

Mouvement  
des **Entreprises**  
de **France**



**RÉINVENTER UNE  
POLITIQUE DE SANTÉ  
POUR RÉPONDRE  
AUX DÉFIS  
DU 21<sup>E</sup> SIÈCLE**

PROPOSITIONS

COMITÉ ACTEURS DE SANTÉ  
JANVIER 2022



# SOMMAIRE

<b>Préambule</b>	<b>7</b>
<b>1. Constats clés - Ce que la période de la COVID-19 a mis en évidence</b>	<b>8</b>
A. La crise sanitaire est révélatrice de problématiques de notre système de santé	8
B. La crise a démontré certaines limites de notre organisation et de nos politiques publiques	8
C. Elle a mis en exergue la nécessité de disposer d'un système de santé agile	9
D. Compte-tenu des enjeux à venir (vieillesse de la population, développement des maladies du grand âge et maladies chroniques, nouvelles crises sanitaires, déséquilibres territoriaux dans l'accès aux soins, etc.), la sortie de crise offre une formidable opportunité d'impulser une nouvelle dynamique, au service de la santé des citoyens.	9
<b>2. Synthèse des propositions : réinventer une politique de santé pérenne, pour faire face aux défis du 21e siècle</b>	<b>10</b>
A. Repenser le système de santé pour un système basé sur l'innovation et la complémentarité des acteurs	10
B. Piloter plus efficacement le système de santé	12
C. Réorganiser le système de santé, pour un système plus agile, plus souverain et plus attractif	13
<b>PROPOSITIONS DÉTAILLÉES DES GROUPES DE TRAVAIL</b>	<b>17</b>
<b>1. Innovation en santé, levier d'un meilleur accès aux soins</b>	<b>18</b>
<b>2. Quels leviers de transformation du système de santé ?</b>	<b>25</b>
<b>3. Anticipation des crises sanitaires à venir, comment faire face ensemble ?</b>	<b>32</b>

<b>4. Répondre aux enjeux d'attractivité du secteur et anticiper les évolutions en matière d'emploi</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>47</b>
<b>Position du Mouvement des entreprises de France sur le rapport du Haut Conseil à l'Assurance maladie relatif à l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et complémentaire - 11 octobre 2021</b>	<b>47</b>
<b>Les objectifs du CSIS 2021</b>	<b>49</b>
<b>Constats-Rapport Valeur et Santé - Janvier 2020</b>	<b>50</b>
<b>LE COMITÉ ACTEURS DE SANTÉ</b>	<b>56</b>





# Préambule

Le comité Acteurs de santé a été mis en place fin 2020 afin de **prendre la parole sur les grands enjeux de santé**, relayer, mettre en visibilité la place de la santé dans l'écosystème politique et économique, en positionnant le Mouvement des entreprises de France comme un contributeur des débats sur la Santé et en ouvrant de nouveaux champs de réflexion.

Son ambition est d'être **un espace de dialogue/d'interaction et d'ouverture** entre acteurs afin de poser les bases permettant la co-construction autour de projets communs et d'agir pour la reconnaissance de la contribution du secteur privé à l'économie, à l'intérêt général et à sa valorisation.

Cet espace quasi unique rassemble les filières de la santé : industrie de santé (médicament, produits de santé), numérique (NUMEUM), fédérations du soin (Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA), Unicancer), financeurs (assurances, mutuelle, vice-président de la CNAM), Syndicat national des sociétés d'assistance), UIMM, GIM, mais également des experts (Lowpital, Institut Montaigne, Ethic IA, professeur de médecine) et entreprises (Jouve).

La crise de la COVID-19 a donné une acuité particulière à cette démarche, **mis en évidence l'importance cruciale des acteurs privés de santé et l'enjeu de défendre leur pluralisme**. Les mentalités et les positionnements ont évolué à la faveur de la crise, et il convient à présent de sanctuariser ces acquis sur le long terme.

**Ce constat avait également été mis en exergue par les travaux conduits en 2019, intitulés « Pour un nouveau pacte de santé » et ses conclusions invitaient le Mouvement des entreprises de France à ouvrir un dialogue avec les acteurs institutionnels ou publics, sur des grandes questions de santé publique.**

Pour le Comité, **la santé est l'un des piliers d'une société prospère et équitable**. Elle doit devenir **un vrai projet de société, faisant l'objet d'une priorité de la Nation** et être positionnée comme **un secteur économique clé pour la relance du pays**, aujourd'hui lourdement affaibli par le contexte pandémique.

**Redonner des perspectives de croissance à ce secteur, qui souffre d'une approche court-termiste de la part des pouvoirs publics, serait donc un objectif essentiel pour un système de santé tourné vers l'innovation et la prise de risques.**

Les constats et faiblesses concernant notre système de santé sont clairement identifiés, rapports après rapports, et les dernières réformes gouvernementales se heurtent, malgré une philosophie d'action allant dans le bon sens, à des freins et à des rigidités qu'il conviendrait de lever.

# 1. Constats clés - Ce que la période de la COVID-19 a mis en évidence

## A. La crise sanitaire est révélatrice de problématiques de notre système de santé

Notre pays a su faire coexister adroitement durant de nombreuses années, des systèmes de soins publics et privés, créant ainsi une émulation et une excellence qui a fait pendant longtemps le succès de notre système de santé. **Si les citoyens confortent régulièrement la confiance qu'ils portent aux professionnels du soin et leur fierté à l'égard du système de santé (il existe une attente forte des citoyens en matière de protection de leur santé), une inquiétude croissante se fait jour vis-à-vis du devenir de ce système.**

Il est menacé en termes de qualité des soins, de solidarité, de richesse générée pour le pays et de qualité de vie au travail pour les 2,2 millions de professionnels qui en ont fait leur métier, pour beaucoup leur vocation.

## B. La crise a démontré certaines limites de notre organisation et de nos politiques publiques

- ▶ **Un problème de morcellement des acteurs, la complexité de notre système, plus qu'un manque de ressources.**
- ▶ Un manque de vision stratégique :
  - **un système de financement et une régulation des dépenses d'assurance maladie privilégiant l'approche à court terme au détriment d'une priorisation en termes d'investissement ;**
  - **des freins à la recherche et à l'innovation (financiers, réglementaires) ;**
  - **un système de santé concentré sur la prise en charge du soin au détriment de la prévention, de l'anticipation, de la prise en compte de l'innovation, qui restent des impensés.**
- ▶ **Un déficit de pilotage dans la mise en œuvre opérationnelle, des blocages opérationnels** dûs au manque de coordination, de dialogue et de concertation.
- ▶ Un sujet **de financement, particulièrement prégnant en sortie de crise sanitaire mais également compte-tenu des défis auxquels le système de santé va être confronté.**



## C. Elle a mis en exergue la nécessité de disposer d'un système de santé agile

**Une filière créatrice de valeur (12,3 % du PIB français).**

- ▶ **Des synergies plus fortes entre acteurs de la filière de la santé** (privés et publics) et **une meilleure articulation des rôles de chacun**, loin de la vision strictement hôpitalo-centrée, afin de favoriser les coopérations (pour améliorer la prise en charge et garantir la continuité des parcours de soins).
- ▶ **Un système territorialisé et impliquant tous les acteurs** (publics, privés, ville, hôpital, industrie, assurantiel).
- ▶ Une **recherche en santé performante**, compétitive, soutenue par des pouvoirs publics **et favorisant l'innovation**.
- ▶ Des organisations plus souples, des réglementations moins rigides et des dispositifs accélérés (notamment les autorisations délivrées par l'ANSM et les comités de Protection des Personnes - CPP).

**D. Compte-tenu des enjeux à venir (vieillesse de la population, développement des maladies du grand âge et maladies chroniques, nouvelles crises sanitaires, déséquilibres territoriaux dans l'accès aux soins, etc.), la sortie de crise offre une formidable opportunité d'impulser une nouvelle dynamique, au service de la santé des citoyens.**

## 2. Synthèse des propositions : réinventer une politique de santé pérenne, pour faire face aux défis du 21<sup>e</sup> siècle

### A. Repenser le système de santé pour un système basé sur l'innovation et la complémentarité des acteurs

#### 1<sup>RE</sup> PRIORITÉ

**Reconnaître la valeur positive et la diversité des acteurs – publics et privés –** dans le système de santé français et s'appuyer sur cette pluralité pour améliorer son efficacité. Il s'agit de les considérer comme des acteurs de service public et non plus seulement au service du public.

- ▶ **Maintien de la coexistence des systèmes de soins publics et privés**, créant ainsi une émulation et une excellence qui a fait pendant longtemps le succès de notre système de santé. La crise sanitaire a montré la nécessité de rétablir cet équilibre stimulant qui favorise la performance et l'innovation.
- ▶ **Reconnaissance de l'égalité des acteurs privés et publics et de leur contribution à la santé des Français.**
- ▶ **Capacité donnée aux complémentaires santé d'élargir leurs actions au service de la médecine préventive, et de permettre l'accès de tous à l'innovation numérique en santé grâce à l'Intelligence artificielle, permettant aux assurés d'être acteurs de leur propre santé.**
  - Le développement des innovations technologiques dans le domaine de la santé a modifié la relation entre l'assureur et l'assuré. À l'international, les évolutions technologiques, couplées au recours à l'IA, permettent aux assureurs de proposer de nouvelles offres, plus évolutives et individualisées.
  - Les acteurs de la couverture du risque pourraient ne plus être circonscrits au remboursement des frais de la médecine curative, mais devenir acteurs dans la santé de leurs assurés et financeurs d'une médecine préventive, plus orientée vers le pilotage par les données et la pertinence des soins.
- ▶ Promotion de la présence de la démocratie sanitaire en temps de crise comme en dehors, en affirmant la légitimité de la participation du patient à la transformation du système de santé et en reconnaissant sa parole et son expérience.

#### 2<sup>E</sup> PRIORITÉ

Mettre en place **un terrain propice au développement de l'innovation en santé** par les entreprises et notamment les start-up françaises, et permettre un accès de tous à des soins adaptés, de qualité et sur l'ensemble du territoire

Cela suppose :

- ▶ De créer **une culture de la confiance** face à l'innovation, notamment vis-à-vis des citoyens (politique d'éducation à la santé, principes éthiques clairs, information sur la sécurité des innovations en santé), de convaincre les professionnels (les inclure dans le développement de ces outils, dans la formation, injecter l'IA dans le développement des outils...).

- ▶ De développer **un environnement favorable** au développement de l'innovation et au soutien à la compétitivité de la recherche française qui possède de nombreuses forces vives, publiques et privées :
  - en **réduisant les délais de validation des innovations** des biotech facilitant l'accès rapide des patients à l'innovation en santé, en adaptant la fiscalité et la formation ; ou encore en valorisant les données de santé et d'immunothérapie permettant des thérapies ciblées ;
  - en **accélérant l'évaluation des dossiers de recherche**, en réduisant la comitologie pour les essais répondant à l'innovation thérapeutique ;
  - en **permettant l'accès aux innovations thérapeutiques rapidement et sur tout le territoire** : évaluation précoce de ces traitements, révision de l'enveloppe en sus (trop restreinte), accélérer les conditions de la mise sur le marché de ces innovations, rendre compte des coûts et économies prévues liées à la valeur ajoutée de certains dispositifs innovants et coûteux ;
  - en soutenant la transformation de l'outil industriel, en particulier vers la bio-production ;
  - en **attirant sur le territoire national la recherche et la production des produits de santé innovants** par une **politique fiscale** plus incitative, une plus **grande efficacité administrative** et une meilleure **lisibilité des politiques de tarification** au regard de nos voisins européens ».
- ▶ **Réduire les inégalités, notamment territoriales, d'accès aux actes innovants de biologie moléculaire** (réviser le système de financement des actes de diagnostic moléculaire, accélérer le rythme d'inscription de ces actes à la nomenclature, développer des référentiels de prescription des actes hors nomenclature).
- ▶ **Promouvoir une approche par la régulation positive de l'innovation, à l'instar de ce qui a pu être fait avec la reconnaissance du principe de garantie Humaine de l'intelligence artificielle** dans la nouvelle loi de bioéthique et dans le futur projet de règlement européen sur l'IA, en cohérence avec le dispositif de mise sur le marché et de facilitation à l'admission au remboursement par la Sécurité sociale des dispositifs médicaux avec IA.

### 3<sup>E</sup> PRIORITÉ

#### Consolider une approche stratégique afin de financer le tissu industriel et l'innovation ainsi que les événements exceptionnels comme des pandémies

- ▶ **Créer un Fonds stratégique dédié à la souveraineté sanitaire et à l'innovation pour soutenir le tissu industriel** et financer ce qui relève du régalien (temps long, épisodes exceptionnels), qui ne doit pas être financé par la Sécurité Sociale ni par les entreprises. Il permettrait de répondre à l'accélération des cycles d'innovation, à la nécessaire coordination des expertises, de l'action des administrations et des moyens financiers.

### 4<sup>E</sup> PRIORITÉ

#### Sécuriser le financement de l'innovation en santé et des dépenses d'avenir

- ▶ **Sortir les dépenses d'avenir et d'innovation de la régulation budgétaire annuelle de l'ONDAM et identifier un compartiment « dépenses d'avenir » et innovation au sein des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), piloté dans un cadrage stratégique pluriannuel** sous la forme d'une programmation pluriannuelle.
  - Pour mettre en œuvre cette réforme, une nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale serait à adopter. Cette réforme de la LOLFSS permettrait d'entériner à la fois cette programmation quinquennale et sécuriserait le compartiment innovation de la LFSS annuelle.
- ▶ **Développer de nouveaux modèles de financement pour favoriser l'émergence de plateformes d'intégration de soins et la collaboration entre professionnels** (financement au parcours et à la performance, développement d'approches territorialisées au plus près des besoins des populations, indicateurs de résultats, etc.

## B. Piloter plus efficacement le système de santé

### 5<sup>E</sup> PRIORITÉ

**Clarifier et simplifier la coordination des acteurs de la santé**, pour redonner son efficacité à notre système de santé et répondre aux besoins actuels et futurs des citoyens

- ▶ **Un État recentré sur sa dimension de stratégie**, garant des principes et régulateur des acteurs, et une dissociation de la gouvernance stratégique et de la régulation opérationnelle.
  - Parmi ces principes, un principe proposé : tout financeur intervient dans la gouvernance des opérateurs qu'il finance.
  - **Un pilotage de l'organisation de la santé grâce à des indicateurs partagés**, avec une vision globale, transparente, cohérente et partagée **pour un service rendu au citoyen efficient et garantissant la qualité et un accès équitable aux soins**.
  - **Un État avec une mission centrale en matière de prévention** : prévention des crises sanitaires, anticipation des nouveaux défis, prévention en matière de santé y compris dès l'enfance.
- ▶ Des Agences régionales de santé assurant le pilotage et la régulation de l'offre de soins et des acteurs sur le territoire, qui s'adaptent aux contextes tant géographiques qu'aux besoins et aux déterminants de santé de la population, sous la coordination et la mise en cohérence du national
  - Avec des dispositifs de financement encourageant ces coordinations et la recherche de qualité et d'efficacité au plus près du terrain.
  - Avec de vraies latitudes d'action laissées aux acteurs sanitaires et médicosociaux.
- ▶ **Des missions de la CNAM complétées par celle de direction technique (gestion du risque, producteur et diffuseur d'indicateurs)**.
- ▶ **Des OCAM ayant un rôle d'acteur clé dans l'accès aux soins et dans la gestion du risque santé, impliqués dans la gouvernance des acteurs qu'ils financent et pouvant amplifier leurs actions en matière de prévention et d'innovation<sup>1</sup>**.

