



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

03.2020

Farmafactoring Foundation Research Papers

Défis et opportunités du système de santé français

Auteur
Vincenzo Atella

Directeur scientifique de la fondation Farmafactoring
Vincenzo Atella

Sommaire

Introduction	5
1. Présentation du système de santé français	7
1.1 Comment fonctionne-t-il ? Organisation et structures	7
1.2 Qui paie les services de santé en France ?	11
1.3 Combien cela coûte-t-il ?	12
1.4 Comment maîtrise-t-il les coûts ?	20
1.5 Est-il efficace ?	21
2. Menaces sur la viabilité financière : la France est-elle à l'abri ?	29
3. Réforme du système : une longue liste de réformes au cours des 20 dernières années.	32
4. La France parviendra-t-elle à relever les défis qui attendent le système de santé ?	36
4.1 Défis épidémiologiques : l'envolée des maladies chroniques	36
4.2 Tendances en matière d'incapacités (ou l'éventuel problème des maladies chroniques)	38
4.3 Comment les nouvelles technologies façonneront-elles l'avenir des systèmes de santé ?	42
4.3.1 <i>Technologies numériques</i>	42
4.3.2 <i>Traitement médicamenteux</i>	47
4.3.3 <i>Interventions médicales et chirurgicales</i>	48
4.3.4 <i>Dispositifs médicaux</i>	48
4.3.5 <i>Médecine de précision</i>	49
5. Conclusions	52
Références	55

Introduction

Au fil des ans, la fourniture et le financement de soins de santé de haute qualité se sont heurtés à un certain nombre de défis. La complexité du système de soins est assurément l'un des principaux défis, et dépasse les difficultés imposées par toutes les autres problématiques. Les experts et la littérature s'accordent à dire que les systèmes de santé sont de parfaits exemples d'organisations humaines complexes associant une multitude de caractéristiques professionnelles et disciplinaires différentes dans un environnement essentiel. Tout échec de la communication entre les différents acteurs, ainsi que l'existence de processus « défaillants » au sein de ces systèmes, peut avoir de fortes répercussions sur la société, en termes d'économie, de finances et de santé publique. Au fil des ans, cette complexité s'est accrue en raison de l'introduction constante de nouvelles technologies – concernant les processus, la production et l'organisation – qui ont augmenté le nombre d'intervenants impliqués, créant de nouvelles relations et de nouveaux canaux d'interaction entre les différentes entités.

En conséquence, les systèmes de santé modernes – à tous les niveaux et dans toutes les disciplines de soins – évoluent vers des structures de plus en plus complexes. Par exemple, il y a à peine dix ans, un médecin traitant ou un spécialiste hospitalier travaillait dans des contextes où la plupart de leurs problèmes pouvaient être décrits en termes biomédicaux et résolus en utilisant les connaissances et les compétences acquises au cours de leur formation universitaire. Aujourd'hui, dans la plupart des cas, ce paradigme peut être considéré comme obsolète et les décideurs doivent planifier des scénarios d'action extrêmement complexes. Le concept de « complexité de la complexité », toujours plus prépondérant, voit un système de santé déjà complexe développer de plus en plus de relations (complexes) avec d'autres systèmes complexes. Dans un tel environnement, les problèmes du système de santé deviennent les problèmes d'autres systèmes, et les solutions à de nombreux problèmes de soins de santé ne peuvent être trouvées sans trouver des solutions aux problèmes des autres systèmes complexes.

Cette nouvelle « hyper-structure » évoque l'existence d'un « écosystème » au sein duquel différents systèmes complexes coexistent et interagissent à travers une série de « plateformes » sur lesquelles sont créées des relations entre différents « agents ». Cette nouvelle façon d'envisager l'organisation des systèmes permet d'imaginer plus facilement des relations et/ou des plans qui, par le passé, étaient distincts pour diverses raisons. En même temps, cette vision nous permet d'appréhender le système de santé comme une structure qui n'est plus monolithique ni constituée par la simple somme de ses sujets. Selon cette logique, il existe au sein de l'écosystème d'autres systèmes complexes tels que la communication, l'éducation, l'industrie alimentaire et du tabac, l'industrie de la condition physique, l'industrie biomédicale, les sociétés scientifiques, les organismes de réglementation, les institutions (à tous les niveaux) et la politique. Les agents actifs dans ces systèmes complexes sont les citoyens, les patients, les médecins, les administrateurs, les éducateurs, les entrepreneurs, les femmes et hommes politiques. Enfin, les agents entrent en communication les uns avec les autres et entre systèmes complexes par le biais des plateformes.

Malgré cette nouvelle structure organisationnelle qui s'est développée sur une période relativement longue, les systèmes de santé ne se sont guère adaptés à ces nouvelles caractéristiques. Il y a au moins trois raisons principales à cela. La première raison est la lenteur avec laquelle la grande majorité de ces changements se sont produits, empêchant l'apparition de disruptions structurelles qui auraient pu faire émerger la nécessité d'intervenir selon de nouveaux paradigmes. La deuxième raison concerne le coût de tous ces changements, que les décideurs politiques, à courte vue, ont tendance à éviter. Enfin, la troisième raison tient aux changements de rentabilité des postes, que les bureaucraties ont tendance à éviter autant que possible. Les conséquences directes de tous ces changements sont que les systèmes de santé ne peuvent plus être considérés comme des structures hiérarchiques linéaires, pouvant être abordées avec les outils d'intervention standard d'un système hiérarchique linéaire simple. En effet, la production d'un tel système peut être contrôlée en manipulant chacune de ses parties. Malheureusement, le même ensemble d'outils peut devenir inefficace en présence d'un système complexe qui se comporte différemment et dépend fortement des conditions initiales et des nombreuses rétroactions effectuées à divers moments.

C'est pour ces raisons que l'organisation d'un système de santé est l'une des questions politiques les plus brûlantes et les plus difficiles à résoudre de notre époque. Chaque pays peine à trouver le juste équilibre entre l'assistance sociale et les forces du marché ; à trouver le nombre optimal de contributeurs et de prestataires ; et à déterminer comment assembler les différents éléments. Les populations vieillissent, le fardeau de la maladie penche de plus en plus vers les maladies chroniques à long terme, puis intervient l'arrivée de nouvelles technologies. Ces dernières ne sont pas seulement les technologies cliniques les plus médiatisées, mais aussi les technologies de l'information qui pourraient rendre les systèmes de santé sensiblement plus efficaces, si seulement elles pouvaient être déployées à grande échelle. L'avantage potentiel est énorme, tandis que le degré de difficulté est très élevé. Le tout dans un contexte où la demande de biens et de services de santé et les dépenses liées à ceux-ci ne cessent d'augmenter, contribuant à accroître la pression exercée sur tous les systèmes de santé modernes du monde entier.

Une fois ce contexte posé, l'objectif de ce document est d'étudier la façon dont le système de santé français évolue dans cet environnement tumultueux. Dans les prochaines sections, nous allons d'abord examiner brièvement l'organisation actuelle du système de santé français afin de comprendre ses faiblesses et ses forces actuelles. En outre, nous présenterons certains des principaux défis communs qu'il faut relever, selon les experts, pour gérer avec succès un système complexe et améliorer les résultats en matière de santé publique. Enfin, nous étudierons dans quelle mesure ces questions font partie du programme français de politique sanitaire « Ma santé 2030 ».

Présentation du système de santé français

En France, le système de santé repose sur deux piliers. Le premier est l'Assurance maladie, qui offre une couverture universelle, est obligatoire et s'organise autour d'un unique système public. L'assurance maladie est fournie à tous les citoyens et subventionnée par l'État, financée par les charges patronales et salariales (50 %) et par un prélèvement national sur le revenu dédié (35 %). Les 15 % restants sont subventionnés par les taxes sur le tabac et l'alcool, l'industrie pharmaceutique et les mutuelles (13 %), ainsi que les subventions de l'État (2 %). Le gouvernement français définit la stratégie nationale en matière de dépenses de santé. Il établit un budget de dépenses pour les hôpitaux, les soins ambulatoires, les soins de santé mentale et les services aux résidents porteurs de handicaps.

L'assurance maladie rembourse les soins et médicaments à un taux entre 70 à 80 % et les 20 à 30 % restants (« ticket modérateur ») sont à la charge des patients français. Pour cette raison, les citoyens français ont la possibilité de souscrire à une assurance maladie volontaire, ou « complémentaire santé », qui complète l'assurance maladie obligatoire et couvre le reste à charge, ou « ticket modérateur », pour les soins habituels, les dépassements d'honoraires, les frais d'optique et de soins dentaires qui ne sont couverts qu'en partie par l'assurance maladie. Cette assurance est fournie par des mutuelles à but non lucratif, des mutuelles d'entreprise (complémentaire santé d'entreprise) pour les salariés, ou des organismes de prévoyance. Quatre-vingt-quinze pour cent des citoyens souscrivent à une assurance maladie complémentaire. L'assurance maladie complémentaire représente ce deuxième pilier.

1.1 Comment fonctionne-t-il ? Organisation et structures¹

Comme dans tous les systèmes universels, le gouvernement définit la stratégie nationale de santé et alloue les dépenses budgétisées aux agences régionales de santé, qui sont responsables de la planification et de la prestation des services. Le Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme est chargé de définir la stratégie nationale en matière de santé et de mettre en œuvre la politique gouvernementale de santé publique ainsi que l'organisation et le financement du système de santé. Au niveau régional, le Ministère est représenté par des agences régionales de santé (les « ARS »), qui sont chargées de coordonner la santé de la population et les soins de santé, y compris la prévention et la prestation de soins, la santé publique et les soins sociaux (un système très similaire au système italien).

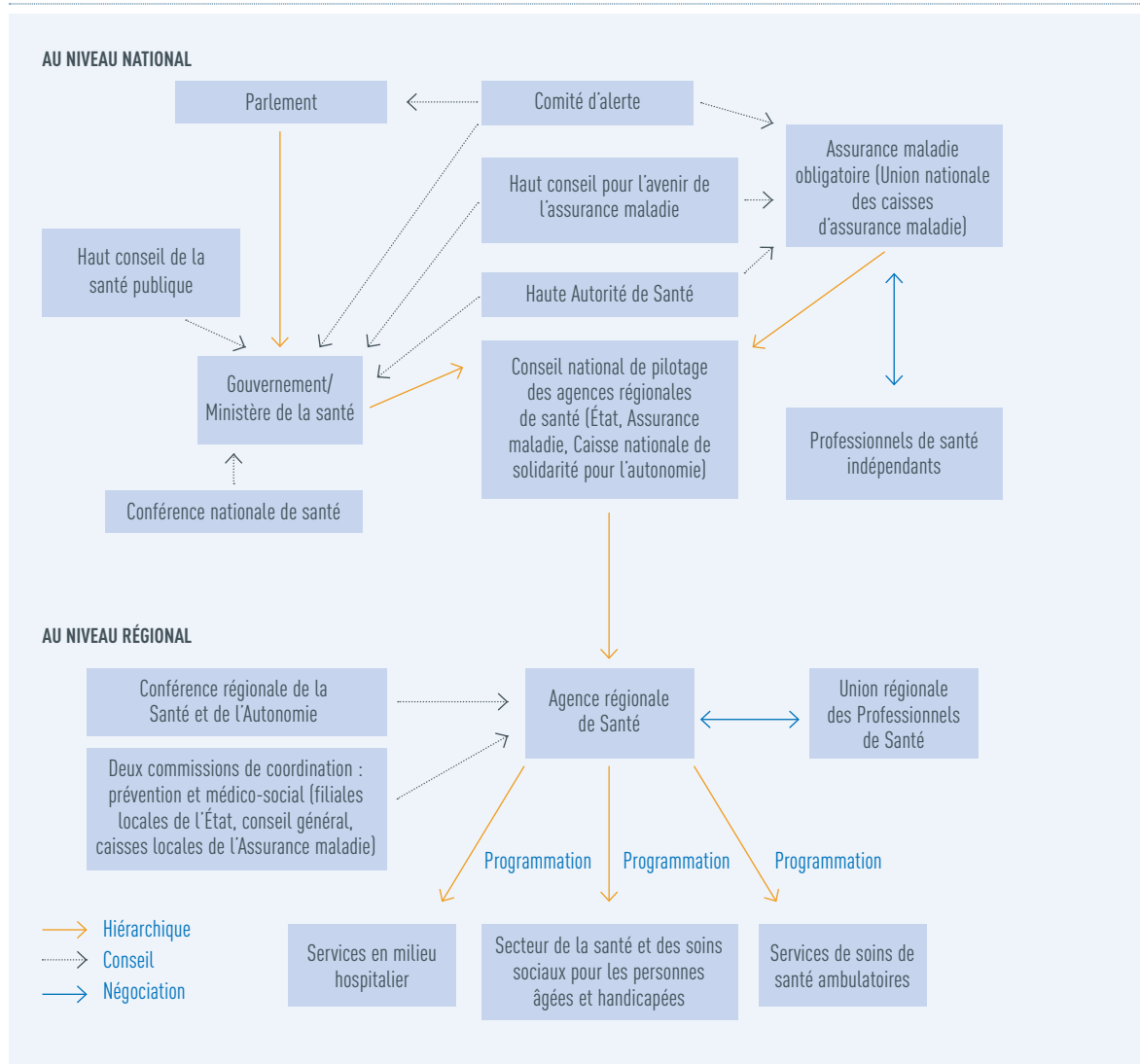
Pour aider davantage le ministère à garantir un niveau élevé de qualité des services de santé, le système de santé français est soutenu par certaines agences spécialisées qui supervisent des aspects précis de l'offre de soins. Entre autres, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (l'« ANSM »), qui supervise la sécurité des produits de santé, de leur fabrication à leur commercialisation ; l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (l'« ATIH ») qui gère les informations systématiquement recueillies à partir de toutes les hospitalisations et les utilise pour planifier et financer les hôpitaux ; et l'Agence nationale de l'évaluation

Le système de santé français repose sur deux piliers

[1] Une description détaillée et à jour du système de santé français est disponible dans Durand-Zalesky (2020). Ci-dessous, je fournis une synthèse de ce matériel.

et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (l'« ANESM ») qui promeut les droits des patients et développe des mesures préventives pour éviter les mauvais traitements, en particulier auprès des populations vulnérables telles que les personnes âgées et handicapées, les enfants, les adolescents et les personnes socialement marginalisées. Un aperçu général de la structure organisationnelle française des soins de santé est illustré au *Graphique 1*.

Graphique 1. Organisation du système de santé en France



Source : Durand Zaleski (2020).

Les services de santé sont fournis par plusieurs prestataires qui sont sous contrat avec le système national de santé français. Les prestataires de soins sont organisés selon le type de service, offert « en consultation externe » (ou ambulatoire) et « avec hospitalisation ». Les soins de santé primaires et les services spécialisés appartiennent à la première catégorie, tandis que les hôpitaux et les soins de longue durée en institution appartiennent à la seconde. Dans l'ensemble, les règles régissant ces prestataires sont similaires à celles qui existent dans de nombreux autres pays de l'UE, en particulier ceux dont les régimes sont de type universaliste.

D'après Durand Zaleski (2020), les services de soins primaires sont garantis par environ 102 299 médecins généralistes et 121 272 médecins spécialistes (un rapport de 3,4 pour 1 000 habitants). Environ 59 % des médecins sont des travailleurs indépendants à temps plein ou à temps partiel (67 % des médecins généralistes, 51 % des spécialistes). En moyenne, un médecin généraliste gère un pool d'environ 900 patients. Il existe un système de contrôle d'accès volontaire pour les personnes âgées de 16 ans et plus, avec des aides financières à ceux qui choisissent de déclarer un médecin traitant, qu'il soit généraliste ou spécialiste. Environ 95 % de la population opte pour le médecin généraliste comme médecin traitant, mais il est également possible de choisir un spécialiste. Plus récemment, la France a commencé à piloter ce que l'on appelle les « réseaux de soins coordonnés expérimentaux de médecins généralistes » qui coordonnent les soins de pathologies chroniques, des services psychologiques, des services de nutritionnistes et d'autres soins non couverts par le régime obligatoire. Ces réseaux sont financés par des caisses spécifiques des agences régionales de santé. En outre, plus de 1 000 maisons de santé offrent des services pluri-disciplinaires (habituellement de trois à cinq médecins et environ une douzaine d'autres professionnels de la santé) ainsi qu'un accès aux soins en dehors des horaires ouvrables. Les soins primaires jouent le rôle de barrière : si un patient décide de consulter un spécialiste sans passer par un médecin généraliste, la couverture des soins par l'assurance maladie s'en trouve réduite.

Alors que, pour les médecins généralistes, il est clair que l'activité consiste en des consultations externes, les dispositions pour les spécialistes sont un peu plus complexes, car ils peuvent travailler en consultation externe ou avec hospitalisation (en cabinet ou dans des cliniques privées). Quel que soit leur lieu de travail, les spécialistes sont rémunérés à l'acte. Environ 36 % d'entre eux sont des travailleurs indépendants, tandis que les autres sont soit des employés salariés de l'hôpital (en milieu hospitalier) soit les deux. En outre, les spécialistes travaillant dans les hôpitaux publics peuvent recevoir des patients à titre privé payant leur consultation, soit en consultation externe soit en hospitalisation, mais ils doivent reverser un pourcentage de leurs honoraires à l'hôpital.

Pour les médecins généralistes et les spécialistes, les patients doivent payer la totalité des honoraires à la fin de leur consultation. Ils sont remboursés plus tard après en avoir fait la demande à leur assurance. Le remboursement peut être complet ou inférieur selon la couverture, moins le montant restant à la charge des patients (ticket modérateur).

Plusieurs prestataires fournissent des services et des biens au système de santé français

Ce régime de remboursement est différent de celui de l'Italie, de l'Espagne ou du Royaume-Uni, pour lesquels les services de santé sont gratuits au moment de leur prestation. Cette particularité découle du double pilier, avec un système basé à la fois sur l'assurance maladie obligatoire et sur l'assurance maladie complémentaire.

Les soins aux malades hospitalisés sont principalement offerts par des hôpitaux composés d'un réseau d'institutions publiques et privées. Les hôpitaux publics représentent environ 65 % de la capacité et de l'activité totales des hôpitaux français. Les installations privées à but lucratif en représentent 25 %, et les installations privées à but non lucratif constituent le reste. Comme c'est le cas dans la grande majorité des pays européens, tous les hôpitaux français « sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire via le système de groupes homogènes de malades (GHM) mis en place par le Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme, qui s'applique à toutes les hospitalisations et aux consultations externes et couvre tous les services médicaux et les salaires des médecins dans les hôpitaux publics et à but non lucratif. Il n'existe ni paiement groupé ni incitation au rendement » (Durand-Zaleski, 2020).

Les revenus des hôpitaux proviennent principalement des caisses de l'assurance maladie obligatoire (80 %), des complémentaires santé et des paiements directs par les patients pour le solde. Parmi les autres sources de revenus, citons les subventions pour la recherche et l'enseignement (jusqu'à 13 % du budget des hôpitaux) et les dispositions pour la prestation de services d'urgence, la collecte d'organes et la transplantation d'organes (en moyenne, de 10 % à 11 % du budget). Enfin, pour éviter des phénomènes de demande induite par l'offre, les cliniques privées à but lucratif possèdent le même mécanisme de financement que les hôpitaux publics, mais les taux de paiement des GHM y sont plus bas que ceux appliqués aux hôpitaux publics ou à but non lucratif.

Les soins de longue durée (SLD) constituent une autre forme importante de prestation de services. Le système des soins de longue durée concerne aussi bien les soins en ambulatoire (ou consultations externes) que ceux avec hospitalisation. Les consultations externes sont gérées et supervisées sous la juridiction des Conseils généraux, qui sont les organes directeurs au niveau local (départemental). Environ 2 % de la population française (environ 1,25 million de patients) bénéficient de ce type de services. Au contraire, les soins de longue durée en établissement sont fournis dans des maisons de retraite et des unités de soins de longue durée (USLD), soit environ 10 000 établissements, pour un total de 728 000 lits. Actuellement, 54 % de ces établissements sont publics, 28 % privés à but non lucratif et 18 % à but lucratif, bien que le pourcentage d'établissements à but lucratif soit en augmentation.

