INSTITUT SAPIENS
POUR QUE L'AVENIR AIT BESOIN DE NOUS

Lutter contre les pathologies chroniques, un enjeu de santé publique

La prévention, la délégation et l'innovation comme outils pour juguler ce fléau

Note — Janvier 2023

Table des matières

À propos de l'auteur 2

A propos de l'Institut Sapiens 3

Introduction 4

I) Cartographie des pathologies chroniques en France 6

A) Le poids croissant des pathologies chroniques pour notre système de santé 6

B) Les effets de la crise COVID 12

C) Les iniquités sociales face aux maladies chroniques 13

II) Les pistes pour endiguer ces pathologies 15

A) Changer de braquet sur la prévention dans notre système de soin 16

B) Promouvoir la délégation de tâches 18

C) Favoriser le recours aux innovations 19

Conclusion 21

Annexes 23

À propos de l'auteur

Erwann Tison

Directeur des études de l'Institut Sapiens

Macro-économiste de formation et diplômé de la faculté des sciences économiques et de gestion de Strasbourg, il intervient régulièrement dans les médias pour commenter les actualités liées au marché du travail, aux politiques sociales, aux questions de formation et aux problématiques européennes. Il est également chargé de cours à la faculté d'économie de l'Université de Strasbourg. Il codirige également les observatoires « santé et innovation », « emplois, formation et compétences » et « immobilier et logement » de l'Institut Sapiens. Il a publié « les robots, mon emploi et moi » (2019) et « un robot dans ma voiture » (2020) aux éditions ESKA

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 XXIe 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.

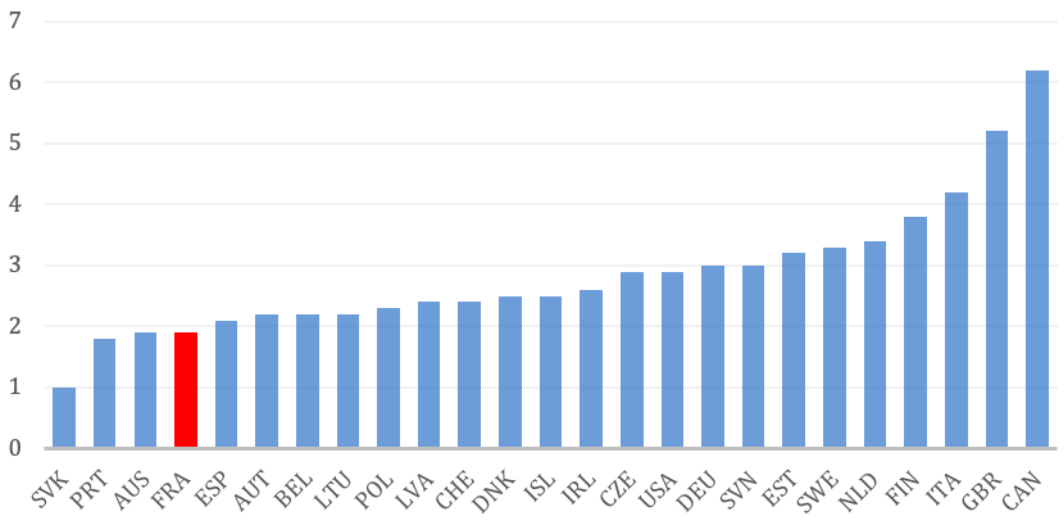
Pour en savoir plus, visitez notre site internet : institutsapiens.fr

INSTITUT
POUR QUE L'AVENIR AIT BESOIN DE NOUS
SAPIENS

Introduction

Pendant très longtemps, la France s'est targuée d'avoir le meilleur système de santé au monde. Un autosatisfecit justifiant son fort niveau de dépenses publiques en la matière. Mais la pandémie a violement ébranlé cette certitude, en secouant un système dont les faiblesses structurelles ont été alors révélées au grand jour. Une fragilité que nous avions soulevée dès 2019 dans notre étude « comment améliorer et sécuriser le système de santé français ». Dans celle-ci, nous avions comparé les systèmes de santé des pays de l'OCDE à l'aune de cinq critères : l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, la qualité des soins, la capacité à innover et l'efficacité de la prévention. Le système français se hissait alors à la 13ème place de notre classement, principalement à cause de ses carences dans le dernier item. Il nous est apparu que la culture du « tout curatif » et l'hypercentralisation de notre système étaient la cause de cette défaillance importante. La France est ainsi l'un des pays de l'OCDE allouant le moins de ressources à la prévention (2% des dépenses courantes de santé, contre 3,2% en moyenne) et celui où la mortalité évitable y est la plus élevée[1].

