



# Agir pour plus d'efficacité dans notre système de santé

Feuille de route de l'OSI pour le quinquennat

# Table des matières

<b>À propos des auteurs</b>	1
<b>A propos de l'Institut Sapiens</b>	4
<b>A propos de l'observatoire santé et innovation</b>	5
<b>Chapitre 1 – Utiliser l'innovation pour remédicaliser les territoires</b>	8
<b>Chapitre 2 – Financer plus et mieux la recherche en santé pour soutenir l'émergence de nos talents, leur maintien en France et le financement de leurs innovations</b>	12
<b>Chapitre 3 - Enclencher l'accélération de la santé digitale en France et en Europe</b>	16
<b>Chapitre 4 - Mieux maîtriser les dépenses de santé</b>	21
<b>Chapitre 5 - Insuffler une culture de la prévention</b>	25
<b>Chapitre 6 – Faire évoluer la répartition du financement des dépenses de santé vers une complémentarité étendue entre assurance maladie et complémentaires santé</b>	30

# À propos des auteurs



## Jean Louis Davet

Président de DENOS, société spécialisée en parcours de soins internationaux, disease management et biotech en oncologie, précédemment Directeur général de groupes d'assurances et de services de santé, et auparavant consultant en stratégie (notamment dans les domaines des nouvelles technologies et de la santé), Centralien et Docteur en mathématiques, très engagé dans les questions de data, d'IA, d'éthique en santé.



## Vincent Diebolt

Directeur de F-CRIN, une infrastructure en recherche clinique mise en place dans le cadre du « Programme d'investissements d'avenir/PIA » (F-CRIN est une plateforme de réseaux nationaux thématiques d'investigation et de recherche de pointe) portée par l'Inserm. Il est également partie prenante, en tant qu'associé, du développement d'une Medtech.



## Josette Guéniau

Directrice de l'Observatoire santé et innovation. Professionnelle et ex-dirigeante de l'assurance santé, devenue conseil auprès des assureurs complémentaires depuis plus de 10 ans, notamment sur les sujets de la réglementation, de l'innovation et de la stratégie marketing. A ce titre elle s'intéresse depuis plus de 5 ans à l'apport de la téléconsultation dans la prise en charge au plan de l'accès et de la qualité à la santé mais aussi à son financement.



## Isabella de Magny

CEO d'Inspiring Futures, fondatrice de GenDH, qui étudie l'impact des innovations en santé sur le système de soins et la société. Auteur du roman « Emma, Naissance d'une biocitoyenne ». Passionnée de prospective, d'éthique et de nouvelles technologies.



## Clarisse Pamiès

Normalienne, économiste-statisticienne. Combine depuis 15 ans les perspectives dans le public et le privé en France et à l'international sur la santé et le numérique. Désormais CEO d'une start up deep tech dans prévention ciblée en santé mentale. Profondément convaincue que la technologie bouscule positivement la santé à devenir plus performante et plus humaine - à la condition que la régulation et le financement soient au rendez-vous.



## Isabelle Riom

Interne en médecine, présidente du SRP-IMG (Syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale)



## Brigitte Saunier

Consultante - Pharmacienne, diplômée en droit de la santé. Un début de carrière en recherche en Biochimie puis plus de trente ans dans l'industrie pharmaceutique au sein de différents laboratoires internationaux dans en charge successivement de différentes activités: marketing, promotion médicale, affaires pharmaceutiques et médicales, affaires réglementaires, et de l'accès au marché. Elle a également été élue à plusieurs reprises au Conseil de l'Ordre des Pharmaciens (section B).



## Stéphanie Hervier

Après un parcours en cabinet de conseil, Stéphanie Hervier a cofondé en 2014 la société Medaviz, éditeur de solutions numériques pour les acteurs de la santé. Elle en occupe aujourd'hui le poste de Directrice générale. Engagée pour le développement de la e-santé en France, dans le respect du parcours de soins et de la territorialité des actes, elle a rejoint l'Observatoire Santé Innovation de l'Institut Sapiens en 2022.



## Guy Vallancien

Professeur honoraire de chirurgie, membre de l'académie de médecine, membre du conseil scientifique de l'Office Parlementaire de l'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, Président de la Convention on Health Analysis and Management (CHAM), Spécialiste de robotique chirurgicale. Guy Vallancien est expert Sapiens.

# A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un laboratoire d'idées (*think tank*) indépendant et non partisan réfléchissant aux nouvelles conditions d'une prospérité partagée à l'ère numérique. L'humanisme est sa valeur fondamentale. Son objectif est d'éclairer le débat économique et social français et européen par la diffusion de ses idées.

Il fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par les grands débats actuels. Sapiens s'attache à relayer les recherches académiques les plus en pointe.

Les travaux de Sapiens sont structurés autour de **sept observatoires thématiques** : développement durable ; IA et éthique ; science et société ; santé et innovation ; travail, formation et compétences ; politiques, territoire et cohésion sociale ; innovation économique et sociale.

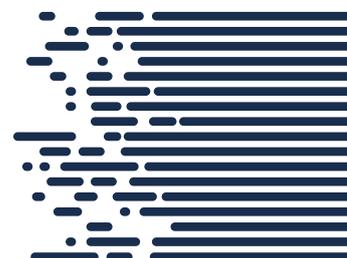
Sa vocation est triple :

**Décrypter** — Sapiens aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'aider à la compréhension des grandes questions qu'elle pose. L'institut est un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

**Décloisonner et faire dialoguer** — Sapiens met en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens. L'institut est un carrefour où ils peuvent se rencontrer pour réfléchir et dialoguer.

**Se former** — Le XXI<sup>e</sup> siècle est celui de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Les immenses pouvoirs que donnent les technologies appellent un effort nouveau de prise de recul et d'analyse. Grâce à ses publications, événements et rencontres, Sapiens se veut un lieu de progression personnelle pour ceux qui veulent y prendre part.

Pour en savoir plus, visitez notre site internet : [institutsapiens.fr](http://institutsapiens.fr)



# À propos de l'observatoire santé et innovation

L'Observatoire santé et innovation (OSI) a pour objectif de mettre en avant les innovations transformant le domaine de la santé, tout en proposant des actions pour préparer au mieux leur émergence, leur encadrement et leur déploiement. Composé de chercheurs, d'entrepreneurs, d'experts et de professionnels de la santé, les réflexions de notre observatoire seront articulées autour de quatre thématiques : la distribution territoriale et sociale de la santé ; les innovations médicales et médicamenteuses ; l'organisation politique et financière du système de santé ; les questions financières et éthiques liées aux innovations médicales. À travers les outils de communication et d'expression de l'Institut Sapiens, l'OSI ambitionne de peser dans le débat public. Les analyses, décryptages et propositions innovantes formulées par nos experts visent à optimiser le fonctionnement de notre système de santé dans l'intérêt des citoyens.