Comme dans tous les pays occidentaux, les soins de longue durée sont l'une des formes de soins les plus difficiles à organiser et à financer. En France, l'assurance maladie ne couvre que les frais médicaux des soins de longue durée prodigués au sein d'établissements de santé. Les frais de logement sont à la charge des familles, et peuvent être remboursés par la complémentaire santé. Toutefois, les personnes âgées fragiles peuvent bénéficier d'aides sous condition de ressources, qui prennent la forme de services non médicaux en nature. Environ 1,1 % de la population totale y est admissible.

Les soins aux patients hospitalisés absorbent la plupart des ressources

Les soins de santé de longue durée sont un autre secteur important et essentiel

1.2 Qui paie les services de santé en France ?

La France a un système de santé de type universaliste fondé sur deux piliers. Le caractère universaliste du système implique que le régime d'assurance maladie de la France est obligatoire et, en retour, il couvre la plupart des frais de soins de santé (hôpital, médecins, soins de longue durée ainsi que les médicaments sur ordonnance). Les patients doivent payer l'assurance maladie complémentaire, le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires.

En matière de soins de santé, l'universalisme est nouveau en France. Le parcours a été long avant d'atteindre cet objectif, depuis une première extension de l'assurance maladie obligatoire à tous les salariés et retraités (en 1945), aux travailleurs indépendants (en 1966) et aux chômeurs (en 2000). Ce n'est qu'en 2016 que l'admissibilité au régime d'assurance maladie obligatoire a été accordée à tous en vertu de la *Protection universelle maladie*, ou PUMa, pour combler les rares lacunes de couverture restantes. La loi a également remplacé et simplifié le système existant (il existait 42 caisses !) en assurant une couverture systématique à tous les résidents français. Elle a fusionné la couverture d'assurance pour les personnes précédemment couvertes par la Protection universelle maladie et les immigrants couverts par l'assurance maladie subventionnée par l'État. Obligatoire, la couverture est fournie à tous les résidents par des caisses d'assurance maladie obligatoire non concurrentielles. Comme dans tout système universaliste, l'assurance est obligatoire et les citoyens ne peuvent pas se retirer du régime obligatoire, à quelques exceptions près (les personnes employées par des sociétés étrangères).

Le rôle de l'assurance maladie privée en France est de compléter l'assurance maladie obligatoire. Les complémentaires santé couvrent principalement la part des frais restant à la charge des patients et les dépassements d'honoraires, ainsi que les frais d'optique et dentaires, qui ne bénéficient que d'un remboursement minimal par l'assurance maladie obligatoire. Elle couvre également en partie les soins palliatifs et les soins de santé mentale à long terme. En outre, l'assurance maladie complémentaire rembourse intégralement les services prioritaires – vaccinations, mammographies et dépistage du cancer colorectal, par exemple – ainsi que les soins préventifs pour les enfants et les populations à faible revenu. Toutefois, les soins préventifs pour adultes ne sont couverts que partiellement.

L'assurance maladie complémentaire couvre 95% de la population française, soit par l'intermédiaire des employeurs, soit par souscription individuelle sous condition de ressources. En 2016, tous les salariés bénéficient d'une complémentaire santé souscrite par l'employeur, pour laquelle l'employé prend en charge au moins 50 % de la cotisation. Les complémentaires santé étant fournies principalement par des associations ou des instituts à but non lucratif et fondées sur les cotisations patronales et salariales, l'étendue de la couverture varie considérablement. Afin de réduire cette variabilité des taux de couverture, le gouvernement français a adopté en 2013 une loi pour imposer certaines normes aux complémentaires santé souscrites par les employeurs, réduisant ainsi les inégalités causées par les disparités d'accès et de qualité. En général, tous les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrent la différence entre le taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire et les

Le système est basé sur un régime d'assurance maladie obligatoire

Assurance maladie complémentaire privée complétant l'AM

(2) les personnes à faible revenu ont droit à une assurance santé gratuite ou à prix réduit, à des soins d'optique et dentaires gratuits. Le nombre total de bénéficiaires à faible revenu est estimé à environ 9 % de la population.

tarifs conventionnels de la Sécurité sociale. Dans l'ensemble, l'assurance maladie complémentaire finance 13,5 % des dépenses totales de santé².

1.3 Combien cela coûte-t-il ?

Selon le dernier rapport de la DREES sur les dépenses de santé en France en 2019 (Marc et al., 2020), les dépenses totales ont atteint 208,0 milliards d'euros³. Après deux années de hausse modérée (+1,7 % puis +1,6 %), la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a légèrement accéléré en 2019 (+2,1 %), le secteur des soins hospitaliers étant le principal responsable de ce dynamisme renouvelé, devant les soins primaires (*voir tableau 1*). La participation des ménages au financement de la CSBM continue de diminuer pour atteindre 6,9 % en 2019, contre 7,1 % en 2018. Cette diminution s'explique par une augmentation nette de la proportion de médicaments remboursables et par le ralentissement des dépassements d'honoraires, le tout combiné à l'importance croissante, dans le financement de la CSBM, de 100 % des systèmes de soutien à la sécurité sociale.

En termes de financement, dans le secteur public, qui représente 77% des soins hospitaliers, soit 74,9 milliards d'euros, l'augmentation (en valeur) de la consommation de soins de santé est due à la hausse des prix. Ils se sont envolés en 2019 (jusqu'à +1,9 %, contre +0,7 % en 2018), en lien avec l'augmentation des tarifs des séjours à l'hôpital. Dans le même temps, les volumes ont continué à ralentir en 2019 : ils ont à peine augmenté, de +0,2 % contre +0,5 % en 2018. Cette lenteur est portée par un ralentissement de la hausse des volumes de soins en médecine, chirurgie et obstétrique, tandis que les volumes en psychiatrie et en soins de suivi et de rééducation continuent de reculer. Dans le secteur privé, qui représente 22,2 milliards d'euros, l'accélération est due aux volumes de soins et biens médicaux :

+3,7 % en 2019 contre +1,9 % en 2018. Le dynamisme de cette croissance des volumes est galvanisé à la fois par celui des honoraires versés aux praticiens et par celui des frais de séjour. Les prix des soins hospitaliers dans le secteur privé ont diminué en 2019 (comme au cours des huit années précédentes), en raison de la contraction régulière des frais de séjour.

Les dépenses de santé en % du PIB sont parmi les plus élevées de l'OCDE

[3] il est important de noter que cette définition des dépenses de santé est différente de la « dépense courante de santé au sens international (DCSI) », qui correspond à la consommation finale réelle (c'est-à-dire directement ou par un intermédiaire) des services de santé et des biens médicaux, qu'ils soient individuels (par ex., une consultation médicale) ou collectifs (par ex., une campagne de prévention). La dépense est qualifiée de « courante » parce qu'elle exclut tout ce qui ne relève pas de la consommation, en particulier les dépenses d'investissement ou le revenu de remplacement (comme les indemnités journalières). En 2018, la DCSI, qui est le seul chiffre agrégé harmonisé au niveau international, était de 265,8 milliards d'euros (11,3 % du PIB), c'est-à-dire beaucoup plus élevée que la CSBM, qui ne représentait que 76,7 % de ce montant.

Tableau 1. Consommation de soins de santé et de biens médicaux (CSBM) – Montants en millions d’euros, variations en %, contribution à la variation de la CSBM en points de %

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 2018/2019	Contribution 2019
Soins hospitaliers	80 316,0	82 461,0	84 567,0	86 688,0	89 060,0	90 430,0	92 320,0	93 848,0	94 887,0	97 127,0	2,4	1,1
Secteur public	61 701,0	63 294,0	64 952,0	66 779,0	68 603,0	69 781,0	71 182,0	72 451,0	73 349,0	74 892,0	2,1	0,8
Secteur privé	18 615,0	19 166,0	19 615,0	19 909,0	20 457,0	20 649,0	21 138,0	21 397,0	21 539,0	22 234,0	3,2	0,3
Soins ambulatoires	93 168,0	95 606,0	97 229,0	98 552,0	101 154,0	102 532,0	104 827,0	106 688,0	108 861,0	110 908,0	1,9	1,0
- Services médicaux ambulatoires, diagnostic et autre	44 170,0	45 749,0	47 081,0	48 314,0	49 412,0	50 553,0	52 132,0	53 464,0	54 992,0	56 467,0	2,7	0,7
Soins primaires et consultations de spécialistes (y compris l'obstétrique)	18 450,0	19 160,0	19 517,0	19 827,0	20 268,0	20 638,0	21 152,0	21 668,0	22 531,0	22 965,0	1,9	0,2
Traitements médicaux auxiliaires	11 041,0	11 527,0	12 329,0	13 113,0	13 779,0	14 363,0	14 993,0	15 525,0	16 066,0	16 715,0	4,0	0,3
Soins dentaires	9 999,0	10 289,0	10 490,0	10 606,0	10 600,0	10 774,0	11 108,0	11 325,0	11 498,0	11 786,0	2,5	0,1
Test et diagnostic en laboratoire	4 284,0	4 396,0	4 338,0	4 342,0	4 316,0	4 314,0	4 413,0	4 466,0	4 406,0	4 525,0	2,7	0,1
Cures thermales	328,0	332,0	353,0	364,0	387,0	392,0	408,0	416,0	413,0	398,0	-3,8	-
Autre	68,0	44,0	53,0	60,0	62,0	73,0	58,0	65,0	78,0	78,0	0,4	-
- Médicaments	33 395,0	33 517,0	33 028,0	32 392,0	33 207,0	32 745,0	32 731,0	32 761,0	32 649,0	32 592,0	-0,2	-
- Autres biens médicaux	11 853,0	12 488,0	13 047,0	13 559,0	14 122,0	14 630,0	15 158,0	15 476,0	16 122,0	16 798,0	4,2	0,3
- Transport sanitaire	3 749,0	3 852,0	4 074,0	4 288,0	4 413,0	4 604,0	4 806,0	4 987,0	5 099,0	5 051,0	-0,9	-
CSBM	173 484,0	178 066,0	181 796,0	185 241,0	190 214,0	192 214,0	197 148,0	200 535,0	203 748,0	208 035,0	2,1	2,1
	8,7	8,7	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,7	8,6	8,6		
Valeur	2,1	2,6	2,1	1,9	2,7	1,4	2,2	1,7	1,6	2,1		
Variation de la CSBM (%)												
Prix	- 0,5	-0,2	-0,5	-0,3	-0,4	-0,9	-0,7	0,1	-0,2	-		
Volume	2,6	2,8	2,6	2,2	3,1	2,3	2,9	1,6	1,8	2,1		

Source : DREES, comptes de la santé.

La Sécurité sociale française a financé 162,7 milliards d’euros de la consommation de soins de santé et de biens médicaux (CSBM) en 2019, ce qui représente une augmentation de 2,3 % en un an, conformément à la tendance moyenne observée depuis 2010, mais légèrement supérieure à celle de la CSBM en 2019 (tableau 2). Depuis 2012, la Sécurité sociale française n’a cessé d’augmenter le financement des soins de santé, jusqu’à atteindre 78,2 % en 2019. Cette augmentation s’explique notamment par la forte augmentation du nombre de personnes exonérées d’honoraires pour les affections de longue durée (+2,6 % par an en moyenne entre 2012 et 2018) due au vieillissement de la population et à une prévalence plus élevée des affections de longue durée (ALD) à un âge donné.

En 2019, le taux de couverture par la Sécurité sociale reste très variable selon le type de soins (tableau 3). Les soins hospitaliers sont caractérisés par un taux de financement par la Sécurité sociale particulièrement élevé (91,6 % en 2019). Ce taux est plus élevé dans le secteur public (92,6 % contre 88,4 % dans le secteur privé), où les dépassements d’honoraires sont plus fréquents. Ces taux élevés s’expliquent en partie par le fait que

les assurés atteints d'ALD consomment proportionnellement plus de soins hospitaliers que les autres assurés. En ce qui concerne les soins primaires, 66,0 % des dépenses ont été couvertes par la Sécurité sociale en 2019. Cette part a augmenté depuis 2011, en raison de l'élargissement du système de prise en charge des ALD. L'augmentation progressive des divers paiements forfaitaires versés aux médecins (rémunération basée sur les objectifs de santé publique, forfaits patients, médecin traitant, etc.), entièrement financés par la Sécurité sociale, stimule également cette hausse.

Tableau 2. Financement de la consommation de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale (en millions d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Soins hospitaliers	73 469,0	75 185,0	77 073,0	78 950,0	81 159,0	82 442,0	84 431,0	86 017,0	86 892,0	89 010,0
Hôpitaux publics	56 911,0	58 165,0	59 667,0	61 307,0	63 046,0	64 159,0	65 687,0	67 041,0	67 788,0	69 360,0
Cliniques privées	16 558,0	17 019,0	17 406,0	17 644,0	18 113,0	18 283,0	18 744,0	18 976,0	19 104,0	19 650,0
Soins ambulatoires	27 843,0	28 844,0	29 818,0	30 771,0	31 753,0	32 748,0	33 840,0	34 843,0	36 180,0	37 285,0
Soins primaires et consultations de spécialistes (y compris l'obstétrique)	12 519,0	13 016,0	13 358,0	13 636,0	14 051,0	14 429,0	14 842,0	15 268,0	16 099,0	16 473,0
Traitements médicaux auxiliaires	8 937,0	9 333,0	9 972,0	10 620,0	11 151,0	11 632,0	12 145,0	12 578,0	13 018,0	13 510,0
Soins dentaires	3 325,0	3 381,0	3 407,0	3 425,0	3 478,0	3 597,0	3 700,0	3 791,0	3 858,0	3 759,0
Test et diagnostic en laboratoire	3 003,0	3 075,0	3 034,0	3 036,0	3 017,0	3 024,0	3 096,0	3 142,0	3 129,0	22 598,0
Autres produits médicaux	59,0	39,0	47,0	54,0	56,0	66,0	57,0	64,0	77,0	6 075,0
Transport sanitaire	3 485,0	3 578,0	3 783,0	3 976,0	4 095,0	4 278,0	4 468,0	4 637,0	4 743,0	4 695,0
Médicaments et soins ambulatoires	22 709,0	22 923,0	22 755,0	22 514,0	23 561,0	23 341,0	23 525,0	23 865,0	23 967,0	24 220,0
Autres produits médicaux	4 878,0	5 079,0	5 317,0	5 652,0	6 295,0	6 295,0	6 655,0	6 907,0	7 199,0	7 498,0
optique	223,0	224,0	227,0	232,0	239,0	253,0	253,0	252,0	260,0	266,0
hors optique	4 655,0	4 855,0	5 090,0	5 420,0	5 756,0	6 042,0	6 402,0	6 655,0	6 939,0	7 232,0
Agrégé	132 384,0	135 609,0	138 746,0	141 863,0	146 564,0	149 105,0	152 919,0	156 269,0	158 981,0	162 708,0
variation en pourcentage	2,1	2,3	2,3	2,2	3,3	1,7	2,6	2,2	1,7	2,3
CSBM	173 484,0	178 066,0	181 796,0	185 241,0	190 214,0	192 962,0	197 148,0	200 535,0	203 748,0	208 035,0
variation en pourcentage	2,1	2,1	2,1	1,9	2,7	1,4	2,2	1,7	1,6	2,1

Source : DREES, comptes de la santé.

Tableau 3. Financement de la consommation de soins de santé et de biens médicaux par la Sécurité sociale (en %)

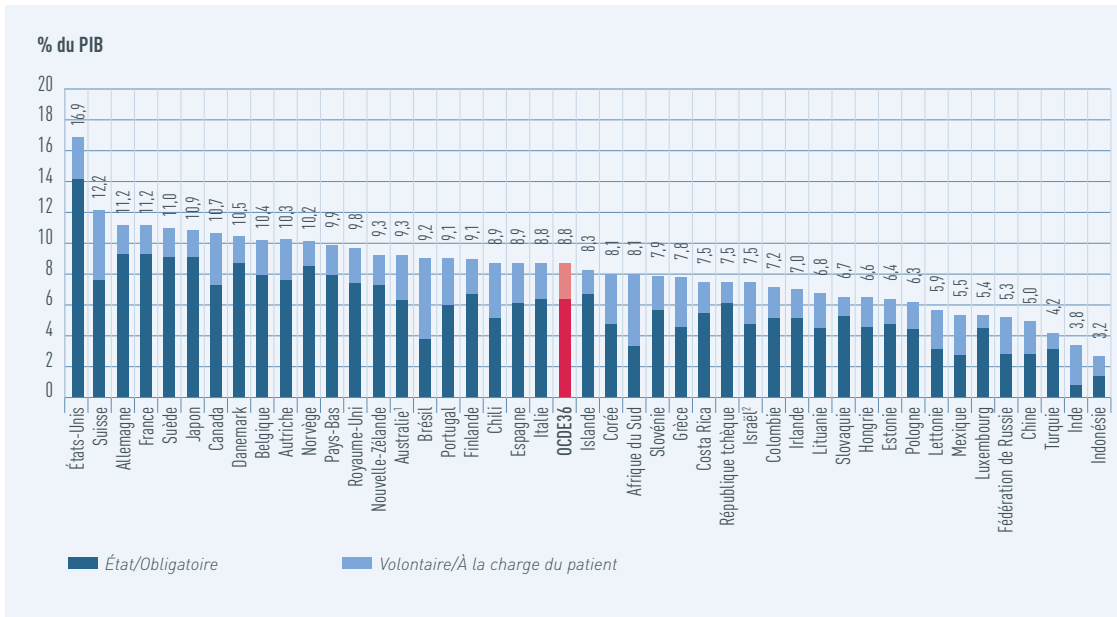
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Agrégé	76,3	76,2	76,3	76,6	77,1	77,3	77,6	77,9	78,0	78,2
Soins hospitaliers	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	91,2	91,5	91,7	91,6	91,6
Secteur public	92,2	91,9	91,9	91,8	91,9	91,9	92,3	92,5	92,4	92,6
Secteur privé	89,0	88,8	88,7	88,6	88,5	88,5	88,7	88,7	88,7	88,4
Soins primaires et consultations de spécialistes	63,0	63,0	63,3	63,7	64,3	64,8	64,9	65,2	65,8	66,0
Transport sanitaire	93,0	92,9	92,9	92,7	92,8	32,9	93,0	93,0	93,0	93,0
Médicaments	68,0	68,4	68,9	69,5	71,0	71,3	71,9	72,8	73,4	74,3
Autres produits médicaux (y compris d'optique)	41,2	70,7	40,8	41,7	42,5	43,0	43,9	44,6	44,7	44,6
Optique	4,1	3,9	3,8	3,9	3,9	4,1	4,1	4,1	4,1	3,9
hors optique	73,0	71,8	71,7	71,8	71,5	71,2	71,1	71,1	71,3	72,0

Source : DREES, comptes de la santé.

La part de la Sécurité sociale dans les dépenses de médicaments pour les soins primaires a augmenté de 0,9 point de pourcentage et s'élevait à 74,3 % en 2019. Cette part n'a cessé d'augmenter depuis 2010, principalement en raison de la part des médicaments prescrits pour les pathologies graves, qui sont les plus chers et sont couverts à 100 %, qui ont également augmenté de 23,7% en 2019, contre 22,5% en 2018. Enfin, le changement de remboursement des substituts nicotiques (d'un forfait de remboursement annuel de 150 euros, il est passé à 65% de la dépense) a également été responsable de l'augmentation de la part du financement des dépenses de médicaments dans les soins primaires.

Pour les autres biens médicaux, la part de la Sécurité sociale est stable depuis 2017, à savoir 44,6 % du financement. Enfin, la part prépondérante de la Sécurité sociale dans les dépenses de transport sanitaire (93,0 % en 2019) s'explique par la forte proportion de patients atteints d'ALD qui utilisent ces services.

À titre de comparaison internationale, *les Graphiques 2 à 5* donnent un aperçu de la position de la France parmi les pays de l'OCDE. En ce qui concerne les dépenses globales de santé (étendues aux soins de longue durée, la gouvernance du système de santé et la prévention institutionnelle), la France affiche la part la plus élevée de dépenses rapportées au PIB (11,2 % du PIB) dans l'Union européenne, avec l'Allemagne (*Graphique 2*). De plus, en France, les ménages sont les moins sollicités financièrement après l'intervention de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé.