Graphique 1 – Dépenses de soins préventifs, en % des dépenses courantes de santé (OCDE – 2019)



1 En plus d'une consommation d'alcool et de tabac supérieure à la moyenne OCDE, la France se distingue également par des taux d'admission évitable pour des causes liées au diabète et aux pathologies cardiaques largement supérieurs à la moyenne des autres pays).

Au-delà de l'adage « mieux vaut prévenir que guérir », la prévention relève un véritable enjeu sanitaire et économique. L'adoption de comportements plus vertueux grâce à la sensibilisation du grand public (prévention primaire), au dépistage des pathologies au meilleur moment (prévention secondaire) ou à la lutte contre la progression et les complications de la maladie (prévention tertiaire) représente une chance pour réduire la mortalité évitable de la population et d'augmenter ainsi l'espérance de vie en bonne santé. Ce triptyque est la clé pour non seulement aider la population à vivre plus longtemps en bonne santé, mais également pour soulager nos finances publiques d'un nombre important de soins évitables. Une importance qui a été mise en avant par l'exécutif, qui a juxtaposé le terme « prévention » à celui de « Ministère de la santé » dans le nouveau gouvernement. Un signal politique qui pourrait augurer d'un véritable tournant dans notre politique de santé, marqué actuellement par une trop grande insuffisance des investissements en la matière. Si les données sur l'espérance de vie en France sont parmi les meilleures au monde, celles sur l'espérance de vie sans incapacité, sur la mortalité prématurée et les inégalités de mortalité et de morbidité entre hommes et femmes, entre territoires et groupes sociaux pourraient largement être améliorées.

Ce changement de vision serait donc plus que bienvenu. En plus d'acter une nécessaire révolution culturelle et politique, il permettrait à notre pays de relever le défi lié au vieillissement de la population et à l'explosion du nombre de pathologies chroniques induit. Nous verrons ainsi dans la présente note comment la prévention et l'innovation peuvent à leur manière nous aider à juguler les pathologies chroniques. Dans un premier temps nous évaluerons ainsi le poids des pathologies chroniques en France, avant de proposer des solutions concrètes pour les contenir et les prévenir dans un deuxième temps.

I) Cartographie des pathologies chroniques en France

A) Le poids croissant des pathologies chroniques pour notre système de santé

La France va compter de plus en plus de seniors à la longévité plus importante. D'ici 2060, l'INSEE estime que l'espérance de vie pourrait augmenter de 8 ans, et que d'ici à 2030, notre pays comptera 5 millions de personnes âgées de plus de 60 ans par rapport à aujourd'hui (soit 20 millions contre 15 millions aujourd'hui). Cet allongement de la durée de vie – à condition qu'il se fasse dans de bonnes conditions, en toute autonomie, et en bonne santé - est une excellente nouvelle dont il faut se réjouir. Mais il constitue aussi un défi à relever pour nos sociétés. Ce glissement démographique génère mécaniquement une augmentation du nombre de pathologies chroniques. Or celles-ci, déjà très coûteuses pour la Sécurité Sociale, pourraient être amenées à grever les budgets à venir et ébranler la soutenabilité du système. En étant mal suivies et

mal traitées (notamment chez les patients polypathologiques), ces maladies sont à l'origine de nombreuses complications, qui pèsent sur le système hospitalier (hospitalisation d'urgence ou à répétition) et sur les comptes de la sécurité sociale (suivi peu efficace, manque de pertinence des soins, perte d'autonomie du patient, etc.). Avec le vieillissement de la population, c'est ainsi la probabilité d'être concerné par une ou plusieurs de ces pathologies qui augmente, et avec les défaillances actuellement observées, nous assistons donc à la création d'une vraie bombe budgétaire.

Graphique 2 – Répartition de la CSBM[2] selon les pathologies et les postes de dépenses (en euros)[3]

Pathologies	Total des dépenses (en euros)
Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	37 407 928 000
Maladies psychiatriques ou psychotropes	22 726 925 000
Cancers	20 102 358 000
Maladies cardiovasculaires	17 942 243 000
Diabète	8 579 780 000
Maternité (avec ou sans pathologies)	8 477 374 000
Maladies neurologiques ou dégénératives	7 659 437 000
Consommation courante de soins	6 279 682 000
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	6 102 470 000
Traitements du risque cardio vasculaire (hors pathologies)	5 601 035 000
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	4 301 553 000
Insuffisance rénale chronique terminale	4 104 491 000
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3 486 805 000
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	1 537 737 000
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements	1 515 616 000