### 6<sup>E</sup> PRIORITÉ

**Revisiter les relations entre l'État et les acteurs de santé**, fondées sur la **confiance**, la **contractualisation** et **l'évaluation de la qualité** du service rendu au patient

- ▶ **Améliorer le pilotage de terrain, de la coordination et des coopérations** au plus près des citoyens pour améliorer l'efficacité. Ce rôle essentiel revient aux Agences régionales de santé (ARS) dont le périmètre d'intervention serait aménagé pour pouvoir être pleinement les actrices d'une régulation équilibrée entre les différents acteurs de santé.

### 7<sup>E</sup> PRIORITÉ

**Renforcer la coordination des acteurs** en précisant les rôles de chacun et en pérennisant la remarquable coordination développée pendant la période COVID :

- en sanctuarisant la coopération équilibrée entre le secteur public et le secteur privé hospitalier, en faisant primer la mission sur le statut ;
- en favorisant le développement de toutes les structures de soins coordonnées (Maisons de santé pluridisciplinaires, Communautés professionnelles territoriales de santé...) et la coordination hôpital-médecine de ville sans distinction de statut ;

1. Voir en complément annexe 1.

- en favorisant la mise en commun de données et d'indicateurs de santé : parcours de soins, dossier patient comme support de cette coopération ;
- Les ARS ont pour mission d'évaluer l'efficacité de ces dispositifs, d'accompagner leur mise en œuvre et d'accélérer ces évolutions en mobilisant au besoin de nouveaux modes de financement tels que proposés par l'article 51 de la LFSS.
- ▶ Des **indicateurs de qualité et de pertinence largement partagés** et établis par les professionnels pour promouvoir le déploiement des meilleures pratiques.

## 8<sup>E</sup> PRIORITÉ

### Le financement comme outil de pilotage

- ▶ **Mettre en place des financements plus mixtes**, en complément du financement à l'activité, encourageant l'innovation de tous les acteurs publics comme privés au service des patients.
  - Fonder le paiement à la qualité sur une valorisation effective des acteurs les plus vertueux, et non sur une logique punitive.
  - Bâtir les modèles de financement sur des bases concertées, des données d'activité partagées, les mêmes prises en charge devant être valorisées au même niveau entre les acteurs de santé de différents statuts pour permettre visibilité et confiance.
- ▶ Favoriser la transition du financement à l'acte au **financement à l'épisode de soins voire au parcours de soins**.
- ▶ Faciliter les **financements complémentaires par l'ARS et d'autres financeurs (OCAM)** pour favoriser la coordination sur le terrain entre acteurs.
- ▶ **Développer la voie de la contractualisation entre acteurs du soin et du financement**, permettant de développer la logique d'actions partenariales et le découplage tant des financements (ville versus hôpital) que des actions (réalisation et coordination des soins, possibilité plus forte de mener des expérimentations entre acteurs de statuts divers...).
- ▶ Organiser une **pluriannualité des financements pour améliorer la visibilité des acteurs** sur les ressources de santé **et leur permettre d'innover et d'investir**.

## C. Réorganiser le système de santé, pour un système plus agile, plus souverain et plus attractif

- ▶ **En s'appuyant sur la collaboration avec les acteurs privés de santé en amont des prochaines crises sanitaires.**

## 9<sup>E</sup> PRIORITÉ

### Susciter l'adhésion des citoyens en cas de crise sanitaire.

La gestion de crise est une gestion de la confiance collective (améliorer la prise de parole scientifique, faire passer les bonnes informations, claire, transparente, étayée, communiquer sur des faits et non des chiffres bruts).

## 10<sup>E</sup> PRIORITÉ

**Impliquer tous les acteurs** (médecine de ville, médico-social et hôpital privé) dans **l'organisation médicale à mettre en place**, dans une même chaîne de soins et les associer sans distinction de statut, créer un continuum entre la recherche fondamentale, clinique et l'industrie.

**Au niveau stratégique :**

- **s'agissant de l'organisation industrielle, deux filières industrielles sont à soutenir : l'IA et le diagnostic pour mettre en œuvre des stratégies d'isolement opérantes ;**
- **investir dans une Base industrielle et technologique de santé (BITS)**, comme le fait la DGA dans la Défense ou la Barda. Il faut peser sur la montée en puissance d'HERA (*Health Emergency Response Authority*) ;
- **préciser des zones de souveraineté sanitaire :**
  - > rapatrier un certain nombre de molécules/principes actifs,
  - > défendre **auprès de l'UE, une zone de souveraineté sanitaire** pour intégrer à la liste, des produits de santé essentiels (Article 346 du Traité de l'UE sur la définition des « intérêts essentiels de souveraineté »),
  - > élargir les missions des dépositaires pharmaceutiques pour optimiser et mutualiser la logistique (stockage et approvisionnements) des produits de santé,
  - > reconnaître **les acteurs de santé et les industriels en temps de crise comme activités essentielles à la sécurité de la Nation.**

**En termes plus opérationnels :**

- **passer d'une logique de stocks à une logique de flux et d'adaptation rapide des lignes de production, et travailler à déterminer un statut de médicaments répondants à des situations sanitaires exceptionnelles** (médicaments d'urgence sanitaire, avec une autorisation de mise sur le marché conditionnelle, type ATU (autorisation temporaire d'utilisation), classement de certains produits au titre de la sécurité nationale, amélioration de l'efficacité des opérations d'approvisionnement (flux amont) et de distribution en gros (flux aval), appui sur les dépositaires pharmaceutiques).
- **lever les freins réglementaires afin de permettre la prise de risque au niveau industriel :**
  - > **promouvoir les fast tracks** (travail sur la réglementation) nécessaires pour permettre un continuum entre recherche et industrie et ainsi favoriser un accès plus rapide aux technologies innovantes ;
  - > **utiliser la commande publique** pour promouvoir des productions européennes et nationales ;
  - > se donner les moyens **d'une véritable veille sanitaire** (équité des normes environnementales et sociales...);
  - > **miser sur la valeur ajoutée environnementale/sociale des productions nationales et européennes** pour en faire un vrai atout **de compétitivité ;**
- **mettre en place au niveau du Mouvement des entreprises de France une cellule de gestion de crise pérenne**, activable facilement, regroupant l'ensemble des activités potentiellement concernées.
- ▶ **En mettant en place une véritable politique d'attractivité des métiers de la filière du soin favorisant davantage de vocations**

L'attractivité du secteur de la santé auprès des futurs viviers de compétences dépend de la capacité collective à donner une vision des perspectives d'emploi, de parcours professionnels et surtout d'enrichissement des métiers (limitation de la pénibilité) voire de leur hybridation à moyen terme.

## 11<sup>E</sup> PRIORITÉ

**Développer la formation des professionnels et lever certains freins réglementaires en matière d'alternance** (ouverture à certaines professions réglementées (infirmier/ères diplômé.es d'État spécialisé-es par exemple, passerelles entre les emplois relevant des métiers de santé).

## 12<sup>E</sup> PRIORITÉ

Mettre en place les conditions permettant de favoriser **la promotion professionnelle** et des parcours professionnels valorisants

- ▶ **Assouplir les dispositifs de formation pour optimiser l'évolution professionnelle des salariés** et contribuer à une dynamique d'ascenseur social (mutualiser les fonds de la formation professionnelle vers les besoins en compétences des établissements de santé, faciliter et simplifier les modalités d'abondement du Compte Personnel de Formation par les entreprises, simplifier le dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE), notamment pour les aides-soignants, sécuriser les clauses de dédit-formation pour les métiers en tension, adapter la Pro-A aux spécificités des métiers de la santé).

## 13<sup>E</sup> PRIORITÉ

**Encourager les transitions et reconversions professionnelles** vers les métiers du soin et de la santé, avec des actions concrètes

- ▶ **Aider les entreprises de la santé et du soin à recruter plus facilement des salariés en transition** : Simplification administrative du dispositif, allègement de charges salariales ou crédit d'impôt pour tout recrutement d'un salarié engagé dans un parcours de transition ou reconversion professionnelle ; allongement de la durée maximale des Préparation opérationnelle à l'emploi (POE) des demandeurs d'emploi qui s'orientent vers les métiers de la santé et du soin ; favoriser les montages directs entre le secteur concerné qui porte le dispositif et les opérateurs de santé.

## 14<sup>E</sup> PRIORITÉ

**Anticiper aujourd'hui les métiers de demain**

- ▶ **Engager un programme prévisionnel de gestion des emplois et des compétences qui permette d'anticiper les évolutions** et d'appuyer les reconversions.
- ▶ Agir dès aujourd'hui sur la **sensibilisation des jeunes générations, filles et garçons, aux métiers de la santé et du soin.**
- ▶ **Adapter les formations initiales et continues des professionnels de santé médicaux et paramédicaux aux enjeux de la transformation numérique**, pour assurer largement la transition des compétences et des modalités d'exercice.
- ▶ **Intégrer un véritable pilotage des enjeux métiers au sein du ministère de la santé.**
- ▶ **Diversifier les sources de recrutement dans le domaine du soin** et s'adjoindre de nouvelles compétences/de nouveaux profils.
- ▶ **Accompagner les transformations industrielles par des formations à la transformation des métiers dans le domaine, notamment du numérique et de la bio-production.**





**PROPOSITIONS  
DÉTAILLÉES  
DES GROUPES  
DE TRAVAIL**

# 1. Innovation en santé, levier d'un meilleur accès aux soins

- ▶ Associé à la présidence française de l'UE, le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) 2021 constitue une opportunité de rénover le système de santé et de porter des propositions innovantes à l'échelle nationale et européenne.
- ▶ La relance du modèle français d'innovation en santé doit pouvoir partir des **forces motrices des territoires**. Une capacité d'invention s'exprime sur le terrain et doit pouvoir être soutenue.
- ▶ Il convient de porter une attention particulière à la **reconnaissance du rôle des outre-mer dans la fabrique de l'innovation en santé** et dans la valorisation des savoir-faire français dans l'exportation en santé dans les zones Caraïbes, Pacifique et Océan Indien.
- ▶ Toutes ces dynamiques conjuguées doivent viser à **renforcer la compétitivité, le dynamisme et l'excellence** de la recherche française en faveur de l'innovation en santé.

## Une priorité : faire confiance aux acteurs de l'innovation et développer un environnement favorable à la recherche, révélatrice de notre potentiel d'innovation

Un constat partagé par l'ensemble des acteurs de la filière Santé : la nécessité de développer un environnement favorable au développement de l'innovation et au soutien à la compétitivité de la recherche française qui possède de nombreuses forces vives, publiques et privées.

## 1. Faciliter l'accès à l'innovation et la recherche clinique

### Faciliter l'accès à l'innovation en santé

Plusieurs axes sont prioritaires pour faciliter l'accès à l'innovation :

- axe 1 : développer les appels à projets pour structurer des partenariats hospitaliers, académiques et industriels ;
- axe 2 : permettre l'accès le plus précoce possible des patients à l'innovation ;
- axe 3 : renforcer l'efficacité du système d'examen des projets par les comités de Protection des Personnes (CPP) ;
- axe 4 : créer une agence interministérielle favorisant l'innovation en santé ;
- axe 5 : faciliter et accélérer la mise en place d'études sur les données de santé ;
- axe 6 : répondre aux problématiques liées aux médicaments et dispositifs médicaux innovants ;
- axe 7 : parvenir à réduire les inégalités d'accès aux actes innovants de biologie.

#### • **Axe 1. Développer les appels à projets pour structurer des partenariats hospitaliers, académiques et industriels**

- ▶ Adapter les dispositions réglementaires de notre recherche clinique académique dans un cadre de compétition internationale ; La France dispose de toute l'expertise nécessaire aujourd'hui mais les délais administratifs trop longs constituent un premier frein au déploiement de la recherche.

- Élargir la qualification de « recherche académique » et mettre en œuvre une déclinaison lisible et pragmatique des dispositions afin de permettre aux recherches cliniques de bénéficier des facilités réglementaires associées à la recherche académique (sans exclure systématiquement de celle-ci des activités synergiques avec un ou des industriels).
- Prioriser la recherche clinique sur des médicaments innovants et des dispositifs médicaux au regard des besoins de santé publique identifiés.
- Faciliter l'exploitation des données de santé grâce aux partenariats.
- Créer un environnement favorable pour les biotechs en réduisant les délais sur la validation des innovations, en adaptant la fiscalité et en favorisant la formation.

## • **Axe 2. Permettre un accès le plus précoce possible des patients à l'innovation tout en développant l'information sur leur valeur ajoutée et leur sécurité**

- ▶ On observe une modification des grandes étapes de la recherche clinique avec l'émergence de l'intelligence artificielle et le développement de schémas thérapeutiques ciblés.
- ▶ Les propositions présentées par le Président de la République suite au CSIS permettent de faciliter l'accès précoce à l'innovation et constituent une avancée très importante. Leur mise en œuvre rapide doit pouvoir s'accompagner d'une approche plus individualisée de la recherche clinique : thérapies ciblées exploitant les données de santé et immunothérapie.
- ▶ En parallèle, la diffusion d'informations sur les innovations en santé s'appuyant sur l'état de l'art à destination du public est impérative afin d'expliquer leur valeur ajoutée et de donner de l'information sur leur sécurité

## • **Axe 3. Renforcer l'examen des projets par les Comités de Protection des Personnes (CPP)**

**Une priorité absolue : améliorer la compétitivité de la France en matière de recherche clinique en accélérant l'évaluation des dossiers de recherche.**

Le système d'attribution des dossiers doit prévoir :

- une nécessaire spécialisation des CPP sur des recherches répondant à l'innovation thérapeutique, objectivée, suivie, faisant l'objet d'un encadrement. Une formation réelle et professionnelle est nécessaire au vu des enjeux, notamment pour les essais entrant dans le champ des règlements européens ; de plus une « sous spécialisation » pour les essais de phase précoce et les essais au design complexe serait opportune ;
- une réduction du nombre de comités pour les essais répondant à l'innovation thérapeutique sur des produits de santé;
- Enfin il faut professionnaliser la formation et la gestion documentaire des CPP.