## Introduction générale – la santé comme préoccupation majeure des Français



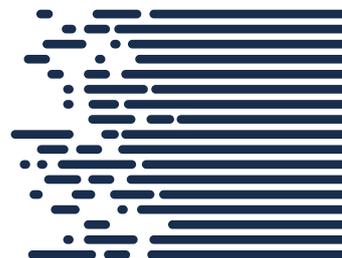
Erwann Tison  
Directeur des études de l'Institut Sapiens

Plus de deux ans après le début de la plus grande pandémie connue par le monde en un siècle, la santé est revenue sur le devant de la scène, reprenant une position prédominante dans les préoccupations des Français. Une mise en avant qui coïncide parfaitement avec la nécessaire transformation de ce secteur par les puissantes ressources offertes par le numérique. Néanmoins, malgré ces deux éléments appelant à une réforme profonde de la santé en France, ce sujet a été totalement absent des débats électoraux. Une légèreté de traitement qui tranche avec l'impératif du moment et qui pourrait enclencher une importante dégradation

de notre système, s'il n'était plus en mesure de répondre aux besoins et attentes des patients et des professionnels.

La crise du COVID a non seulement mis en avant les points faibles de notre système mais elle a également éprouvé ses fondations, du soin hospitalier à la dévotion des patients. Le Ségur de la santé, s'il a su répondre provisoirement à l'urgence du moment, se doit d'être doublé de véritables mesures allant dans le sens de la transformation de notre système. En plus de répondre à la crise des déserts médicaux et de l'accès aux soins de manière générale, nous devons également permettre l'émergence d'innovations qui façonneront la santé de demain, en ambitionnant de faire de la France un pionnier en la matière.

C'est pour renouer avec cette ambition et satisfaire les aspirations sociétales à une transformation de la santé que les experts de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens ont décidé de mettre en avant les sujets qu'ils jugent prioritaires pour le prochain quinquennat. De l'accès territorial aux soins au développement de la prévention, en passant par la promotion de l'innovation et la lutte contre les gaspillages, tous les sujets soulevés poursuivent le même but : garantir l'efficacité du système au service des patients et des praticiens.





## Chapitre 1 – Utiliser l’innovation pour remédicaliser les territoires



Isabelle Riom



Stéphanie Hervier

### *Edito*

S’il est bien un sujet qui préoccupe nos concitoyens, c’est bien celui de l’accès aux soins. Alimenté par la problématique des déserts médicaux, il ne risque pas de se tarir dans les prochaines années, aux vues de la démographie médicale et de son évolution. De cette pénurie, nous pouvons néanmoins en tirer une véritable opportunité de transformer profondément notre système de système. Tout d’abord en changeant drastiquement l’approche que nous avons de la gestion des carrières, en aidant les professionnels à évoluer dans leur métier, notamment en les aidant à acquérir des compétences nouvelles pour répondre aux demandes des jeunes et futurs professionnels. Nous pouvons ainsi revoir le rôle profond du médecin, qui est appelé à se transformer, notamment à l’aune de l’apparition des pratiques avancées et des coopérations nouvelles à créer avec l’ensemble des professionnels.

Ensuite, en revoyant totalement notre approche de l'accès aux soins. D'un point de vue statistique, l'accès aux soins s'apprécie exclusivement par le prisme de la densité géographique. Une donnée qui fait fi de toute considération qualitative, et qui occulte les dernières avancées technologiques en la matière. Les progrès réalisés dans l'adoption de la téléconsultation montrent qu'il existe une véritable appétence des patients pour ces nouvelles pratiques. Si elles étaient mieux développées et bien secondées par des professionnels de terrain, elles pourraient alors dessiner une nouvelle carte de l'accès territorial aux soins, désenclavant des zones entières en les reconnectant avec une offre de soin concrète et utile.

Résoudre l'accès aux soins impose donc en préalable de repenser la façon dont on conçoit la médecine. Un changement culturel, qui constitue la première pierre indispensable à un changement systémique.

### *Constat – une désertification qui préoccupe*

Le système de santé français, qui ne se classe qu'à la 13<sup>ème</sup> place de l'OCDE en termes d'efficacité [1], souffre de nombreux dysfonctionnements locaux. La désertification médicale en est la manifestation criante : il y a dans notre pays 7,4 millions de personnes vivant dans une commune où l'accès à un médecin généraliste est limité [2]. Première préoccupation médicale des Français exprimée dans le cadre de la présidentielle, la désertification doit être enrayée. Pourtant, cette dynamique ne va pas s'inverser, le rapport Vigneron [3] estimant que 62% des communes de moins de 10.000 habitants présentent un risque d'en être dépourvus dans les 7 prochaines années. La fin du numerus clausus, décidée en 2019, ne devrait produire ses effets que d'ici 10 ans. Solutionner ce problème ne passera pas par de simples mesures coercitives liées à l'installation, mais bien par une nouvelle définition de la politique médicale locale.

### *Propositions – utiliser l'innovation pour remédicaliser les territoires*

#### **Lutter contre les déserts médicaux**

- **Envoyer des infirmières en pratique avancée (IPA) en première ligne.** Ainsi elles pourront combler la désertification médicale d'un territoire en allant directement à la rencontre des patients. Affectées aux services d'urgence et au SAMU, elles pourront améliorer la prise en charge des patients. Associées

aux médecins, elles libéreront du temps médical précieux, pour leur permettre de se concentrer sur des dossiers plus complexes demandant une expertise pointue.

- **Recourir à la télémédecine de manière accrue** pour donner accès à tous les patients à un professionnel de santé situé n'importe où sur le territoire.
- **Mutualiser** le parc des hélicoptères nationaux entre les pompiers, la gendarmerie et l'armée de l'Air, pour faciliter la circulation des patients entre les différents hôpitaux.