2 Consommation de soins et de biens médicaux
3 Données pour l'année 2020 relayées dans le PLFSS 2023

Au titre de l'année 2020, le total des remboursements de l'Assurance maladie s'élevait à 168 milliards d'euros. Le traitement et l'accompagnement des pathologies chroniques représentaient 62% de ce montant, soit 104 milliards d'euros, dont 23,5 milliards d'euros pour les maladies psychiatriques (dont 6,2 milliards alloués aux troubles névrotiques et de l'humeur, et 4,9 milliards aux troubles psychotiques) ; 21 milliards d'euros pour les cancers (dont 19 milliards pour les cancers en phase active et 10% pour la surveillance) ; 18 milliards pour les maladies cardio-vasculaires (dont 4,3 milliards pour les maladies coronaires, 4 milliards pour les AVC et 3 milliards pour les insuffisances cardiaques) et 10 milliards pour le diabète (avec une augmentation de 4,5% entre 2019 et 2020).

Les pathologies chroniques figurent donc parmi les premiers postes de dépenses budgétaires de la Sécurité Sociale. Un constat qui est encore plus éloquent lorsque l'on pondère ces dépenses par le nombre de patients concernés.

Graphique 3 – Dépenses annuelles par patient concerné selon la pathologie subie (en euros)[4]

Le traitement des insuffisances rénales chroniques terminales (IRCT) représente le poste de dépenses unitaires le plus élevé (plus de 41.000€ par patient par an). Ce coût (2,5% des dépenses annuelles de l'Assurance Maladie), est très élevé, malgré la relativement faible proportion de patients concernés (environ 100.000/ an), car à ce stade la maladie impose des dialyses ou des greffes. Les maladies rénales chroniques (MRC) concernent quant à elles 1,6 millions de patients, dont environ 58% sont atteints de diabète de type 2 (la première cause médicale de MRC). Si une MRC n'est pas diagnostiquée à temps, elle risque d'enclencher des dépenses importantes (dialyses, greffes) potentiellement évitables, dont le coût est alors plus important. L'amélioration du diagnostic de MRC et son suivi sont essentiels pour éviter les coûts d'une IRCT.

4 Source des données : PLFSS 2023 – Calculs et traitements : Institut Sapiens

Mise à part les maladies respiratoires, les pathologies chroniques affichent toutes un coût annuel unitaire supérieur au coût moyen annuel du patient pris en charge par notre système. Une large partie de la CSBM pourrait ainsi être épargnée et affectée à d'autres postes de dépenses si l'on pouvait réduire l'impact des pathologies chroniques. A l'inverse, l'envol du nombre de patients concernés pourrait réduire fortement les capacités du système à financer les dépenses courantes et les maladies graves mais ponctuelles, mettant ainsi à mal la santé des patients concernés.