## • **Axe 4. Créer une coordination interministérielle favorisant l'innovation en Santé**

- ▶ Mettre en place un vecteur autonome (type Fonds) d'impulsion et de soutien à l'innovation en santé et s'inspirer du modèle BARDA (*Biomedical Advanced Research and Development Authority*) américain pour :
  - sortir la thématique de l'innovation de l'action quotidienne des ministères de la santé, de la recherche et de l'industrie afin que ce Fonds puisse devenir l'interlocuteur unique des entreprises (start-up et grandes entreprises), des chercheurs, d'équipes médicales et de représentants de patients. Un audit préalable pour en préciser les missions aura à être diligenté pour éviter les doublons ;

- à l'image de la « BARDA » américaine, elle pourra **prioriser des thématiques données**, et dans l'autre sens accueillir les propositions d'innovations ;
- une telle organisation agile devrait permettre de **redonner son rang à la France en vue d'une meilleure réactivité** permettant de répondre à l'accélération des cycles de l'innovation et d'une coordination des expertises, de l'action des administrations et des moyens financiers ;
- la création d'une telle coordination nécessite au préalable d'avoir une **vision claire sur le rôle qu'on entend lui faire jouer**, afin d'éviter tout doublon avec les structures en place actuellement.

#### • **Axe 5. Faciliter et accélérer la mise en place d'études en s'appuyant sur les bases de données de santé**

- ▶ Avec le développement des technologies d'IA et les progrès réalisés dans les capacités de traitement des données, l'analyse des données de santé constitue aujourd'hui un champ fondamental, notamment pour améliorer la qualité des diagnostics. La mise en place de bases de données structurées comme outils de recherche et d'innovation doit donc être pleinement soutenue et accompagnée par les pouvoirs publics.
  - Mettre en place un dispositif accéléré/*fast track* par la CNIL, à l'instar de ce qui a été fait par l'ANSM sur le médicament.
  - Prévoir des financements dédiés aux recherches sur les données de santé et aux entrepôts de santé.
  - Simplifier les procédures de réutilisation des données et permettre aux chercheurs d'accéder aux données qu'ils ont recueillies pour le compte d'un promoteur en créant un cadre méthodologique adapté.
  - Déployer des standards incitant l'interopérabilité entre les sources de données de vie réelle ;
  - L'analyse des données de santé constitue un champ fondamental, notamment pour améliorer la qualité des diagnostics.

#### • **Axe 6. Répondre aux problématiques liées aux médicaments et dispositifs médicaux innovants**

- ▶ Plusieurs actions doivent être menées afin de **favoriser l'accès aux médicaments et dispositifs médicaux innovants** :
  - travailler sur l'évaluation précoce de la réponse à ces traitements (par marqueurs biologiques et imagerie notamment) ;
  - réviser l'enveloppe trop restreinte de la liste en sus. Problématique des ASMR 4<sup>2</sup> sortis de la liste en sus ;
  - engager un grand plan de soutien aux dispositifs médicaux innovants en accélérant leurs conditions de mise sur le marché et en consolidant un environnement de soutien financier et de sécurité juridique pour les innovateurs en diagnostic médical (DM) ;
  - s'assurer que la réforme en cours sur les actes médico-chirurgicaux débouchera bien sur un renforcement de la transparence de la procédure qui va de l'évaluation à la tarification d'un acte avec notamment des délais précisés pour chaque étape.
- ▶ Certains médicaments ne sont pas autorisés pour des indications de mutation, alors qu'ils sont validés par des études standardisées internationales.
  - Mettre ces médicaments à disposition de l'ensemble des patients dans un cadre contrôlé, au travers de RCP moléculaires et de centres de référence.
  - Adapter les AMM en utilisant des données en vie réelle standardisées a priori (comme aux États-Unis) ;

---

2. Amélioration du service médical rendu, de niveau mineur

- Méthode permettant de faire évoluer les autorisations plus rapidement en évitant le passage systématique par les essais cliniques traditionnels.
- Réduire l'intervalle entre l'obtention de l'AMM européenne et le remboursement des médicaments innovants.
- ▶ Pour certains traitements et dispositifs médicaux innovants et coûteux, **rendre compte des coûts, des économies prévues liées à leur valeur ajoutée** dans un horizon de trois à cinq ans, et inscrire ceux-ci dans une lecture pluriannuelle des ressources de l'Assurance maladie.

#### • **Axe 7. Parvenir à réduire les inégalités d'accès aux actes innovants de biologie moléculaire**

- ▶ La crise sanitaire a mis en lumière **la place cruciale des actes de biologie et d'anatomopathologie dans la prise en charge.**
  - Cependant, le dispositif actuel de financement des actes hors nomenclature (RIHN) conduit à des inégalités territoriales d'accès aux soins et à l'innovation pour les patients, et aboutit à des pertes de chances pour ceux dont les prescripteurs refusent d'assurer la prise en charge du coût des analyses. Le système est inflationniste en dépenses de tests moléculaires, en prescriptions et dépense de médicaments.
  - La politique de remboursement partiel des RIHN au prescripteur est aujourd'hui dissuasive à leur prescription.
- ▶ Propositions :
  - **réviser le système de financement des actes de diagnostic moléculaire** (actes hors nomenclature), pour ne pas limiter leur accès ;
  - **accélérer le rythme d'inscription des actes de diagnostic moléculaire à la nomenclature** en établissant des critères précis ;
  - développer des **référentiels de prescriptions des actes hors nomenclature** afin d'homogénéiser les procédures moléculaires sur le territoire.

## 2. Stimuler l'innovation numérique en santé

### Une course à l'innovation mondialisée

- ▶ **La souveraineté nationale est un enjeu majeur pour la R&D française :**
  - investir davantage dans la R&D française pour en faire « la première nation européenne innovante en santé » ;
  - encourager la politique d'innovation par les institutions, en mettant en place une gouvernance nationale, garantissant l'implication d'une multitude d'acteurs publics comme privés ;
  - créer des pôles d'excellence régionaux, permettant de mettre en relation les acteurs de la filière santé.
- ▶ **Agir au niveau européen :**
  - encourager l'émergence de leaders européens et français du numérique en santé ;
  - fédérer les bases de données de vie réelle à l'échelle européenne, développer une culture de partage des données entre États membres ;
  - créer une instance d'évaluation européenne des technologies de santé.

## Jeter les bases d'un écosystème de confiance en innovation numérique

### ▶ (Re)donner confiance en l'innovation numérique :

- promouvoir auprès du grand public l'intérêt et les potentiels de l'innovation, y compris en objectivant le bénéfice/risque de chaque innovation ;
- informer et former les usagers sur les bénéfices du partage des données de santé ;
- impliquer les patients et leurs représentants dans la dynamique d'innovation en soutenant l'émergence de leviers de démocratie sanitaire digitale (outils numériques de recueil de besoin et d'expression d'attentes) ;
- basculer en trois ans l'ensemble du système de santé sur le « zéro papier » réel (*On-Boarding digital*/digitalisation des dossiers médicaux et de l'ensemble des formalités des professionnels et des patients).

### ▶ Convaincre et encourager les professionnels de santé à **adopter les innovations technologiques**, notamment :

- faciliter l'appropriation de l'Intelligence artificielle par les professionnels de santé (notamment pour l'aide au diagnostic) en systématisant la sensibilisation à l'IA dans les formations initiales et continues ;
- encourager le déploiement de la **télésurveillance et de la santé mobile** notamment dans la gestion du risque.

### ▶ **Mesurer l'impact organisationnel des technologies de santé innovantes** pour gagner en efficience.

### ▶ **Évaluer et communiquer sur les résultats** en donnant une place majeure aux représentants des patients et des professionnels dans l'évaluation de ces technologies numériques.

### ▶ **Reconnaître le rôle majeur de l'innovation en intelligence artificielle** portée par les acteurs du dispositif médical et soutenir la consolidation d'une filière française et européenne sur cette filière d'avenir.

## Promouvoir une logique de régulation positive comme dans le cas de la garantie humaine de l'IA

### ▶ L'innovation numérique doit être **libérée d'une surréglementation** qui revient, en pratique, à orienter les professionnels et les patients français vers les solutions conçues hors d'Europe.

### ▶ **Le principe de Garantie Humaine de l'IA et du numérique en santé**, introduit et porté depuis 2017, s'inscrit dans cette logique et a été reconnu dans les avis 129 et 130 du CCNE et dans l'article 11 du projet de Loi bioéthique :

- ce principe s'inscrit dans une logique de régulation positive visant à soutenir le développement de l'intelligence artificielle en France et en Europe, dans un cadre permettant d'en réguler les risques éthiques ;
- dans le contexte du droit bioéthique français, ce principe de Garantie Humaine induit pour les utilisateurs et concepteurs de solutions d'IA en santé :
  - > la mise en œuvre d'une information préalable du patient sur le recours à l'IA dans sa prise en charge,
  - > le déploiement d'une supervision humaine de la solution d'IA en vie réelle dans des conditions de traçabilité.

### ▶ Le projet de règlement de l'IA de la Commission européenne du 21 avril 2021 **classifie les systèmes d'IA en fonction des risques** :

- l'IA en santé correspond à des systèmes à haut risque d'après ce projet ;
- pour tout système d'IA à haut risque, une garantie humaine (« Human Oversight ») de la solution est nécessaire d'après l'article 14.

- ▶ L'article 14 du projet de règlement **consacre ce principe de Garantie Humaine (Human Oversight)**:
  - on retrouve donc dans cet article 14 les deux axes essentiels de l'article 11 et des méthodologies construites dans le champ de la santé :
    - > l'information des utilisateurs de l'utilisation de la solution d'IA,
    - > la supervision humaine de l'IA dès sa phase de conception et, dans une logique d'amélioration continue de qualité, dans son utilisation en vie réelle.

### 3. Sécuriser le financement de l'innovation

#### Comment sécuriser le financement de l'innovation en santé ?

- ▶ **Sortir les dépenses d'avenir et d'innovation de la régulation budgétaire annuelle** de l'ONDAM.
- ▶ **Identifier un compartiment « dépenses d'avenir » au sein des LFSS** piloté sous la forme d'une programmation pluriannuelle.
- ▶ **Un compartiment « innovation » serait établi au sein des lois de financement de la Sécurité sociale et serait inscrit dans un cadrage stratégique pluriannuel** (compartiment « loi de programmation innovation »). Pour mettre en œuvre cette réforme, une nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale serait à adopter. Cette réforme de la LOLFSS permettrait d'entériner à la fois cette programmation quinquennale et sécuriserait le compartiment innovation de la LFSS annuelle.
- ▶ **Développer de nouveaux modèles de financement pour favoriser l'émergence de plateformes d'intégration de soins et la collaboration entre professionnels** (financement au parcours et à la performance, développement d'approches territorialisées prenant en compte les besoins de la population, indicateurs de résultats, etc.

À ce stade, les modes de financement au parcours sont restés centrés sur les maladies chroniques et métaboliques (diabète, insuffisance rénale chronique). Nous devons aller beaucoup plus loin dans le développement de nouveaux modes de financement permettant de s'inscrire dans des logiques de responsabilité territoriale populationnelle en santé et incorporant nativement une composante de soutien à l'émergence de l'innovation au plus près des territoires.

#### Tenir compte de l'évolution de la couverture du risque santé à l'ère de l'IA

- ▶ **Les acteurs de la couverture du risque santé doivent pouvoir jouer un rôle moteur dans l'accès de tous à l'innovation numérique en santé.**
- ▶ Le développement des innovations technologiques dans le domaine de la santé a modifié la relation entre l'assureur et l'assuré.
- ▶ **À l'international, les évolutions technologiques, couplées au recours à l'IA, permettent aux assureurs de proposer de nouvelles offres, plus évolutives et individualisées.**
- ▶ Les acteurs de la couverture du risque pourraient ne plus être circonscrits au remboursement des frais de la médecine curative, mais devenir acteurs dans la santé de leurs assurés et financeurs d'une **médecine préventive, plus orientée vers le pilotage par les données et la pertinence des soins.**
- ▶ Les acteurs de la couverture du risque seraient ainsi dotés d'un nouveau rôle : aider l'assuré à devenir acteur de sa propre santé, avec une **protection sociale « co-active ».**

## Groupe de travail «Innovation en santé, levier d'un meilleur accès aux soins»

### Rapporteurs

- **Sophie Beaupère**, directrice déléguée d'Unicancer
- **David Gruson**, directeur programme santé du groupe Jouve, fondateur d'Ethik-IA

### Membres

- **Docteur Martine Aoustin**
- **Docteur Eric Baseilhac**, directeur accès, économie et Export du LEEM
- **Mariane Cimino**, déléguée au numérique et Lucile Lecomte, déléguée aux usages du numérique de NUMEUM
- **Miroslava Ivanova**, cellule Veille stratégique et nouveaux enjeux sociaux, pôle Social du Mouvement des entreprises de France
- **Hélène Marin**, Ethik-IA
- **Odile Menneteau**, sherpa du comité Acteurs de santé du Mouvement des entreprises de France
- **François-Régis Moulines**, directeur des affaires institutionnelles du Syndicat national de l'industrie des technologies médicale (SNITEM)
- **Béatrice Noellec**, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale de la Fédération de l'hôpital privé (FHP)
- **Florent Parmentier**, professeur à Science Po spécialisé en géopolitique de l'innovation en santé
- **Anaïs Person**, juriste spécialisée sur la régulation de l'innovation numérique en santé
- **Philippe Poiget**, conseiller de la présidente de France Assureurs
- **Christine Schibler**, directrice générale de la Fédération de l'hôpital privé (FHP)

### Auditions

#### → Produits de santé

- > **Stephane Desmichelle**, responsable éditoriale scientifique du LEEM
- > **Philippe Lamoureux**, directeur général du LEEM
- > **Anouk Trancart**, directrice Accès au marché Syndicat national de l'industrie des technologies médicale (SNITEM)

#### → Représentants des patients

- > **Gérard Raymond**, président de France Assos Santé

#### → Innovation numérique

- > **Pr Guillaume Assié**, Chaire IA à l'université de Paris
- > **Olivier Clatz**, secrétaire général du Programme d'investissements d'avenir
- > **Stéphanie Combes**, directeur général de *Health Data Hub*
- > **Sandrine Degos**, présidente de Care Insight – Cercle Décideurs numérique en santé
- > **Sacha Loiseau**, président de Therapixel

#### → Financement de l'innovation

- > **Frédéric Bizard**, économiste de la santé
- > **Jean-Paul Segade**, président Cercle de réflexion et d'analyse sur la protection sociale de CRAPS
- > **Gael Sliman** d'ODOXA



## 2. Quels leviers de transformation du système de santé ?

### Éléments clés

- ▶ Un système qui souffre plus de sa complexité que d'un manque de ressources.
- ▶ L'empilement de réformes successives qui n'ont pas produit pleinement leurs effets, entraîne une lassitude des acteurs et rend le système moins facilement pilotable.
- ▶ Plutôt que d'engager une énième réforme législative, 4 priorités sont proposées :
  - **clarification et simplification dans la coordination des acteurs de la santé**, en proposant des ajustements dans le système en place ;
  - **amélioration du pilotage de terrain**, de la coordination et des coopérations aux plus près des citoyens pour améliorer l'efficacité. Ce rôle essentiel revient aux ARS dont le périmètre d'intervention serait aménagé pour pouvoir être pleinement les actrices d'une régulation équilibrée entre les différents acteurs de santé ;
  - **un État stratège** qui se concentre sur des axes prioritaires et des principes structurants. Il pilote efficacement une organisation de la santé grâce à des indicateurs partagés ;
  - **des systèmes de financement cohérents et adaptatifs** permettent de s'ajuster aux réalités de terrain, aux objectifs de santé et aux innovations.