### Organiser une répartition plus efficace des compétences

- **Faire évoluer l'ONDAM vers un ONDAM quinquennal et une déclinaison régionale.** Couplés à l'exploitation des données sur le plan régional, cette évolution permettra la réalisation de véritables évaluations qualitatives et quantitatives et facilitera la comparaison des investissements entre les régions et venir ainsi favoriser l'efficacité et la pertinence des actions de prévention, de soins et d'accompagnement.
- **Confier une réelle autonomie aux ARS** pour concrétiser l'esprit initial de leur création et en faire de véritables agences territoriales fortes et décisionnaires. A ce titre, nos voisins espagnols, qui ont délégué la compétence de santé aux régions, fournissent des exemples à suivre : l'approche globale et intégrée des soins en Catalogne produit des résultats probants en matière de santé publique, en particulier depuis les années 2010 sur les pathologies chroniques [4].
- **Revoir le partage des missions Etat / Régions.** Laisser l'Etat gérer les grands plans de santé publique et la lutte contre les épidémies et confier la déclinaison des parcours de soins des pathologies chroniques et épisodes de soins post-hospitalisation, ainsi que des programmes de télésuivi et de télésurveillance aux ARS, pour coller au mieux aux réalités de terrain de l'offre de soins et faciliter la coopération interdisciplinaire et ville-hôpital avec les acteurs de santé et médico-sociaux locaux.
- **Organiser l'universitarisation des IFSI.** Les régions sont responsables des formations sanitaires et sociales et en particulier du financement des instituts de formation et du versement des bourses. Il existe en France 326 IFSI (institut de formation en soins infirmiers) qui maillent le territoire en étant parfois éloignés des centres universitaires. L'universitarisation des formations sanitaires et sociales est un pas nécessaire pour permettre le développement de la recherche, l'évolution des carrières en particulier avec les pratiques avancées, et également

la qualité des formations autant sur le plan académique que sur le plan des risques psychosociaux.

### Faire des régions des viviers de l'innovation en santé

- **Utiliser les données de santé au niveau local** pour comprendre les caractéristiques médicales d'un territoire, en cartographier les inégalités sanitaires et médico-sociales, et pouvoir définir avec précision les axes d'amélioration, notamment en termes de prévention.
- **Favoriser un recours accru à l'article 51** en augmentant fortement le budget dédié, en simplifiant drastiquement les procédures administratives, en élargissant les projets éligibles à tous les types d'innovations (et pas forcément organisationnelles) et en demandant aux ARS de devenir de véritables promoteurs et incubateurs de projets innovants. Par leur connaissance fine du terrain et des interlocuteurs locaux, elles pourraient inciter les acteurs locaux à déclencher ces expérimentations tout en les accompagnant lors des procédures, pour mener à bien un maximum de nouveaux projets.



## Chapitre 2 – Financer plus et mieux la recherche en santé pour soutenir l'émergence de nos talents, leur maintien en France et le financement de leurs innovations



Vincent Diebolt

### *Edito*

Malgré l'effet rattrapage constaté ces dernières années, preuve d'un réel volontarisme politique mais aussi guidé par les circonstances et l'urgence sanitaire, l'engagement de la France en recherche & développement reste toujours à la traîne par-rapport à un certain nombre de ses voisins immédiats et a fortiori sur le plan international. L'objectif chiffré des 3% du PIB intérieur dédié à la R&D qui date du début des années 2000 est toujours d'actualité.

La dépense en R&D en santé est un investissement qui, s'il coûte sur le moment, rapporte à terme beaucoup plus. Même si les résultats de la recherche sont incertains, le fait qu'elles soient réalisées en France assure une valorisation immédiate de sa communauté d'experts, chercheurs et cliniciens chercheurs à la fois sur le plan financier par la compensation des moyens qu'elle mobilise et bibliométrique via les publications qui en sont issues. Si la recherche aboutit au développement d'une innovation alors l'effet multiplicateur est décuplé avec un impact en termes de gain de vie, de réduction de jours d'hospitalisation et d'absence au travail. L'impact positif sera également économique au travers du circuit de fabrication et de commercialisation de l'innovation émergente prolongé par la création d'emplois et de croissance d'une manière générale. L'utilité sociétale de la dépense en R&D en santé est donc évidente et, il faut le dire, peut-être plus légitime et urgente que d'autres ...

L'argent est une condition nécessaire mais pas suffisante et les moyens supplémentaires qui pourraient être dégagés tomberaient dans un tonneau des Danaïdes sans fond si le système français actuel de R&D en santé ne se réforme pas. L'organisation de la recherche en santé est riche de ses multiples opérateurs ce qui est aussi une faiblesse lorsque cela se traduit par un saupoudrage des moyens, l'absence de stratégie et d'arbitrages globaux, voire des compétitions stériles alors que la recherche en santé est un enjeu mondialisé. La priorité est donc à donner à une remise en ordre, à une clarification des moyens et à une plus grande sélectivité.

### *Constat - Le décrochage relatif de la France*

Depuis plus de 20 ans la France court sans succès après la « stratégie de Lisbonne » qui prévoyait de porter, en dix ans, à 3 % du PIB les dépenses de recherche en Europe. En France, cet objectif n'a jamais été atteint. Avec 2,20 % du PIB consacré à la recherche intérieure en 2018, **la France est en deçà de l'objectif de 3 % fixé par l'UE** dans le cadre de la stratégie Europe 2020, adoptée le 17 juin 2010 par les États membres.

La Loi de programmation de la recherche « 2021/20230 » du 24 décembre 2020 reporte une nouvelle fois l'objectif au-delà de 2030. L'annonce budgétaire de **5 milliards d'euros sur dix ans, réalisée par le ministère de la recherche ne permettra même pas d'atteindre les 1 % du PIB pour la recherche publique**. La France, avec 2,2% du PIB consacré à la recherche, se situe en 5e position, en termes de volume, parmi les six pays de l'OCDE, derrière la Corée du Sud (4,53 %), le Japon (3,28 %), l'Allemagne (3,13 %), et les États-Unis (2,83 %). La France se situe devant le Royaume-Uni (1,73 %),

l'Italie (1,43 %) et l'Espagne (1,24 %). Au sein de l'Europe, ce sont des pays de taille économique moyenne qui consacrent la part la plus importante de leur PIB à la R&D, notamment la Suède (3,32 %) et la Finlande (2,76 %).