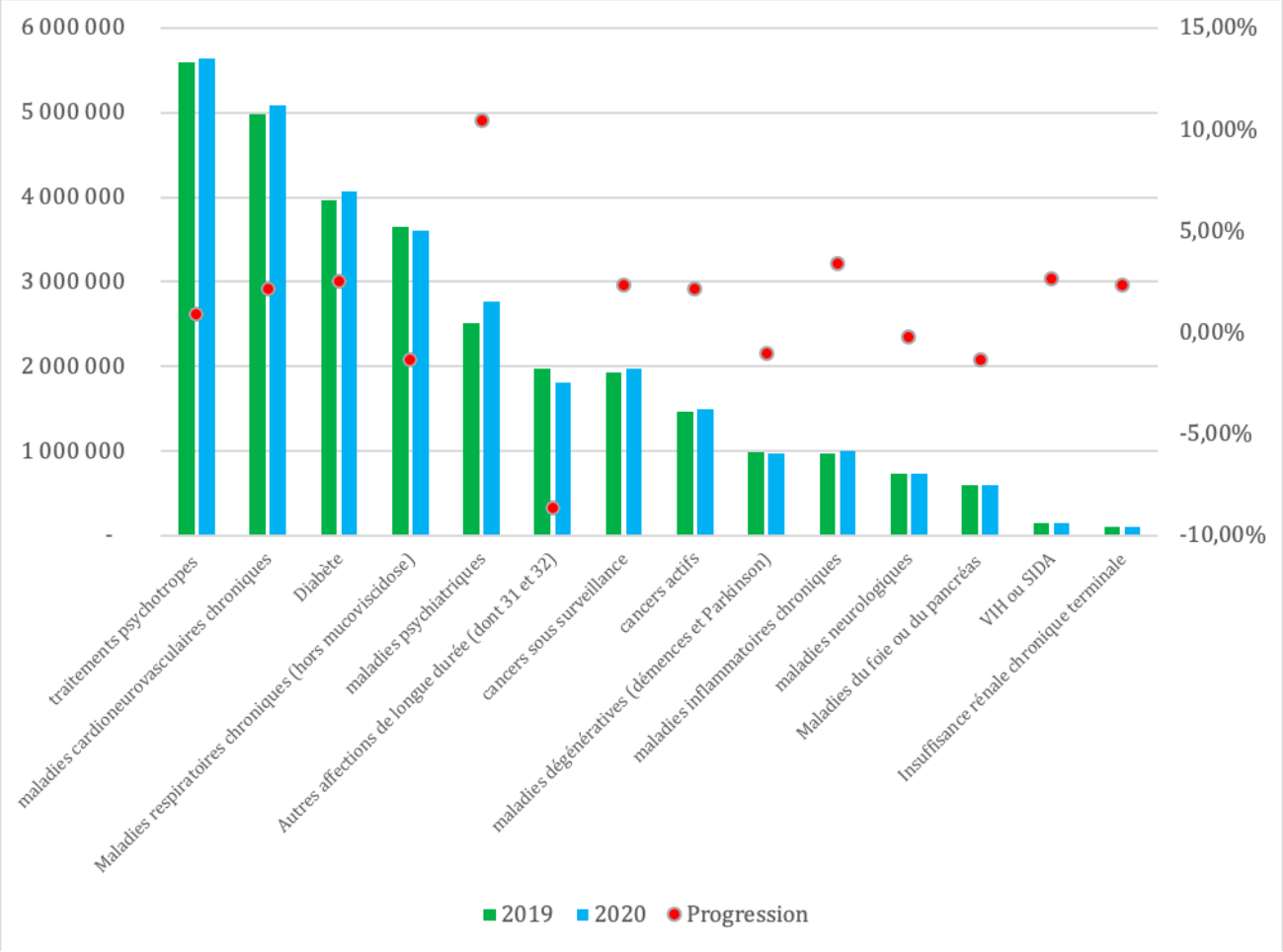
Encadré - Le cas des maladies cardio-vasculaires chez les femmes

Les maladies cardiaques (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral) figurent parmi les premières causes de mortalité chez les femmes, devant le cancer du sein (qui a reflué ces dernières années grâce aux opérations de dépistage et à la sensibilisation). Cette sensibilisation qui a très bien fonctionné sur le cancer du sein fait aujourd'hui défaut pour les maladies cardiaques. Santé publique France estime ainsi qu'il y a une hausse annuelle de 5% du nombre d'hospitalisations dues à ces pathologies chez les femmes de moins de 60 ans depuis 2008, avec un taux de mortalité qui est supérieur à celui des hommes.

La raison principale est simple : les femmes présentent moins de signes associés aussi flagrants que chez les hommes, pouvant entraîner des erreurs ou des lenteurs dans le diagnostic. La plupart des études réalisées dans ce domaine montrent qu'il existe une différence de plus de 15 minutes entre les appels passés pour un homme ou pour une femme, en cas d'accident cardiaque. Cette carence dans le diagnostic génère une perte de chances pour la personne concernée.

A cette mauvaise lecture des signes avant-coureurs s'ajoutent des facteurs aggravant importants : 75% des infarctus chez les femmes de moins de 50 ans concernent les fumeuses. Ces dernières ont 6 fois plus de risque que les hommes fumeurs et 13 fois plus qu'une non-fumeuse. A l'instar de ce qui a été fait pour le cancer du sein, il convient de sensibiliser les femmes sur ces facteurs de risque, sur les signes avant-coureurs et développer une action concertée avec tous les acteurs (du généraliste, au gynécologue) pour améliorer la prise en charge et réduire les délais de diagnostic.

Graphique 4 – Progression du nombre de patients par pathologies chroniques



Les maladies cardiovasculaires chroniques sont les plus répandues chez les patients, elles concernent plus de 5 millions de personnes (variation de +2,2% entre 2019 et 2020), suivies par le diabète avec 4 millions de patients (+2,5%) et les maladies respiratoires avec 3,6 millions de patients (-1,4%).