Graphique 2. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2018 (ou année la plus proche)

Remarque : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

1. Les estimations des dépenses de l'Australie excluent toutes les dépenses pour les établissements de soins aux personnes âgées dans les services sociaux.
2. Comprend les investissements. Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019, base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

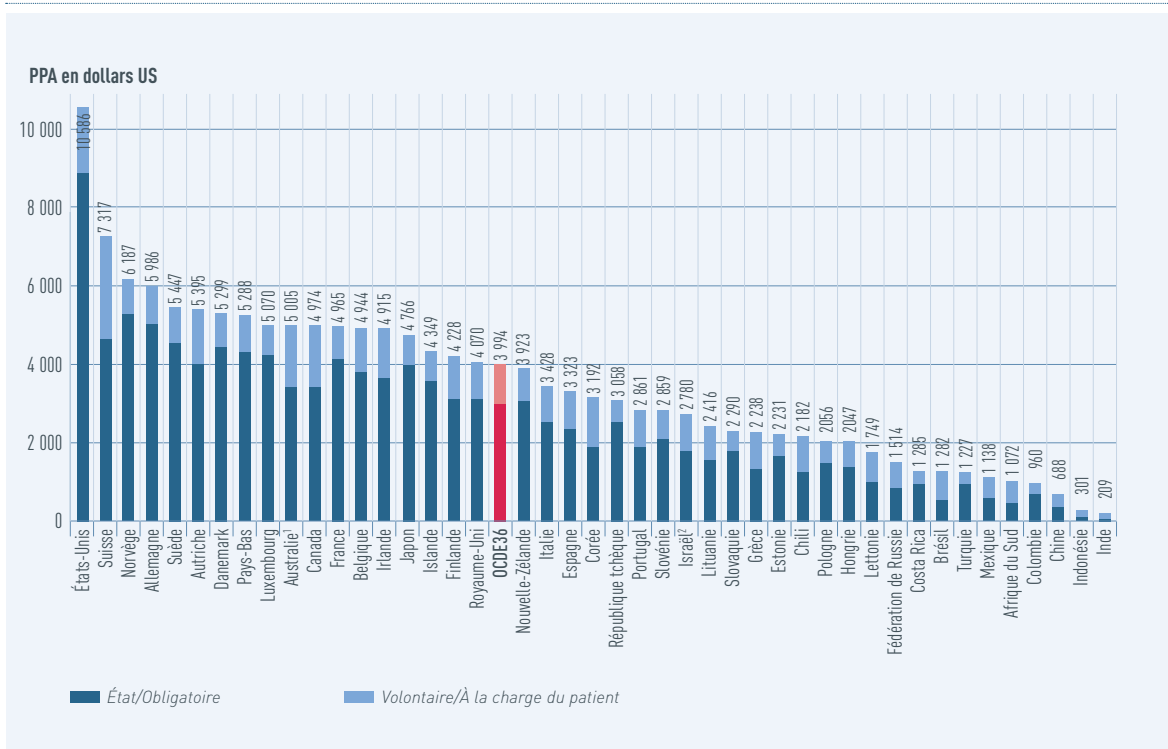
Les dépenses de santé par habitant en France sont passées d'environ 3 000 dollars américains (env. 2 500 euros) en 2003 à 4 965 dollars américains (env. 4 200 euros) en 2018, avec une croissance annuelle moyenne de 3,04 % (Graphique 3). Cette valeur se situe entre la valeur allemande, plus élevée (5 986 \$ soit environ 5 000 euros), et celle beaucoup plus faible de 3 428 \$ (environ 2 900 €) en Italie.

En 2018, le taux de croissance des dépenses de santé est resté modéré en France et en Italie. En France, en 2018, les dépenses de santé ont légèrement ralenti : +1,6 %, contre +1,8 % en 2017 (Graphique 4). Leur croissance en valeur est inférieure à celle du PIB. La France n'est pas un cas isolé en Europe. En Italie, les dépenses de santé n'ont pas augmenté de plus de 2 % par an en valeur au cours des cinq dernières années (+1,6 % en 2018). En France, cette progression est largement régulée par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Pour l'Italie, les graves contraintes budgétaires du pays plombent sa capacité à revoir les dotations minimales pour les interventions médicales effectuées dans les hôpitaux ou les soins primaires financés par l'État italien (Livelli Essenziali

Les dépenses de santé par habitant sont supérieures à la moyenne de l'OCDE

di Assistenza ou LEA, lesdits « Niveaux essentiels d'assistance »). Les dépenses de santé de l'Espagne, du Royaume-Uni, des États-Unis et de l'Allemagne connaissent une croissance plus dynamique (supérieure ou égale à 4 % en valeur en 2018). La croissance récente des dépenses espagnoles devrait néanmoins être relativisée à la lumière des coupes drastiques dans les dépenses de santé après la crise économique de 2008 : jusqu'en 2013, les dépenses de santé ne cessaient de chuter.

Graphique 3. Dépenses de santé par habitant, 2018 (ou année la plus proche)

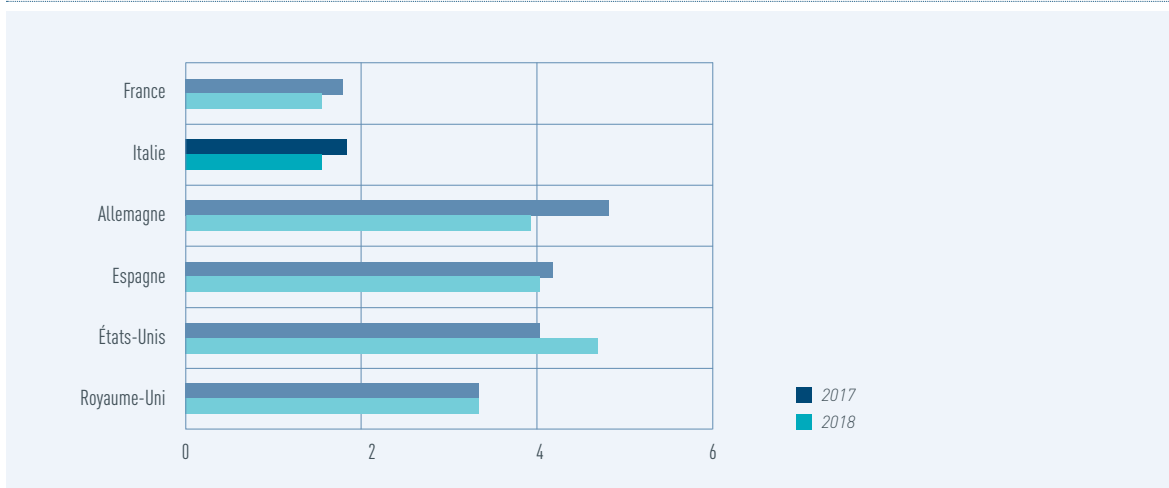


Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

Il est possible de mieux appréhender la dynamique des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en étudiant les données présentées au [Graphique 5](#). Selon l'OCDE (2020), « en 2017, les dépenses de santé par habitant de l'OCDE ont augmenté en moyenne de 2,0 % – un net ralentissement par rapport à la croissance de 3,3 % observée en 2015 et 2016, et nettement en-dessous des taux de croissance enregistrés avant le début de la crise financière et économique mondiale. Les estimations préliminaires pour 2018 indiquent que la croissance s'est renforcée en 2018. En moyenne, depuis 2013, la croissance annuelle des dépenses de santé par habitant dans l'ensemble de l'OCDE a été de 2,4 % contre 1,0 % sur la période 2008-2013, soit l'après-crise. Dans un certain nombre de pays européens, les dépenses de santé se sont remarquablement rétablies à partir de cette date. En Grèce, la forte baisse annuelle de la croissance s'est arrêtée après 2013, même si la croissance des dépenses de santé a été proche de zéro globalement depuis 2013 [-9,4 % sur la période 2008-2013 contre 0,2 % sur la période 2013-2018], et les dépenses réelles par habitant en 2018 sont restées presque un tiers en dessous du niveau de 2009. Même situation, bien que moins dramatique, en Islande [-3,0 % contre 4,0 % sur les deux périodes respectives]. Dans d'autres pays européens, comme l'Allemagne et la Norvège, les dépenses de santé sont restées relativement stables pendant la décennie 2008-2018, avec une croissance annuelle comprise entre 2,0 % et 2,5 %. Dans l'ensemble, la croissance des dépenses de santé s'est accélérée dans la majorité des pays européens au cours des dernières années. »

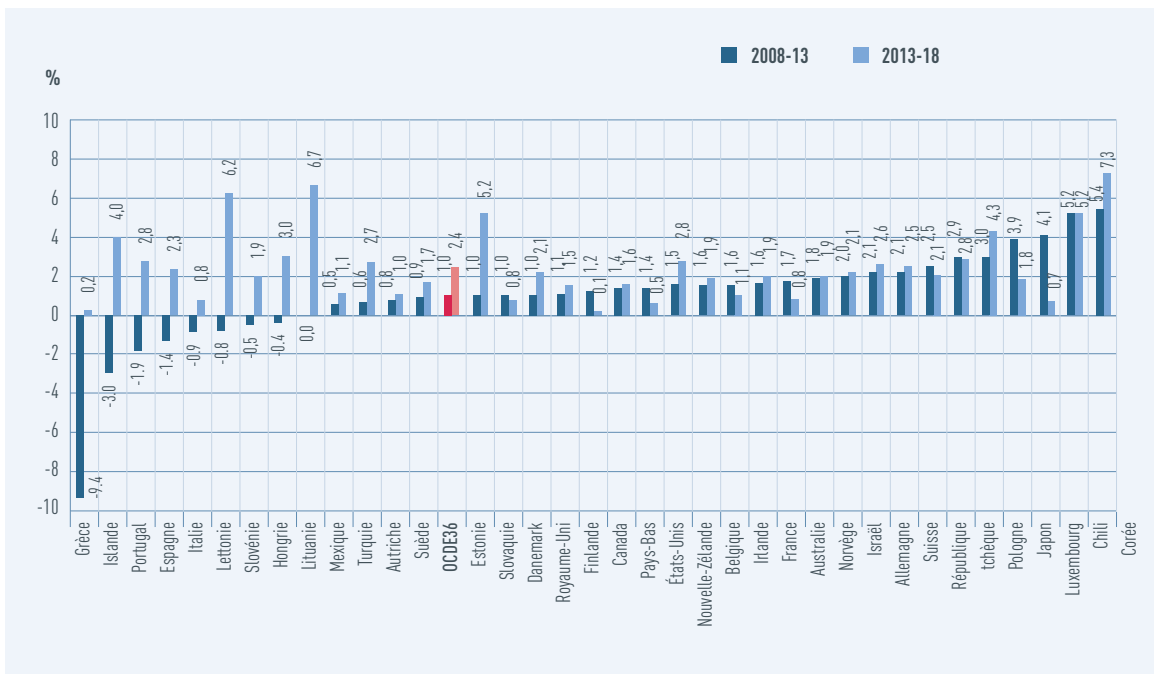
Depuis l'an 2000, les dépenses en soins de santé n'ont cessé de croître

Graphique 4. Taux de croissance des dépenses internationales de santé en 2017 et 2018 - Taux de croissance en %



Remarque : en devise nationale constante de 2015 pour le Royaume-Uni et les États-Unis – en euros courants pour les autres pays.
Source : DREES, comptes de la santé.

Graphique 5. Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant (en termes réels), de 2008 à 2018 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

La baisse de la consommation de médicaments non remboursables (7,5 % du poste) s'est clairement accélérée en 2019 : les dépenses pour ce poste ont reculé de 8,4 % après une baisse de 3,2 % l'année précédente. Cette baisse est due autant à la contraction des prix (-4,7 %, contre -0,6 % l'année précédente) qu'à la chute des volumes (3,9 % contre 2,6 %). Le déclin des volumes de médicaments non remboursables s'explique principalement par une mesure réglementaire : en 2019, les traitements de sevrage tabagique, qui, auparavant, étaient non remboursables, sont devenus remboursables. Ce changement a également contribué à la croissance dynamique, en volume, des médicaments remboursables.

En 2019, le reste à charge des ménages (RAC) s'élève à environ 14,3 milliards d'euros, soit 213 euros par habitant et par an. Ce RAC a de nouveau diminué en 2019 pour atteindre 6,9 % de la CBSM, contre 7,1 % en 2018. Cette tendance à la baisse du RAC en proportion de la CBSM, observée depuis 2009, peut s'expliquer par des facteurs structurels, notamment une participation croissante de la Sécurité sociale. Avec le vieillissement de la population française, le nombre de personnes exonérées de frais pour les affections de longue durée (ALD) – cancer,

diabète, etc. – a augmenté. Parallèlement, le RAC pour les médicaments n'a cessé d'augmenter parce que les médicaments sur ordonnance sont toujours plus nombreux à se voir retirés de la liste nationale des médicaments remboursables. Le nombre de médicaments en vente libre a également augmenté. En outre, plusieurs décisions réglementaires, en particulier la couverture par la Sécurité sociale de traitements médicamenteux innovants et coûteux, ont tiré vers le haut les dépenses la Sécurité sociale. En conséquence, la part de la CBSM couverte par la Sécurité sociale a augmenté de manière quasi continue depuis 2010, pour atteindre 78,2 % en 2019, ce qui contribue à réduire le RAC des ménages.

1.4 Comment maîtrise-t-il les coûts ?

Au cours des deux dernières décennies, l'État s'est de plus en plus impliqué dans le contrôle des dépenses de santé financées par l'AM. Il réglemente environ 75 % des dépenses de santé sur la base du cadre général établi par le Parlement. Le gouvernement alloue les dépenses budgétisées aux différents secteurs (hôpitaux, soins ambulatoires, santé mentale et services aux personnes handicapées) et aux régions.

Selon Durand-Zalenski (2020), l'assurance maladie obligatoire a connu d'importants déficits au cours des vingt dernières années, mais ceux-ci sont passés de 10 à 12 milliards d'euros (de 12,6 à 15,2 milliards de dollars américains) en 2003 à 4,1 milliards d'euros (5,2 milliards dollars américains) en 2016. Cette tendance est le résultat d'une série d'initiatives, notamment :

- une réduction du nombre de lits d'hôpitaux dédiés aux soins de courte durée
- le retrait de 600 médicaments de la liste des médicaments remboursables
- une augmentation de la prescription de médicaments génériques
- une réduction du prix des médicaments génériques
- l'utilisation de médicaments en vente libre
- une réduction des honoraires conventionnels pour les radiologues indépendants et laboratoires de biologie
- la mise en place de centrales d'achat pour mieux négocier les coûts
- une augmentation de la part d'interventions en chirurgie ambulatoire
- l'institution d'une sortie précoce après une opération ou un accouchement
- une réduction des doublons d'examens.

La concurrence ne sert pas de mécanisme de contrôle des coûts dans l'assurance maladie obligatoire. Les budgets globaux ne sont utilisés que dans les accords prix-volume pour les médicaments ou les dispositifs. Les mécanismes de partage des coûts par les patients comprennent une augmentation de la part du ticket modérateur des patients qui refusent les médicaments génériques ou qui ne suivent pas le parcours de soins conventionné (système de contrôle volontaire de l'accès). Le gouvernement remédie à la hausse du prix des médicaments par le biais d'une utilisation accrue des génériques et des biosimilaires subventionnés grâce au système de rémunération au rendement ; des accords prix-volumes ; et des remises (non divulguées) consenties par les fabricants.

Des stratégies de contrôle des coûts ont été introduites au fil des années

Il existe également un certain nombre d'initiatives visant à réduire les soins au faible service médical rendu, lancées par l'assurance maladie obligatoire et la Haute autorité de santé, notamment :

- la réduction des hospitalisations évitables pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque
- la sortie précoce après une opération chirurgicale orthopédique ou un accouchement normal
- l'utilisation des paiements aux GHM pour inciter à favoriser les chirurgies en ambulatoire
- l'établissement de lignes directrices pour le nombre de jours de congé maladie, en fonction de l'affection ou de l'intervention
- le renforcement des contrôles sur la prescription de statines coûteuses et de nouveaux anticoagulants
- des mesures incitatives pour l'utilisation de médicaments biosimilaires moins coûteux.

1.5 Est-il efficace ?⁴

Afin d'évaluer l'efficacité d'un système de santé, il est utile d'analyser un ensemble d'indicateurs qui permettent de mesurer les performances du système dans les trois dimensions suivantes : équité, efficience statique et efficacité dynamique. Ce sont là les paramètres utilisés par les organisations internationales (à savoir l'OMS) et les institutions privées (Bloomberg) pour comparer et classer la qualité des systèmes et des organisations de soins de santé dans le monde entier.

D'après l'Organisation mondiale de la santé, l'« équité sanitaire » consiste à permettre à chaque individu d'atteindre son plein potentiel de santé, y compris l'accès aux services et aux soins favorisant une bonne santé (OMS, 2019). L'« efficience statique » est l'utilisation judicieuse des ressources disponibles, y compris la réduction des dépenses inutiles. Un système de santé affichant une « efficience statique » élevée réduit les services inappropriés, élimine les démarches administratives excessives et rationalise les processus. Enfin, l'« efficacité dynamique » consiste à encourager l'innovation et le soutien aux nouvelles technologies afin de créer des opportunités futures favorisant la santé. Dans ce qui suit, nous présentons des éléments permettant de comprendre le fonctionnement du système français.

Il est bien connu qu'un système de santé équitable permet de réduire les disparités entre les citoyens, ce qui tend en général à améliorer les indicateurs statistiques de la santé publique, tels que l'espérance de vie (EV) et l'espérance de vie sans incapacité (EVS). En ce qui concerne l'espérance de vie, la France a toujours été parmi les premiers pays d'Europe (82,7 ans), mais au cours de la dernière décennie, l'augmentation de l'espérance de vie a ralenti, principalement parce que les gains de longévité parmi les personnes âgées sont restés au point mort. Plus important encore, de forts écarts d'espérance de vie persistent en fonction du statut socioéconomique, et sont principalement liés à des facteurs de risque sociaux, environnementaux et individuels. Le système de santé français offre généralement un bon accès à des soins de qualité, mais les principaux défis sont de renforcer la prévention pour améliorer l'état de santé et réduire les inégalités dans ce domaine. Il convient également de poursuivre la transformation du système de santé pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec des maladies chroniques, toujours plus nombreuses.

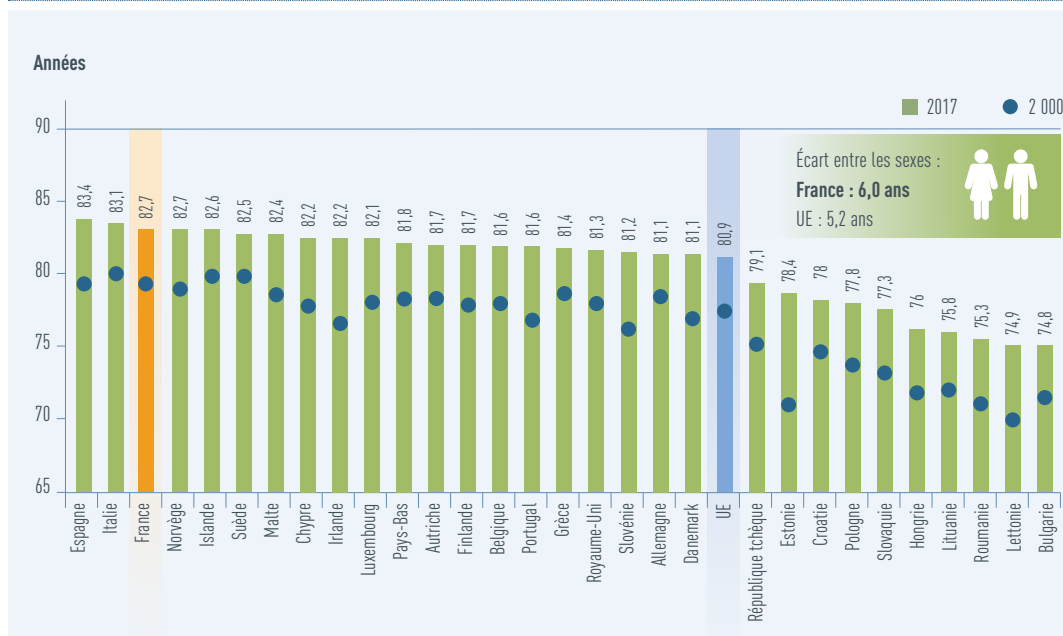
Le système de santé français est assez performant par rapport aux autres pays de l'OCDE, mais d'importantes inégalités persistent

[4] La plupart des données et des résultats présentés dans ce chapitre proviennent de l'OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019).