## **Propositions - La nécessité d'un rattrapage financier**

Dans un avis rendu le 24 juin 2020, le CESE rappelle que la recherche française est réputée dans le monde entier : « *Nos chercheurs et chercheuses se distinguent, à tel point que de grandes universités étrangères, des groupes internationaux et les Gafam les débauchent.* »

Pour limiter cette « fuite des cerveaux » le levier d'un refinancement doit être utilisé à bon escient afin de créer un **écosystème d'innovation global** :

- **Donner de la visibilité et de la perspective avec la mise en place d'une pluri annualité** du budget « recherche » voté par le Parlement corrélé à un plan quinquennal « recherche » **ciblant des domaines prioritaires** sur lesquels les retours sur investissement ne sont pas immédiats en résonance avec les actions « recherche » de l'Union européenne.
- **Pour la recherche publique :**
  - ◇ **Donner de la marge financière aux établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST)** : CEA, Inserm, CNRS , etc. et les Universités, afin d'assurer le financement des unités de recherche fondamentale ou d'amont. Il faudrait à minima accroître de 20% les moyens dont disposent les EPST, crédits qui devraient bénéficier à leurs unités de recherche (budget de l'Inserm en 2021 : 967M €, du CNRS : 3,693Mds €, du CEA : 5Mds €).
  - ◇ **Maintenir le principe de compétition par appel à projets en limitant le saupoudrage et la démultiplication des initiatives** (difficulté de la veille à assurer compte tenu de la multiplication des appels à projets/appels d'offre ; caractère chronophage de préparation et de dépôts de candidature multiples).
- **Pour la recherche privée :**

La Commission nationale d'évaluation des politiques d'innovation (CEPI) de France Stratégie dans son avis rendu en juin 2021 sur « L'évaluation du crédit impôt recherche » conclut que : « *Le CIR n'a*

*guère contrecarré la détérioration de l'attractivité du site France pour la localisation de la R&D des entreprises multinationales étrangères. Des entretiens auprès de responsables d'entreprises attestent que les aides publiques ne constituent pas le facteur déterminant pour la localisation des activités de R&D des firmes multinationales. Les considérations qui priment en général portent sur la présence d'écosystèmes d'innovation dynamiques permettant l'accès à des compétences scientifiques et technologiques spécifiques ». D'où les recommandations suivantes :*

- ◇ **Maintenir le Crédit impôt recherche** (complété par le Crédit impôt innovation) en le ciblant sur les PME, pour lequel il a eu le plus d'impact, du fait de leurs sensibilité à la contrainte financière[5] ;
- ◇ **Utiliser le financement pour inciter à la fois :**
  - √ la fédération nationale et la mise en réseau des expertises complémentaires distribuées sur le territoire (ex : réseaux thématiques nationaux de recherche clinique)
  - √ la territorialisation via des campus d'excellence « de la connaissance » (scientifique) sur tout le territoire partant de l'association des Universités et du tissu local des entreprises = « un aménagement du territoire pour réveiller les gisements de vocations et d'expertise »
- ◇ **Impulser une campagne « Choose France for your research in Health ».** Tracer une feuille de route commune portée par tous les opérateurs français de la recherche. L'efficacité du « chasser en meute » pour valoriser les atouts de la France en recherche en santé.



## Chapitre 3 - Enclencher l'accélération de la santé digitale en France et en Europe



Isabella de Magny

Clarisse Pamies

### *Edito*

Les points d'appui en France pour la e-santé sont là : écosystème vivace en Health Tech, talents, attentes des usagers exprimées pendant la crise, données de santé centralisées. Mais il reste des points à régler pour passer à l'échelle : afficher une ambition spécifique et d'ampleur sur la e-santé, mener une réflexion approfondie sur les usages, accélérer les financements ciblés, promouvoir des acteurs de taille européenne, faciliter la coordination technique et l'interface des acteurs, mettre en œuvre une cybersécurité large et efficace, exploiter concrètement et largement les données, former les professionnels de santé.

**La médecine numérique et l'intelligence artificielle (IA)** ont le pouvoir de transformer la prestation des soins de santé pour tous les patients et de démultiplier une capacité de soin qui, aujourd'hui, doit ne plus seulement se définir en termes de capacité d'accueil physique dans les cabinets, et les services hospitaliers. En effet **la médecine numérique peut permettre la diffusion à grande échelle d'interventions à distance, plus réactives et à plus faible coût.**

Les progrès des **techniques de la science des données, du traitement du langage naturel (apprentissage à partir de textes non structurés, reconnaissance vocale, etc ) et de l'IA** permettent de traiter des masses de données hétérogènes, collectées par des outils numériques performants, pour faciliter la gestion des soins, le suivi des patients et la prédiction, le traitement de leurs résultats. Ils peuvent également conduire à établir une nouvelle forme de dialogue au jour le jour avec le patient, assise à la fois sur des outils numériques d'interaction (chatbot, par exemple) portant sur son état de santé ou la relation qu'il entretient avec son traitement, mais aussi prenant appui sur l'ensemble des données non structurées recueillies par son environnement numérique.

**Les outils numériques et les capteurs (Web 3.0, Internet des objets...)** peuvent enfin permettre de passer de l'évaluation occasionnelle de la maladie à la surveillance à haut débit, à distance, en temps réel, continue et sans contrainte des symptômes, des données physiologiques, des comportements ou des contextes sociaux et environnementaux des patients. On estime aujourd'hui qu'environ 50 à 70 % des consultations cliniques de suivi de routine et les visites à domicile peuvent être remplacées par la télésurveillance, l'utilisation de dossiers médicaux numériques.

### ***Constat – l'importance de l'innovation en santé***

La France dispose d'un écosystème vivace et dynamique mais peu structuré. Si la crise du COVID a permis d'accélérer la maturation de nombreuses entreprises innovantes dans ce domaine, tout en augmentant l'habitus des usagers en la matière, elle n'a pas été l'occasion de voir l'émergence d'un ou plusieurs grands acteurs pouvant fédérer les parties prenantes pour leur permettre d'atteindre la taille critique nécessaire pour lutter contre la domination annoncée des GAFAM et des BATHX en la matière. Pire, nous observons que sur le plan quantitatif, il existe un reflux de l'utilisation des différentes technologies d'avenir liées à la santé numérique, montrant que ces nouveaux usages n'ont pas encore totalement "craqués" auprès des

patients. Or passer à côté de cette révolution revient à s'interdire de profiter de tous les avantages liés, que ce soit pour les patients, les professionnels et pour les établissements. Il est donc nécessaire d'accompagner au mieux ce mouvement naissant en faisant émerger une réelle santé digitale.

### *Propositions – faire émerger la santé digitale*

A court et moyen terme, mettre l'accent sur l'innovation en e-santé est **en conséquence une opportunité majeure pour répondre aux enjeux actuels du système de santé dans une logique de soutenabilité et d'efficacité financière du système.** Et en particulier :

- d'apporter des solutions concrètes aux déserts médicaux,
- de répondre au défi de santé d'une population vieillissante accentuant la prévalence des maladies chroniques,
- de répondre aux enjeux majeurs de santé publique concernant les maladies cardiovasculaires, le cancer, la santé mentale,
- de créer des parcours de soins coordonnant mieux et créant la subsidiarité entre les interventions des différents professionnels de ville et de l'hôpital,
- d'améliorer la prévention.