### Première priorité - Clarifier et simplifier le rôle des acteurs et des flux

Fonctionnement en silos, contrainte budgétaire à court terme, foisonnement de réglementation : tout ceci nuit à la compréhension du rôle et des missions des acteurs et à l'efficacité du système de santé pourtant indispensable pour faire face à des enjeux tels que le vieillissement de la population ou le développement de traitements innovants.

- ▶ **Faire évoluer le rôle de l'État**, d'une position de gestionnaire du système de soins à **celle de stratège**, garant des principes et régulateur des acteurs. Parmi ces principes, un principe proposé : tout financeur intervient dans la gouvernance des opérateurs qu'il finance. Ceci interroge sur la nature de la présence de la CNAM et des OCAM à l'hôpital public et sur l'absence de l'AMC dans le pilotage de l'optique et du dentaire.
- ▶ Revisiter les relations entre l'État et les acteurs de santé, fondées sur la confiance, la contractualisation et l'évaluation de la qualité du service rendu au patient.
- ▶ Repenser utilement le rôle et les missions des organismes complémentaires.
- ▶ Le rôle de l'État devrait être clarifié selon les principes suivants :
  - l'État décline sa stratégie avec des orientations annuelles ou pluriannuelles ;
  - il définit quelques grandes priorités dans le domaine de la santé publique et de la prévention, notamment pour lesquelles il associe tous les acteurs publics ou privés sans considération de statut ;
  - il organise et pilote par ailleurs le système de soins.

### **Un ministère de la Santé avec pour missions :**

- la **stratégie de santé**, ses grands axes et son calendrier d'orientations annuelles.
  - > En s'appuyant sur les travaux des comités, hauts conseils... qu'il anime et coordonne.
  - > Stratégie confortée par les données chiffrées et les évaluations de la CNAM et de la DREES.
  - > L'État définit des principes, des orientations ; il fixe un cadrage général, des règles nationales garantissant l'équité entre les territoires, et des plans d'actions stratégiques annuels ou pluriannuels.
- l'animation et la régulation de l'offre de soins et des acteurs.
  - > Une délégation aux Agence régionale de santé (ARS) chargées de l'adaptation territoriale avec des règles homogènes entre acteurs privés et publics.
  - > En suscitant des évolutions en mode projets sur recommandations d'experts.

### **Les missions de la CNAM :**

- La CNAM : complète sa **mission de gestionnaire et de financeur** par celle de **direction technique** (gestion du risque, production et diffusion d'indicateurs) :
  - > outre sa mission de gestionnaire et financeur, elle élabore puis partage des indicateurs et données opérationnelles au niveau national comme territorial, utiles à l'ensemble des acteurs : ministère et ARS en premier lieu ;
  - > direction technique de l'Assurance maladie, dans le cadre de l'UNCAM : pilote de la gestion du risque, indicateurs d'activité, de coût et de pertinence ;
  - > rapprochement entre la DREES et la CNAM dans le pilotage de ces données ;
  - > pilotage des actions locales transféré aux ARS (ex : PRADO).

### **Le rôle des Agences régionales de santé (ARS) :**

- Les ARS : acteurs de **régulation, de coordination, d'animation locale, d'adaptation et de déclinaison opérationnelle** des axes stratégiques nationaux.
  - > Déclinent les orientations stratégiques de santé dans les territoires en les adaptant à leur contexte, animent et coordonnent au niveau local.
  - > Favorisent le développement de structures de soins, coordonnent et financent les transformations pour s'adapter aux spécificités du territoire (en prenant en compte les déterminants de santé de la population et les aspects environnementaux, sociaux et psychosociaux).
  - > Assurent la coordination ville-hôpital, avec des financements expérimentaux (épisode de soins, actions ciblées...).
  - > Cessent d'assurer à la fois la gestion de l'hôpital public et la régulation de toute l'offre de soins, afin de recentrer leurs missions sur cette régulation équilibrée des acteurs de tous statuts sur les territoires.
  - > À titre expérimental et suivant l'offre de santé existante, la gestion d'hôpitaux publics territoriaux pourrait être confiée au secteur privé.

### Les collectivités territoriales :

- les collectivités sont associées aux politiques territoriales de prévention et de santé publique ; elles mobilisent leurs compétences (transport, logement, éducation...) pour favoriser la santé au sens large (définition OMS) ;
- les élus des collectivités territoriales sont partie prenante de la gouvernance du système de santé.

### Les Organismes complémentaires d'Assurance maladie :

- sortir les OCAM de leur situation de «payeur aveugle» au sein du système de soin ;
- replacer les OCAM dans un rôle d'acteur clé dans l'accès aux soins et dans la gestion du risque santé ;
- impliquer les OCAM à la gouvernance des acteurs qu'ils financent (hôpitaux...);
- les OCAM pourraient amplifier leurs actions en matière de prévention et d'innovation (exemple : actions spécifiques de prévention dans les entreprises, avec l'intervention de psychologues, ostéopathes, ergothérapeutes...).

## Deuxième priorité - La coordination des acteurs

- ▶ **Préciser les rôles de chacun** en pérennisant la remarquable coordination développée pendant la période COVID :
  - en décloisonnant les services de santé ;
  - en sanctuarisant la coopération équilibrée entre le secteur public et le secteur privé hospitalier, en faisant primer la mission sur le statut ;
  - en favorisant le développement de toutes les structures de soins coordonnées (MSP, CPTS...) et la coordination hôpital-médecine de ville sans distinction de statut ;
  - en favorisant la mise en commun de données et d'indicateurs de santé : parcours de soins, dossier patient;
  - les ARS ont pour mission d'évaluer l'efficacité de ces dispositifs, d'accompagner leur mise en œuvre et d'accélérer ces évolutions en mobilisant au besoin de nouveaux modes de financement tels que proposés par l'article 51.
- ▶ **Promouvoir le numérique** comme support de cette coordination et de l'efficacité globale du système :
  - utilisation des outils numériques de gestion en santé (Espace numérique de santé) ;
  - généralisation des applicatifs de coordination opérationnelle entre acteurs (parcours, populations ciblées...);
  - télémédecine, télésurveillance...

## Troisième priorité - Les indicateurs de santé

- ▶ **Des données** nécessaires pour le pilotage par l'État, avec une vision globale, transparente, cohérente et partagée :
  - suivi et évaluation des actions stratégiques, orientations, calendrier ;
  - mesure de la performance de l'organisation et de l'efficacité des soins ;
  - efficacité du pilotage des réformes en santé ;

- mesure de la qualité de la coordination entre les acteurs ;
- mesures du service effectif rendu au patient ;
- mesure de la maîtrise des coûts et des délais ;
- mesure de l'efficacité des actions en matière de prévention et de santé ;
- indicateurs largement partagés et appropriés, déclinés au niveau territorial ;
- un nombre d'indicateurs qui doit rester limité pour chaque acteur de santé.

► **Des indicateurs de qualité et de pertinence des soins :**

- proposés et suivis par les professionnels de santé concernés (spécialistes, hôpitaux, sociétés savantes...) et non imposés « d'en haut » ;
- indicateurs partagés entre pairs pour favoriser le développement de meilleures pratiques ;
- fondés sur une vision globale du service de santé rendu au patient et sur l'amélioration de la qualité de vie ;
- co-construits avec les patients eux-mêmes.

## Quatrième priorité - Le financement comme outil de pilotage

- Outil structurant du comportement des acteurs, son évolution doit faire l'objet de simulations et d'études d'impact pour maintenir le niveau d'engagement et de confiance des acteurs. Sa clarification doit permettre la prise d'initiative et assurer la pertinence de ses actions.

La recherche d'efficience doit conduire à la mise en place de financements plus mixtes, en complément du financement à l'activité, encourageant l'innovation de tous les acteurs publics comme privés au service des patients. Le paiement à la qualité doit se fonder sur une valorisation effective des acteurs les plus vertueux, et non sur une logique punitive.

### Propositions

Les modèles de financement doivent être bâtis sur des bases concertées, des données d'activité partagées, les mêmes prises en charge devant être valorisées au même niveau entre les acteurs de santé de différents statuts pour permettre visibilité et confiance.

- Favoriser **la transition du financement à l'acte au financement à l'épisode de soins** voire au parcours de soins.
- Autoriser **des financements complémentaires par l'ARS** et d'autres financeurs (OCAM) pour favoriser la coordination sur le terrain entre acteurs.
- Informer le patient sur le coût total des actions de santé le concernant par devoir de transparence et en évitant tout discours de culpabilisation.
- Organiser **une pluriannualité budgétaire pour améliorer la visibilité des acteurs sur les ressources de santé** et leur permettre d'innover et d'investir
  - Fondée sur des données chiffrées et sur une vraie contractualisation entre État et acteurs ;
  - Autour de priorités de santé dans lesquels chacun doit s'engager (mesures RH, santé publique etc.), à l'image du protocole signé en février 2020 entre la ministre et les fédérations hospitalières publiques et privées.

## Conclusion

- ▶ Le système de santé de notre pays souffre plus de sa complexité que d'un manque de ressources. Les propositions portent sur des mesures opérationnelles accessibles sans transformations majeures.
- ▶ La clarification du rôle des acteurs en rendant à l'État sa dimension de stratège :
  - il définit les axes de progrès et cadre les principes ;
  - il organise le système de santé et de soins ;
  - il délègue les compétences et les activités de façon claire ;
  - il suit ces activités grâce à des indicateurs de suivi et par sa mission de contrôle ;
- ▶ L'efficacité du système qui réside dans le pilotage de la santé et des soins :
  - assuré au niveau territorial par les ARS, qui s'adaptent aux contextes tant géographique que populationnel, sous la coordination et la mise en cohérence du national ;
  - avec des dispositifs de financement encourageant ces coordinations et la recherche de qualité et d'efficacité au plus près du terrain ;
  - avec de vraies latitudes d'action laissées aux acteurs sanitaires et médicosociaux.
- ▶ Les indicateurs de qualité et de pertinence sont largement partagés et établis et partagés par les professionnels pour promouvoir le déploiement des meilleures pratiques.
- ▶ Ces propositions visent à recentrer l'État sur sa mission première de stratège de santé, moins concentré sur des considérations budgétaires infra-annuelles.

**Notre pays a su faire coexister adroitement durant de nombreuses années des systèmes de soins publics et privés, créant ainsi une émulation et une excellence qui a fait pendant longtemps le succès de notre système de santé. La crise sanitaire a montré la nécessité de rétablir cet équilibre stimulant qui favorise la performance et l'innovation : l'ambition de ces propositions est d'y contribuer.**

## Groupe de travail « Pour une réelle organisation du système de santé »

### Rapporteurs

- **Yves Laqueille**, délégué général du GIM, vice-président de la CNAM
- **Franck Duclos**, directeur de la protection sociale de l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM)

### Membres

- **Jean-Christophe Amarantinis**, président du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)
- **Sophie Beaupère**, déléguée générale de Unicancer
- **Mariane Cimino**, déléguée au numérique en santé de NUMEUM
- **Claire Desforges**, responsable Projets Santé publique, direction Recherche, innovation, santé publique et engagement sociétal du LEEM
- **Muriel Granger**, directeur des affaires publiques du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM) - Boston Scientific France
- **Miroslava Ivanova**, cellule Veille stratégique et nouveaux enjeux sociaux, pôle Social du Mouvement des entreprises de France
- **Lucile Lecomte**, déléguée aux usages du numérique de NUMEUM
- **Angèle Malâtre-Lansac**, directrice déléguée santé de l'Institut Montaigne
- **Odile Menneteau**, sherpa du comité Acteurs de santé du Mouvement des entreprises de France
- **François-Régis Moulines**, directeur des affaires institutionnelles du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)
- **Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale de la Fédération de l'hôpital privé (FHP)
- **Philippe Poiget**, conseiller de la présidente de France Assureurs
- **Christine Schibler**, déléguée générale de la Fédération de l'hôpital privé (FHP)
- **Roxanne Solesse**, chargée de mission senior de la direction de la protection sociale du Mouvement des entreprises de France

### Auditions

#### → Médecins

##### > Docteur Martine Aoustin

> **Docteur Patrick Pessaux**, chef de service de chirurgie viscérale et digestive, responsable de l'unité de chirurgie hépato-biliaire et pancréatique au Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg, président de l'Association française de chirurgie

#### → Experts

> **Jean Marc Aubert**, président de IQVIA

> **David Gruson**, directeur programme santé du groupe Jouve, fondateur d'Ethik-IA

> **Angèle Malâtre-Lansac**, directrice Santé de l'Institut Montaigne

→ **Assurances**

- > **Florence Lustman**, présidente de France Assureurs
- > **Delphine Maisonneuve**, directrice générale du groupe VYV et de VYV<sup>3</sup>
- > **Catherine Touvrey**, directrice générale d'Harmonie Mutuelle

→ **Entreprise**

- > **Frédérique Debroucker**, directrice économie de la santé et remboursement (France) de la société Medtronic

# 3. Anticipation des crises sanitaires à venir, comment faire face ensemble ?

## Quelques constats

- ▶ Cette crise sanitaire a mis en exergue un certain nombre de dysfonctionnements, dont il convient de tirer tous les enseignements pour anticiper et organiser une réponse commune et structurée des acteurs du soin.
- ▶ Les bonnes pratiques qu'il conviendrait de pérenniser doivent aussi être prises en considération dans notre démarche.

## Objectif

- ▶ Définir quels moyens mobiliser et quelle organisation générale adopter pour donner une réponse adéquate et efficace aux pandémies à venir, dans la diversité de ce qui pourrait survenir (notamment les zoonoses) et qui nécessiterait une réponse scientifique trans-sectorielle (médecine humaine et vétérinaire)/médicale/médicamenteuse/logistique adaptée.
- ▶ Réfléchir à des réponses organisationnelles à la fois dans l'industrie, le système de médecine de ville et le système hospitalier (public et privé). C'est une question de moyens à rendre disponibles rapidement et efficacement.
- ▶ Travailler à insuffler une culture de la santé publique et de la gestion de crise dans la gouvernance de santé.

