 - instaurer **la transparence sur les résultats obtenus**, tant en matière de qualité du service rendu qu'économiquement, pour responsabiliser les acteurs sur leurs engagements⁵⁹ ;

⁵⁹ À titre d'exemple, le plan ARRA mis en œuvre par l'administration Obama aux États-Unis a dimensionné les aides au financement des projets d'informatisation des hôpitaux au travers d'un principe de « meaningful use » (repris d'ailleurs en France dans le cadre du plan Hôpital Numérique, non pas en fonction de l'examen a priori de dossiers de candidature, mais au regard des résultats obtenus en matière d'informatisation réelle du fonctionnement des établissements).

- **aligner les incitatifs et les conséquences d'une plus ou moins bonne gestion sur la performance mesurée.** Trop souvent en France, les établissements les plus vertueux se voient ponctionner les marges de manœuvre qu'ils ont réussi à dégager pour financer les établissements en difficulté financière. Il en résulte la perception d'une forme de « prime à la sous-performance » qui tend à désinciter les établissements à mener les réorganisations et restructurations nécessaires à l'amélioration de leur efficacité médico-économique.
- **La nécessaire responsabilisation concerne également les élus locaux** qui doivent agir davantage comme force de proposition que comme force d'inertie voire de résistance. On songe ici aux réactions parfois électoralistes d'élus qui ne ménagent pas leurs efforts pour s'opposer à la fermeture de petites structures de soins sur leur territoire, alors même qu'ils n'en ignorent nullement la faible qualité. S'agissant des pouvoirs publics, l'échelon national ne peut seul porter la responsabilité de favoriser la performance médico-économique et l'échelon local doit impérativement assumer sa part du travail, d'autant qu'il dispose de leviers d'action souvent efficaces et d'une précieuse connaissance du bassin de soins.

REMERCIEMENTS

L'Institut Montaigne remercie particulièrement les personnes suivantes :

- **Claude le Pen**, Professeur d'économie de la santé, Université Paris Dauphine, co-président du groupe de travail
- **Frédéric Van Roekeghem**, Directeur exécutif de MSH International, co-président du groupe de travail
- **Thomas London**, Responsable des pôles d'activité Santé et Secteur Public chez McKinsey&Company France, rapporteur général du groupe de travail

- **Marianne Binst**, Directrice générale, Santéclair
- **François-Emmanuel Blanc**, Directeur Général du Groupe AHNAC, membre du groupe de travail
- **Michel Chassang**, Confédération des Syndicats Médicaux Français, Président de l'UNAPL
- **Jean-Marc Coursier**, Directeur des relations médicales et patients, Ramsay-Générale de Santé, membre du groupe de travail
- **Francis Fellinger**, Conseiller général des établissements de santé, membre du groupe de travail
- **Gérard Friedlander**, Doyen, Faculté de Médecine, Université Paris Descartes
- **Vincent Guillaumot**, Managing partner de la société d'investissement ArchiMed
- **Jérôme d'Harcourt**, co-rapporteur du groupe de travail
- **Angèle Malâtre-Lansac**, Directrice adjointe, Institut Montaigne
- **Jérôme Nouzarède**, Président du groupe Elsan, membre du groupe de travail

- **Pascal Roché**, Directeur général, Ramsay Générale de Santé
- **Guillaume Sarkozy**, Président de la Fondation Malakoff Méderic Handicap
- **Elena Scappaticci**, Chargée de mission, Institut Montaigne
- **Philippe Tcheng**, Vice-Président, Affaires Publiques et Gouvernementales France du Groupe Sanofi
- **Guy Vallancien**, Président de la Convention on Health Analysis and Management (CHAM)

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

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Nucléaire : l'heure des choix (juin 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)
- 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)
- 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'audio-visuel 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

INSTITUT MONTAIGNE



AIR FRANCE-KLM
AIRBUS GROUP
ALLEN & OVERY
ALLIANZ
ALVAREZ & MARSAL FRANCE
ARCHERY STRATEGY CONSULTING
ARCHIMED
ARDIAN
AREVA
ASSOCIATION PASSERELLE
AT KEARNEY
AUGUST & DEBOUZY AVOCATS
AXA
BAKER & MCKENZIE
BANK OF AMERICA MERRILL LYNCH
BEARING POINT
BNI FRANCE
BNP PARIBAS
BOLLORE
BOUYGUES
BPCE
CAISSE DES DÉPÔTS
CAPGEMINI
CARBONNIER LAMAZE RASLE & ASSOCIÉS
CARREFOUR
CASINO
CGI FRANCE
CISCO SYSTEMS FRANCE
CNP ASSURANCES
COHEN AMIR-ASLANI ASSOCIÉS
CREDIT AGRICOLE
CREDIT FONCIER
DAVIS POLK & WARDWELL
DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
DENTSU AEGIS NETWORK
DEVELOPMENT INSTITUTE INTERNATIONAL
EDF
ELSAN
ENGIE
EQUANCY
EURAZEO
EUROSTAR
FONCIERE INEA
GAILLARD PARTNERS
GRAS SAVOYE
GROUPAMA
GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
GROUPE M6
GROUPE ORANGE
HENNER
HSBC FRANCE
IBM FRANCE
ING BANK FRANCE
INTERNATIONAL SOS
IONIS EDUCATION GROUP
ISRIP
JALMA
JEANTET ET ASSOCIÉS
KPMG
KURT SALMON
LA BANQUE POSTALE
LAZARD FRERES
LINEDATA SERVICES