Les enjeux à relever pour faire de l'opportunité de la e-santé une réalité sont nombreux. Il s'agit dans le prochain quinquennat de passer plusieurs crans en termes :

- d'usage par les patients et les professionnels de santé, avec une attention spécifique enjeux de cybersécurité,
- d'acteurs en faisant émerger au niveau européen des champions, grâce à l'appui coordonné d'acteurs publics et privés,
- de convergence réglementaire à l'échelle européenne.

A plus long terme, il est aussi essentiel d'anticiper les enjeux éthiques et de souveraineté liés à la transformation du système de santé vers une médecine "5P" (préventive, personnalisée, prédictive, participative et probante). En concevant le futur modèle de santé solidaire et "responsabilisant".

## Passer à l'échelle européenne l'ambition, les règles du jeu et les acteurs

- Faire le pari d'orientations claires concernant les filières et les technologies sur lesquelles l'Europe construira son modèle de santé- ex. Intelligence artificielle dans la recherche médicale, ordinateur quantique et jumeau numérique pour le diagnostic, télé suivi et prévention tertiaire pour les maladies chroniques
- Faire converger les règles du jeu :
  - ◇ en créant un régulateur européen des données de santé, en charge de développer des normes d'interopérabilité,
  - ◇ en accélérant et simplifiant les circuits d'évaluation et de mise sur le marché des thérapies digitales remboursées, notamment en France (de moins d'une dizaine aujourd'hui à un objectif d'une centaine sur le quinquennat),
  - ◇ en faisant progressivement converger les règles d'évaluation des dispositifs digitaux de prévention, de diagnostic et de thérapie afin de faciliter l'accès au marché pour les patients.
- Faire émerger des champions au niveau européen, véritable intégrateurs et catalyseurs de l'écosystème sur le modèle du Consumer Electronic Show américain, créer et animer un Digital Health Symposium annuel, rassemblant tout l'écosystème en e-santé européen et accompagner, les licornes et autres futurs champions à s'installer dans d'autres pays que leur marché domestique.

## Anticiper et accompagner les nouveaux usages auprès des patients et des professionnels de santé

- Promouvoir la recherche en **design d'usages** de santé, afin de créer une médecine efficace, perturbant moins la vie des malades, s'adaptant aux pratiques des soignants, visant à adapter les protocoles de traitement aux réalités de la vie quotidienne des patients et des professionnels. Il s'agit pour cela, de renforcer les recherches pluridisciplinaires (sciences humaines, mathématiques, sociologie...) en finançant des POC notamment sur les sujets suivants :
  - ◇ analyse de technologies pour modifier les comportements dans le l'objectif d'améliorer l'observance,
  - ◇ méthodes de personnalisation des interventions,

- ◇ acceptabilité pour les soignants et les malades des outils numériques.
- Accompagner la prise en main/ l'utilisation des outils digitaux des professionnels via la formation professionnelle continue pour les soignants et le personnel médical, en ville et à l'hôpital, avec des formations annuelles obligatoires et une offre de formations à la carte et une incitation des professionnels de santé à adopter les outils numériques (ex. DMP) via leur rémunération sur objectifs

### **Faire évoluer et intensifier les financements dans la santé digitale**

- Amplifier et accélérer les modes de financement par appels à projets dans "l'article 51" de la LFSS pour 2018.
  - ◇ Multiplier à minima par cinq l'enveloppe allouée aux expérimentations.
  - ◇ Allouer 50% des enveloppes, avec des participations plus importantes, sur des projets de plus de 10M€, leur permettant d'accélérer leur passage à l'échelle.
  - ◇ Calquer le mode d'instruction des projets sur une logique de prise de risque et réduire les délais de financement effectif à 3 mois (au lieu de plus d'un an actuellement).
  - ◇ Faciliter, par une aide professionnelle au montage de projet, la candidature d'acteurs européens.
- Continuer l'effort budgétaire sur l'interopérabilité, la modernisation du matériel informatique hospitalier et le développement d'outils de soins connectés ;
- Pallier les insuffisances du financement actuel par le capital-risque privé européen, actuellement trop souvent tourné vers le financement de modèles d'affaires de plateformes que d'activités nécessitant un long travail de R&D, avec un risque réglementaire. Pour ce faire, monter, par exemple au sein de BPI une task force spécifique sur le financement de ces modèles au retour sur investissement plus long et les financer en intégralité jusqu'à la série A incluse.
- Passer d'une logique de régulation en matière d'innovations ex-ante à ex-post, pour ne pas désinciter les investisseurs.



## Chapitre 4 - Mieux maîtriser les dépenses de santé



Brigitte Saunier



Guy Vallancien

### *Edito*

Si la lutte contre la fraude est devenue une ritournelle dans le débat politique, il est très étonnant de voir que la maîtrise des dépenses de santé est quant à elle totalement absente des réflexions et des programmes. L'absence de culture de l'efficacité en France nous empêche de réfléchir concrètement aux économies potentielles que nous pouvons réaliser sur l'existant. Occulter cette efficacité nous empêche de l'améliorer, et donc revient *in fine* à assumer de faire perdurer un système pouvant être optimisé. La contrainte budgétaire, bien connue des économistes, semble ainsi totalement absente de la réflexion médicale. Pourtant, les différentes études réalisées en la matière, montrent que près d'un acte sur cinq serait considéré comme "impertinent" et relèverait donc du gâchis ! Ce serait ainsi plus de 40 milliards d'euros qui seraient dépensés à tort et à travers pour des soins inutiles. Une gabegie aberrante

dans un moment où l'on se doit de mieux maîtriser nos dépenses et surtout dégager de nouvelles marges de manœuvre financières pour financer les investissements nécessaires décrits ici. C'est donc là aussi une véritable évolution culturelle qui doit se faire au sein de notre système, où nous ne devons pas avoir peur de faire rentrer l'évolution quantitative et qualitative de nos actes pour optimiser au mieux l'effet de chaque euro investi.

### *Constat – de nouvelles sources de financement à trouver*

La forte dégradation à venir des comptes sociaux, marquée par une forte augmentation des dépenses de santé, nous oblige à mieux maîtriser les dépenses dites évitables. Interroger la pertinence des soins est un enjeu essentiel pour dégager les marges de manœuvre nécessaires au financement des améliorations de notre système de santé. Voici quelques pistes pour y parvenir.