## 5 dimensions majeures de la problématique

### ▶ Dimension scientifique

- L'analyse du risque et la prise en charge médicale. Comment mobiliser les scientifiques et élaborer une stratégie de soins à l'échelle d'un pays/d'une région : question de santé publique. Le sujet des maladies d'origine animale est mal identifié alors que la majorité des virus sont d'origine animale : où sont les liens entre les médecins et les vétérinaires par exemple ? Quelle cartographie des risques dans le monde (le Sud-est asiatique étant le chaudron de ces virus) ?

### ▶ Dimension logistique

- Comment mettre en place des moyens de réponses dans les soins, dans l'industrie, dans la vie quotidienne: organiser les moyens de soigner en même temps un très grand nombre de personnes avec la même qualité de soins sur l'ensemble du territoire (y compris Outre-mer) ; produire en urgence les produits nécessaires en quantité suffisante ; approvisionner les lieux de soins en temps express ; assurer la continuité des approvisionnements en produits de santé en mettant en place des organisations logistiques innovantes basées sur l'optimisation et la mutualisation.



### ► Dimension financière

- la Sécurité sociale n'est pas conçue pour encaisser un tel choc (déficit 45 milliards) : la ponction sur l'économie est trop lourde. Comment financer, hors Sécurité Sociale, un tel dispositif ? Il est nécessaire de disposer de ressources agiles, rapidement mobilisables : idée d'un Fonds stratégique dédié à la Santé et aux crises sanitaires.

### ► Dimension politique

- La gouvernance d'un tel système. Comment penser et organiser la réponse à de telles crises sanitaires ? Un enjeu central : celui de la donnée. Sans données communes, pas de pilotage efficace sur le moment et pas d'anticipation des crises à venir possible. C'est un chantier colossal à venir pour disposer de données épidémiologiques et d'activité claires, partagées, cohérentes.

### ► Dimension communication/ acceptabilité sociale

- Quels leviers activer pour améliorer le degré d'acceptation et/ou d'adhésion à certaines décisions (fierté, altruisme...) ? Comment moderniser la communication publique/institutionnelle plus souvent fondée sur la coercition que sur l'acceptation ? Comment rompre avec l'éviction de la démocratie sanitaire et de la société civile ? Comment évoquer la maladie et la mort dans notre société ? Comment sanctuariser le questionnement éthique dans l'urgence ?

## Enseignements tirés

- Dorénavant et dans le long terme, la santé doit être considérée comme **un investissement de la Nation et non un centre de coût**.
- Les pandémies exigent des **réponses systémiques** qui impliquent une décentralisation des moyens et le renforcement des capacités du bout de la chaîne (médecine de ville et médico-social).
- L'importance de prioriser les patients en fonction de la gravité, doit se faire au moyen d'outils de diagnostic accessibles à tous les praticiens, et pas seulement à l'hôpital. Il faut démultiplier l'effort de diagnostic sur l'ensemble du territoire, et ne pas tout faire reposer sur l'hôpital ou le laboratoire d'analyses et développer des technologies de masse.
- L'intelligence artificielle est devenue un outil indispensable pour accélérer le diagnostic et contrôler l'évolution de la pandémie en temps réel et alerter sur les effets de seuil : elle permet de détecter les signaux faibles, ce qui est la meilleure des anticipations. Elle doit faire partie d'une stratégie de lutte contre la pandémie. La technologie permet de remédier aux problèmes d'inégalité territoriale.
- En cas de pandémie, il faut faire intervenir l'échelon européen car la pandémie est une conséquence de la libre-circulation des personnes. La réflexion doit donc se faire au niveau européen, notamment dans la réponse technologique et cela doit entraîner une mobilisation de capitaux. Pour autant, la pandémie conduit à une réhabilitation de la notion de frontière.

# PROPOSITIONS

## 1. L'organisation médicale à mettre en place

### ► Fluidifier les rapports entre médecine de ville, médico-social, hôpital public et hôpital privé.

- Impliquer tous les acteurs dans une même chaîne de soins et les associer sans distinction de statut.
- Préparer et anticiper. Cela doit se faire en créant un continuum entre la recherche fondamentale et clinique et avec l'industrie : décloisonner et impliquer dans les enjeux de recherche les acteurs publics comme les acteurs privés.
- La recherche est donc au premier plan. Il y a un enjeu de connaissance autour des maladies infectieuses émergentes. On ne peut séparer recherche et innovation : il faut donc créer des ponts et mettre en réseau toute la chaîne de la recherche jusqu'au traitement des patients, en passant par l'industrie. C'est le projet de la nouvelle Agence ANRS-MIE au sein de l'INSERM.

### ► Créer un système de veille et détection des événements épidémiologiques et de leurs signaux faibles, puis de suivi de l'épidémie :

- Il faut coordonner tous les acteurs produisant de la donnée de santé avec le *Health DataHub*, y compris le Service de santé des armées (SSA).

### ► Réformer la formation médicale et scientifique

- Améliorer les passerelles entre la médecine humaine et la médecine animale. Les épidémies du futur seront d'abord des zoonoses. Le concept *One Health* doit être appliqué aux études médicales.
- Améliorer la formation en biologie et en mathématiques appliquées à la médecine.
- Relancer la filière de la médecine épidémiologique, publique et de prévention, en anticipation des maladies.
- Développer une véritable culture de santé publique en France comme en Europe.

### ► Il y a un travail à faire sur la communication scientifique adressée à la population en cas de crise sanitaire : faire comprendre la démarche expérimentale et la notion de balance bénéfices/risques

- Améliorer la prise de parole scientifique et regagner l'opinion qui joue aussi un rôle important dans le contrôle de la pandémie.
- Nécessité d'avoir des intermédiaires entre scientifiques et grand public, pour faire passer des informations en communication.
- Communiquer sur des faits et non des chiffres bruts.

### ► La lutte contre les pandémies est également une question de culture

- Un travail sur la prévention et la prophylaxie s'impose : travail réalisé en Asie mais pas en France (oubli depuis les dernières pandémies grippales). Il faut avoir des approches beaucoup plus fines de l'acceptabilité sociale des mesures, en intégrant la société civile et les acteurs de la démocratie sanitaire.
- Les responsables politiques doivent être formés aux enjeux des crises sanitaires et de la sécurité sanitaire. Cela ne doit pas être le sujet accessoire qu'on traite après tous les autres.

## 2. L'organisation administrative

- **La gestion de crise ne s'improvise pas : il faut une chaîne de commandement et il faut de la planification.** À cette fin, les pratiques de gestion de crise doivent être étendues du régulier au civil, et en particulier à la Santé.

- Une filière de gestion de crise doit être créée au sein de l'État : former des équipes sur le long terme à la gestion de crise.
  - Il convient de développer l'approche interministérielle et de décroiser les différents ministères qui travaillent en silo (santé, agriculture, industrie, défense, intérieur...) : en temps de crise, c'est un obstacle à la prise de décision.
  - Lever les difficultés du ministère de la santé à travailler avec l'industrie, et pallier un manque de culture industrielle. La coordination entre les forces industrielles et les pouvoirs publics est indispensable à une vision stratégique des besoins.
  - Il convient de développer la formation à la gestion du risque au sein du ministère de la santé. Les acteurs de la gestion du risque au sein de l'administration santé doivent être mieux valorisés et positionnés.
  - Faire preuve de davantage d'agilité réglementaire et faire le pari de l'audace dans les décisions politiques.
- ▶ **Pour la gestion pandémique, il serait opportun de s'inspirer utilement de l'organisation du Service de Santé des Armées, en cinq branches :**
- ravitaillement médical (logistique produits de santé) ; S'appuyer sur l'expertise logistique des dépositaires pharmaceutiques, distributeurs en gros des produits de santé autorisés par l'ANSM ;
  - composante hospitalière ;
  - recherche : Institut de recherche biomédicale des armées ;
  - formation : écoles de formation des armées ;
  - médecine des forces : soutien sanitaire aux forces armées.
- ▶ Il convient également de **s'appuyer sur l'échelon des préfets départementaux pour la gestion opérationnelle** et identifier le bon échelon de coordination.
- ▶ La gestion de crise est une **gestion de la confiance collective** : il s'agit de produire de la confiance à un niveau collectif. C'est donc aussi une **question politique**.
- Cette crise est une crise de l'hospitalité car les gestes barrières ou la distanciation physique ont bouleversé les relations humaines et sociales. Tout l'enjeu est demain de parvenir à maintenir un haut niveau de protection collective tout en ouvrant les réflexions éthiques indispensables au primat de l'humain.
  - Le politique doit viser à reconstruire la relation entre les individus en passant un chemin de crête entre compassion et responsabilisation.
  - En temps de crise, il convient de privilégier l'attention aux plus fragiles : personnes âgées, enfants et jeunes, populations défavorisées et isolées, approche du deuil en temps de crise...

### 3. L'organisation industrielle

- ▶ **Deux filières industrielles précieuses à soutenir : l'IA et le diagnostic**
- Développer une filière de fabrication de diagnostics nationale pour fabriquer des kits de détection rapides, peu coûteux et de masse, pour casser les chaînes de contamination, en complément d'une dynamique vaccinale.
  - Cette filière doit associer imagerie médicale et diagnostic in vitro en favorisant les solutions rapidement déployables, économiques et de masse.
  - Nécessité de coupler la détection avec l'IA : Il faut développer cette filière de détection, pour mettre en œuvre des stratégies d'isolement opérantes.

- ▶ **Passer d'une logique de stocks à une logique de flux et d'adaptation rapide des lignes de production et travailler à déterminer un statut de médicaments répondants à des situations sanitaires exceptionnelles :**
  - les médicaments d'urgence sanitaire, avec une autorisation de mise sur le marché conditionnelle, type ATU ;
  - classer certains produits au titre de la sécurité nationale ;
  - le passage à une logique de flux impose d'améliorer l'efficacité des opérations d'approvisionnement (flux amont) et de distribution en gros (flux aval).
- ▶ **Faire des dépositaires pharmaceutiques la pierre angulaire des approvisionnements en produits de santé.**
  - Distributeurs en gros des produits de santé et établissements pharmaceutiques, l'expertise des dépositaires pharmaceutiques repose sur la mutualisation et l'optimisation logistique.
  - Ils assurent une gestion continue des flux, de l'amont à l'aval (réception des produits de santé, gestion des stocks, distribution, maîtrise du transport, traçabilité intégrale).
  - Dans le contexte de la massification des achats et de l'augmentation des flux, leur gestion centralisée des stocks permet une régulation et une limitation des tensions et ruptures d'approvisionnement.
  - Outre le statut de distributeur en gros des produits de santé, la multiplicité de leurs statuts pharmaceutiques (importateur, fabricant limité au conditionnement secondaire, exploitant), sous le contrôle et l'autorisation de l'ANSM, apporte la souplesse nécessaire aux chaînes d'approvisionnement, en particulier en temps de crises.
- ▶ Non propriétaires des produits pour lesquels ils assurent les opérations logistiques car travaillant « d'ordre et pour le compte » de donneurs d'ordre, ils apportent un mieux-disant économique considérable, permettant aux établissements hospitaliers et aux pharmaciens d'officine de trouver des relais de croissance.
- ▶ Il serait opportun d'**investir dans une Base industrielle et technologique de santé (BITS)**, comme le fait la DGA dans la Défense ou la Barda. Il faut peser sur la montée en puissance d'HERA (*Health Emergency Response Authority*).
  - Commencer par faire la cartographie des acteurs sur toute la chaîne de valeur dans la démarche de type Livre Blanc.
  - Le modèle DGA est inspirant comme la BARDA au niveau américain qui finance des sites de production pour augmenter les capacités de production.
  - La logique de BITS permet aussi de prendre en compte la temporalité longue des développements industriels.
- ▶ **Associer la Pharmacie Centrale des Armées aux travaux sur une filière de substances actives nationales :**
  - relocaliser la fabrication et doubler les sources possibles d'approvisionnement ;
  - exercer une vigilance sur le sujet des intermédiaires de synthèse qui ne sont pas fabriqués en Europe.
- ▶ Aujourd'hui, **le sujet réglementaire est un frein pour la prise de risque au niveau industriel**. Plusieurs évolutions doivent être impulsées pour apporter ce soutien à l'industrie :
  - promouvoir les *fast tracks* (travail sur la réglementation) nécessaires pour permettre un continuum entre recherche et industrie et ainsi favoriser un accès plus rapide aux technologies innovantes ;
  - utiliser la commande publique pour promouvoir des productions européennes et nationales ;
  - renforcer les capacités de l'ANSM à inspecter en Asie. L'enjeu de l'équité des normes environnementales et sociales est fondamental, pour éviter le *dumping* ;

- travailler à « rapatrier » un certain nombre de molécules/principes actifs en cherchant des procédés de rupture pour les produire dans de bonnes conditions environnementales. Valoriser les entreprises qui soutiennent la transition écologique ;
- tenir compte des lieux de production dans la politique contractuelle de fixation des prix/marquage du lieu de production sur les emballages ;
- défendre auprès de l'UE, une zone de souveraineté sanitaire grâce à l'article 346 du Traité de l'UE sur la définition des « intérêts essentiels de souveraineté » pour intégrer à la liste, des produits de santé essentiels ;
- élargir les missions des dépositaires pharmaceutiques pour optimiser et mutualiser la logistique (stockage et approvisionnements) des produits de santé ;
- reconnaître les acteurs de santé et les industriels en temps de crise comme activités essentielles à la sécurité de la Nation.

## 4. L'organisation financière

### ▶ Financer le tissu industriel et l'innovation

### ▶ Financer les événements exceptionnels comme des pandémies

- Pour répondre à ces deux nécessités, il est proposé de créer un fonds stratégique dédié à la souveraineté sanitaire pour soutenir le tissu industriel et financer ce qui relève du régalién (temps long, épisodes exceptionnels) qui ne doit pas être financé par la Sécurité Sociale ni par les entreprises.
- Ce Fonds sera garanti par l'État et fonctionnera sur le principe de la dette perpétuelle.
- Il permettra une fructueuse collaboration entre financeurs privés de long terme et l'administration garante des intérêts collectifs.
- Il s'agit de réviser les règles prudentielles au niveau européen pour lui permettre d'exister.
- Il permettra d'engager des moyens très importants (objectif 30 milliards d'euros) pour financer l'outil industriel de santé, sans impacter le fonctionnement de l'économie (prélèvements sociaux et impôts) tout en garantissant l'équilibre des comptes sociaux.

## 5. L'anticipation au niveau interprofessionnel

### ▶ Mettre en place au niveau du Mouvement des entreprises de France une cellule de crise, activable facilement, regroupant l'ensemble des activités potentiellement concernées et activable selon les besoins.

- Identifiant les activités et secteurs concernés, les compétences nécessaires et aptes à s'organiser rapidement.
- Une étude de faisabilité serait à mener pour l'organiser.