Bien que l'espérance de vie des femmes françaises soit élevée, il convient de souligner qu'elle a augmenté de moins d'un an entre 2010 et 2018, contre une hausse d'environ deux ans au cours de la décennie précédente. La même tendance a été observée pour les hommes, dont l'augmentation de l'EV a ralenti à 1,5 an de hausse entre 2010 et 2018, contre environ trois ans en 2000-2010. La France n'est pas une exception parmi les pays de l'UE, étant donné que les mêmes tendances ont été constatées presque partout dans les pays occidentaux, principalement en raison du ralentissement des réductions du taux de mortalité chez les personnes âgées. Cette tendance a été en partie causée par les événements survenus entre 2011 et 2015 (ce sont peut-être les effets des plans d'austérité lancés après la Crise économique mondiale de 2008), lorsque le taux de mortalité de la population âgée de 85 ans et plus a augmenté, entraînant une réduction de l'espérance de vie.

L'espérance de vie des femmes est supérieure de 6 ans à celle des hommes

Graphique 6. Espérance de vie en France et dans d'autres pays de l'OCDE

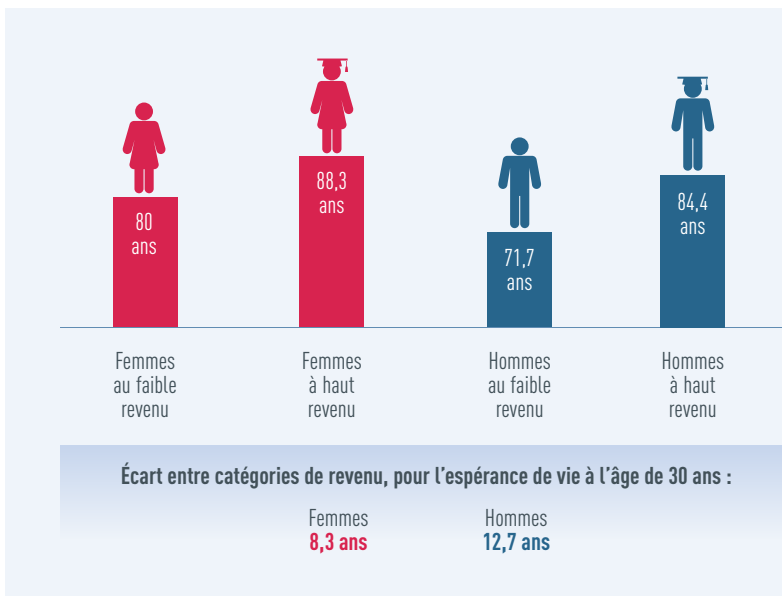


Source : OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019).
 Les données les plus récentes concernent l'année 2017.

Plus important encore, au cours de la dernière décennie, les inégalités sociales d'EV se sont creusées. Ces inégalités sont considérables, non seulement entre les sexes, mais aussi selon le statut socioéconomique. L'espérance de vie des hommes aux revenus les plus bas est de 13 ans inférieure à celle des hommes aux revenus les plus élevés (Graphique 7). L'écart était de 8 ans chez les femmes (INSEE, 2018). Ce « fossé des revenus », traduit dans l'EV, s'explique au moins en partie par les différences de niveau d'éducation et de niveau de vie, d'exposition aux facteurs de risque et d'accès aux soins de santé.

En ce qui concerne l'état de santé global, en 2017, environ deux tiers de la population ont déclaré être en bonne santé, une proportion proche de la moyenne de l'UE. Les personnes à revenu élevé étaient plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que celles à faible revenu. En 2017, 73 % de la population française du premier quintile de revenus a déclaré être en bonne santé, contre 63 % pour la population du quintile aux revenus les plus faibles. À titre de comparaison, les moyennes de l'UE sont respectivement de 80 % et 61 %. L'on constate un schéma similaire en fonction du niveau d'études.

Graphique 7. L'écart entre catégories de revenu, en matière d'espérance de vie, est d'environ 13 ans pour les hommes et 8 ans pour les femmes



Source : OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019). Les données les plus récentes concernent l'année 2017.

En outre, bien que de nombreuses personnes restent en bonne santé en vieillissant, d'autres ont des problèmes de santé qui peuvent limiter leurs activités. Plus l'espérance de vie est élevée, plus sont nombreuses les années passées avec des affections et incapacités, ce qui pèse sur la viabilité du système de santé. Par exemple, en 2017, on s'attend à ce que l'espérance de vie des Français à 65 ans soit de 22 ans. Parallèlement, en 2017, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans était de 10 ans, ce qui implique que les citoyens français passent les 12 dernières années de leur vie en souffrant de maladies chroniques et d'incapacités. En fait, plus de trois personnes sur cinq âgées de 65 ans et plus ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique en 2017, bien que cela ne les empêche pas nécessairement de mener une vie normale. La plupart des personnes âgées sont capables de continuer à vivre de façon autonome, mais une personne âgée sur six a déclaré souffrir de plusieurs limitations dans les activités de base de la vie quotidienne, comme s'habiller et manger, qui peuvent nécessiter une assistance et des soins de longue durée. Une personne sur trois âgée de plus de 65 ans présente des symptômes de dépression, un pourcentage légèrement supérieur à la moyenne de l'UE. Encore une fois, ces chiffres varient selon le statut socioéconomique.

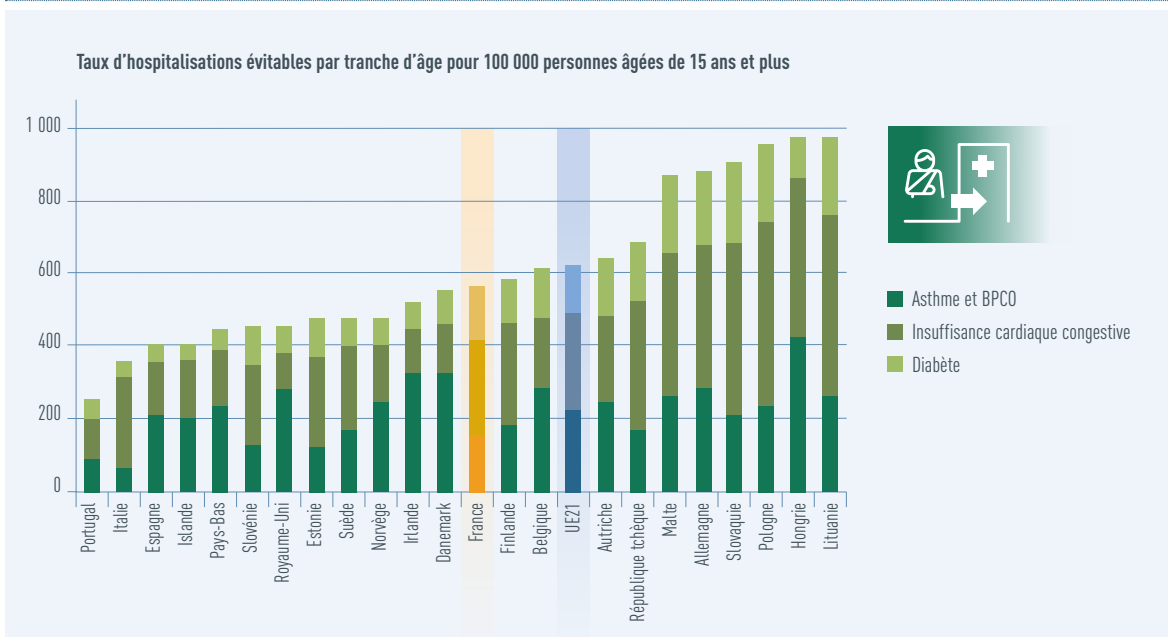
Enfin, il convient de mentionner que le niveau de besoins de soins non satisfaits est généralement faible, mais cela n'est pas nécessairement vrai pour les groupes à faible revenu. En général, les besoins de soins médicaux non satisfaits en raison du coût, de la distance ou des temps d'attente sont très faibles. Seulement 1 % de la population a déclaré souffrir de tels besoins non satisfaits en 2017, selon l'enquête UE-SILC. Il existe quelques écarts entre les groupes de revenu : environ 2 % des personnes dans le quintile de revenus le plus bas ont déclaré renoncer à des soins médicaux pour des raisons financières, de distance ou de temps d'attente, contre seulement 0,3 % des personnes du quintile le plus élevé.

En termes de « efficacité statique », le système de santé français se situe à peu près au milieu du classement des pays de l'UE. Par exemple, en ce qui concerne les hospitalisations évitables pour des maladies chroniques, la France occupe une position plus élevée (elle affiche un nombre plus élevé d'admissions évitables) que de nombreux pays de l'UE. [Le Graphique 8](#) montre que la France se classe derrière de nombreux autres systèmes universalistes comme l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni. À part l'Allemagne, les pays aux résultats pires que ceux de la France sont pour la plupart des pays d'Europe de l'Est. Plusieurs admissions à l'hôpital pour maladies contagieuses ou chroniques peuvent être évitées grâce à des interventions bien organisées de prévention et de soins primaires. Bien que les hospitalisations évitables pour certaines maladies chroniques comme l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (ou BPCO) en France soient inférieures à la moyenne de l'UE, les taux d'hospitalisation pour diabète sont presque 20 % plus élevés. En matière de prise en charge du cancer, la France s'est améliorée depuis le début des années 2000 grâce à la mise en place d'équipes pluridisciplinaires et de réseaux de cancérologie, une plus grande utilisation des directives cliniques et un accès plus rapide aux médicaments innovants. Sur la base des données sur les patients diagnostiqués entre 2010 et 2014 et obtenues

L'espérance de vie sans incapacité n'est que de 12 ans, mais pourrait être accrue

par le programme CONCORD de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, la France affiche des résultats honorables comparée aux autres pays de l'UE, concernant les taux de survie à cinq ans après diagnostic de cancer du sein, du côlon, de la prostate et du poumon.

Graphique 8. Les hospitalisations évitables sont plus fréquentes que dans de nombreux pays de l'UE.

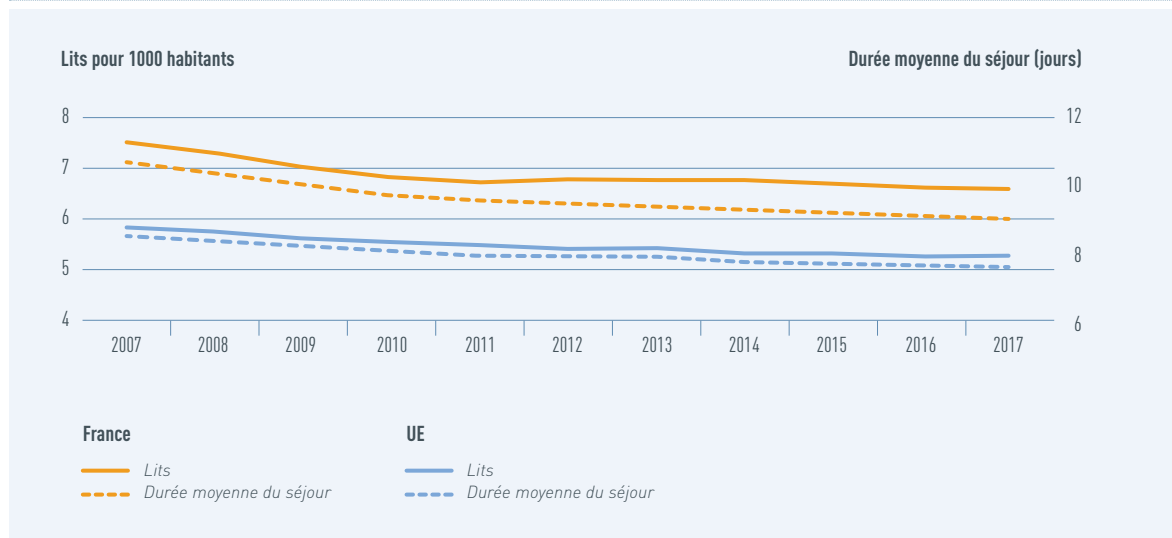


Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (les données se rapportent à 2017 ou à l'année la plus proche, sauf pour la France 2015).

Un autre indicateur de l'« efficacité statique » est le nombre de lits d'hôpital et la durée moyenne du séjour. Selon le **Graphique 9**, la France affiche des chiffres toujours plus élevés que la moyenne de l'UE, bien qu'ils aient eu tendance à diminuer au cours des 10 dernières années, mais pas assez pour atteindre ceux de la moyenne de l'UE. « La Stratégie nationale de santé 2018-22 propose de nouvelles restructurations du secteur hospitalier qui incluraient une nouvelle catégorie d'hôpitaux de proximité. Ceux-ci se concentreraient sur la prestation de soins de faible niveau technique, comme la médecine générale, la gériatrie, la rééducation, la gestion des maladies chroniques, le soutien technique (imagerie médicale, biologie), les soins mobiles et la santé numérique (ou eSanté),

y compris la télémédecine. On s'attend à ce qu'environ 500 à 600 hôpitaux publics (c.-à-d. 35-45 %) deviennent des hôpitaux de proximité ». (OCDE/ Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2019).

Graphique 9. Le nombre de lits d'hôpital et la durée moyenne du séjour



Source : Base de données Eurostat

Selon l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé de l'OCDE (2019), « il est largement admis que de nombreuses activités et interventions dans le système de santé français ne sont pas utiles et n'apportent que peu d'avantages aux patients. L'utilisation excessive de certaines de ces interventions a été illustrée dans l'Atlas 2016 des variations de pratiques médicales, qui a examiné les variations souvent importantes et inexpliquées du recours à dix interventions chirurgicales fréquemment utilisées (Le Bail & Or, 2016). Depuis 2016, chaque agence régionale de santé doit fournir un plan d'action de quatre ans décrivant les améliorations prévues dans la pertinence des soins, en ciblant les variations des pratiques médicales identifiées dans l'Atlas 2016. En outre, depuis 2015, une série de mesures ont été prises pour identifier les disparités extrêmes et injustifiées de pratiques médicales dans les hôpitaux, en se basant principalement sur le système informatique des hôpitaux. Les hôpitaux identifiés comme étant atypiques doivent signer un contrat avec leur agence régionale de santé et l'assurance maladie obligatoire, qui guide la mise en œuvre de mesures visant à améliorer la pertinence des soins.

L'assurance maladie obligatoire encourage également des soins plus appropriés dans les soins primaires, surtout depuis l'introduction en 2012 de paiements basés sur des objectifs de santé publique et des mesures de contrôle, lorsque les volumes de produits pharmaceutiques prescrits se situent bien au-dessus de la moyenne locale ».

Par ailleurs, les politiques de santé publique et de prévention ont de tout temps été négligées en France. La nouvelle Stratégie nationale de santé 2018-2022 a mis davantage l'accent et alloué davantage de ressources (400 millions d'euros sur cinq ans) aux programmes de prévention à tous les âges. Qui plus est, en réponse à une récente baisse des taux de vaccination des enfants, le gouvernement a rendu obligatoire huit autres vaccins en 2018 (portant le total de vaccins obligatoires à 11) et a lancé des campagnes de sensibilisation pour rétablir la confiance du public vis-à-vis des avantages de la vaccination. Des données préliminaires suggèrent que ces mesures ont mené à une augmentation des taux de vaccination des enfants.

**Des soins
traditionnellement
préventifs ont été
négligés**

Graphique 10. Scanners et appareils d'IRM, 2017 (ou l'année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

En termes d'efficacité dynamique, la France semble avoir un fonctionnement médiocre, si l'on se fonde sur les indicateurs standard calculés par l'OCDE, et qui s'appuient sur deux technologies d'imagerie diagnostique : les examens par tomodensitométrie (TDM) (ou scanners) et les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui aident les médecins à diagnostiquer toute une série de pathologies. La disponibilité des scanners et des appareils d'IRM s'est envolée dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des deux dernières décennies. Le Japon a de loin le plus grand nombre d'appareils d'IRM et de scanners par habitant, suivi par les États-Unis pour les IRM et par l'Australie pour les scanners (*Graphique 10*). La France se classe en-dessous de pays comme l'Autriche, l'Allemagne, la Grèce, l'Islande, l'Italie, la Corée et la Suisse, mais bien au-dessus du Royaume-Uni, qui est à la traîne. Toutefois, en termes d'utilisation d'appareils d'IRM et de scanners, la France se classe, respectivement, au deuxième rang et au huitième rang. Cependant, aujourd'hui, ces indicateurs sont très peu pertinents, étant donné le rythme soutenu auquel la technologie médicale investit le secteur des soins de santé.

Menaces sur la viabilité financière : La France est-elle à l'abri ?

L'ampleur de la crise économique de 2008-2009 a aiguisé le débat sur la viabilité du système national de santé. L'effondrement des économies, suivi de la longue période de crise économique, a soulevé, entre autres, le problème de l'incapacité à maintenir les services publics qui sont les piliers de l'État-providence : l'éducation, les retraites et les soins de santé. La forte baisse des recettes publiques, conséquence directe de la baisse de l'activité des entreprises, accompagnée d'une augmentation spectaculaire du chômage et du net recul du nombre de salariés qui versent des cotisations sociales, a considérablement aggravé la situation. En conséquence, tous les pays de l'UE ont commencé à évoquer d'importantes réformes pour garantir la viabilité financière de ces services publics importants.

Toutefois, il ne faut pas oublier que les institutions connaissaient de graves difficultés financières même avant la crise, surtout dans les systèmes de santé. Au cours des 50 dernières années, la couverture universaliste dans la plupart des pays européens avancés a contribué à une amélioration permanente des indicateurs de la santé, mais aussi à une hausse continue des dépenses de santé, que les pays, dans de nombreux cas, ne pouvaient pas se permettre. Il en va de même dans tous les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), où les dépenses de santé ont augmenté plus que le produit intérieur brut (PIB). Elles ont ainsi perdu toute viabilité économique, ayant été créées et développées à une époque plus prospère (Ivanková et al., 2019 ; OCDE, 2019a).

Selon les projections de l'OCDE en 2010, si les dépenses de santé dans les pays européens continuaient à croître aux taux qu'a connue la première décennie du 21^e siècle, elles pourraient passer de 8 % du PIB moyen en 2000 à plus de 14 % en 2030. Des projections plus récentes de l'OCDE, par Lorenzoni et al (2019) montrent qu'au cours des quinze prochaines années, la croissance des dépenses de santé par habitant devrait être plus lente que par le passé, mais toujours au-dessus des taux de croissance de l'économie. « En moyenne, dans l'ensemble de l'OCDE, les estimations de base envisagent des dépenses de santé atteignant les 10,2 % du produit intérieur brut (PIB) d'ici 2030, contre 8,8 % en 2015. Les limites inférieure et supérieure des estimations plausibles prévoient que les dépenses de santé atteignent entre 9,6 % et 10,8 % du PIB, selon que les politiques réussiront ou non à contenir les dépenses de santé. Les dépenses par les régimes publics et par l'assurance obligatoire devraient augmenter plus rapidement que les dépenses totales de santé. La part des dépenses totales de santé financées par ceux-ci devraient ainsi passer de 74,2 % à 77,4 % d'ici 2030 » (Lorenzoni et al., 2019). Les principaux moteurs de ces projections sont les évolutions du revenu ; la démographie ; la faible productivité relative dans le secteur de la santé ; et d'autres facteurs inexpliqués, y compris le changement technologique. Le revenu est de loin la variable la plus importante, expliquant la moitié de la croissance prévue. D'un point de vue stratégique, ces prévisions sont importantes car elles soulignent deux points importants. Tout d'abord, les dépenses de santé ne cesseront pas d'augmenter, ce qui implique

La situation macroéconomique impactera la viabilité financière du système de santé

Selon des prévisions récentes, les dépenses de santé augmenteront plus que le PIB

que les décideurs politiques doivent prévoir des fonds pour les financer au fil du temps. Deuxièmement, « même si les dépenses de santé sont susceptibles d'augmenter, les gouvernements peuvent encore avoir un impact substantiel pour contenir cette hausse. Parmi les exemples de politiques éprouvées, citons l'amélioration des lois et des règlements sur les professionnels de la santé, les produits pharmaceutiques et les nouvelles technologies, ainsi que des stratégies efficaces de promotion de la santé des personnes et de prévention des maladies » (Lorenzoni et al., 2019).