B) *Les effets de la crise COVID*

Certaines pathologies ont vu leurs effectifs baisser pendant la période 2019 - 2020, pour des raisons différentes. Si le reflux des pathologies respiratoires chroniques est à mettre au crédit des mesures de lutte contre le COVID (qui ont notamment entraînée une diminution des exacerbations aiguës d'asthme et de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) selon les rapporteurs du PLFSS 2023), les diminutions des effectifs sur les maladies dégénératives, neurologiques, du foie, du pancréas ou encore les autres ALD, sont le fait d'un non-dépistage pendant les périodes de confinement et de COVID. Nous pouvons ainsi malheureusement nous attendre à une forte hausse du nombre de patients concernés par ces pathologies dans les années qui viennent, ce qui pourra être révélé par les PLFSS 2024 et 2025. Cette absence de diagnostics pourrait même être plus importante que prévue. L'association pour le soutien à l'insuffisance cardiaque (SIC) estime qu'il y aurait entre 400.000 et 700.000 personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque sans le savoir. Or tout retard dans la détection de ces pathologies ampute fortement l'espérance de vie des patients concernés.

Au total, plus d'un tiers de la population française (36%) est sujet à au moins une pathologie chronique ou durable, dont la moitié des effectifs (18%) ont un reste à charge zéro, car totalement pris en charge. Un résultat qui progresse plus vite que l'ONDAM et qui menace à terme la soutenabilité de notre système. Pire, le décrochage important en termes de capacités hospitalières et de densité de l'offre de soins le met de plus en plus sous pression. L'enjeu des politiques publiques en santé doit donc être clairement de détecter ces pathologies chroniques au stade le plus précoce de leur apparition pour réduire leur impact systémique.

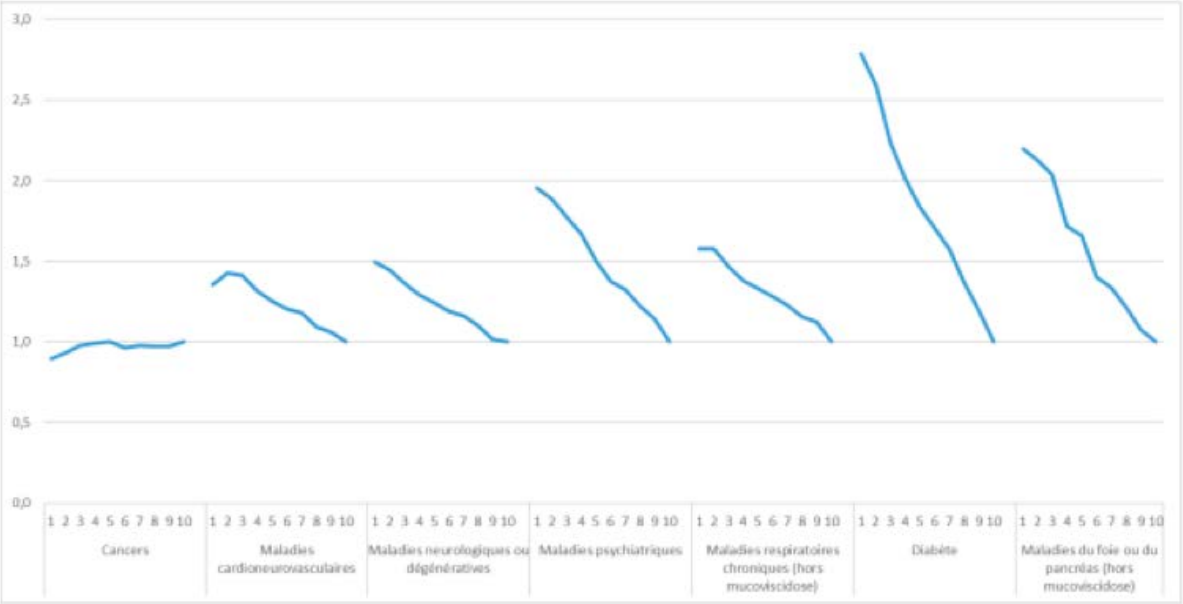
Quant à la courbe des âges des patients atteints d'une pathologie chronique multiple, elle suit une fonction linéaire : 3 % de la population cumule 3 pathologies ou traitement chronique dès 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans[5] . On note de plus une surexposition des hommes à ce phénomène. Ainsi, plus le nombre de personnes âgées va augmenter, plus le nombre de patients atteints d'une ou plusieurs pathologie chronique va progresser, et plus la pression sur notre système de santé et l'offre de soin sera forte.

5 Source : PLFSS 2023

C) Les iniquités sociales face aux maladies chroniques

En plus de menacer l'avenir de notre système de santé, les pathologies chroniques revêtent également une dimension sociale. Non pas dans leurs conséquences - les incapacités et les taux de remboursement sont les mêmes pour tous les patients – mais dans leur distribution. Selon la dernière étude de la DREES en la matière[6], il existe une forte inégalité sociale entre les patients touchés par ces pathologies, avec une surexposition des catégories populaires dans les publics concernés.