## Groupe de travail « Comment faire face aux prochaines pandémies ? »

### Rapporteurs

- **Sophie de la Motte**, déléguée générale de la Fédération française des industries de santé (FEFIS)
- **Béatrice Noellec**, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale de la fédération de l'hôpital privé (FHP)

### Membres

- **Docteur Martine Aoustin**
- **Thomas Borel**, directeur Recherche, innovation, santé publique et engagement sociétal du LEEM
- **Pascale Cousin**, délégué général du SIDIV
- **Damien Concé**, mission 2021 de la FNEP
- **Jean-François Fusco**, président de Log Santé
- **Miroslava Ivanova**, cellule Veille stratégique et nouveaux enjeux sociaux, pôle Social du Mouvement des entreprises de France
- **Stéphane Lepeu**, président de CDMO
- **Odile Menneteau**, sherpa du comité Acteurs de santé du Mouvement des entreprises de France
- **François-Regis Moulines**, directeur des affaires institutionnelles du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)
- **Christine Schibler**, déléguée générale de la fédération de l'hôpital privé (FHP)
- **Marie Tourret**, responsable des affaires publiques du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)

### Auditions

#### → Des médecins, pharmaciens ou vétérinaires

- > **Mehdi Benchoufi**, médecin, mathématicien, cofondateur d'echOpen
- > **Colonel Caire-Maurisier**, pharmacie centrale des armées
- > **Delphine Nguyen**, cabinet Chrysalide, planification de la sécurité nationale et de la gestion de crise
- > **Gilles Salvat**, directeur général délégué et directeur de la Santé et du bien-être animal à l'ANSES,
- > **Professeur Yasdan Yasdanpanah** à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, nommé à la tête de l'ANRS-MIE

#### → Des hauts fonctionnaires

- > **Yannick Morel**, directeur général adjoint, détaché à la direction de la Santé
- > **Aurélien Rousseau**, directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France

#### → Des chefs d'entreprises

- > **Vincent Genet** de Innova
- > **Fabien Riolet** de Polepharma
- > **Étienne Tichit** de Novonordisk

→ **Un syndicat professionnel**

- > **François-Régis Moulines**, directeur des affaires institutionnelles du Syndicat national de l'industrie des technologies médicale (SNITEM)
- > **Florent Surugue**, directeur PME et ETI et développement économique du Syndicat national de l'industrie des technologies médicale (SNITEM)

→ **Des personnalités extérieures au secteur santé**

- > **Emmanuel Crenne**, Borg Advisors – Banquier
- > **Martin Steffens**, philosophe, travaille sur le thème de la souffrance et de la blessure, notamment dans le cadre de l'École de guerre.

# 4. Répondre aux enjeux d'attractivité du secteur et anticiper les évolutions en matière d'emploi

## 1. Quelques constats<sup>3</sup>

- ▶ Environ 260 milliards d'euros de recettes générées en 2017 par la santé en France<sup>4</sup>.
- ▶ Cette valeur est créée par :
  - 3100 entreprises de l'industrie de santé ;
  - 3000 établissements hospitaliers publics et privés ;
  - 550 000 praticiens libéraux ;
  - 2,2 millions de personnes travaillent dans la santé en France (emplois directs), soit 8 % de l'emploi.
- ▶ La santé est pourvoyeuse d'emplois à forte valeur ajoutée, à l'importance majeure pour bâtir la société du soin de demain.
- ▶ Elle porte également des enjeux d'équité territoriale et d'allocation de moyens humains sur le territoire.

## 2. Objectifs

### 1. Contexte

La Santé est au cœur des préoccupations des citoyens et des pouvoirs publics dans le contexte actuel de pandémie.

C'est un sujet politique majeur qui méritera d'être l'un des axes forts de la prochaine élection présidentielle, alors qu'il était un parent pauvre des élections précédentes.

Pour le comité des Acteurs de santé, la santé doit devenir un vrai projet de société, faisant l'objet d'une priorité de la Nation et doit être positionnée comme un secteur économique clé pour la relance du pays, aujourd'hui lourdement affaibli par le contexte pandémique.

Le capital humain est l'un des facteurs clés de la compétitivité du secteur. Dans ce cadre, il est essentiel de renforcer l'attractivité du secteur de la santé, et de l'ensemble des professions en lien avec la santé et le soin, et de mettre en place les leviers permettant de garantir la qualité et la continuité des soins dans notre pays, au regard des pénuries avérées de certains personnels qualifiés, actuelles et à venir.

---

3. Source : Rapport du Mouvement des entreprises de France « Pour un nouveau pacte en santé »

4. Source : Rapport du Mouvement des entreprises de France « Pour un nouveau pacte en santé » - Chiffres FEFIS DGOS



## 2. Enjeux

### Plusieurs évolutions sociales et sociétales constituent des opportunités de prioriser les enjeux d'emploi en santé et d'attractivité de ses métiers

- ▶ Des **enjeux d'emploi** majeurs de court terme mais également de moyen terme :
  - de fortes pénuries de soignants dans les secteurs de l'hospitalisation comme du médico-social C'est le cas pour les aides-soignants et les infirmiers diplômés d'État notamment. 10 % des emplois dans le secteur sanitaire sont vacants, ce qui représente un vivier de recrutement de près de 100 000 professionnels Dans le secteur médicosocial, le rapport El Khomri considère que près de 93 000 postes supplémentaires devront être créés dans les cinq prochaines années ;
  - des besoins de recrutement et de formation considérables à court terme (mobilisation des soignants dans le contexte de pandémie actuel) et à moyen terme (vieillesse de la population, problématiques liées au grand âge, accueil de la petite enfance notamment), auxquels se rajoute la démographie hospitalière ; la démographie dynamique de la France et la politique nataliste héritée des années 50 continuent à produire un effet de demande de soins et d'accompagnement ;
  - dans le domaine de la santé, les avancées dans le domaine des connaissances médicales, le fait que les études de santé soient adossées à la recherche universitaire et l'apport conséquent des techniques nouvelles modifient à la fois le contexte d'intervention et les pratiques professionnelles ;
  - l'universalisation des études en santé conduit à des formations métiers qui doivent de plus en plus s'appuyer sur la recherche menée en université (soins avancés, maïeutique) ;
  - la décentralisation des compétences sanitaires et sociales au niveau des régions et des départements, articulée avec des grands programmes nationaux comme ceux de la lutte contre le cancer, de la modernisation de l'hospitalisation, du plan vieillissement, de la réforme des dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap, de la prise en compte des sujets sociétaux tels que le repérage et la prise en charge des violences intrafamiliales, (...) auront un impact sur l'évolution des activités de la santé et du médico-social.
- ▶ **Des difficultés de qualité de vie au travail et une promotion professionnelle en panne ;**
- ▶ Des **opportunités** pour le secteur :
  - dans un contexte de chômage persistant, et de crise économique avec des secteurs en difficulté, il y a un vivier potentiel de personnes à reconverter vers les métiers du soin et de la santé. Ces métiers peuvent constituer des opportunités de reconversion des salariés touchés par la crise ;
  - il y a chez les jeunes une quête de sens dans les professions qu'ils ont envie de rejoindre et les métiers du soin peuvent y répondre ;
  - une demande globale de protection, de soin, de « care », qui s'accroît de la part des Français
- ▶ Un enjeu d'**attractivité** :
  - Au près des jeunes générations qui mettent la recherche de valeur ajoutée dans la relation à autrui au cœur de leurs projets professionnels.
  - Au près des professionnels de santé en place, avec un *turn-over* et des sorties du secteur préoccupants. De nombreux professionnels changent de métier ou se mettent en profession libérale après une dizaine d'années d'expérience en hôpital. Le fait de ramener à 2 ans la durée d'exercice professionnel nécessaire pour les IDE avant de basculer en activité libérale a été, avec les 35h, un facteur aggravant de la pénurie d'infirmiers diplômés d'État).
  - Au près des personnels expérimentés d'autres secteurs. On observe en région, notamment dans les demandes de reconversion de Transition Pro, beaucoup de demandes de formation vers les métiers de la santé (AS, IDE) du fait de la crise sanitaire, à mettre en lien avec la volonté de redonner du sens à son activité professionnelle.

### 3. Les propositions

#### Un message politique fort : mettre en place un plan pour l'emploi dans le secteur de la santé

##### • Quatre leviers identifiés

- ▶ **Développer** la formation des professionnels et lever certains freins réglementaires en matière d'alternance.
- ▶ **Mettre en place** les conditions permettant de favoriser la promotion professionnelle et des parcours professionnels valorisants.
- ▶ **Encourager** les transitions et reconversions professionnelles vers les métiers du soin et de la santé, avec des actions concrètes.
- ▶ **Anticiper** aujourd'hui les métiers du soin de demain.

#### 1. Développer la formation des professionnels et lever certains freins réglementaires en matière d'alternance

- ▶ Message politique : rendre tangible l'apprentissage dans le domaine de la santé.
- ▶ Proposition : développer la formation des professionnels et lever certains freins réglementaires en matière d'alternance.

##### Leviers identifiés

- ▶ Prévoir des passerelles entre les emplois relevant des cœurs de métier (pour faciliter l'obtention du diplôme d'IDE pour les aides-soignants par exemple, en les dispensant d'une année de formation sur trois).
- ▶ Assurer un fonctionnement des jurys de VAE fluide en termes de temporalité, afin que le salarié puisse être qualifié immédiatement après sa période de formation VAE.
- ▶ Ouvrir l'apprentissage à certaines professions réglementées (infirmier/ères diplômées d'État spécialisées par exemple).
- ▶ Prévoir des clauses spécifiques au secteur de la santé dans les programmes régionaux d'investissements dans les compétences- PRIC qui vont être renégociés entre l'État et les régions.
- ▶ Proposer une convention nationale entre l'ARF, l'OPCO Santé et Certif Pro pour construire des partenariats ouvrant des cofinancements et un partage des coûts selon la durée des formations.

#### 2. Mettre en place les conditions permettant de favoriser la promotion professionnelle et des parcours professionnels valorisants

- ▶ Message politique : mettre en place les conditions permettant de favoriser la promotion professionnelle et des parcours professionnels valorisants.
- ▶ Proposition : assouplir les dispositifs de formation pour optimiser l'évolution professionnelle des salariés et contribuer à une dynamique d'ascenseur social.

## Leviers identifiés

- Lever certains freins résultant de la loi AvenirPro.
- Mutualiser les fonds de la formation professionnelle vers les besoins en compétences des établissements de santé, quel que soit leur effectif.
- Faciliter et simplifier les modalités d'abondement du Compte Personnel de Formation par les entreprises.
- Simplifier le dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE), notamment pour les aides-soignants
- Sécuriser les clauses de dédit-formation pour les métiers en tension, réservées exclusivement aux cas du développement de leurs compétences et à l'alternance (incluant le remboursement des salaires, à l'instar de l'obligation de servir des personnes formées existant dans le secteur public).
- Adapter la Pro-A aux spécificités des métiers de la santé en assouplissant le dispositif.
- Lever les freins au niveau de diplôme préalable.
- Durée du dispositif à rendre compatible avec les formations du secteur de la santé.

### 3. Encourager les transitions et reconversions professionnelles vers les métiers du soin et de la santé, avec des actions concrètes

- ▶ Message politique : venir en soutien de secteurs en difficulté pour proposer des métiers à forte valeur ajoutée.
- ▶ Proposition : mobiliser les acteurs pour des actions de reconversions vers les métiers du soin et de la santé en s'appuyant sur le nouveau dispositif TRANSCO.

## Leviers identifiés

- ▶ **Identification des métiers de la santé et du soin comme métiers en tension** au niveau national et régional.
  - Le secteur de la santé est bien identifié comme en tension au niveau national et des consignes ont été données aux DIRECCTE pour que cela soit le cas au niveau régional.
  - Appui et relai des MEDEF régionaux (REF-CRFP) au sein des CREFOP et auprès des DIRECCTE.
  - Travail de quantification et de qualification des besoins de recrutement au niveau local par les secteurs concernés (en cours).
  - Développement du dispositif auprès des acteurs et pour certaines régions cibles (PACA par exemple).
- ▶ Porter des demandes visant à inciter rapidement les entreprises de la santé et du soin à **recruter plus facilement des salariés en transition** sans pour autant passer par la création d'un nouveau type de contrat.
  - Simplification administrative du dispositif.
  - Allègement de charges salariales ou crédit d'impôts pour tout recrutement d'un salarié engagé dans un parcours de transition ou reconversion professionnelle.
  - Allongement de la durée maximale des Préparation opérationnelle à l'emploi (POE) des demandeurs d'emploi qui s'orientent vers les métiers de la santé et du soin.
  - Favoriser les montages directs entre le secteur concerné qui porte le dispositif et les opérateurs de santé.

#### 4. Anticiper aujourd'hui les métiers du soin de demain

- ▶ **L'attractivité du secteur de la santé auprès des futurs viviers de compétences** dépend de la capacité collective à donner une vision des perspectives d'emploi, de parcours professionnels et surtout d'enrichissement des métiers (limitation de la pénibilité) à moyen terme, voire de leur hybridation.
- ▶ Le secteur sera confronté à des **transformations des métiers massives**, rendues possibles et souhaitables par l'évolution des parcours de soin et de la prise en charge des patients. Faire face au défi des maladies chroniques suppose par exemple d'inventer de nouvelles formes d'organisation et de coordination des intervenants, de favoriser la montée en compétences des professionnels voire d'intégrer de nouvelles compétences, et de favoriser le recours optimal à l'innovation organisationnelle et technologique (notamment l'exploitation des données de santé, apport de l'IA dans les diagnostics).

Il y a peu d'anticipation des pouvoirs publics sur ces évolutions et transformations et, de ce fait, peu d'adaptation des formations à l'hybridation des métiers. Dans ce cadre, il serait indispensable de disposer de projections prospectives sur les transformations des métiers, voire l'enrichissement des métiers, sous l'impact notamment des nouvelles technologies. Les métiers de la santé vont évoluer grâce à la transformation numérique, la robotisation et l'intelligence artificielle. Il est indispensable d'anticiper dès à présent ces évolutions pour préparer la société du soin de demain.

- ▶ **Éléments de contexte et de réflexion :**

- évolution/transformation plus ou moins massive de certaines professions dans les cinq ans à venir (secrétaires médicales, radiologie, services supports divers...);
- gain potentiel de temps médical pour des praticiens « libérés » de certaines tâches, recentrés sur la relation de soin/accroissement des délégations de compétences aux professions paramédicales (exemple : utilisation d'algorithmes pour poser un premier diagnostic) = potentiel recentrage vers des tâches à plus forte valeur ajoutée pour les professionnels médicaux et paramédicaux ;
- l'efficacité sera également apportée par l'évolution des métiers paramédicaux (30 % de temps gagné grâce au numérique) ;
- anticipation indispensable pour réorienter/reconvertir certains métiers et éviter les risques psycho-sociaux ;
- certains métiers sont potentiellement « automatisables » mais l'acceptation sociale par le patient de cette automatisation serait nulle : point de vigilance ;
- la transformation numérique peut attirer vers les professions de soin de nouveaux profils et aussi faire émerger de nouveaux métiers attractifs (experts en mégadonnées...).