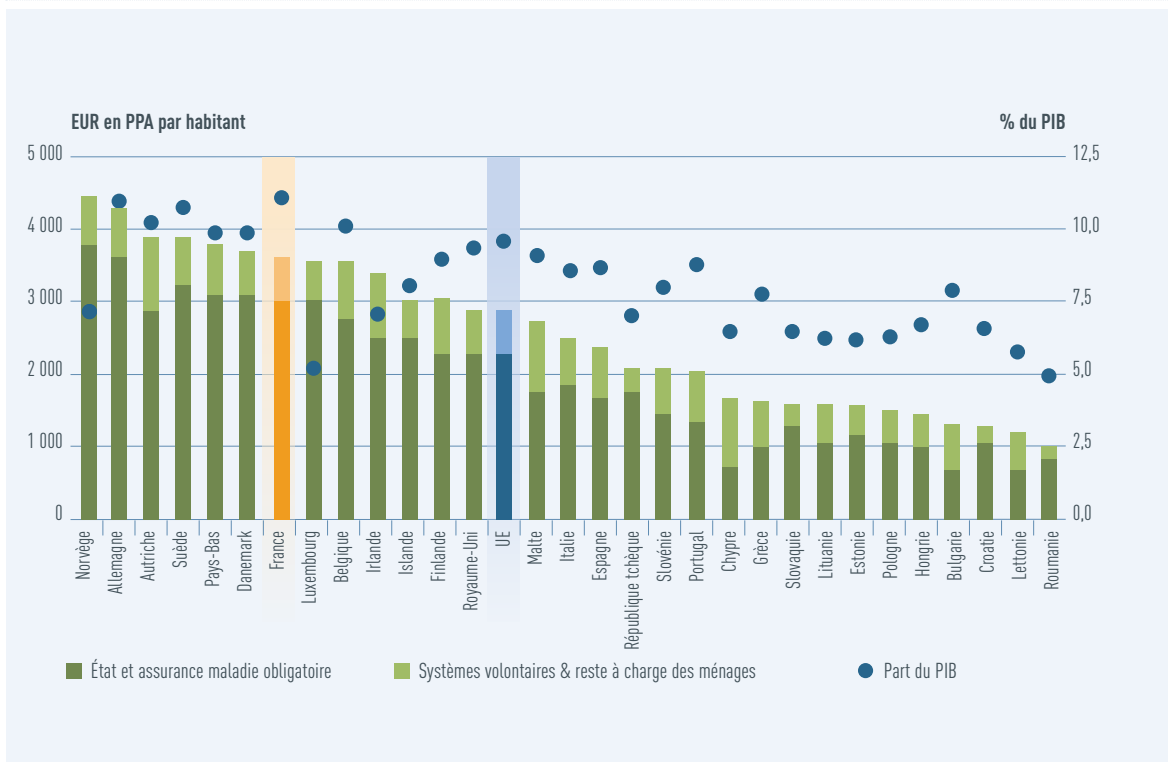
Ainsi, étant donné que la viabilité d'un système de santé dépend principalement de la croissance économique, la crise économique, le ralentissement de la croissance et la détérioration des finances publiques qui en résulte compromettent sérieusement la viabilité des systèmes de santé qui connaissent déjà des problèmes structurels. En même temps, les gouvernements sont sous pression, incités à poursuivre leurs objectifs à long terme de rendre les systèmes de santé plus équitables, plus réactifs et plus efficaces.

De ce point de vue, les dépenses de santé en France sont nettement supérieures à la moyenne de l'UE. La part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté au cours de la dernière décennie, passant de 10,3 % en 2007 à 11,3 % en 2017, la proportion la plus élevée dans l'UE avec l'Allemagne, et bien au-dessus de la moyenne de l'UE de 9,8 % (voir le [Graphique 11](#)). Toutefois, la France n'arrive qu'au sixième rang en termes de dépenses de santé par habitant, à 3 626 euros par habitant en 2017 (ajusté en fonction des différences de pouvoir d'achat). Bien que ce chiffre soit 25 % plus élevé que la moyenne de l'UE (2 884 euros), plusieurs pays comme l'Allemagne, l'Autriche, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark dépensent davantage par habitant.

L'on peut douter de la viabilité d'un système fondé sur une unique institution publique, qui repose toujours davantage sur les recettes fiscales pour assurer la viabilité financière des caisses d'assurance maladie. Au cours des deux dernières décennies, l'État s'est de plus en plus impliqué dans le contrôle des dépenses de santé financées par l'assurance maladie obligatoire. Depuis 2009, les agences régionales de santé ont joué un rôle croissant dans la gestion de la prestation des soins de santé au niveau local.

La détérioration des finances publiques se reflétera dans les dépenses allouées au système de santé

Graphique 11. Les dépenses de santé en France sont plus élevées que dans la plupart des pays de l'UE



Source : OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019).
Les données concernent l'année 2017.

Toutefois, la Stratégie nationale de santé 2018-2022, adoptée en 2017, fixe des objectifs ambitieux visant à améliorer l'ensemble du système de santé et à réduire les inégalités dans ce domaine. (Ministère des solidarités et de la santé, 2017). Cette Stratégie s'articule autour des quatre principales priorités suivantes : 1) politiques de promotion de la santé et de prévention tout au long de la vie et dans tous les groupes socioéconomiques ; 2) réduction des inégalités sociales et géographiques dans l'accès aux soins de santé ; 3) garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des soins de santé ; 4) transformation du système en un système davantage centré sur le patient. Ces objectifs ne peuvent pas être atteints sans financement : en l'absence d'un changement significatif du taux de croissance de l'économie et/ou d'une réaffectation importante des dépenses publiques en faveur du secteur de la santé, à court et moyen terme, ce plan exercera certainement une pression supplémentaire sur la viabilité du système.

Réforme du système : une longue liste de réformes au cours des 20 dernières années.⁵

En 2000, l'OMS a déclaré le système de santé français le « meilleur au monde ». Cela en dépit du fait que la France a pris du retard sur l'Europe en termes de normes de référence pour les soins de santé de haute technologie (tels que le nombre d'IRM ou de scanners par habitant) et d'autres défis structurels majeurs⁶. Il aura fallu moins de quatre ans pour qu'une nouvelle évaluation émane de l'organisme officiel français (le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie). Selon cette évaluation, le système de santé du pays se trouvait dans un état de « confusion générale » et était confronté à une crise grave, notamment la multiplication par six de son déficit budgétaire public avant 2020.

Les mesures qui ont suivi ces évaluations se sont davantage apparentées à un tour de montagnes russes qu'à un chemin d'amélioration sans heurts, et la crise de 2008 n'a pas aidé. Globalement, le système français parvient en moyenne plutôt bien à atteindre de bons niveaux de santé publique, par rapport au reste du monde. L'espérance de vie, ainsi que les taux de mortalité, rappellent à chacun de nous la bonne qualité des soins de santé que nous recevons dans l'UE. Cependant, tous les pays sont confrontés à des problèmes structurels similaires, qui s'aggravent avec le temps en raison des besoins croissants d'une population vieillissante et de l'augmentation des coûts – en particulier pour les nouvelles thérapies et technologies.

C'est pour cette raison que plusieurs réformes ont été conçues puis mises en œuvre pour tenter d'accroître l'efficacité du système. Cela a été particulièrement vrai pour la France, qui a introduit la première réforme importante en 1996 (aux résultats faibles) pour renforcer la qualité et l'efficacité. Parmi les mesures, la création d'un organisme d'accréditation des soins de santé ; de nouvelles agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ; l'établissement de budgets limités, aux niveaux national et régional ; et une procédure de passation de marchés entre les autorités sanitaires et les hôpitaux. Ces mesures, cependant, n'ont guère permis de contrôler la hausse à long terme des coûts, et elles ont ouvert la voie à des mesures beaucoup plus drastiques, proposées en 2004 par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Un plan de réforme, baptisé « Hôpital 2007 », a été lancé en novembre 2002. Il s'agissait d'un ambitieux programme de réforme sur 5 ans, mis en œuvre sur la période 2003-2007 (qui a ensuite été suivi par le plan « Hôpital 2012 » pour les années 2008-2012). L'objectif principal de la réforme était de moderniser les établissements de santé en augmentant les investissements dans les bâtiments et l'équipement. Résultat, l'investissement total dans les hôpitaux a doublé entre 2003 et 2006. Il a également introduit un système de paiement à l'acte pour les hôpitaux publics et privés. Auparavant, les ressources étaient allouées aux hôpitaux publics et privés selon deux méthodes différentes. Les hôpitaux publics et la plupart des hôpitaux privés à but non lucratif avaient des budgets alloués par les agences régionales de l'hospitalisation en fonction des coûts précédemment affichés par chaque structure. Les hôpitaux privés à but lucratif avaient un système de facturation avec différentes composantes : des tarifs journaliers et un paiement distinct, basé sur

Des réformes trop nombreuses ne sont pas de bon augure pour le système de santé français

(5) Une description détaillée de toutes les réformes des soins de santé mises en œuvre en France est disponible dans le papier de Safon (2019).

(6) Cet exercice n'a jamais été répété dans les années suivantes, principalement en raison de l'opposition des États-Unis, qui ont été classés 37^{èmes} !

les procédures de diagnostic et de traitement. De plus, les médecins travaillant dans des hôpitaux privés à but lucratif étaient rémunérés par des honoraires, contrairement à ceux qui travaillent dans des hôpitaux publics et sans but lucratif, qui sont salariés. Désormais, à l'exception des soins de longue durée et de la psychiatrie, tous les hôpitaux sont financés sur la base d'une « tarification à l'activité » (T2A), ou des « groupes homogènes de malades ». Actuellement, les modèles de financement et le calcul des tarifs pour les hôpitaux publics et privés demeurent différents. Toutefois, à partir de 2018, l'objectif est d'harmoniser les modes de paiement et de tarification des deux secteurs. Un autre élément important de cette réforme a été de donner aux hôpitaux publics la flexibilité nécessaire pour faire face à ce nouveau contexte financier. L'objectif était de simplifier la gestion des hôpitaux publics et de faire participer le personnel médical aux décisions de gestion. Les hôpitaux ont maintenant la possibilité de créer de grands services cliniques afin d'organiser leurs activités médicales de manière plus efficace. L'allocation des ressources et la plupart des règles de gestion concernant le recrutement, la stratégie d'investissement et le recours aux nouvelles interventions restent néanmoins encadrées.

Le plan « Hôpital 2012 » a été annoncé en février 2007. Les objectifs de cette deuxième réforme étaient la sécurité, les conditions de travail, le système d'information et les fusions. De plus, ce nouveau plan d'investissement était censé garantir une continuité, sans rupture avec le plan précédent.

En 2009, une nouvelle loi, la loi « HPST » (pour « Hôpital Patient Santé Territoire ») a été adoptée. Son but est de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre chapitres consacrés respectivement à l'hôpital ; à l'affectation des médecins et à l'accès à la médecine de ville ; aux mesures de santé publique et à de prévention ; et enfin à la création d'Agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner toutes les politiques de santé dans un cadre territorial (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention). La réforme a également introduit de nouveaux mécanismes de coopération entre prestataires et a modifié la gouvernance interne des hôpitaux publics en donnant plus de pouvoir au Directeur d'hôpital. Dans le même temps, elle a élargi la capacité du secteur privé à but lucratif de réaliser des missions de service public.

En juin 2014, une autre réforme a été présentée par la ministre des Affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, puis adoptée par le Conseil des ministres le 15 octobre 2014. Cette nouvelle réforme s'inscrivait en droite ligne de la loi HPST « Hôpital Patient Santé Territoire » du 21 juillet 2009. Elle est l'aboutissement de plusieurs travaux préparatoires : les 19 recommandations du Comité des Sages présidé par Alain Cordier, les propositions de rapports officiels comme celui de Claire Compagnon sur la démocratie sanitaire, de Bernadette Devicqur sur le service public territorial de santé (SPTS) et le service public hospitalier (SPH), et d'Édouard Couty sur le pacte de confiance pour l'hôpital. La loi est structurée autour de trois axes : la prévention ; l'accès

aux soins ; les droits et la sécurité des patients. Son titre a également été changé, devenant un projet de loi visant « à moderniser notre système de santé ».

Toutefois, en 2016, une nouvelle réforme appelée « Loi de modernisation du système de santé » a été approuvée. La loi visait à refondre totalement le service public hospitalier. Cela commence par une redéfinition du service public hospitalier, qui a été jugé profondément désorganisé à la suite de la loi du 21 juillet 2009, connue sous le nom de « HPST », qui a divisé la fonction publique hospitalière en quatorze missions de service public (y compris les urgences).

Enfin, en septembre 2018, le Président a annoncé la stratégie « Ma santé 2022 » qui est censée offrir une vue d'ensemble et des réponses globales aux enjeux du système de santé français. Tout d'abord, elle devrait s'attaquer aux inégalités d'accès aux soins qui font qu'un nombre croissant de patients ayant des difficultés à consulter un médecin se tourne en premier lieu vers les urgences. Ensuite, elle devrait aider les professionnels à mieux coopérer, à disposer de plus de temps pour leurs patients et à être formés différemment. En particulier, elle devrait rassembler les professionnels de santé dans les soins primaires et les soignants des hôpitaux autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français en province. Elle est censée permettre à chaque Français d'être traité tous les jours de la semaine, jusqu'au soir, ainsi que le samedi matin, sans avoir à passer par l'hôpital ; à renforcer les actions de prévention ; à maintenir à domicile autant que possible les personnes fragiles atteintes de plusieurs pathologies. Les soins de proximité doivent être organisés au sein de structures coordonnées telles que les maisons ou centres de santé, dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Pour aller dans ce sens, la réforme introduira de nouvelles fonctions d'assistant médical qui seront en mesure d'assumer des tâches administratives et de soins médicaux, pour permettre aux médecins de passer plus de temps avec leurs patients, en particulier les plus fragiles ou ceux atteints de maladies chroniques. L'offre hospitalière sera repensée autour des hôpitaux et des services hospitaliers locaux pour les soins quotidiens (médecine, gériatrie, rééducation), plus nécessaires que jamais dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques.

Afin de soutenir ces évolutions ainsi que les professionnels des hôpitaux dans l'exécution de leurs missions, « Ma santé 2022 » renforcera les activités de formation à tous les niveaux. Une nouvelle vision et une nouvelle organisation du système de santé français ne sont pas possibles sans repenser la façon dont les soignants et les responsables sont formés.

Dans l'ensemble, « Ma santé 2022 » sera conçu autour d'un fil conducteur : la qualité et la pertinence des soins. Avec l'établissement de véritables parcours de soins, les patients n'auront pas à assumer seuls la coordination entre les divers professionnels de la santé. Ce processus devrait être facilité grâce à l'adoption des technologies numériques.

Le dernier plan
« Ma santé 2022 »

En conclusion, sur une période de 20 ans, le système de santé français a subi 5 réformes structurelles importantes (sans tenir compte d'autres changements mineurs mis en œuvre au cours de ces années) dont les buts et objectifs ont parfois été contradictoires. En moyenne, chaque réforme disposait de 5 ans tout au plus pour être mise en œuvre et produire les résultats attendus (considérant que « Ma santé 2022 » est encore en cours). Il s'agit là d'un processus très inefficace, ressemblant davantage à un « tour de montagnes russes » qu'à une transition en douceur vers un système amélioré, et pourrait expliquer en partie certains des problèmes structurels du système de santé français. Espérons que si elle est correctement exécutée et non « détournée » au cours de sa période de mise en œuvre, la réforme « Ma santé 2022 » pourra aider à résoudre nombre de ces problèmes.

La France parviendra-t-elle à relever les défis qui attendent le système de santé ?

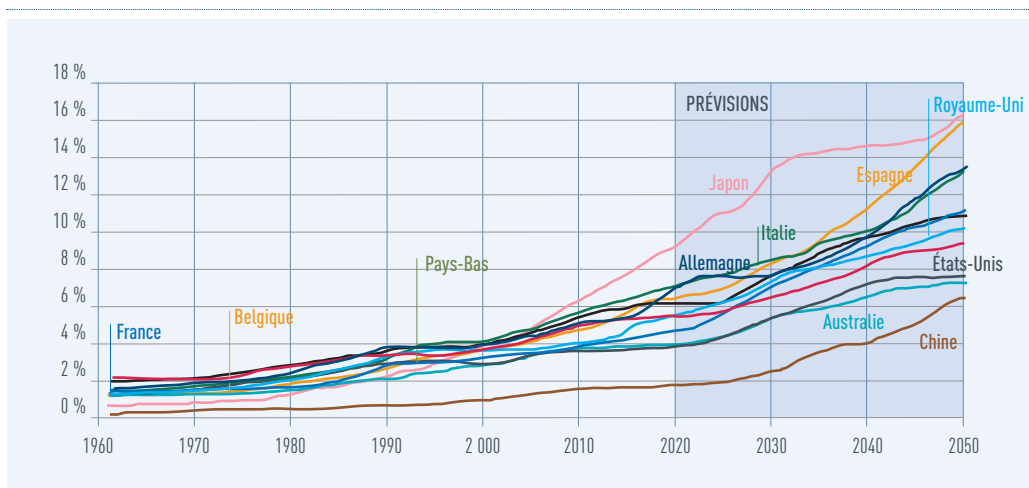
Le système de santé fait face à des changements rapides, maintenant plus que jamais. Ces changements posent de nouveaux défis aux organismes de soins de santé. En particulier, dans un contexte de grande complexité (évoqué dans l'introduction), les réglementations gouvernementales évoluant rapidement, les innovations technologiques et les attentes des patients créent un nouvel environnement dans lequel, par exemple, la gestion d'une pratique médicale ne se limite plus à traiter les patients. Dans ce qui suit, nous décrivons les principaux défis et indiquons si, et comment, le système de santé français est prêt à les relever.

4.1 Défis épidémiologiques : l'envolée des maladies chroniques

Le premier défi est le vieillissement de la population. Nous constatons déjà son impact dans de nombreux pays européens, mais les prévisions suggèrent que la pression exercée sur les systèmes de santé pourrait s'avérer monumentale. Au Royaume-Uni, un débat public est déjà en cours sur l'impact potentiel d'une « bombe à retardement » du vieillissement, mais ce changement démographique n'est pas propre au Royaume-Uni. Comme le montre le *Graphique 12*, la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans devrait s'envoler partout en Europe, et surtout en France, en Allemagne, en Italie et en Espagne. Ce changement démographique est principalement tiré par l'augmentation de l'espérance de vie – le résultat des progrès de la médecine et des interventions médicales. Comme le montre le *Graphique 13*, les hommes et les femmes de toute l'Europe peuvent maintenant s'attendre à vivre encore 18 à 24 ans une fois qu'ils ont atteint l'âge de 65 ans.

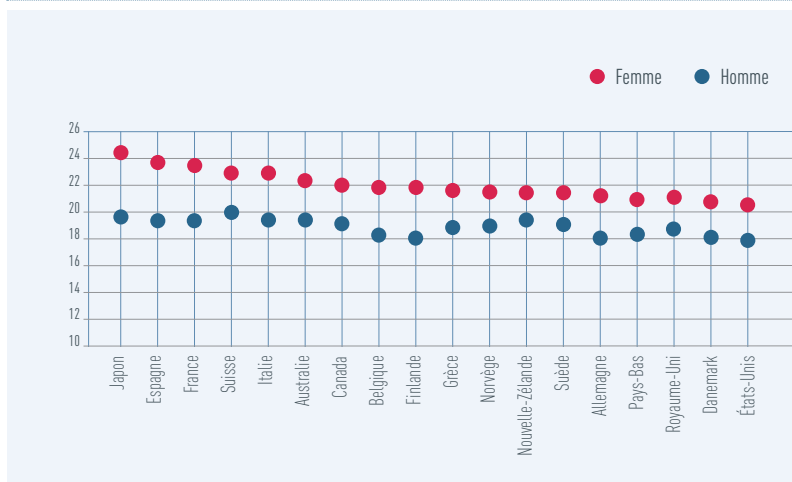
La France est l'un des pays les plus vieux au monde

Graphique 12. Part de la population âgée de 80 ans et plus (%)



Le vieillissement est une bonne chose, et c'est certainement le signe d'une société qui avance, car cela signifie que nous vivons plus longtemps. Cependant, ce phénomène comporte des effets secondaires causés par l'envolée d'une ou de plusieurs maladies chroniques. À ce titre, le monde futur affichera un fardeau de la maladie dont la structure sera différente d'il y a 20 ans, et certainement de celle qui prévalait il y a 50 ans. Par rapport à il y a 50 ans, les individus sont moins susceptibles de mourir de maladies infectieuses pendant l'enfance ou l'âge adulte. Ils ne meurent plus non plus dans des accidents, comme c'était le cas avant. De plus, si un individu fait une crise cardiaque, il peut être traité et, généralement, il survit.