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

Sommaire

INSTITUT MONTAIGNE



LIR
LIVANOVA
LVMH
MACSF
MALAKOFF MEDERIC
MAZARS
MCKINSEY & COMPANY FRANCE
MEDIA PARTICIPATIONS
MERCER
MICHELIN
MICROSOFT
OBEA
ONDRA PARTNERS
PAI PARTNERS
PIERRE & VACANCES
PLASTIC OMNIUM
PWC
RADIALL
RAISE
RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
RANDSTAD
RATP
REDEX
REXEL
RICOL, LASTEYRIE CORPORATE FINANCE
ROCHE
ROLAND BERGER STRATEGY CONSULTANTS
ROTHSCHILD & CIE
SANOFI
SANTECLAIR
SCHNEIDER ELECTRIC SA
SERVIER
SIA PARTNERS
SIACI
SNCF
SNCF Réseau (anciennement Réseau Ferré de France)
SODEXO
SOLVAY
STALLERGENES
SUEZ ENVIRONNEMENT
TECNET PARTICIPATIONS SARL
THE BOSTON CONSULTING GROUP
TILDER
TOTAL
TUDEL ASSOCIÉS
VEOLIA
VINCI
VIVENDI
VOYAGEURS DU MONDE
WENDEL
WORDAPPEAL

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

Sommaire

Imprimé en France
Dépôt légal : Juin 2016
ISSN : 1771-6756
Achévé d'imprimer en Juin 2016

INSTITUT MONTAIGNE



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castries Président-directeur général, AXA

David Azéma *Chairman Global Infrastructure Group*, Bank of America Merrill Lynch

Emmanuelle Barbara *Managing Partner*, August & Debouzy

Nicolas Baverez *Avocat*, Gibson Dunn & Crutcher

Marguerite Bérard-Andrieu Directrice générale adjointe en charge de la Stratégie, groupe BPCE

Jean-Pierre Clamadieu Président du Comité exécutif, Solvay

Olivier Duhamel Professeur émérite des Universités, Sciences Po

Mireille Faugère Conseiller Maître, Cour des comptes

Christian Forestier ancien recteur

Marwan Lahoud Directeur général délégué, Airbus Group

Natalie Rastoin Directrice générale, Ogilvy France

René Ricol Associé fondateur, Ricol Lasteyrie Corporate Finance

Jean-Dominique Senard Président, Michelin

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

Philippe Wahl Président-directeur général, Groupe La Poste

Lionel Zinsou Président, PAI Partners

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Claude Bébéar Fondateur et Président d'honneur, AXA

Bernard de La Rochefoucauld Président, Les Parcs et Jardins de France

CONSEIL D'ORIENTATION

PRÉSIDENT

Ezra Suleiman Professeur, Princeton University

Benoît d'Angelin Président, Ondra Partners

Frank Bournois Directeur général, ESCP Europe

Pierre Cahuc Professeur d'économie, École Polytechnique

Lorraine Donnedieu de Vabres Avocate, associée gérante, Jeantet et Associés

Pierre Godé ancien vice-Président, Groupe LVMH

Michel Godet Professeur, CNAM

Françoise Holder Administratrice, Groupe Holder

Philippe Josse Conseiller d'État

Marianne Laigneau Directrice des ressources humaines, Groupe EDF

Sophie Pedder Chef du Bureau de Paris, *The Economist*

Hélène Rey Professeur d'économie, *London Business School*

Laurent Bigorne Directeur

INSTITUT MONTAIGNE



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

Réanimer le système de santé Propositions pour 2017

Les Français ont longtemps considéré qu'ils disposaient du meilleur système de santé au monde. De fait, la France se situe historiquement dans le peloton de tête des pays les plus performants en termes d'accès aux soins, d'innovation ou encore d'espérance de vie. Notre système a su promouvoir un modèle basé sur un socle de valeurs solides : solidarité, liberté de choix, mixité entre secteurs public et privé...

Ces bons résultats apparents ne doivent pas nous empêcher de porter un regard lucide sur la situation : avec 11 % du PIB consacré chaque année à la santé, la France a l'un des systèmes les plus chers au monde pour des résultats parfois inégaux. Déficit budgétaire, inégalités d'accès, hétérogénéité de la qualité des soins, faible coordination des parcours, manque de transparence et d'information, faiblesse de la prévention ... la pérennité comme la qualité de notre modèle sont interrogées. Il est temps aujourd'hui de trouver des pistes de réformes structurelles afin d'assurer le maintien de son universalité et de sa qualité.

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 - Fax +33 (0)1 53 89 05 61

www.institutmontaigne.org - www.desideespourdemain.fr

10 €

ISSN 1771-6764

Jun 2016