Le constat demeure de travaux insuffisants et donc de l'absence d'une vision sur ces transformations.

Dans un tel contexte, il convient donc de définir dès à présent des politiques publiques permettant à la fois :

- d'encourager l'adoption par les professionnels de santé des innovations technologiques ;
- de donner de la visibilité sur les évolutions à venir.

## Propositions et leviers à activer

- ▶ **Engager un programme prévisionnel de gestion des emplois et des compétences** qui permette d'anticiper les évolutions et d'appuyer les reconversions.
- ▶ **Adapter les formations initiales et continues** des professionnels de santé médicaux et paramédicaux aux enjeux de la transformation numérique, pour assurer largement la transition des compétences et des modalités d'exercice.
- ▶ **Diversifier les sources de recrutement** dans le domaine du soin et s'adjoindre de **nouvelles compétences**/de nouveaux profils.
- ▶ Faire de ces évolutions un enjeu de l'attractivité des métiers du soin, et mener une campagne de communication sur ces thèmes, notamment pour sensibiliser les jeunes générations, filles comme garçons.
- ▶ Intégrer **un véritable pilotage des enjeux métiers au sein du ministère de la Santé**.
- ▶ **Accompagner les transformations industrielles par des formations à la transformation des métiers** dans le domaine, notamment du numérique et de la bio-production.

## Groupe de travail « Répondre aux enjeux d'attractivité du secteur et anticiper les évolutions en matière d'emploi »

### Rapporteurs

- **Jean-Christophe Amarantinis**, président du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)
- **Christine Schibler**, déléguée générale de la Fédération de l'hôpital privé (FHP)

### Membres

- **Mariane Cimino**, déléguée au numérique de NUMEUM
- **Florence Gelot**, directrice Éducation, formation et compétence du pôle Social du Mouvement des entreprises de France
- **Thibault Jagueneau** chargé de mission Éducation, formation et compétence du pôle Social du Mouvement des entreprises de France
- **Miroslava Ivanova**, cellule Veille stratégique et nouveaux enjeux sociaux du pôle social du Mouvement des entreprises de France
- **Odile Menneteau**, sherpa du comité Acteurs de santé du Mouvement des entreprises de France
- **Béatrice Noellec**, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale de la Fédération de l'hôpital privé (FHP)
- **Olivier Robert**, responsable emploi formation du Mouvement des entreprises de France PACA

### Auditions

- **Matthias Dufour**, président du *Think tank* « Le plus important »
- **David Gruson**, directeur programme santé du groupe Jouve, fondateur d'Ethik-IA

# ANNEXES

## Position du Mouvement des entreprises de France sur le rapport du Haut Conseil à l'Assurance maladie relatif à l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et complémentaire - 11 octobre 2021

### 1. La « nationalisation » du financement du système de santé pourrait devenir un enjeu des échéances électorales

- ▶ **Saisi par le Gouvernement, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) va rendre prochainement public son avis sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC).** L'AMO, c'est essentiellement la Caisse nationale d'assurance maladie ; l'AMC est assurée par les « 3 familles » : sociétés d'assurance, institutions de prévoyance (IP)<sup>[1]</sup> et mutuelles. Schématiquement, la Sécurité sociale rembourse aux assurés les soins de base, les complémentaires tout ou partie du reste des frais engagés, l'éventuel *delta* constituant le « reste à charge » ; selon les contrats, l'AMC rembourse également des frais non pris en charge par la Sécurité sociale
- ▶ Le projet d'avis du HCAAM projette 4 *scenarii* distincts, il faut simplement retenir que **l'un des scenarii consiste en une intégration de l'essentiel de l'AMC au sein de l'AMO**, ce qui reviendrait à créer une « grande Sécurité sociale ».

### 2. Le mouvement des entreprises de France s'oppose aux propositions qui remettent en cause le modèle actuel

- ▶ Le système actuel permet de concilier bonne couverture des assurés, liberté de choix des entreprises et des assurés, et dialogue social.
  - **Le taux de couverture des Français par notre système dual est très élevé, autour de 95 %** (96 % des salariés, 94 % des indépendants).
  - Ce système, soutenu par la majorité des assurés interrogés dans les études d'opinion, est plébiscité par les adhérents du Mouvement des entreprises de France, qui ne réclament en aucun cas sa fin. Plusieurs enquêtes montrent l'attachement des Français et des entreprises au système actuel.
  - Plus encore que la Sécurité sociale, **les complémentaires misent sur l'innovation et la prévention, pour se différencier de leurs concurrents sur un marché libre.** Ainsi, bien avant la création de la 5<sup>e</sup> branche de la Sécurité sociale, la perte d'autonomie a été prise en compte.

5. [1] IP = 1 des 2 branches des groupes de protection sociale (GPS)

- **Les contrats collectifs de couverture complémentaire sont le produit d'un dialogue social d'entreprise ou de branche très actif qui permet d'adapter les garanties aux besoins**, variables selon les secteurs. La « grande Sécu » mettrait *ipso facto* fin à cet état de fait, envoyant ce faisant un très mauvais signal aux partenaires sociaux.
- ▶ La Sécurité sociale, en déficit chronique, ne gérerait pas nécessairement de manière optimale les prestations assurées aujourd'hui par l'AMC.
  - La différence de frais de gestion constatée entre AMO et AMC a plusieurs explications rationnelles.
    - > La différence importante du ratio frais de gestion/prestations (5 % contre 27 % en 2019 – source Cour des comptes) pourrait être une clé toute trouvée pour ouvrir la porte d'une « grande Sécu » plus économe des deniers des cotisants.
    - > Mais cette différence s'explique par :
      - les **coûts d'acquisition** = nécessité d'aller « chercher le client » alors que l'affiliation à l'AMO (monopolistique) est légalement obligatoire, et de développer une offre nouvelle pour répondre à la concurrence, notamment en termes d'innovation ;
      - les **coûts de collecte** des cotisations, pris en charge par les URSSAF s'agissant de la Sécurité sociale ;
      - les **règles prudentielles** qui s'imposent aux organismes complémentaires, les obligeant à une discipline budgétaire (pas de déficit) dont s'affranchit allègrement l'AMO ;
      - l'AMC doit faire face à des **évolutions réglementaires incessantes pour rembourser en complémentarité de plus en plus de prestations** (tiers payant, « 100 % santé »...), alors que seule la Sécurité sociale assure la régulation globale de la dépense.
- La « grande Sécu » n'effacerait pas d'un coup de baguette magique l'ensemble des frais de gestion de l'AMC. On estime, sous toutes réserves, que sur un total de 7,6 milliards d'euros, l'économie globale serait d'au maximum 3 milliards d'euros.
- Par ailleurs, la suppression des exonérations sociales destinées à inciter à la couverture complémentaire n'apporterait pas un gain net aux finances publiques, puisque les contrats assurantiels constituent l'assiette de prélèvements fiscaux.
- En tout état de cause, l'État n'aurait d'une certaine manière pas les moyens de la « grande Sécu », tant l'actuelle est déficitaire (plus de 20 milliards d'euros pour la seule branche maladie du régime général, certes très impactée par la crise sanitaire), et endettée (transfert de 136 nouveaux milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale en 2020, prolongeant de 9 ans sa durée de vie).



# Les objectifs du CSIS 2021

- ▶ Espace de décision important pour l'innovation en santé et la politique industrielle de la France, le CSIS (Conseil stratégique des industriels de santé) 2021 vise à préparer la France au « monde d'après » à « faire de la France la 1<sup>ère</sup> nation européenne innovante et souveraine en santé » à travers un schéma d'orientation « Santé-Innovation 2030 » autour de 5 priorités :
  - assurer une recherche fondamentale d'excellence et interdisciplinaire, capable d'alimenter l'innovation d'un flot continu, mais aussi assurer une continuité de la recherche fondamentale à la recherche clinique ;
  - catalyser l'innovation : poser les jalons d'un dispositif permettant de sécuriser ces innovations en santé, d'améliorer l'accès au financement et faciliter le maintien du développement dans notre pays, y compris durant les phases risquées et à forte intensité capitalistique ;
  - améliorer l'accès au marché des produits innovants afin de les rendre disponibles plus tôt pour les patients et renforcer l'intégration de ces innovations dans le parcours de soin ;
  - soutenir l'industrialisation des produits dans la prolongation des objectifs de relocalisation des sites de production poursuivis dans le cadre de France Relance, pour disposer de capacités de production pharmaceutiques suffisantes et permettre aux innovations d'être développées et produites en France ;
  - développer et faire émerger les formations initiales et continues nécessaires pour disposer des compétences pour réaliser les objectifs proposés.

# Constats-Rapport Valeur et Santé - Janvier 2020

## La Santé fait face à des défis majeurs

**Qu'est-ce « la Santé en France » ? Quelle valeur/ quelles valeurs crée-t-elle ? Quels principaux enjeux doit relever la Santé en France pour augmenter la valeur perçue par ses acteurs, à commencer par les patients et les citoyens ?**

Appréhender ce qu'est « la Santé en France » n'est pas chose aisée. Pour autant c'est le point de départ de tout débat informé sur les multiples dimensions qu'elle comporte.

« La Santé en France » nous semble être le résultat du travail ou de la contribution d'un ensemble d'acteurs, ou « écosystème de Santé », qui vise à améliorer l'**état de complet bien-être physique, mental et social** de la population en France. Ces acteurs sont guidés dans leurs actions par quatre principes spécifiques au système français et chers à la population, au rang desquels l'universalité, l'égalité dans l'accès à des soins de qualité, la solidarité dans le financement et l'équité dans la contribution.

La Santé en France a une valeur protéiforme, c'est-à-dire que la perception de la valeur qu'elle crée diffère selon l'acteur de l'écosystème concerné :

- pour les patients, la Santé crée de la vie, elle a une valeur sanitaire ;
- pour les citoyens/les assurances complémentaires/l'État, la Santé crée de la solidarité – elle a une valeur sociale ;
- pour les professionnels de la Santé et les industriels, la Santé crée de l'emploi, de la richesse et des vocations – elle a une valeur économique et elle est porteuse de sens.

## 1. Patients - Une valeur sanitaire bousculée par les inégalités d'accès aux soins

**Quel est l'état de santé de la population française ? Quelle prévention, quel accès aux soins, quelle qualité des soins ?**

La France a la troisième espérance de vie à la naissance la plus élevée de l'Union Européenne et le taux de mortalité évitable le plus faible de l'UE.<sup>6</sup> Les patients ont un accès universel aux soins et une liberté de choix totale quant au professionnel de santé qu'ils souhaitent consulter pour un reste à charge parmi les plus faibles de l'UE<sup>3</sup>. L'offre de soins auxquels les patients ont accès se situe dans la moyenne haute de l'UE, tant sur la médecine de ville, les pharmacies, que sur les établissements hospitaliers (en nombre de praticiens et lits pour 1000 habitants)<sup>5</sup>.

Pourtant, quelques signaux sèment le doute sur l'apparente excellence de ses résultats (cf. infographie ci-dessous).

---

6. Eurostat

# 1 français sur 12



perçoit son **état de santé** comme mauvais ou très mauvais. Il ne s'agit pas d'un effet d'optique : l'espérance de vie en **bonne santé** en France n'est « que » dans la moyenne de l'UE. La faiblesse de la prévention en France, la perfectibilité de la qualité des soins et la difficulté d'accès rapide à l'innovation sont en cause.



- La prévention primaire présente un retard par rapport aux autres pays de l'UE, avec notamment une plus forte prévalence du tabagisme, de l'obésité chez les enfants et une plus forte consommation d'alcool que nos voisins.
- La qualité des soins est hétérogène sur le territoire et elle est perfectible en particulier pour les personnes âgées et patients souffrant de maladies chroniques.
- Enfin, l'accès aux médicaments innovants est plus long que dans 8 autres pays de l'UE, même si la mise en place d'autorisations temporaires d'utilisation, permises dans certaines configurations, améliore les délais.

# 1 français sur 4



a déjà **renoncé à des soins**. L'accès à l'information médicale est inégal, l'accès à des structures de soins comporte de fortes disparités territoriales qui persistent malgré les mesures incitatives d'installation pour les jeunes médecins.



# 1 français sur 3

ne croit pas que les **vaccins soient sûrs**, désignant la France comme « championne du monde de la méfiance ». Cet exemple illustre un problème qui va au-delà des vaccins. Mieux informés en moyenne et plus experts, ils souhaitent être davantage écoutés le long de leur parcours de soin. Les citoyens français sont également anxieux vis-à-vis de la pérennité de notre système de santé.

Sources : Drees, L'EEM, Institut Gallup, Odoxa

Ces constats alarmants sont ceux d'aujourd'hui. Qu'en sera-t-il si l'on se projette dans 20 ans, lorsqu'un français sur quatre aura plus de 65 ans, et lorsqu'un sur cinq souffrira d'une affection de longue durée ?<sup>7</sup>

La France fait face à trois enjeux majeurs pour que la Santé génère une plus grande valeur sanitaire :

- **création et généralisation des « parcours de santé », depuis la prévention jusqu'aux parcours de soins des affections de longue durée**, pour avoir une population en bonne santé plus nombreuse ;
- **égalité territoriale d'accès à des parcours de santé et parcours de soins de qualité** ;
- restauration de la **confiance des patients envers le système de santé**, par la réinvention du rôle du patient dans sa santé.

## 2. Citoyens/Assurances complémentaires/État – Une valeur sociale chère aux français, de plus en plus difficile à maintenir dans le système actuel

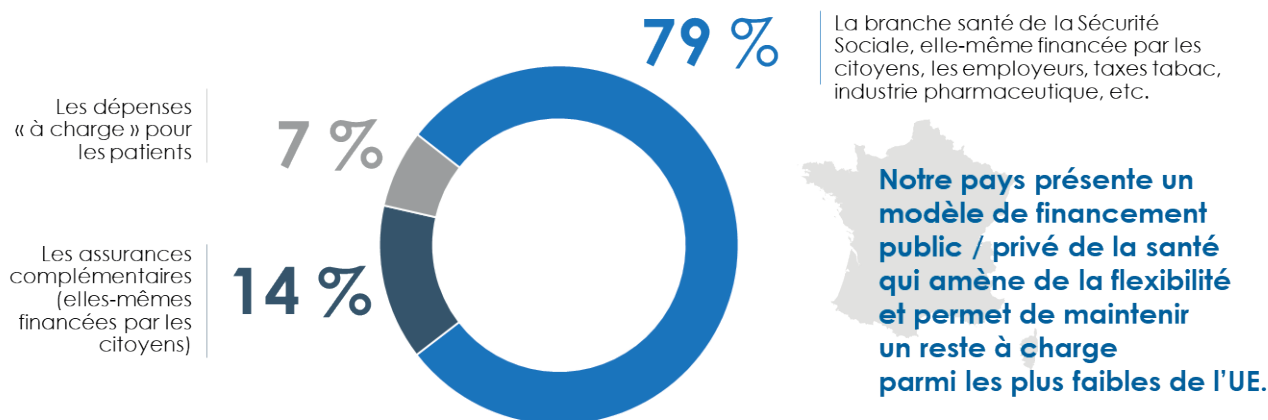
**Combien dépense la France pour la Santé et comment le finance-t-elle ? Quelle efficacité du système actuel ? Quelle soutenabilité du système de santé français ?**

Les dépenses de santé en France représentaient 271 milliards d'euros en 2017, soit 11,5 % du Produit Intérieur Brut (PIB), environ 4 000 euros par habitant par an<sup>8</sup>.