Graphique 13. Espérance de vie à 65 ans selon le sexe



Source : OCDE

En conséquence, nous voyons plus de maladies chroniques associées au vieillissement, mais aussi à une mauvaise hygiène de vie. Parmi ces maladies chroniques, les maladies neurodégénératives prévalent, et les troubles cognitifs (démence) sont un défi croissant. Enfin, la santé mentale est en train de devenir l'un des principaux défis du système de santé, et touche non seulement les personnes âgées, mais aussi la population adulte.

Cette tendance épidémiologique exigera un type de soins de santé très différent de celui d'il y a 20 ans, lorsque les interventions et les soins fournis étaient davantage axés sur les « pathologies aiguës ». Avoir un accident, souffrir d'une infection majeure ou avoir une crise cardiaque sont autant de choses qui peuvent être traitées dans un milieu hospitalier. Au contraire, les nouvelles maladies exigent un « continuum des soins »,

organisés autour du patient et de sa vie, de son mode de vie, de ses comportements de santé et de son bien-être, mais aussi, et surtout, cela exige des soins de santé proactifs plutôt que réactifs. Il s'agit d'un paradigme complètement différent pour les soignants, ainsi que pour les différentes infrastructures, les systèmes et les mécanismes de prestation de soins de santé. C'est un défi majeur pour tous les pays développés – amener nos organisations à penser que nous n'avons pas simplement besoin de fournir « plus de soins », mais aussi des « soins différents » : cela nécessite une sorte d'ajustement structurel.

Un autre défi posé par le vieillissement est qu'il créera de fortes synergies avec la tendance des nouvelles technologies : ensemble, ils seront responsables de l'augmentation des coûts de la santé. De toute évidence, avoir des technologies plus performantes et plus efficaces est une bonne nouvelle, tout comme le vieillissement de la population. Cependant, cette association de facteurs exige beaucoup d'attention de la part des décideurs.

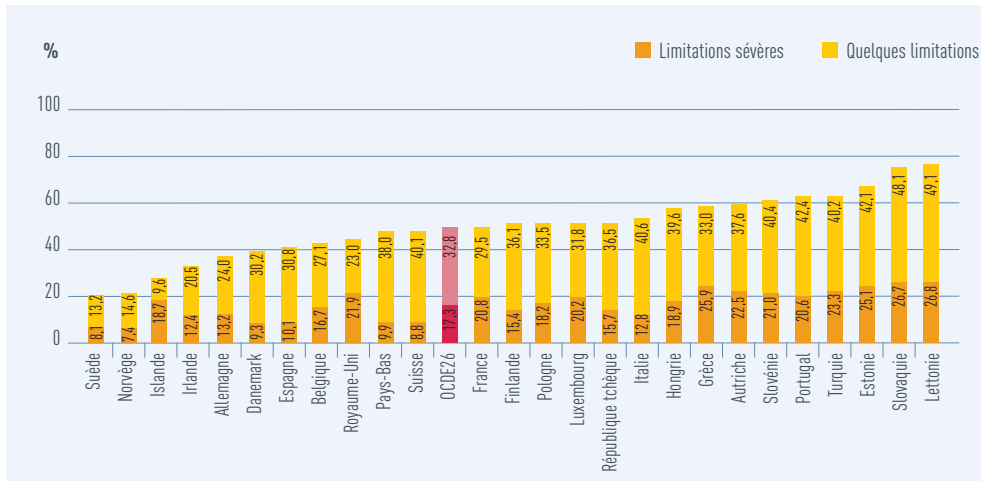
C'est pourquoi l'un des principaux défis est de fournir plus de soins de santé, de meilleurs soins de santé, différents types de soins de santé, mais aussi davantage de soins de santé pour moins cher, car, en fin de compte, c'est la seule façon de résoudre le problème de la viabilité financière. Ce n'est pas une mince affaire. Cela concerne l'augmentation de la productivité dans le secteur ainsi que la refonte de plusieurs processus. Par exemple, si l'on favorise le continuum de soins, quel est alors le rôle des nombreuses infrastructures à coûts fixes qui ont été créées jusqu'à présent ? Elles peuvent être utiles dans certains domaines, mais à l'avenir il y aura de moins en moins de cas de patients nécessitant un traitement immédiat avec un court séjour à l'hôpital.

4.2 Tendances en matière d'incapacités (ou l'éventuel problème des maladies chroniques)

À mesure que la population de l'UE vieillit, le nombre d'Européens présentant des incapacités augmente considérablement. Il est estimé que, à la fin de 2020, environ 120 millions d'Européens souffriront d'une incapacité (EU-SILC 2014). La part des femmes atteintes d'incapacité dans la population générale est plus élevée que celle des hommes (29,5 % contre 24,5 %). Selon l'OCDE (2019), dans les 26 pays européens de l'OCDE, 50 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont déclaré souffrir de plusieurs limitations dans leurs activités quotidiennes : 33 % ont signalé certaines limitations et 17 % ont déclaré des limitations sévères (*Graphique 14*). De nombreux pays ayant déclaré les taux les plus élevés de mauvaise santé, selon une auto-évaluation, ont également signalé des taux élevés de limitations des activités quotidiennes chez les adultes de 65 ans et plus.

Le vieillissement et les nouvelles technologies mettront sous pression le système de santé

Graphique 14. Limitations des activités quotidiennes chez les adultes de 65 ans et plus, pays européens, 2017 (ou année la plus proche)



Source : Base de données Eurostat de l'OCDE (2019).

Ces données suggèrent que, au cours des prochaines années, un nombre croissant de personnes auront besoin de l'aide des services de soins de longue durée, y compris les EHPAD et les unités de soins de longue durée. Fournir des soins sûrs à ces patients est un défi clé pour les systèmes de santé de l'OCDE, car les résidents des unités de SLD sont plus fragiles et plus malades et présentent un certain nombre d'autres facteurs de risque de complications, y compris les infections associées aux soins (IAS) et les escarres (OCDE/Commission européenne, 2013). Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, en moyenne, 10,8 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont fait l'objet de soins de longue durée en 2017. Cela constitue une augmentation de 5 % par rapport à 2007. Un peu plus de 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu des services de SLD en France, contre environ 22 % en Suisse. Selon l'OCDE (2019), la majorité des bénéficiaires de soins de longue durée sont des adultes âgés. Bien que les services de soins de longue durée soient également offerts aux groupes de personnes handicapées plus jeunes, les personnes sont plus susceptibles de développer des incapacités et de nécessiter un soutien des services de SLD à mesure qu'elles vieillissent. En 2017, seulement 21 % des bénéficiaires de soins de longue durée en moyenne dans les pays de l'OCDE avaient moins de 65 ans, tandis que 27 % avaient entre 65 et 79 ans. Les adultes âgés de 80 ans et plus représentent la majorité des bénéficiaires de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, 51 % des bénéficiaires de soins de longue durée étaient âgés de 80 ans et plus en 2017.

Les incapacités augmentent avec le temps

La démence, ou trouble neurocognitif majeur, représente l'un des plus grands défis liés au vieillissement. Le terme de démence regroupe divers troubles cognitifs, dont la maladie d'Alzheimer, qui entraînent progressivement des lésions cérébrales et une détérioration progressive de la capacité de fonctionner et des relations sociales d'une personne. Malgré des milliards de dollars de dépenses pour la recherche sur les troubles liés à la démence, il n'existe toujours pas de remède ou même de traitement impactant substantiellement cette pathologie. Il est estimé que près de 20 millions de personnes dans les pays de l'OCDE étaient atteintes de démence en 2019. Si les tendances actuelles se poursuivent, ce nombre va plus que doubler d'ici 2050, atteignant près de 41 millions de personnes dans les pays de l'OCDE. L'âge reste le principal facteur de risque de démence : dans les 36 pays de l'OCDE, la prévalence moyenne de la démence passe de 2,3 % chez les personnes âgées de 65 à 69 ans à près de 42 % chez les personnes âgées de 90 ans ou plus. Cela signifie qu'à mesure que les pays vieillissent, le nombre de personnes atteintes de démence augmentera également – en particulier à mesure que la proportion de la population de plus de 80 ans augmentera. Déjà, les pays figurant parmi les populations les plus âgées de l'OCDE – dont la France, l'Allemagne et l'Italie – affichent aussi la plus forte prévalence de démence. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, l'on estime que, en moyenne, 15 personnes pour 1 000 habitants sont atteintes de démence, la France ayant obtenu un score de 20 pour 1 000 habitants, l'un des plus élevés de l'OCDE. Ce chiffre devrait atteindre 33,5 pour 1 000 habitants en 2050.

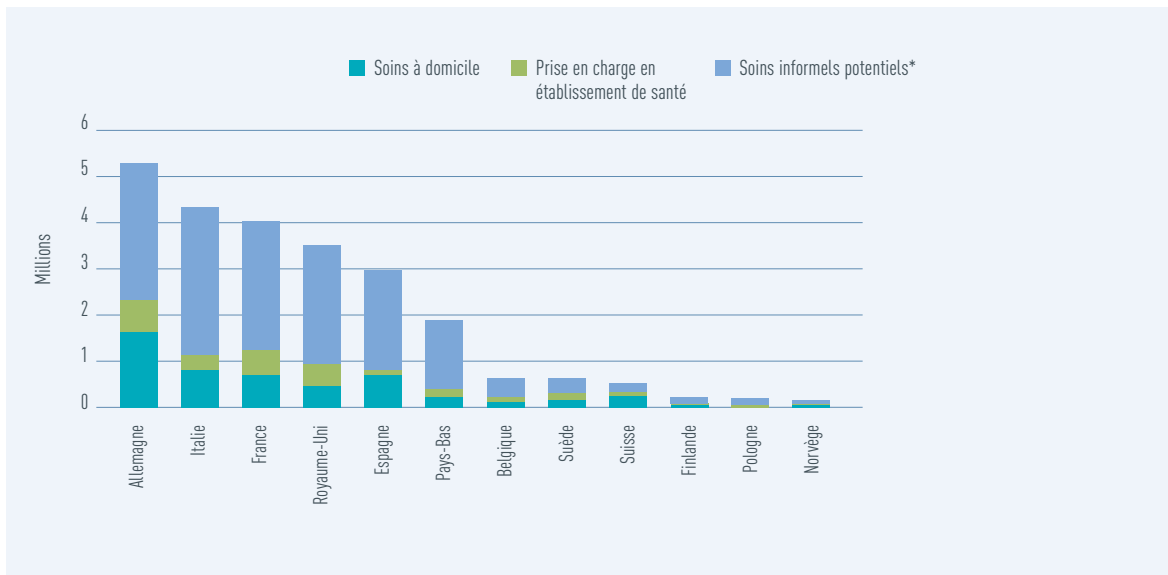
L'OCDE estime que le coût des soins de longue durée en Europe passera de 1,8 % du PIB à l'heure actuelle à 3-5 % en 2060. Ce bond mettra à rude épreuve les fonds publics, à un moment où les budgets gouvernementaux sont déjà serrés. Les Pays-Bas et les pays scandinaves allouent déjà entre 3 et 4 % de leur PIB à la prestation de soins de longue durée. Pour la France, ce taux est de 1,9 %, ce qui est supérieur à la moyenne de l'OCDE (1,7 %) et supérieur à celui de pays comme l'Italie et l'Espagne, où les habitudes culturelles ont limité le besoin de soins de longue durée, mais qui pourraient devoir ajuster leurs budgets de santé à mesure que leurs sociétés évoluent. Par rapport aux autres secteurs de la santé, les dépenses de soins de longue durée ont connu la plus forte croissance ces dernières années. En général, la composante santé des soins de longue durée représente la grande majorité de toutes les dépenses de soins de longue durée, mais certains pays doivent encore bien faire la distinction entre les soins de longue durée sanitaires et sociaux.

Selon Brame (2020), de nombreux pays d'Europe occidentale dépendent fortement des soins à domicile ou de méthodes informelles pour prendre soin des personnes âgées. Les soins informels sont généralement fournis au sein des familles et des ménages, et bien que difficiles à quantifier, sont très répandus en Italie, en Espagne et en France (*voir le Graphique 15*). Certains gouvernements encouragent et incitent les soins informels, afin de réduire au minimum les dépenses de santé de l'État. Par exemple, en Italie, les salariés bénéficient d'un congé payé de 35 jours par an pour fournir des soins de courte durée à des parents en situation de dépendance, tandis qu'en France, les employés ont droit à 20 jours de congé payé. L'incitation à la prise en charge informelle n'est pas une solution globale au vieillissement de la population – une opinion

Les coûts de soins de longue durée deviennent un important problème

partagée par la Commission européenne. Tout d'abord, le nombre de ménages multigénérationnels est en baisse dans toute l'Europe, ce qui limite la capacité de nombreuses familles à venir en aide à leurs parents âgés. Deuxièmement, l'ampleur du vieillissement de la population dans de nombreux pays est telle qu'en 2050, 1 adulte sur 6 aura plus de 80 ans. Ce chiffre est de environ 1 sur 15 actuellement. Les plus de 80 ans sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé chroniques et dégénératifs, comme la démence, qui nécessitent des soins médicaux spécialisés et font exploser le besoin de placement en EHPAD ou unité de SLD.

Graphique 15. Personnes âgées bénéficiaires de soins formels et bénéficiaires potentiels de soins informels



Source : OCDE, Eurofound,

*Calculé comme total de la population des plus de 80 ans, moins les bénéficiaires de soins à domicile et de soins en établissement de santé

Ces chiffres impliquent un changement dans la stratégie suivie jusqu'à présent, avec davantage d'investissements et d'interventions dans ce segment des soins de santé. « La France compte 750 000 lits et 11 000 maisons de repos, communément appelées Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Le marché est mature, mais les soins informels sont répandus dans les zones rurales, soutenus par un droit du travail généreux, qui accorde aux salariés un congé payé pour aider un proche dépendant. Bien que la France dépense 11,5 % du PIB en soins de santé, environ 2 % sont alloués aux soins de longue durée et le gouvernement a cherché à contrôler plus étroitement la mise en œuvre des services dans les territoires. Les taux d'occupation atteignant

De nouvelles stratégies sont nécessaires pour gérer la demande de soins de longue durée

désormais leur pleine capacité (95 %), les gouvernements locaux et centraux commencent à assouplir les restrictions sur le secteur privé, et un nouvel approvisionnement s'avère indispensable ». (Brame, 2020). Cependant, un secteur des soins largement fragmenté et contrôlé par l'État a historiquement limité les possibilités d'investissement, mais cela commence à changer : les principaux opérateurs du secteur privé augmentent leur part de marché et développent leurs activités en France et à l'étranger. La consolidation continue du marché devrait créer davantage d'opportunités immobilières à l'avenir, à un moment où les investisseurs se tournent vers d'autres secteurs. Bien que la situation générale soit similaire dans tous les pays d'Europe, les marchés arrivent à maturité à des rythmes différents, ont des modèles de soins différents et présentent des opportunités d'investissement différentes. Il sera essentiel pour tout investisseur éventuel de se renseigner soigneusement sur le secteur des soins en France.

4.3 Comment les nouvelles technologies façonneront-elles l'avenir des systèmes de santé ?

Afin de comprendre la diversité des technologies disponibles dans le secteur de la santé, leur évolution et leur impact sur les coûts et les résultats, cette section présente un aperçu des principaux domaines dans lesquels le progrès technologique tire parti du secteur de la santé. Pour des raisons pratiques d'exposition, ont été largement classés dans les technologies numériques (qui comprennent entre autres les systèmes de soutien, la cybersécurité, le big data et la e-santé), les traitements médicamenteux, les interventions médicales et chirurgicales, les dispositifs médicaux et la médecine de précision.

4.3.1 Technologies numériques⁷

Selon le rapport de l'OCDE sur la santé au XXI^e siècle, en utilisant les données pour renforcer les systèmes de santé, la technologie numérique joue un rôle fondamental dans presque tous les aspects de l'activité humaine (OCDE (2019c)). Son ampleur, sa portée et son développement sont en effet colossaux. Par exemple, les pays de l'OCDE comptent actuellement environ un abonnement Internet mobile par habitant. L'utilisation des données mobiles a plus que doublé dans la plupart des pays de l'OCDE entre 2015 et 2017. D'ici 2021, trois appareils connectés existeront par personne dans le monde (OCDE, 2019b). Les technologies numériques – et en particulier les données électroniques – peuvent être utilisées dans le but d'améliorer le système de santé par différents canaux : améliorer les modèles de prestation des services de santé ; donner plus de moyens aux patients et aux utilisateurs du système de santé ; préparer le personnel soignant à tirer le meilleur parti des technologies numériques telles que l'intelligence artificielle (IA) ; l'utilisation des données massives dans les politiques de santé publique ; l'importance de la collaboration transfrontalière ; l'utilisation des données de routine et réelles pour produire des preuves sur les traitements et les thérapies ; et l'amélioration de la gouvernance et de la gestion globales du système de santé. Il va sans dire qu'investir dans une transformation numérique du secteur de la santé peut générer des retombées économiques et de santé publique.

Les nouvelles technologies sont à la fois la « bonne » et la « mauvaise » nouvelle pour un système de soins de santé

(7) Une partie du texte de ce chapitre provient de documents repris dans l'« Introduction » de l'OCDE (2019c), à laquelle le lecteur intéressé pourra se référer pour plus d'informations et de détails.

Malheureusement, le secteur de la santé tarde à prendre le virage du numérique et c'est une question qui nécessite de toute urgence l'attention des décideurs. Les données provenant d'autres secteurs devraient les inciter à s'y pencher, car cela a conduit à une amélioration continue des services et des produits et à la création d'une valeur considérable du côté de l'offre et de la demande de l'économie mondiale (OCDE, 2019b). « Le secteur de la santé offre un contraste saisissant. Prenons par exemple le fait que les systèmes de santé génèrent des tombereaux de données, mais ne s'en servent pas régulièrement pour évaluer les performances et la valeur des traitements. Dans certains endroits, il n'est pas possible de détecter quand les patients sont réadmis à l'hôpital, si cela se produit à un autre endroit. Plus fondamentalement, la santé est l'un des rares secteurs où les progrès technologiques entraînent une augmentation des coûts et des dépenses (OCDE, 2017 ; Marino et Lorenzoni, 2019). Pour le dire clairement, le secteur a une dizaine d'années de retard. Cela représente une quantité considérable d'avantages économiques et de santé publique perdus. Malgré quelques signes de progrès [...] le consensus est que les systèmes de santé pourraient et devraient en faire beaucoup plus pour tirer parti des données et des technologies numériques ». (OCDE, 2019b)

Systèmes de soutien – D'après Kvedar, Coye et Everett (2014), les nouveaux modèles de soins qui emploient des soins connectés ont le potentiel de révolutionner la prestation des soins de santé en élargissant l'accès à des services de santé de haute qualité et rentables. Comme alternative aux soins en face à face, les professionnels de santé hospitaliers et les médecins utilisent la télémédecine. Les études ont montré que ce développement de la prestation de soins de santé, sous les contraintes des services fondés sur la valeur, améliore la santé des individus (Antonicelli et al., 2008 ; Bartolini et McNeill, 2012 ; Fifer, Everett, Mitchell et Vincequere, 2010 ; Kvedar et al., 2014).