Graphique 5 - Risque standardisé de développer une maladie chronique selon le dixième de niveau de vie et la catégorie de maladie



Lecture > Les personnes du premier dixième de niveau de vie ont un risque 1,4 fois plus élevé de développer une maladie cardiovasculaire en 2016 que les individus du dernier dixième de niveau de vie.
Champ > France hors Mayotte.
Source > EDP-Santé, 2016, calculs DREES, données standardisées sur le sexe et l'âge.

6 « L'état de santé de la population en France » septembre 2022

Selon les données de la DREES, le diabète est la maladie la plus inégalitaire, les personnes du premier décile de revenu ont près de 3 fois plus de risques d'en développer un qu'une personne du dernier décile de niveau de vie. Les maladies du foie sont les deuxièmes (2,2 fois plus de chances), suivies par les maladies psychiatriques (2 fois plus de chances) et les maladies respiratoires (1,6 fois plus de chances).

La DREES nous offre ainsi une analyse sociale de ces pathologies, en mettant en avant l'inégalité sociale pouvant subvenir. Une façon inédite d'appréhender le problème et qui pourrait in fine nous apporter une nouvelle clé d'analyse et donc de nouvelles solutions. L'alimentation, les conditions de vie et les consommations de produits toxiques sont des facteurs directement explicatifs de cette situation (les études font état d'une surconsommation de produits sucrés, d'alcool et de tabac chez les personnes les moins aisées). Cette analyse sociale des pathologies chroniques renforce ainsi notre conviction que l'on parviendra à lutter contre elles en influençant les comportements individuels, par la mise en place d'une prévention accrue envers les personnes les plus touchées.

II) Les pistes pour endiguer ces pathologies

Ces prochaines années, nous assisterons à un double vieillissement qui fragilisera notre système de santé déjà bien ébranlé par la crise du COVID : celui des médecins en place (avec un âge moyen de 53 ans et près de 30% des médecins âgés de plus de 63 ans, le nombre de généralistes va fortement diminuer dans les années à venir) et celui de la population française. La conjonction de ces tendances, représentant concrètement une baisse de l'offre et une hausse de la demande médicale, va générer d'importantes pénuries. Le rapport Vigneron[7] estime ainsi que 62% des communes de moins de 10.000 habitants présentent un risque d'être dépourvus d'un médecin dans les sept prochaines années. Une carence alarmante lorsque l'on sait que sept millions de patients n'ont aujourd'hui déjà plus accès à un médecin généraliste. Il est donc essentiel de lutter dès à présent de manière efficace et frontale contre les pathologies chroniques pour éviter que leur propagation ne vienne encore plus secouer notre système de santé. Les solutions que nous proposons pour y parvenir regroupent trois dimensions : la prévention, la délégation et l'innovation.

7 Accès aux soins en milieu rural : vers une bombe à retardement ? rapport réalisé pour l'AMRF, 2021

A) Changer de braquet sur la prévention dans notre système de soin

- ***Améliorer l'information du patient***

La prévention, nous l'avons vu plus haut, est le véritable talon d'Achille de notre système. Sa nécessaire évolution doit passer par une meilleure éducation thérapeutique des patients, quel que soit leurs catégories sociales. Le graphique 5, montrant la prévalence de ces pathologies chez les personnes les plus précaires, semble indiquer qu'il y a un déficit d'informations auprès de ces profils, ou une moindre prise en compte de l'importance de l'importance de la santé qui s'additionne à des conditions de vie moins saines. La prévention doit ainsi s'accroître, et ce dès l'école, où des modules d'enseignements à « l'hygiène préventive » pourront être proposés dès le cours élémentaire, pour apprendre la notion de capital santé et promouvoir les bons gestes et réflexes à avoir à tous les âges de la vie. Cette éducation tout au long de la vie doit également concerner des pathologies aux symptômes différents selon le genre, comme c'est le cas pour les incidents cardiaques chez les femmes. Des campagnes de communication ciblées, réalisées par l'Assurance Maladie et les organismes complémentaires, auront ainsi plus de chances de faire mouche en profitant de la proximité avec les patients pour les sensibiliser au mieux. Les complémentaires, caractérisées par leur territorialisation, peuvent même réaliser des sensibilisations régionales différentes, pour informer sur les prévalences territoriales de certaines pathologies (voir annexes 1 à 3). La prévention primaire permet ainsi de juguler les inégalités sociales et de genre face aux maladies chroniques. C'est parce qu'elle produit des effets positifs pour notre système de santé, que la prévention doit faire l'objet d'une nouvelle approche dans son financement, notamment en mettant enfin en place une forfaitisation des actes de prévention, pour favoriser leur développement et inciter les professionnels à les proposer.