### *Propositions – réduire les dépenses inutiles*

- Favoriser la prévention et le dépistage [6]

La prévention est le parent pauvre de notre système de santé. L'investissement consacré n'est que de 2% (contre 3% en moyenne dans l'OCDE). L'organisation du système de santé actuel se concentre principalement sur le curatif plutôt que sur le préventif, occultant son intérêt dans la réduction des comportements à risque, dans le dépistage précoce des pathologies et donc dans la réduction des coûts de santé (voir notre note de positionnement sur la prévention pour plus de détails).

- Renforcer la maîtrise médicalisée avec des objectifs ambitieux
  - ◇ **Diminuer les prescriptions non justifiées et lutter contre la polymédication** source d'iatrogénie (10 000 décès et 130 000 hospitalisations par an avec un impact économique évalué à 10 Md€) en renforçant la formation des médecins sur les recommandations de la HAS et des sociétés savantes, ainsi que leur contrôle par l'Assurance maladie et en continuant à développer et à valoriser les responsabilités du pharmacien en matière de délivrance.
  - ◇ **Maîtriser les prescriptions et le remboursement de certains médicaments** comme les antidouleurs (AINS), notamment du Paracétamol. Les 400 millions de boîtes remboursées par an banalisent cette molécule, dont la

surconsommation est la première cause de greffe hépatique. Limiter le remboursement aux indications pédiatriques et aux douleurs chroniques serait une bonne mesure.

- ◇ Favoriser le **développement des Biosimilaires** en simplifiant la législation ;
- ◇ Lutter contre les abus, comme les **excès d'actes d'imagerie et de biologie**, en formant les médecins, en organisant le recueil, le stockage et l'exploitation des données par l'Assurance maladie concernant par exemple la réalisation d'examens en double (notamment ville / hôpital). Plus la médecine s'améliore, moins elle est invasive et plus les actes sont réalisés de manière non pertinente. Les autorités de santé (HAS) en accord avec les sociétés savantes, pourraient ainsi préciser les parcours de soin à suivre pour les différentes pathologies, pour appliquer un référentiel commun visant à harmoniser les pratiques sur tout le territoire et éviter les gâchis d'actes.
- ◇ **Lutter contre la fraude** aux prestations. Depuis 2005 plus de 2,8 Mds€ de fraudes ont été sanctionnées mais le montant global de la fraude à l'assurance maladie n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation officielle. Définir des objectifs clairs en la matière tout en renforçant les outils de contrôle : exploitation croisée des données du Système National des Données de santé (SNDS), collaboration avec les organismes complémentaires, mise en place de l'e-prescription, sanctions plus fortes pour les bénéficiaires de ces fraudes et les personnels de santé complices (notamment dans le cas des arrêts de travail injustifiés, ou la tarification des soins à l'hôpital public). Pour cela, il faut dissocier la responsabilité de sanction de la responsabilité de financement se situant toutes deux au niveau des ARS.
- ◇ **Diminuer le recours infondé aux transports sanitaires** : la consommation de transports sanitaires en 2018 (avant la crise covid) s'élevait à 5,1 Mds€, avec une augmentation annuelle de 2,6 % [7]. Elle représente plus de 2,5 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM).

Pour cela, les prescripteurs doivent être incités financièrement (par exemple en figurant au titre des indicateurs ROSP en fonction de la population) à l'adéquation entre le mode de transport et l'état de santé du patient, en favorisant les transports les moins onéreux.

- Lutter contre les dépenses évitables à l'hôpital

Les dépenses consacrées aux soins hospitaliers (établissements publics et privés) représentent près de la moitié de la CSBM : 48 % en 2020[8] pour un montant de 100,5 Mds€ en chirurgie. Pour limiter la croissance des dépenses, malgré l'inévitable progression du nombre de patients hospitalisés, du fait du vieillissement de la population, de la prévalence des maladies chroniques mais aussi des risques infectieux, il faut en tout premier lieu faire une évaluation globale des montants à investir, puis les déployer sur une feuille de route à 5 ans :

- Développer l'usage, la fiabilité et le recours au numérique, à l'hôpital et entre les établissements de santé et médecine de ville, notamment par la promotion, l'accompagnement, l'incitation y compris financière pour les professionnels de santé) à la complétude et à l'utilisation du DMP, l'accélération de la rationalisation et de l'interopérabilité des SI hospitaliers, le développement du recours à la télé-expertise entre établissement médico-sociaux / médecins généralistes et spécialistes hospitaliers ou en ville;
- Organiser la subsidiarité des responsabilités et des tâches entre soignants et médecins, notamment en augmentant drastiquement et rapidement le nombre et les périmètres d'intervention des Infirmiers de pratique Avancée (IPA)
- Optimiser les dépenses des dispositifs médicaux en chirurgie : diminuer le nombre de fournisseurs, optimiser les emballages aux utilisations faites, sensibiliser le personnel à un usage non approprié, gestion des déchets, etc.



## Chapitre 5 - Insuffler une culture de la prévention



Jean Louis Davet

### *Edito*

La crise sanitaire nous a fait toucher du doigt le talon d'Achille de notre système : la prévention. Cette thématique est donc venue irriguer nombre de programmes santé pour les élections mais encore faut-il définir ce que l'on entend par prévention et en distinguer les différents stades et publics pour établir des plans d'actions pertinents.

La fausse bonne idée souvent avancée consiste à réduire la prévention à la sensibilisation ponctuelle et thématique du grand public à de meilleurs comportements de santé (prévention primaire) et au dépistage (prévention secondaire) et en faire essentiellement une affaire de communication auprès des biens portants, en négligeant l'évolution de la culture, des attitudes et des pratiques des personnes malades (prévention tertiaire) et de leurs soignants, alors que la prévalence des maladies chroniques concerne près de 20 millions de Français.

C'est pour cette raison que nous proposons d'investir dans la prévention sur ses 3 dimensions, primaire, secondaire, tertiaire, en développant la culture, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, en repérant et agissant concrètement aux moments clés, en accentuant l'incitation pressante des professionnels de santé à sa prise en charge.

### ***Constat – une carence en prévention***

La prévention est le parent pauvre de notre système de santé. L'investissement consacré n'y est que de 2 % des dépenses courantes de santé, contre 3,6 % en moyenne dans l'OCDE. La crise sanitaire de manière conjoncturelle et la prévalence des maladies chroniques démontrent les limites de notre système du « tout curatif ». Forte de ces constats, la France doit massivement investir dans la prévention en santé, en considérant cette dernière comme un investissement à fort retour sur investissement : gain en longévité mais surtout en nombre d'années de vie en bonne santé, en pertes de chances évitées, en productivité, en indemnités journalières versées, en absentéisme professionnel, etc.