La fourniture de soins de santé connectés nécessite des changements d'organisation importants, mais les avantages médicaux et financiers potentiels sont considérables. Cependant, comme ce type de développement technologique concerne souvent la prévention et le diagnostic, les avantages ont tendance à se concrétiser seulement à long terme. Le développement des technologies de l'information (TI) dans le secteur de la santé est strictement lié à l'évolution de l'informatique, de la connectivité sans fil à large bande et des solutions de stockage de données. Ce domaine technologique est également remis en cause par des préoccupations liées à la confidentialité et à la sécurité des données. L'utilisation des technologies de l'information souligne le rôle des dossiers de santé électroniques, qui, en présence d'une puissance informatique toujours moins chère et d'analyses sophistiquées, peuvent constituer le lien entre les visites en personne et la télésanté, en coordonnant divers modèles de travail dans la prestation de soins de santé. En effet, selon la méta-analyse de Buntin, Haviland, McDevitt et Sood (2011), une grande majorité des études récentes soulignent l'importance et les effets positifs de l'introduction des TI dans le système de prestation de soins de santé. Selon la même méta-analyse, les études qui montrent que les TI appliquées à la santé n'apportent pas d'avantages soulignent souvent que cette perception négative provient du manque de satisfaction des professionnels de santé, qui ne sont pas correctement initiés au nouveau

La numérisation des soins de santé en France se fait lentement

fonctionnement et à la gestion des soins. Par conséquent, les auteurs concluent que, bien que la télésanté et les technologies connexes de TI de la santé soient développées pour rendre la prestation des soins de santé plus efficace, réduisant les visites en face à face et les contacts physiques, elles nécessitent toujours l'élément humain pour la prestation de soins. Les dossiers de santé électroniques et les autres aspects des technologies de l'information que les médecins trouvent difficiles à utiliser mettent en lumière la nécessité d'une formation et d'un soutien adéquats parmi les professionnels de santé, afin de maximiser le potentiel des technologies introduites.

Un autre aspect important à résoudre est la capacité à utiliser la technologie numérique, à gérer les données et à en extraire des connaissances. Pour réaliser cela et en tirer le meilleur parti, un investissement s'impose, non seulement dans le matériel, mais aussi dans l'expertise. L'investissement doit cibler le côté de l'offre tout comme le côté de la demande. Les prestataires et les patients doivent être impliqués dans le processus. Étonnamment, les pays de l'OCDE n'investissent généralement que moins de 5 % des budgets de santé dans la gestion de l'information. Dans d'autres secteurs, l'investissement dans ces technologies est quatre fois plus élevé. Une analyse plus poussée révèle que le secteur de la santé dépense des sommes similaires à des secteurs comparables, pour des produits tangibles comme le matériel de TIC, les ordinateurs et l'infrastructure réseau. Toutefois, les dépenses pour les produits intangibles tels que les logiciels et les bases de données et les achats de services TIC sont relativement modestes.

Ces données montrent que les avantages économiques potentiels de l'innovation dans les processus axés sur les données et le numérique sont très clairs. Il s'agit d'un secteur qui consomme un dixième des revenus nationaux (un chiffre qui augmente également), dans lequel environ 20 % des dépenses ne génèrent pas d'avantages pour la santé et où le progrès technologique tend à augmenter les prix et les dépenses. Investir dans une transformation numérique est donc une proposition très intéressante. Plutôt que de créer de nouveaux processus et activités, les données et la technologie numérique peuvent rendre les processus et les activités existants du système de santé plus productifs et plus efficaces. Cependant, pour entamer sa transformation numérique, le monde médical doit commencer par reconnaître que les données sont une ressource précieuse, mais n'ont aucune valeur intrinsèque à moins d'être exploitées dans un environnement institutionnel favorable. Cette reconnaissance doit être transversale, dans de multiples secteurs, pour relier les « silos » de l'organisation en silos qui entrave la transformation numérique. Les stratégies numériques abondent dans le domaine de la santé, mais les approches qui sont partagées dans tous les secteurs et pour lesquelles peuvent être établis des cadres politiques favorables sont rares. C'est là le véritable défi à relever pour réinventer le secteur français de la santé et le rendre financièrement durable et de haute qualité.

Cybersécurité - Le secteur de la santé a des caractéristiques uniques. Par exemple, certaines données sur la santé sont très sensibles à la vie privée et complexes, et une des principales caractéristiques de la transformation numérique est l'échange efficace des données. Cela est rendu possible par l'adoption de normes et de protocoles communs.

Le protocole Internet mondial (IP), qui permet un échange fluide de données sur Internet, en est peut-être le principal exemple. La collecte, le stockage, le traitement et l'échange d'informations hautement sensibles sur les patients recueillies par les organismes de soins de santé ont fait du secteur de la santé une cible de choix pour les cybercriminels. En 2017, le secteur médical et de la santé américain a subi plus de 350 000 atteintes à la sécurité des données, mettant en péril 4,93 millions de dossiers de patients. Malheureusement, cette tendance ne montre aucun signe de ralentissement. Au cours du premier semestre de 2019, 32 millions de dossiers de patients ont déjà été indûment consultés. Cette tendance se poursuivra car de nombreux prestataires de soins de santé sont encore lents à répondre aux menaces, tandis que les systèmes décentralisés les rendent plus vulnérables aux attaques. En cas d'atteinte à la sécurité des données, non seulement les données confidentielles du patient sont en danger, mais le prestataire est également passible d'une lourde pénalité s'il s'avère qu'il a enfreint les nombreuses normes de conformité qui régissent le secteur. Outre l'amélioration de la cybersécurité, les prestataires de soins de santé peuvent également externaliser leurs processus impliquant des informations sensibles sur les patients, telles que la facturation à un fournisseur tiers certifié HITRUST, qui dispose de ressources dédiées pour garantir que son système est correctement protégé contre la cybercriminalité⁸. La numérisation ne peut pas avoir lieu si les problèmes de cybersécurité ne sont pas résolus.

Ce sujet a notamment été abordé en France lors de l'Assemblée Générale de Bioéthique en 2018. Les données en « open data » (données ouvertes) seraient contraires au principe de confidentialité en médecine. Toutefois, en février 2018, à la suite de vérifications effectuées sur la base de données de la SNIIRAM, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a publié un avis officiel à l'assurance-maladie, l'invitant à renforcer ses moyens de sécurisation des données.

Enfin, se pose le problème d'une protection efficace des données collectées à l'insu des patients, lors de recherches sur Internet ou par des objets connectés. Par exemple, comment s'assurer que les GAFA (Google, Apple, Facebook, Amazon) ne se les approprient pas ? Avec ces technologies, de nouvelles et redoutables questions éthiques se posent. Ces questions transcendent les frontières et ne peuvent être résolues au seul niveau national. De plus, elles remettent en question des thèmes aussi fondamentaux que l'égalité dans l'accès aux soins et les limites de la science dans les interventions sur les êtres humains.

Big data - Bien que les données sur la santé soient générées en nombre toujours plus grand, elles sont dispersées entre plusieurs parties et systèmes, y compris les payeurs, les prestataires et les patients. Il n'existe pas de « source de vérité » unique que les prestataires peuvent utiliser pour optimiser l'expérience des patients. Par exemple, lorsque les patients changent de régime d'assurance ou de prestataire de soins de santé, la plupart des pratiques médicales se fient aux déclarations des patients pour reconstituer leurs dossiers. En conséquence, les informations ne sont pas toutes transférées correctement et il est très difficile de tirer parti de la puissance des données et de générer des informations précises. De plus, les données sur les soins de santé proviennent de nombreuses sources, et dans divers formats. Actuellement, il n'existe pas d'infrastructure

La cybersécurité est source de vive inquiétude dans un monde de dossiers cliniques au format électronique

[8] Le programme d'assurance de la sécurité des données tiers HITRUST (Health Information Trust Alliance) permet aux organisations d'utiliser l'infrastructure de sécurité commune HITRUST CSF afin de rationaliser le processus de gestion des risques par des tiers, en utilisant un cadre global unique harmonisant de multiples normes et bonnes pratiques, pour soutenir une évaluation unique pouvant être rapportée de plusieurs façons. L'utilisation de l'infrastructure de sécurité commune CSF pour la gestion des risques par des tiers peut entraîner des réductions importantes des coûts et du niveau d'effort. De plus en plus d'organisations exigent désormais que leurs partenaires commerciaux dans leurs secteurs d'activité obtiennent la certification CSF.

technologique ou de système unique pour extraire, stocker et analyser des données provenant de diverses sources à grande échelle. Pour que les établissements de santé puissent exploiter avec succès la puissance du Big Data, les dirigeants doivent adopter une prise de décision fondée sur les données. L'utilisation des analyses de données doit être intégrée à la culture de l'assurance maladie afin de développer une confiance dans les données. Ainsi, les informations pourront être utilisées pour soutenir la prise de décision au niveau de la direction. Afin de tirer pleinement parti de toutes les données d'un patient provenant de diverses sources, les établissements de santé doivent mettre en œuvre une technologie d'information non relationnelle afin que les données provenant de différentes sources puissent être utilisées même si elles présentent des formats différents.

E-santé – un autre aspect important pour améliorer la relation entre les patients et le personnel médical est la e-santé, qui comprend l'ensemble des services de santé qui utilisent les nouvelles technologies de l'information et de la communication. L'e-santé utilise Internet, des applications pour smartphones et/ou des objets connectés. Toutefois, les smartphones ne sont pas les seuls objets connectés utilisés par l'e-santé. Les bracelets connectés et les dispositifs de suivi d'activité (activity trackers) sont en hausse. Pratiques et légers, ils permettent de surveiller l'activité physique quotidienne des utilisateurs et les encouragent à se déplacer davantage pour être en meilleure santé. Les montres connectées s'inscrivent également dans cette dynamique (par exemple, l'application Cardiogram pour la Smart Watch d'Apple). L'application Apple Health propose de recueillir des informations sur la santé des personnes détenant un iPhone ou une Apple Watch (alimentation, activité physique, sommeil, etc.).

À l'ère du *Big Data*, toutes les données transitant par des objets connectés ou des systèmes de santé pourraient également aider les chercheurs et les médecins dans leur travail. La prolifération des applications, comme la collecte de données auprès des médecins et des pharmaciens, a considérablement augmenté la quantité d'informations disponibles dans le secteur de la santé. Toutes ces données sont une aubaine pour les chercheurs. En France, les données sur le remboursement des frais de santé sont recueillies par le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Un autre système, le Système national de données sur la santé (SNDS) recueille des données sur la santé mises à la disposition des chercheurs après avoir été anonymisées. Ces fichiers permettent de dresser le tableau de la prévalence d'une maladie au sein de la population, d'identifier les facteurs de risque de la maladie ou de vérifier l'efficacité des traitements. L'analyse de ces données pourrait aider à éviter de graves scandales sanitaires, comme celui du Mediator, en détectant les effets indésirables de certains médicaments. Enfin, les nouvelles technologies peuvent également aider à traiter certains troubles, grâce aux soi-disant « jeux sérieux ». Par exemple, en rééducation, la réalité virtuelle peut permettre à un patient de pratiquer une rééducation en autonomie, grâce à un casque qui le projette dans un espace virtuel pour l'aider à effectuer des mouvements.

La cybersanté permet également un meilleur accès aux soins dans les zones rurales et les pays en développement. En France, par exemple, bien que le nombre de médecins soit assez élevé, leur répartition sur le

L'utilisation des Big Data reste un pari risqué pour l'amélioration des soins et la gestion des systèmes de santé

L'e-santé constitue un changement de paradigme dans les soins aux patients

territoire reste très inégale avec certaines zones de « désert médical ». Les EHPAD, disséminés dans les territoires, peuvent travailler en téléconsultation avec les hôpitaux et transmettre des données médicales (radiologie, résultats d'analyses, etc.) afin d'éviter des transferts parfois inutiles de patients aux services d'urgence.

4.3.2 Traitement médicamenteux

Au fil des ans, le secteur pharmaceutique a connu d'importantes évolutions. Historiquement, il produit des médicaments obtenus à partir d'une synthèse « chimique », combinant des ingrédients chimiques spécifiques selon un processus bien établi. Plus récemment, les nouvelles technologies ont permis aux entreprises de produire des types complètement différents de médicaments, appelés « biologiques ». La plupart des médicaments d'origine biologique modernes (y compris les vaccins) sont synthétisés par une source biologique (cellule vivante, c.-à-d. un micro-organisme, une plante ou des cellules animales) à l'intérieur de bioréacteurs qui abritent des microbes génétiquement modifiés ou des cultures de cellules de mammifères. De nombreux médicaments biologiques sont produits à l'aide de la technologie de l'ADN recombinant. Aujourd'hui, ils constituent la pointe de l'innovation dans le secteur pharmaceutique.

Un autre groupe de produits encore sont les médicaments de thérapie innovante (MTI) qui exploitent les approches cellulaires et génétiques pour traiter les maladies. Les MTI se distinguent des produits biopharmaceutiques traditionnels car ils contiennent des cellules actives ou des constructions génétiques qui exercent un mécanisme d'action métabolique, immunologique, génétique ou autre mécanisme non pharmaceutique. Les MTI sont techniquement exigeants à concevoir et à fabriquer et, à ce jour, ont rencontré un succès commercial très limité, mais l'industrie évolue rapidement.

Jusqu'à la première décennie de ce siècle, les entreprises prospères se sont appuyées sur des thérapies « star », par lesquelles des médicaments révolutionnaires très efficaces pour des pathologies communes ont été introduits pour cibler des marchés extrêmement vastes, avec d'importants volumes de ventes. Aujourd'hui, ce contexte disparaît, et le développement et la fourniture de médicaments adaptés à la biologie et à la physiopathologie du patient acquièrent toujours plus d'importance. Ce processus transforme le processus de fabrication de l'industrie des médicaments stars, qui évolue vers la « médecine personnalisée », influençant ainsi la façon dont les médicaments seront développés, commercialisés et prescrits à l'avenir.

Les produits de biotechnologie sont extrêmement précis et conçus sur mesure en fonction des caractéristiques des patients, d'où leur prix, qui est généralement relativement élevé. Souvent, ils sont d'abord fabriqués par de petites entreprises qui, en raison du ralentissement des marchés financiers, sont souvent rachetées par de grandes sociétés pharmaceutiques. La complexité des pathologies traitées par les médicaments issus de la biotechnologie suscite en outre un débat éthique. Comme ils sont fréquemment développés pour des maladies mortelles, comme dans le cas des cancers ou de l'hépatite C, leur complexité justifie leur coût élevé par traitement. Mais ce coût élevé ternit par ailleurs la

L'innovation en matière de médicaments est le moteur le plus important de l'innovation dans le secteur de la santé

réputation de leurs fabricants, qui tirent des bénéfices de patients mourants. Des médicaments et traitements récents contre l'hépatite C, conçus pour les patients atteints de mélanome avancé (T-VEC) sont parmi les exemples les plus frappants de médicaments qui montrent à quel point l'efficacité potentielle d'un médicament peut favoriser la volonté de payer pour ce médicament et, en même temps, mettre en péril des budgets déjà limités.

Enfin, les sociétés pharmaceutiques s'intéressent au concept général d'innovation allant « au-delà de la pilule », visant à assurer le traitement global accompagnant le produit pharmacologique concret. Dans le monde développé, l'importance donnée aux traitements médicamenteux pour traiter les maladies chroniques courantes constitue une opportunité importante pour les grands laboratoires pharmaceutiques. L'observance thérapeutique est cruciale dans les thérapies pour les maladies chroniques, qui sont souvent asymptomatiques. Ces traitements sont purement préventifs, et génèrent des effets secondaires mais nécessitent en même temps une observance thérapeutique très stricte (Jackevicius, Mamdani et Tu, 2002). Bien qu'il soit difficile, du point de vue des fabricants, de concevoir une prise en charge de la maladie favorisant l'observance, les bénéfices potentiels à encourager les patients à respecter les traitements prescrits et à les maintenir peuvent potentiellement générer d'importantes économies grâce aux comorbidités qu'ils évitent (Sabate, 2003). La recherche devrait s'orienter vers un certain nombre de solutions pratiques, dont les plus simples sont les plaquettes thermoformées, et qui vont jusqu'aux puces avancées contenues dans les emballages de médicaments ou dans les pilules elles-mêmes.

4.3.3 Interventions médicales et chirurgicales

La médecine moderne a parcouru un long chemin dans la diffusion de certaines interventions médicales et chirurgicales, en les rendant moins risquées, moins invasives, moins chronophages et plus accessibles. Dans l'ensemble, les progrès technologiques dans ce domaine consistent en grande partie en le développement d'équipements médicaux permettant d'accéder aux organes de manière non invasive. Le laser, les radiofréquences, l'énergie lumineuse, la miniaturisation de l'électronique et les avancées en matière d'échographie ont donné lieu à des améliorations significatives dans les interventions chirurgicales, et le XXI^e siècle devrait bénéficier encore plus des innovations de haute technologie.

4.3.4 Dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont étroitement liés aux progrès technologiques réalisés dans les interventions chirurgicales et médicales. Des outils de diagnostic moins invasifs ont permis d'accéder à un grand nombre de traitements, remplaçant des interventions chirurgicales autrefois longues et complexes par des traitements moins invasifs. Non seulement la technologie a changé la façon dont les interventions sont réalisées, mais elle a également élargi l'accès à ces interventions pour les patients souffrant de troubles plus légers. Par exemple, la biopsie, dans les années 1990, était encore une intervention invasive et chronophage. Aujourd'hui, en revanche, grâce à de nouveaux dispositifs (tels que des endoscopes flexibles et une imagerie améliorée), elle est souvent précédée d'un test de diagnostic vérifiant si la biopsie s'impose, et celle-ci est parfois réalisée dans un environnement non invasif.

L'innovation « au-delà de la pilule » : un nouvel horizon pour les fabricants de médicaments

Les progrès dans les dispositifs médicaux deviennent tout aussi importants que les innovations en matière de médicaments

En raison de l'augmentation du coût unitaire et du nombre de patients desservis, les coûts ambulatoires explosent et les séjours à l'hôpital sont plus coûteux. Bien que les coûts initiaux des dispositifs techniques soient très élevés, la valeur actualisée nette de l'investissement est probablement positive, surtout en termes de résultats pour la santé et de productivité. Toutefois, pour de nombreux appareils, ce type d'évaluation n'est pas simple. Un exemple simple de l'évolution des dispositifs médicaux au fil des ans est la radiographie, développée par Roentgen, qui apportait des avantages incontestables pour la population ciblée. Au XXI^e siècle, l'imagerie par radio a fait plusieurs pas de plus avec l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie par émission de positrons (TEP). En dépit de l'efficacité de ces dispositifs dans la détection précoce de certaines pathologies, en particulier le cancer, leur application n'est pas exempte de risques et de cas où ils ne sont pas adaptés. L'exposition aux radiations accompagnant les scanners exige de sélectionner avec précision les patients soumis à ces examens. Par conséquent, la surprescription des scanners est susceptible d'être une source d'inefficacité, qui peut être amplifiée par l'impact négatif d'un diagnostic inexact, et notamment d'un diagnostic faux positif, conduisant à d'autres tests inutiles et coûteux (Eklund, Nichols et Knutsson, 2016).

L'évaluation de la rentabilité des instruments médicaux entraîne des complications spécifiques. Selon Drummond, Griffin et Tarricone (2009), la nature diagnostique de nombreux dispositifs entraîne d'importantes difficultés à évaluer l'impact quantitatif de l'instrument par rapport au traitement ultérieur ou à l'état de santé du patient suite au diagnostic. Les appareils ont également souvent de nombreuses applications, ce qui rend difficile d'évaluer la valeur de chaque action séparément. De plus, l'évolution des dispositifs, en particulier des instruments de diagnostic, accompagne souvent l'évolution des compétences des techniciens et du personnel médical. Comme le rapportent Drummond et al. (2009), la courbe dite « d'apprentissage » dans l'utilisation d'appareils pour les chirurgies laparoscopiques chez les patients atteints d'un cancer colorectal décrite dans Guillou et al. (2005) montre comment l'efficacité d'un nouvel appareil par rapport aux techniques plus anciennes peut changer au cours de son évolution. Celle-ci est également liée à l'expérience et aux compétences du personnel qui le manipule, et qui influencent fortement la rentabilité des appareils. Les différentes utilisations des appareils sont également susceptibles de causer des différences dans les coûts des interventions sur les patients, qui varient considérablement.

4.3.5 Médecine de précision

Lorsqu'on évoque les nouvelles orientations dans le développement des technologies de la santé, un aspect crucial sont les soins personnalisés. Les soins personnalisés, ou de précision, se fondent sur la génétique et l'exploitation des antécédents cliniques de l'individu, ainsi que ses connaissances, afin d'améliorer les résultats du traitement. Étant donné que les différences génétiques déterminent la réponse au type et à la posologie d'un traitement et ses effets secondaires, les tests de biomarqueurs peuvent permettre de cibler des sous-populations spécifiques afin d'éviter de tâtonner dans l'attribution du traitement.