- ***Améliorer les outils de diagnostics***

En sus du volet prévention primaire, la prévention secondaire est également une arme à notre disposition pour lutter contre ces pathologies. Les innovations dans les outils du diagnostic représentent la meilleure chance pour diminuer le nombre de patients concernés et l'impact pour les finances publiques. A titre d'exemple, l'hétérogénéité des normes biologiques complexes et le non-recours systématique aux des examen biologie pertinents constitue une explication des défaillances du diagnostic dans les MRC. Si l'examen mesurant la fonction de filtration du rein (DFG) est

systématiquement prescrit, la mesure du rapport albumine/créatine (RAC) qui réalisé en plus du DFG permettrait de détecter une MRC a des stades plus précoces n'est quant à lui pas automatiquement proposé. Résultat, l'analyse clinique occulte souvent des indices importants dans la définition du diagnostic, rendant ainsi la prise en charge du patient plus tardive. Pour améliorer ce pan, le biologiste a un rôle important à jouer. En clarifiant les normes des analyses biologiques, en systématisant certains examens essentiels et en standardisant le rendu des examens réalisés, il est possible d'améliorer la détection et le suivi du patient. En sus, l'extension de prescription par les biologistes, dans le cadre d'une délégation de tâches, est également une étape à franchir pour améliorer le diagnostic et donc la prise en charge des malades.

- ***Améliorer la politique de gestion des données***

L'amélioration de la politique de gestion des données de santé et une utilisation accrue, ouverte et sécurisée de cette ressource peu utilisée est également une piste à ouvrir pour rendre les diagnostics les plus précoces possible et ainsi traiter le mal avant son apparition, ou prendre en charge la maladie au bon moment. L'exemple estonien nous paraît être bon à suivre en la matière. Contrairement à nous, ils ont fait le pari de laisser les données de santé des patients en libre accès. Néanmoins, dès qu'un utilisateur ou une entité souhaite utiliser certaines de ces données, il devra alors prouver qu'il dispose d'un motif impérieux pour le faire et d'une autorisation officielle. Dans le cas contraire, le citoyen en question est averti de l'utilisation frauduleuse de ses données et il peut porter plainte contre le contrevenant. Cette procédure est facilitée par un traçage numérique accru de ces données. Ce mécanisme repose entièrement sur la confiance du système envers les agents. Sans faire fi de la vie privée des patients, l'idée est ici de réellement mettre en avant le rôle des données pour parvenir à améliorer sensiblement la santé des patients en détectant au plus tôt d'éventuelles anomalies.

Enfin, les consultations gratuites de diagnostic, réalisées à 25, 45 et 65 ans vont dans le bon sens, mais elles ne serviront pas leur objectif si ce sont les mêmes profils sociaux qui s'y rendent. Les agents de la CNAM pourront ainsi être mis à contribution pour contacter directement les patients n'ayant pas réalisés leur visite de contrôle, pour s'assurer qu'un maximum de la population soit couverte.

B) Promouvoir la délégation de tâches

Face à la transition démographique médicale en cours, notre système se doit d'évoluer pour ne plus dépendre uniquement du généraliste. La médecine généraliste doit pouvoir être prodiguée par des équipes pluridisciplinaires pour ne plus reposer uniquement sur les généralistes. Le médecin doit être entouré d'une équipe de professionnels du soin équipés d'outils technologiques, qui pourront l'aider dans cette tâche.

A l'heure du numérique en santé qui abolit les distances, les nombreux outils technologiques au service de la téléconsultation, du télésuivi et du télésoin permettent de changer cette logique : un patient n'est plus dans l'obligation systématique de se rendre dans un cabinet médical pour obtenir une consultation, il peut prendre rendez-vous pour une consultation à distance. Aidé par les outils de détection des constantes vitales, un médecin peut suivre un patient sans l'avoir en face de lui. Les actes nécessitant un contact physique avec le patient pourront ainsi être réalisés par des infirmiers en pratique avancée (IPA), véhiculés et équipés en outils nécessaires, qui iront à la rencontre des patients. Ces professionnels, titulaires d'un bac + 5, ont été créés en 2018 pour venir au secours de l'activité hospitalière. Au nombre actuel de 1712 (pour 700 formations annuelles), ils peuvent se rendre aux domiciles des patients, réaliser des actes de médecine générale voire effectuer des prescriptions ciblées, grâce à la délégation de tâches, et ainsi offrir une offre et une expertise de santé dans des territoires « démédicalisés ». La formation et la montée en compétences d'une grande partie des 760.000 infirmiers actuels répartis sur tout le territoire permettrait de répondre à ce besoin.