7. Projections INSEE et ministère de la Santé et des Solidarités

8. Les dépenses de santé comprennent les soins et biens médicaux (séjours à l'hôpital, consultations, médicaments, etc.), les soins de longue durée, la prévention, la recherche et la formation médicale, les coûts de gestion de la santé (administration, autorité de régulation, etc.), les subventions et indemnités journalières.

# 271 Mds€ Dépenses de Santé en France en 2017



Sources : DREES, Ministère de la Santé

La France est le pays de l'UE qui dépense le plus pour sa santé relativement aux richesses que le pays génère, le troisième du monde derrière les États-Unis et la Suisse. Au rythme actuel d'augmentation des dépenses de santé, celles-ci pourraient représenter plus de 20 % du PIB en 2040 et ne seraient plus soutenables pour les citoyens français.<sup>9</sup> Ceci conduit à penser que la France dépense « trop » par rapport à ses moyens.

Pour autant, relativement au pouvoir d'achat de ses habitants et à l'état de santé de ses habitants, la France ne dépense pas beaucoup plus que ses voisins. Comment sortir de cette équation économique, qui dans le système actuel ne semble plus soluble ?

La France fait face à deux enjeux majeurs pour que la Santé génère plus de valeur sociale :

→ **optimisation des dépenses de santé, par l'innovation et la responsabilisation de tous les acteurs.**

Il nous semble nécessaire de sortir d'une vision purement comptable de la santé, vouée à suivre les réductions de dépenses de santé année par année. En effet, au regard des réductions de dépenses déjà générées par les professionnels de la santé sur les 5 dernières années (établissements de soins et industriels), du « plan d'urgence pour l'hôpital » ou encore de l'ONDAM 2020 relevé à 2,45 %, nous pensons que l'essentiel du potentiel d'optimisation des dépenses ne se trouvera pas dans un ultime « coup de rabot » des coûts de fonctionnement de notre système de santé ;

→ enjeu de **réinvention de la tarification des prestations de santé en France**. La tarification à l'acte en médecine de ville et à l'activité en milieu hospitalier, si elle a eu des effets bénéfiques, sont des modèles qui doivent évoluer. **La réforme de la tarification des établissements de santé constitue une opportunité pour réfléchir à l'émergence de modèles de financement mixtes, adaptés aux nouvelles modalités de prise en charge des patients et aux logiques de parcours.**

Il y a également un enjeu de création de richesse (augmentation du PIB) en France, qui dépasse le propos de Valeur et Santé, que nous n'adresserons pas de façon exhaustive.

9. Espicom

### 3. Professionnels de la Santé et industriels – une valeur économique créée par 2,2 millions d'emplois, face à une crise de sens

Combien la Santé représente-t-elle de création de valeur économique pour la France ? Combien d'emplois crée-t-elle ? Quelle est sa capacité à innover ? Quel est le niveau de qualité de vie au travail de ses acteurs ? Quelle est sa pérennité ?



Sources : FEFIS, DGOS  
Note : les industries de santé regroupent les industries pharmaceutiques, dispositifs médicaux, diagnostics in vitro et leur fournisseurs (chimie fine, fabricant de contenant, etc.), ainsi que la eSanté

Si les acteurs de la Santé partagent un même objectif voire une même vocation qu'est l'amélioration de l'état de santé de la population, les contextes dans lesquels ils évoluent et leurs enjeux sont distincts.

#### 1.1. Professionnels de la Santé – Des talents en souffrance face à une crise de sens

La Ville et l'Hôpital génèrent environ 175 milliards d'euros de recettes et créent 1,8 millions d'emplois directs non délocalisables. Environ 3 100 structures composent le paysage hospitalier français avec une diversité « public-privé » unique en Europe. Six milliards d'euros sont réinvestis chaque année dans la recherche et l'innovation, les personnels, les équipements.<sup>10</sup>

La valeur économique n'est pas un objectif en soi pour les Professionnels de la Santé, a fortiori dans un système de santé aux principes tels que les nôtres. Pour autant, avoir suffisamment de marges de manœuvre financière pour améliorer la qualité des soins et l'expérience patient, créer des emplois, restaurer la qualité de vie des employés ou encore mener des travaux de recherche est primordial. Sur ce domaine, l'état de l'hôpital est préoccupant : un hôpital public sur deux est en déficit et la part de leurs investissements a été divisée par 2 en 6 ans, presque un ESPIC<sup>11</sup> sur deux est déficitaire, une clinique sur quatre est déficitaire.<sup>7</sup>

En parallèle, et malgré des effectifs sortants d'école en nombre et ayant reçu une formation initiale perçue comme solide (par rapport à nos voisins de l'UE), des signes de désenchantement frappent de plein fouet les professions médicales, soignantes et médico-sociales. Les conséquences sont inquiétantes sur l'ensemble des personnels : près de la moitié des professionnels de Santé estiment avoir été concernés par le *burnout*, deux à trois fois plus que pour d'autres professions en France.<sup>12</sup> Les établissements de santé sont confrontés à une situation de pénuries de talent (infirmiers, aides-soignants) qui perdurera

10. DREES, DGOS, OCDE

11. Établissement de santé privée d'intérêt collectif

12. Association de prévention du risque opératoire, Fondation de France

si on ne travaille pas sur les enjeux d'attractivité des métiers, sur la formation des professionnels et sur la création de parcours professionnels valorisants.

La France fait face à deux enjeux majeurs pour pérenniser la valeur créée par les professions médicales, soignantes et médico-sociales :

- **soutenabilité de la situation économique des établissements hospitaliers**, par l'innovation en particulier et par un nouveau partage de la valeur économique entre les acteurs, via la fongibilité des enveloppes ville/hôpital notamment ;
- **regain de sens et de qualité de vie au travail pour ces professionnels**, ce qui nécessite de revoir leurs parcours et la manière dont ils sont « équipés » au cours de leur carrière pour exercer un métier de plus en plus complexe et qui va bien au-delà du soin (détresse sociale notamment).

Ces deux enjeux sont souvent présentés comme incompatibles dans les débats publics ; sans rien changer aux fondamentaux des établissements de soins (équation économique, organisation et gouvernance, formation et accompagnement des professionnels), ils le resteront certainement.

La situation actuelle rend difficile sinon impossible l'innovation d'ampleur dans les prises en charge et dans le rapport au patient, aujourd'hui permise par l'exploitation des données de santé. La France a pris du retard par rapport à certains de ces voisins dans le domaine de la donnée de santé, ce qui se traduit à court terme par une perte de notoriété/d'attractivité de la France comme pays de la santé et du soin, et à moyen terme pose des questions de souveraineté des données de santé et d'éthique par rapport à l'usage qui en est fait.

## 1.2. Industriels - Une source de compétitivité pour la France, dont l'attractivité est à préserver

Les 3100 entreprises dites d'industries de la santé génèrent environ 90 milliards d'euros de recettes en France, et créent 455 000 emplois en France. Plus de 9 milliards d'euros sont réinvestis dans la recherche chaque année, soit 20 % de la recherche privée en France.<sup>13</sup>



Pourtant, les industries de santé font face à des difficultés persistantes qui menacent la création de valeur économique qu'elles créent pour la France, en particulier à long-terme :

- la croissance de leur chiffre d'affaires en France est faible, faisant de notre pays un marché large mais qu'on pourrait qualifier d'atone (1 % par an, là où nos voisins européens présentent des taux de croissance de 3 à 5 %<sup>14</sup>). Cette faible croissance provient essentiellement de la régulation : des baisses de prix constantes décidées par les pouvoirs publics depuis 2004 dans le cadre du financement de la Sécurité sociale ;
- le profit généré en France est modéré. La France reste le pays où le taux d'imposition global est systématiquement le plus élevé d'Europe<sup>15</sup>, quels que soient les cas de figure et le profil d'entreprise retenus, même si l'écart avec nos voisins s'est réduit ;

13. Fédération française des industries de santé (FEFIS)

14. LEEM, par rapport à Italie, Allemagne, Royaume-Uni, Suisse, Espagne et Irlande

15. LEEM

- l'accès au marché est long (dix-septième pays de l'UE avec près de 500 jours nécessaires entre l'obtention de l'AMM décidée par l'EMA et l'arrivée sur le marché hors ATU<sup>12</sup>), faisant de la France un marché moins propice à l'innovation et par conséquent retardant l'accès à des produits de santé innovants pour les patients ;
- la France fait donc face à un enjeu majeur pour maintenir, voire augmenter la valeur économique créée par les industriels de santé :

Enjeu **de regain d'attractivité de la France** pour les industriels pour en faire un des premiers, sinon le premier territoire d'innovation en Santé d'Europe.

### 1.3. Écosystème de Santé – Une opportunité de création de valeur grâce aux données de santé

*«La donnée constitue le cœur de l'exercice de la médecine dans son rapport avec le patient. Il n'est donc pas surprenant, dans le cadre d'une numérisation globale de l'ensemble de la pratique médicale et de l'utilisation de capteurs de plus en plus nombreux et variés, d'assister à une augmentation exponentielle de la quantité et de la diversité des données disponibles»<sup>16</sup>*

L'exploitation des données de Santé constitue une révolution sans précédent pour l'ensemble des acteurs de l'écosystème de Santé. Patients, professionnels de santé, industriels, tous peuvent bénéficier des nouvelles possibilités permises par la donnée. Pour ne citer que quelques exemples :

- recherche : l'utilisation de données « intelligentes » dans une aire thérapeutique donnée permettra d'avancer dans la compréhension des pathologies et de développer de nouvelles molécules et protocoles de soin. La cancérologie est un domaine dans lequel de nouveaux horizons vont s'ouvrir, grâce à la mise en commun des données génétiques, moléculaires, cliniques, etc.
- soins : l'analyse des données « en vie réelle » le long du parcours du patient permettra d'améliorer la pertinence et la qualité des soins. La seule transparence des données « en vie réelle » sera source d'une plus grande confiance et d'une meilleure communication entre le patient et les professionnels de Santé. Les techniques de *machine learning* permettront de modéliser des données complexes pour affiner un diagnostic et orienter le choix d'un protocole de soin;
- pilotage de notre système de Santé : les puissances de calcul importantes appliquées à des données de qualité de soins et de performance économique permettront d'analyser de façon plus complète la performance actuelle de notre système et de prédire son évolution. L'enjeu est double : engager un dialogue de performance sur la base de faits robustes, et dépasser « l'audit comptable » en intégrant des données non-économiques.

La France dispose d'un atout unique en Europe dans la course à l'innovation par la donnée de santé : le Système national des données de santé, qui « chaîne » principalement les données de l'Assurance maladie et les données des établissements de soin. Pour autant, nous n'avons pas su capitaliser sur cet atout pour faire la différence par rapport à nos voisins. Les données génétiques, les données moléculaires, les données cliniques, les données « en vie réelle » ou encore les données des objets connectés restent éparées.

La France fait face à trois enjeux pour augmenter la création de valeur liée aux données de santé et préserver une souveraineté nationale sur les données de santé :

- **accélération de la mise en place du Health Data Hub**, dispositif de partage entre producteurs et utilisateurs de données de santé.
- **clarification des usages autorisés et de la valorisation des données de santé**. Si le sujet est complexe et nécessite une réflexion poussée en particulier sur des questions d'éthique, des premières réponses sont nécessaires dans un temps court pour permettre à la France de rester dans la course.
- **renforcement des compétences analytiques au sein des établissements de soin et des industries de santé**, pour être en mesure d'exploiter à plein potentiel les données désormais à disposition.

16. Extrait de «Santé et intelligence artificielle», sous la direction de Bernard Nordlinger et Cédric Villani, Paris, CNRS éditions, 2018

# LE COMITÉ ACTEURS DE SANTÉ

Présidé par **Lamine Gharbi**, président de la Fédération de l'hospitalisation privée

**Jean-Christophe Amarantinis**, président du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)

**Docteur Martine Aoustin**

**Sophie Beaupère**, déléguée générale d'Unicancer

**Godefroy de Bentzmann**, président de NUMEUM

**Olivier Bogillot**, président de la Fédération française des industries de santé (FEFIS), président de la commission Réforme de la protection sociale du Mouvement des entreprises de France

**Mariane Cimino**, déléguée au numérique en santé du NUMEUM

**Frédéric Collet**, président du LEEM

**Franck Duclos**, directeur de la protection sociale de l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM)

**Said Fard**, directeur général du Syndicat national des sociétés d'assistance (SNSA)

**David Gruson**, directeur programme santé du groupe Jouve, fondateur d'Ethik-IA

**Miroslava Ivanova**, chargée de projets, cellule Veille stratégique et nouveaux enjeux sociaux, pôle Social du Mouvement des entreprises de France.

**Philippe Lamoureux**, directeur général du LEEM

**Yves Laqueille**, délégué général du GIM, vice-président de la CNAM

**Docteur Olivier Le Pennetier**

**Angèle Malâtre-Lansac**, directrice déléguée santé de l'Institut Montaigne

**Odile Menneteau**, directrice adjointe cellule Veille stratégique et nouveaux enjeux sociaux, pôle Social du Mouvement des entreprises de France, sherpa du comité Acteurs de santé

**Serge Morelli**, président du Syndicat national des sociétés d'assistance (SNSA)

**Sophie de la Motte**, déléguée générale de la Fédération française des industries de santé (FEFIS)

**François-Régis Moulines**, directeur des Affaires institutionnelles du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)

**Béatrice Noëllec**, directrice de la veille sociétale et des relations institutionnelles de la Fédération de l'hôpital privée (FHP)

**Aude Nyadanu**, fondatrice de Lowpatal, expérience patiente

**Philippe Poiget**, conseiller de la présidente de France Assureurs

**Christine Schibler**, déléguée générale de la Fédération de l'hôpital privée (FHP)

**Élisabeth Tomé-Gertheinrichs**, directrice générale adjointe, en charge du pôle Social du Mouvement des entreprises de France

**Catherine Touvrey**, directrice générale d'Harmonie Mutuelle- Groupe VYV





Mouvement des entreprises de France  
55 avenue Bosquet - 75007 Paris  
Tél. : 01 53 59 19 19  
[www.medef.com](http://www.medef.com)