La médecine de précision est en train de redéfinir le fonctionnement futur des systèmes de santé

La technologie ultime, le séquençage de l'ADN, permet d'identifier des traitements spécifiques qui correspondent le mieux au génotype du patient, en augmentant son efficacité et en réduisant le gaspillage de médicaments et les coûts de santé en général.

Le succès de la médecine de précision dépendra dans une large mesure non pas du séquençage mais de la façon dont les résultats du séquençage seront utilisés dans la pratique clinique. Ceci est strictement lié à l'interprétation des séquences génomiques, qui exigera de nombreux professionnels hautement qualifiés, en mesure d'interpréter et d'évaluer les nouvelles variantes du génome découvertes, absentes des bases de données disponibles (Beckmann, 2015). Au début du XXI^e siècle, la capacité de recueillir des données de séquençage l'emporte de loin sur la capacité des professionnels de la santé à les interpréter, les comprendre et les intégrer dans la pratique clinique. Les programmes de formation devront être adressés aux professionnels de la santé à chaque étape du parcours patient (Demmer, 2014). Toutefois, la formation, le recrutement et le maintien du personnel clinique et d'analyse sont considérés comme un défi en raison du manque de professionnels ayant une bonne compréhension de la génétique et de ses liens génétiques avec les maladies.

Les tendances actuelles en matière de techniques d'analyse des big data et le progrès des algorithmes d'intelligence artificielle peuvent conduire à la mise au point d'outils d'aide à la décision pour aider les professionnels de la santé à identifier et à gérer les patients présentant des caractéristiques génétiques spécifiques. Dans ce cas, les TI médicales transformeront la pratique de la médecine. Par ailleurs, les coûts des infrastructures qui permettent aux cliniciens d'utiliser le séquençage resteront élevés. En effet, selon Christensen et al. (2015), alors que la littérature évoque les coûts du séquençage génomique, elle néglige l'importance des besoins d'infrastructure pour le séquençage génomique, lesquels sont très élevés. L'interprétation des variantes nécessite des efforts considérables en termes de structures, de professionnels et de logiciels pour être adaptés aux besoins immédiats d'analyse, pour la ré-analyse, et pour relier l'information génomique à d'autres types d'information, généralement dans les dossiers cliniques. De plus, le stockage, la maintenance, le transfert et l'analyse des données sont des activités qui nécessitent des ressources importantes et devraient représenter un pourcentage croissant des coûts globaux futurs du séquençage de l'ADN. Si l'on considère que le corps humain est composé d'au moins 20 mille milliards de cellules vivantes, chacune contenant environ de 20 000 à 22 000 gènes qui ne codent que des protéines, la quantité de données qui a été et sera produite par le séquençage, la cartographie et l'analyse de l'ADN feront assurément entrer cette branche de la médecine dans le domaine du big data. Il est également probable que le coût du re-séquençage des génomes des patients sera mineur, comparé au stockage des dossiers contenant des informations génétiques à des fins de ré-analyse (Hegde et al., 2015).

La médecine fondée sur l'ADN fait une promesse incroyable, et permet de révolutionner les soins cliniques et l'analyse des données sur la santé. Chacun le reconnaît : la génomique a des répercussions cliniques, éthiques, sociales et économiques qui vont bien au-delà du secteur de la santé, impliquant de larges pans de l'économie, dans les secteurs industriels et de la recherche. D'un point de vue clinique, la révolution de l'ADN donnera lieu à une médecine personnalisée où des anomalies cliniquement pertinentes seront identifiées aux premiers stades de la maladie, permettant aux soignants de cibler une intervention opportune. La médecine personnalisée va donc déplacer le centre de gravité de la médecine des soins à la prévention, et permettra aux médecins de choisir les thérapies optimales pour chaque patient, d'éviter les réactions indésirables aux médicaments et d'augmenter l'observance thérapeutique.

Cette évolution changera non seulement la manière dont les médicaments sont développés, mais aussi la pratique de la médecine. Avec la diffusion du séquençage ultra-rapide du génome, un nombre croissant de patients pourraient bénéficier d'examens génomiques de routine, y compris les patients atteints de maladies et d'affections chroniques les plus courantes. À ce titre, les soins personnalisés seront des nouveautés importantes pour la prestation des soins de santé en général. D'une part, ses partisans font l'hypothèse qu'ils permettront des économies substantielles pour les systèmes de santé en réduisant les procédures de diagnostic coûteuses et inutiles, et en réduisant les traitements pharmacologiques inefficaces et potentiellement dangereux, en faveur de tests plus sensibles et plus rapides avec des avantages sociaux et économiques plus importants – résultat d'une amélioration significative de l'espérance de vie en bonne santé. D'un autre côté, les sceptiques remettent en question la capacité réelle d'identifier des variantes génomiques cliniquement pertinentes, soulignant l'existence d'erreurs potentielles dans l'analyse technique et informatique, les énormes quantités d'informations générées par la génomique, et la disponibilité, par la suite, d'interventions cliniques efficaces qui peuvent bénéficier d'une telle analyse de l'ADN (Crawford & Aspinall, 2012). Quoi qu'il en soit, il est plausible que la réduction des erreurs de diagnostic et l'élimination des traitements inefficaces puissent améliorer la qualité de vie des patients, avec des effets en termes de coûts de santé difficiles à prévoir. La vaste gamme de tests et leurs applications exigeront certainement des études de rentabilité afin d'évaluer les avantages cliniques et économiques de la médecine de précision. Cependant, ce qui est vraisemblablement vrai, c'est que la médecine de précision est sur le point d'entraîner une réduction des coûts pour une année de vie sauvée et passée en bonne santé (année de vie pondérée par la qualité de vie [QALY]). Cette conclusion est principalement étayée par l'histoire des découvertes médicales et leur traduction en termes de coûts pour les systèmes de santé.

La promesse de la médecine génomique

Conclusions

En 2000, l'OMS a classé le système de santé français au premier rang parmi les 191 pays membres évalués, affirmant qu'il fournissait « les meilleurs soins de santé généraux ». Cette évaluation a pris en compte cinq critères : le niveau global de santé au sein d'une population ; les inégalités de santé au sein d'une population (le degré d'incidence du statut socioéconomique sur la santé) ; la réactivité du système de santé (la satisfaction des patients) ; la réactivité au sein de la population (la qualité des services fournis aux personnes de divers groupes socioéconomiques) ; et la répartition des coûts (qui règle la facture). Depuis lors, les citoyens français ont longtemps cru que leur système de santé, bien que peut-être coûteux, était parmi les meilleurs au monde. Comme nous le savons déjà, il a fallu moins de quatre ans pour comprendre que le système de santé du pays était dans un état de « confusion générale » et était confronté à une crise grave, notamment la multiplication par six de son déficit budgétaire public avant 2020.

Depuis lors, le système français est entré dans une période de 20 ans de réformes permanentes, qui n'est pas encore achevée, et pourtant il peine toujours à garantir une bonne qualité des soins de santé et une viabilité financière. Et l'avenir s'annonce sombre, compte tenu des projections en termes de vieillissement de la population et des nouvelles technologies médicales coûteuses qui apparaîtront sur le marché.

Tout cela demande une refonte complète des systèmes de santé en France (comme à l'étranger). Pour maintenir l'excellence, il faut dégraisser le système. Mais cela ne suffira peut-être pas. Nous savons que la prestation de services et de biens de soins de santé est un important facteur déterminant l'état de santé. Cependant, nous savons aussi que les soins de santé ne sont responsables qu'à hauteur de 30 % tout au plus de l'état de santé et de la longévité de la population. Les 70 % restants dépendent d'autres facteurs comme l'éducation, l'emploi, le logement, l'alimentation, l'exercice physique, le fait de ne pas fumer, de ne pas boire, le fait de conduire en toute sécurité, etc. L'attention portée à la santé publique est essentielle pour s'assurer que la population est en bonne santé et résiliente face aux menaces futures : les programmes gouvernementaux de lutte contre l'obésité et les inégalités, ou encore pour les soins contre le cancer, doivent être relancés de toute urgence. De plus, les investissements dans la prévention demeurent l'un des éléments les plus importants d'une stratégie de santé publique durable, à commencer par des interventions dans la petite enfance, en particulier pour les enfants nés dans des milieux modestes. Comme l'a montré le prix Nobel Jim Heckman de l'Université de Chicago, ces interventions ont rapporté 7 à 15 dollars par enfant.

Il convient de se pencher également sur l'innovation. La dernière partie de ce rapport a souligné le rôle important que les innovations joueront dans le secteur de la santé au cours des prochaines années. De nouveaux traitements prometteurs arrivent sur le marché pour améliorer encore plus la façon dont les médecins doivent gérer leurs patients. Cependant, ce n'est pas la seule forme d'innovation dont nous devrions nous préoccuper. Il existe aussi beaucoup d'innovations et d'expérimentations qui ne se concentrent pas sur l'innovation médicale, mais plutôt sur de nouvelles façons de régler les soins et de dispenser les soins. Ces innovations seront importantes et seront confrontées à de nouveaux modèles de coordination des soins pour les maladies chroniques et problèmes de santé mentale.

Le changement, dans les soins de santé, se fait attendre depuis longtemps. Il est absolument nécessaire de repenser les systèmes pour prendre en charge tous les types de soins (soins primaires, secondaires, des communautés, et soins intensifs). Par exemple, le rôle des hôpitaux devrait être réduit au profit des soins ambulatoires. Tout cela exigera une main-d'œuvre plus agile et interprofessionnelle, qui fournira des soins en équipe, avec un personnel de première ligne disposant des outils pour tirer parti de la technologie (y compris des soins virtuels), pour leur permettre de se concentrer sur un travail de plus grande valeur. Si, d'un côté, l'expérience récente de la COVID-19 augmentera le niveau de complexité des interventions et des changements nécessaires, de l'autre, la COVID-19 donnera l'impulsion à ces changements attendus depuis longtemps, concernant la façon dont nous recevons et prodiguons les soins. Cependant, maintenant plus que jamais, ce qui est vraiment nécessaire pour rendre ces changements efficaces est un leadership national fort, un plan substantiel d'investissements publics dans le système de santé, une implication plus importante des communautés, et une stratégie claire de communication gouvernementale.

Malheureusement, ces conclusions ne semblent pas correspondre pleinement à ce qui a été écrit dans le rapport présenté par Nicole Notat, coordinatrice du « Ségur de la santé », et présenté par le ministre de la solidarité et de la santé, Olivier Véran, le 21 juillet 2020. Malgré le considérable effort financier (9,1 milliards de fonds supplémentaires par an à partir de 2022 + 19 milliards pour l'investissement), le nouveau plan semble davantage s'attacher à résoudre les problèmes anciens qu'à relever les défis futurs. Par exemple, la plupart des fonds supplémentaires pour l'investissement (13 sur les 19 milliards d'euros) seront consacrés à rembourser plus de 13 milliards d'euros de dette des institutions contribuant à l'hôpital public, pour leur donner les marges financières nécessaires à l'investissement courant et améliorer les conditions de travail (principalement les dépenses courantes), tandis que 6 milliards d'euros seulement seront consacrés à l'investissement pour améliorer l'infrastructure des hôpitaux et pour créer une continuité des soins entre patients hospitalisés et en ambulatoire. Bien que la transformation du système de santé ne puisse avoir lieu sans un développement massif et cohérent de la santé numérique, la part des fonds consacrée aux soins de santé numériques est limitée, en termes relatifs. De plus, le pilier 3 (simplification des organisations et de la vie quotidienne des équipes) ne recevra pas de fonds supplémentaires. Sur les 9,1 milliards de fonds supplémentaires, 7,6 milliards serviront principalement à augmenter le salaire de tout le personnel hospitalier, avec l'objectif déclaré de remonter de « 9 places dans le classement OCDE de la rémunération des soignants ». Les mêmes fonds serviront également à embaucher 15 000 professionnels de plus dans les hôpitaux publics. Dans l'ensemble, le nouveau plan semble se concentrer sur une meilleure rémunération pour tous les professionnels de la santé, tout en repoussant la question de meilleurs soins de santé pour les patients. Il est également vrai qu'un suivi du « Ségur de la santé publique » est prévu dans les mois à venir, dans le but de répondre à certaines de ces préoccupations. Cependant, la date de ce plan n'est pas encore fixée, ni ses acteurs. Pour le moment, les syndicats sont satisfaits, et les patients n'ont plus qu'à attendre pour savoir ce que donnera ce plan.

Références

- Antoniceili, R., Temarmata, P., Spazzafumo, L., Gagliardi, C., Bilo, G., Valentini, M., ... Parati, G. (2008). Impact of tele-monitoring at home on the management of elderly patients with congestive heart failure. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(6), 300-305.
- Bartolini, E., et McNeill, N. (2012). *Getting to value: Eleven chronic disease technologies to watch*. Boston, MA: NEHI.
- Beckmann, J. S. (2015). Can we afford to sequence every newborn baby's genome? *Human Mutation*, 36, 283-286.
- Brame J. (2020). *European Healthcare. Elderly Care Market, Étude 2020*. Disponible à : <https://content.knightfrank.com/research/656/documents/en/european-healthcare-care-homes-elderly-care-market-2020-6902.pdf>
- Buntin, M., Haviland, A., McDevitt, R. et Sood, N. (2011). Health care spending and preventive care in high-deductible and consumer-directed health plans. *American Journal of Managed Care*, 17, 222-230.
- Christensen, K. D., Vassy, J. L., Jamal, L., Lehmann, L. S., Slashinski, M. J., Perry, D. L. et McGuire, A. L. (2015). Are physicians prepared for whole genome sequencing? A qualitative analysis. *Clinical Genetics*, 89(2), 228-234.
- Crawford, J. M. et Aspinall, M. G. (2012). The business value and cost-effectiveness of genomic medicine. *Personalized Medicine*, 9(3), 265-286.
- Cutler DM, Rose AB, Vijan S. (2006). The value of medical spending in the United States, 1960-2000. *N Engl J Med.* , 355, p. 920-927.
- Demmer, L. A. et Wagoner, D. J. (2014). Professional medical education and genomics. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 15, 507-516.
- Drummond, M., Griffin, A., et Tarricone, R. (2009). Economic evaluation for devices and drugs—same or different? *Value in Health*, 12(4), 402-404.
- Durand-Zaleski I. (2020). *International Health Care System Profiles – Country Profiles: France*. The Commonwealth Fund. Disponible à l'adresse URL suivante : <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>.
- Eklund, A., Nichols, T., et Knutsson, H. (2016). Cluster failure: Why fMRI inferences for spatial extent have inflated false-positive rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(28), 7900-7905.
- Commission européenne (2019). *State of Health in the EU – France. Country Health Profile 2019*.
- Fifer, S., Everett, W., Mitchell, A., & Vincequere, J. (2010). *Critical care, critical choices: The case for tele-ICUs in intensive care*. Boston : Network for Excellence in Health Innovation.
- Guillou, P. J., Quirke, P., Thorpe, H., Walker, J., Jayne, D. G., Smith, A. M. H., Heath, R. M., & Brown, J. M. (2005). Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): Multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*, 365, 1718-1726.

Hegde, M., Bale, S., Bayrak-Toydemir, P., Gibson, J., Bone Jeng, L. J., Joseph, L., Laser, J., ... Mao, R. (2015). Reporting incidental findings in genomic scale clinical sequencing —A clinical laboratory perspective: A report of the Association for Molecular Pathology. *Journal of Molecular Diagnostics*, 17, 107–117.

INSEE (2018). L'espérance de vie par niveau de vie, Insee Première n°1687, Paris.

Ivanková, V., Kotulič, R., Gonos, J., & Rigelský, M. (2019). Health Care Financing Systems and Their Effectiveness: An Empirical Study of OECD Countries. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3839. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203839>

Jackevicius, C. A., Mamdani, M., et Tu, J. V. (2002). Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndrome. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(11), 1792–1797.

Kvedar, J., Coye, M. J., & Everett, W. (2014). Connected health: A review of technologies and strategies to improve patient care with telemedicine and telehealth. *Health Affairs*, 33(2), 194–199.

Le Bail M, Or Z (2016). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales. IRDES, ATIH et Ministère de la santé, Paris.

Lorenzoni L., Marino A., Morgan D. et James C. (2019). Health spending projections to 2030. New results based on a revised OECD methodology. Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 110. [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2019\)3&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2019)3&docLanguage=En)

Marc C., Héam JC., Mikou M. et Portela M. (2020). Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé. Panoramas de la DREES Santé.

Marino, A. et L. Lorenzoni (2019). The impact of technological advancements on health spending: A literature review, Documents de travail de l'OCDE sur la santé, N°113, OECD Publishing, Paris.

Ministère des solidarités et de la santé (2017). Stratégie nationale de la santé 2018-22 – Résumé. Ministère des solidarités et de la santé, Paris.

OECD/Commission européenne (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, OECD Publishing, Paris.

OECD (2017). New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266438-en>.

OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019). France : Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris / Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, Bruxelles

OCDE (2019a). Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.

OCDE (2019b) Going Digital: Shaping Policies, Improving Lives, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264312012-en>.

OCDE (2019c), Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>.

Sabate, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Safon Marie-Odile (2019). Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires.

Document de synthèse. Centre de documentation de l'IRDES. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>The Economist Intelligence Unit (2011). The future of healthcare in Europe. The future of healthcare in Europe.

WHO (2019). Health equity. Disponible à : http://www.who.int/topics/health_equity/en/. Consulté le 26 sept. 2020.

Éditions précédentes

01.2012 Le futur du système de santé national [italien] entre défis à relever et inefficiences à éliminer

01.2013 Les dépenses de santé à l'heure de la *Spending Review* : le cadre de synthèse des prochaines années

02.2013 Système de santé et santé : la variable générationnelle

03.2013 Coparticipation aux dépenses de santé et santé des patients

01.2014 La prévention en tant qu'élément pour la viabilité du système de santé national [italien]

02.2014 Les comptes de la santé : bilans et perspectives futures

03.2014 Les tendances des dépenses de santé : le rôle des prix

04.2014 Les enjeux de l'État-providence dans une Italie vieillissante : État-providence et société de protection sociale

01.2015 Crise économique, inégalités dans l'accès aux services de santé et effets sur la santé des personnes en Italie

02.2015 Efficacité des mécanismes de participation aux dépenses de santé : les différences entre les régions et les effets en termes de santé et de dépenses de santé

03.2015 Les comptes de la santé en Italie : bilans et perspectives futures

04.2015 Healthy and active aging (Un vieillissement actif et en santé) et les politiques de soins de longue durée en Italie

01.2016 La structure des coûts de la santé en Italie : analyse des tendances et des différences entre les régions (2004-11)

02.2016 La maîtrise du risque dans la santé : le rôle de l'organisation

03.2016 À la chasse, difficile, aux interventions inadaptées

04.2016 Les comptes de la santé : bilan 2015 et perspectives futures

01.2017 La santé dans le cycle de vie de la population : son évolution et comment intervenir

02.2017 Le service de santé national : un système voulu par les Italiens, mais qui a besoin d'être modifié en profondeur

03.2017 Les comptes de la santé : bilan 2016 et perspectives futures

04.2017 La santé des migrants en Italie : quelques réflexions et faits

01.2018 La santé au cours du cycle de vie de la population : la santé des jeunes italiens

02.2018 L'affectation des ressources pour la santé : la situation en Italie

03.2018 Les difficultés financières des villes italiennes : une analyse reconstructive

04.2018 Les comptes de la santé : bilan 2017 et perspectives futures

05.2018 Les coûts des nouvelles technologies de santé

01.2019 La santé au cours du cycle de vie de la population : la santé des Italiens à l'âge adulte

02.2019 Les comptes de la santé : bilan 2018 et perspectives futures

03.2019 Gouvernance de l'innovation et développement durable dans le secteur de la santé

01.2020 Le service de santé et la gestion de sa complexité : viabilité, pluralité des plateformes et leurs interactions

02.2020 Parents sains, enfants sains : une analyse descriptive de la transmission et la santé entre générations en Italie

Design :
ideogramma.it

Les conclusions rapportées dans les documents de recherche sont celles formulées par les auteurs et ne sont, d'aucune manière, la responsabilité de la Fondation.

Fondation Farmafactoring

Via Domenichino 5 – 20149 Milan

Téléphone +39 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F – 00197 Rome

Téléphone +39 06.8091391 – Télécopie +39 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it