### ***Propositions – définir un pacte préventif en santé***

L'investissement en prévention doit s'établir sur ses 3 dimensions : primaire, secondaire, tertiaire. Nous proposons ainsi un plan d'actions en trois volets :

- agir sur le comportement en prévention primaire
- agir sur le dépistage
- agir pour le déploiement de la prévention tertiaire chez les malades chroniques notamment

#### **Agir sur le comportement en prévention primaire chez les enfants et adolescents en priorité.**

- Développer une communication grand public forte et récurrente, avec des slogans courts, simples et compréhensibles par tous pour encourager les comportements vertueux.
- Assurer un minimum de cours d'éducation à la santé, pour apprendre dès l'école les principaux facteurs de risque, leurs mécanismes, leurs impacts sur la santé, les « bons » comportements à adopter, l'intérêt, les risques et le

fonctionnement de la vaccination, pour contrer les infox propagées par les antivax.

- Favoriser l'organisation d'ateliers familiaux d'éducation à la santé par les collectivités locales, les établissements scolaires, ou les Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM), suivant les thématiques et les cibles populationnelles. Par exemple comment traiter la « bobologie », bien se nourrir, développer une activité physique, bien dormir ...), comme cela est fait en ruralité sous l'égide de la MSA.
- Former obligatoirement à la santé publique l'ensemble des personnes en contact avec les enfants, comme les travailleurs sociaux, les assistantes maternelles, les enseignants, les moniteurs sportifs, les éducateurs
- Mettre en place, quand cela est nécessaire, la gratuité d'inscription (sur le modèle de celui des cantines scolaires) de certains enfants défavorisés à des clubs sportifs sélectionnés sur des critères de santé publique et contrôler leur assiduité et prévoir des incitations fiscales même modestes dans les mêmes conditions pour les autres familles.
- Mettre en place une plateforme numérique et téléphonique, avec des antennes physiques locales (guichet unique) regroupant les recommandations actions et services de prévention existants de l'Etat, des régions, des collectivités locales, des caisses de retraite etc. Ces entités seraient ainsi les fournisseurs de la formation et de la démultiplication des actions ci-dessus.
- Intégrer dans les critères RSE des entreprises leurs contributions aux grandes priorités de santé publique vis-à-vis de leurs personnels et de leurs clients
- Prévoir au moment du départ en retraite, une formation obligatoire sur la prévention du mauvais vieillissement au moment de l'ouverture des droits.

### **Agir sur le dépistage**

- Concernant la prévention secondaire, les bilans de santé annoncés aux âges clés du parcours de vie (de 25 à 70 ans) doivent rapidement être mis en place dans un cadre organisé et/ou suivi voire contrôlé au plan collectif, afin d'enrôler un maximum de personnes : dans les établissements des étudiants et apprentis, dans les entreprises et pour les plus petites dans le cadre des branches professionnelles, par pôle emploi et par

les caisses de retraite. Nous préconisons aussi que le CSE soit en charge de suivre et d'évaluer la promotion et l'organisation de ses bilans, que soient intégrées dans les critères RSE des entreprises leurs contributions aux grandes priorités de santé publique vis-à-vis de leurs personnels et de prévoir au moment du départ en retraite, en sus du bilan de santé, une formation sur la prévention du mauvais vieillissement au moment de l'ouverture des droits.

- Au-delà, il faut également rendre obligatoire un bilan médical, à l'entrée de chaque cycle scolaire et dans le monde du travail,.
- Développer la rémunération forfaitaire des professionnels de santé : médecins, pharmaciens, infirmières, sage-femmes, pour effectuer les dépistages recommandés

Agir pour le déploiement de la prévention tertiaire sur les malades chroniques notamment

- Développer la rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour la télésurveillance des parcours de soins des personnes en ALD. Cela implique la prise en compte d'une dominante technologique, la mise en subsidiarité entre professionnels de santé (délégation de responsabilités) et la mise en place d'actions d'éducation thérapeutique du patient. Cela se fera via la formation des professionnels de santé, mais aussi par une incitation concrétisée par un forfait significatif, cofinancé par l'assurance maladie et les complémentaires santé.

A cela nous ajoutant d'autres leviers favorisant la prévention :

- Élargir et faciliter l'utilisation des données (de santé et autres), pour :
  - ◇ répondre plus efficacement aux besoins de la recherche et de l'épidémiologie, dans le respect de la protection de la vie privée mais sans barrières superfétatoires, nuisibles à l'intérêt, tant général qu'individuel.
  - ◇ permettre aux ARS d'exploiter ces données anonymisées, afin de prioriser et de cibler ses plans d'actions de prévention et les doter d'un budget correspondant de santé publique pluriannuel, devant faire l'objet d'une évaluation en fonction des indicateurs du plan.
- Remplacer le principe de précaution, anesthésiant, par le principe de prévention, porteur d'actions d'évaluation, d'anticipation et de gestion des risques.

- Rendre la prévention évaluable (par la HAS) pour la nomenclaturer et la tarifier afin de faciliter sa prise en charge par la sécurité sociale et les complémentaires santé.
- S'appuyer sur la e-santé et la télémédecine pour développer une culture et un plan d'actions de la prévention (primaire, secondaire, tertiaire) via « mon espace santé » : référencement d'applications d'auto-suivi, d'auto-dépistage, d'alerte, DMP avec données de prévention (IMC, consommation alcoolique, tabagique ...), historisation des dépistages, vaccins et rappels.



## Chapitre 6 – Faire évoluer la répartition du financement des dépenses de santé vers une complémentarité étendue entre assurance maladie et complémentaires santé



Josette Guéniau

### *Edito*

En amont de la campagne, le rapport du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance maladie a déclenché une polémique concernant les scénarios de rupture de répartition des rôles entre la Sécurité sociale et les complémentaires santé dans le financement des dépenses de santé des Français.

La fausse bonne idée serait de donner suite à l'un des trois scénarios à savoir, complémentaire santé universelle obligatoire (sur le modèle de la retraite complémentaire obligatoire), tout sécu (prise en charge de l'ensemble des soins, sur la base du tarif remboursement de l'assurance maladie, hors dépassement tarifaire), décroisement du financement selon les postes de soin (tout Sécurité sociale pour les plus lourds, tout complémentaire pour des postes comme l'optique, le dentaire...). En effet, l'ensemble de ces 3 hypothèses radicales aura pour conséquence : l'augmentation des dépenses sociales et la création d'un système à deux vitesses, dans lequel les plus aisés pourront solvabiliser les forts reste à charge consécutifs aux dépassements d'honoraires, soit de leur poche, soit en souscrivant à des assurances supplémentaires. Pendant ce temps, les moins aisés devront se contenter d'allonger encore leur temps d'attente pour accéder aux soins, faute de pouvoir accéder à des praticiens pratiquant des dépassements tarifaires.

Nous proposons ainsi de renforcer la complémentarité entre assurance maladie et complémentaires santé dans la prise en charge des nouveaux modes de rémunération des paniers de soins des malades chroniques et des sorties d'hospitalisation (mix forfaitisation et paiement à l'acte), en déployant les actions de prévention tertiaires, de télésuivi et de télésurveillance.

### *Constat – un partage équilibré à améliorer*

Le financement des dépenses de santé en France (Consommation de Biens et de Services Médicaux-CSBM) fonctionne sur un système dual : Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Assurances Maladie Complémentaires (AMC). Aujourd'hui, cette complémentarité permet aux français d'avoir le Reste À Charge (RAC) le plus bas des pays de l'OCDE, de modérer l'impact de la liberté tarifaire inhérente à une offre de soins, elle aussi duale publique et privée (ou libérale), qui leur permet d'accéder aux praticiens et établissements de leur choix, dans des conditions financières globalement supportables. Plus agiles et proches du terrain de leurs bénéficiaires, plus outillés en matière d'analyse de données et d'impact, les complémentaires santé permettent de dynamiser et d'apporter de l'innovation, en matière de prévention et de soins de support psycho-sociaux notamment, et sont donc essentielles au fonctionnement de notre système d'assurance maladie.

## *Propositions – développer un nouveau partage entre les acteurs*

Le sujet du financement et de la répartition AMO/AMC doit être abordé sous trois aspects : le financement des soins au niveau collectif, le financement des soins au niveau individuel, l'investissement dans le système de santé. Nous proposons ainsi les mesures suivantes :

- **Bénéficiaire d'une analyse solide et documentée sur le RAC des ménages pour avoir une vue à jour et documentée et définir les évolutions, à la marge, à envisager pour éviter un renoncement financier aux soins.** Les derniers chiffres officiels (DREES) sur les RAC après intervention de l'AMO et de l'AMC datent de 2017, c'est-à-dire deux réformes importantes et contradictoires : le plafonnement du remboursement de certains dépassements d'honoraires médicaux et le 100% santé, permettant un RAC nul, après l'intervention conjuguée de l'AMO et des AMC.
- **Permettre une meilleure valorisation des dépenses de services et de prévention des AMC et dépasser le débat stérile sur leurs frais de gestion.** En effet, les frais de gestion des AMC comprennent de nombreux services de prévention, d'aide à l'accès aux soins, d'accompagnement des assurés confrontés à un problème de santé. On peut citer notamment les réseaux de soins, qui permettent aux adhérents de bénéficier du meilleur rapport qualité-prix sur de nombreux soins, l'accès à des horaires élargis, les jours chômés et fériés voire 24/7 à la téléconsultation, l'envoi à titre non-onéreux d'une aide-ménagère à domicile quand une personne rentre de l'hôpital ou subit une maladie grave...
- **Reconnaître que la « liberté tarifaire » (les dépassements), représente au global 48% des RAC AMO [9] et libéraliser les contrats responsables pour permettre la couverture des dépassements d'honoraires au-delà du plafond actuellement imposé par la réglementation, ainsi qu'une diminution de la cotisation d'assurance complémentaire santé pour les personnes peu ou non concernées par les RAC sur les prothèses optique, dentaire et audioprothèses.**
- **Mettre en place un plan d'action efficace « d'aller vers », pour lutter contre le non-recours à la Complémentaire Santé Solidaire** (3% des retraités concernés sur 6 à 8 % éligibles en fonction de leur bas revenus).

- **Accélérer la mise en œuvre des parcours (pour les personnes en ALD) et épisodes de soins (post hospitalisation), financés en partie forfaitairement et en collaboration avec les AMC et non pas seulement par l'Assurance maladie.** Ce déploiement permettra de réduire la fréquence des actes médicaux et chirurgicaux et de leurs dépassements par l'amélioration de la qualité du suivi, la télésurveillance, de l'ETP. Le financement dual des forfaits (paniers de soins) permettra d'en élargir le bénéfice à des populations non prioritairement concernées, de bonifier les paniers de soins pour améliorer l'efficacité, de co-investir, sans continuer à creuser le déficit de la branche maladie, pour permettre de négocier cette transformation de l'offre de soins via sa rémunération indispensable à une prise en charge plus efficiente : plus pertinente et moins coûteuse.
- **Investir radicalement et de manière complémentaire entre AMO et AMC dans la prévention à la fois primaire, secondaire et tertiaire.** Concernant la prévention primaire et en termes de dépistage et de détection précoce, les AMC ont vocation à relayer de manière plus personnalisée la communication et les actions de l'Assurance maladie, dans le cadre d'un référentiel de communication organisé par subsidiarité. Concernant la prévention tertiaire, elles ont vocation (voir ci-dessus) à participer aux paniers de soins et de services dans le cadre des forfaits aux parcours et épisodes de soins, en complémentarité à l'assurance maladie, notamment dans le financement de la télésurveillance et de l'ETP

---

[1] Sécuriser et améliorer notre système de santé, Institut Sapiens, septembre 2020

[2] [https://www.mutualite.fr/actualites/74-millions-de-francais-vivent-dans-des-deserts-medicaux/#:~:text=7%2C4%20millions%20de%20personnes,population%20\(11%2C1%20%25\).](https://www.mutualite.fr/actualites/74-millions-de-francais-vivent-dans-des-deserts-medicaux/#:~:text=7%2C4%20millions%20de%20personnes,population%20(11%2C1%20%25).)

[3] <https://fr.calameo.com/read/005307989239a0f96f4f2>

[4] <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2205/>

[5] Rapport de la CNEPI "Evaluation du crédit d'impôt recherche" (juin 2021): "

[6] Insuffler une culture de la prévention ; Note de positionnement de l'Observatoire de santé et innovation de l'Institut Sapiens, Février 2022

[7] DREES Rapport 2019

[8] Rapport DREES 2021

[9] Source DREES :

- Etudes et Résultats n°1171-Nov 2020 : « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels »
- comptes nationaux de la santé 2020-chiffres 2019.
- comptes nationaux de la santé 2019-chiffres 2028- chiffres détaillés pour 2019 non publiés