Cette délégation de tâches peut ainsi venir combler la désertification médicale, en permettant aux professionnels de se rendre directement au domicile des patients, et non en attendant que le patient aille de lui-même en cabinet. Les Pays-Bas, qui sont en avance sur nous en ce qui concerne la pénurie de généralistes, ont décidé il y a quelques années, d'opérer une délégation de tâches précoces auprès des sages femmes, pour compenser les affres de la démographie (en France elles pallient le manque de gynécologues dans certains cas) Cette délégation pourrait constituer une chance pour les patients atteints de pathologies chroniques, d'avoir ainsi accès à un professionnel de santé bien plus facilement.

C) Favoriser le recours aux innovations

Dans la théorie schumpétérienne, l'innovation revêt cinq dimensions complémentaires, que l'on pourrait décliner en plusieurs volets applicables à la lutte contre les pathologies chroniques.

Le volet technologique est bien entendu prépondérant. Les différents outils à notre disposition depuis quelques années permettent maintenant de pouvoir accentuer la surveillance des patients, par le relevé continu de leurs constantes, et ainsi prévenir au mieux les risques de rechutes ou d'aggravation de leurs pathologies. Ce suivi, se faisant à distance, permet de faire remonter à tout moment au médecin traitant d'éventuelles anomalies dans les analyses du patient, et améliore ainsi drastiquement sa prise en charge. Ce volet télésurveillance étant primordial à développer, nous proposons de développer une rémunération forfaitaire des professionnels de santé qui s'en chargeraient dans le cadre des parcours de soins des personnes souffrant d'une pathologie chronique. S'appuyant sur la subsidiarité proposée plus haut, et renforcée par une formation spécifique des professionnels de santé aux outils, cette incitation à l'aide à la surveillance (qui constitue un pilier de la prévention tertiaire) serait matérialisée par un forfait significatif, cofinancé par l'assurance maladie et les complémentaires santé. De plus, les innovations dans les outils de diagnostic et de télésurveillance peuvent diminuer le nombre de patients concernés et l'impact pour les finances publiques, à condition qu'elles soient couplées à une évolution des normes biologiques et de notre politique de gestion des données, comme vu précédemment.

Le volet organisationnel est également important. Outre la délégation de tâches, il est essentiel de repenser l'organisation des soins en France. Le parcours de soin doit s'inverser pour les malades chroniques : le patient ne doit plus s'adapter à un parcours monolithique. La mise en place de référents pour le suivi des pathologies chroniques, pouvant répondre aux interrogations et aux besoins du patient pour l'orienter ensuite vers le professionnel adéquat, nous semble un bon début. L'amélioration de la coordination entre l'hôpital et la ville, pour s'assurer du suivi des patients en sortie d'hospitalisation est également à promouvoir pour limiter le nombre de rechutes.

Enfin, le volet procédé est à mettre à l'honneur. En cela, la déconcentration est essentielle, et passera par une réelle autonomie des ARS. Impulsées par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) de 2009, les ARS résultent de la fusion de sept entités différentes, issues de l'Etat et de l'assurance maladie. L'enjeu de

cette réforme ambitieuse était de constituer un échelon régional fort, en symbiose avec les territoires, disposant de marges de manœuvre, pour adapter localement les politiques nationales et intégrer l'ensemble des leviers des politiques publiques sanitaires et médicosociales, allant de la prévention à l'organisation des soins, en passant par le financement. Néanmoins, cette ambition initiale de consolidation de l'échelon local s'est vite épuisée, empêchée par le niveau central, qui n'a pas changé ses pratiques, continuant de travailler avec les ARS comme si celles-ci n'étaient que des services déconcentrés de l'Etat et non pas des agences autonomes. Ainsi, les marges de manœuvre des ARS ont été constamment réduites à la portion congrue. Les occasions de rogner leurs responsabilités n'ont pas manqué : fléchage des crédits et non-fongibilité des budgets, contraintes imposées à leurs recrutements (en grande part imposés au sein des agents de l'Etat), ou encore inflation des circulaires d'application, verrouillant leur capacité à créer une vraie politique sanitaire locale et leur laissant le loisir de trouver la lumière de la simplification à leur seul niveau.

Pour concrétiser l'esprit initial de leur création et en faire de véritables agences territoriales fortes et décisionnaires, nous proposons ainsi de leur confier une autonomie pleine et entière. 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[8].

8 https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2205/

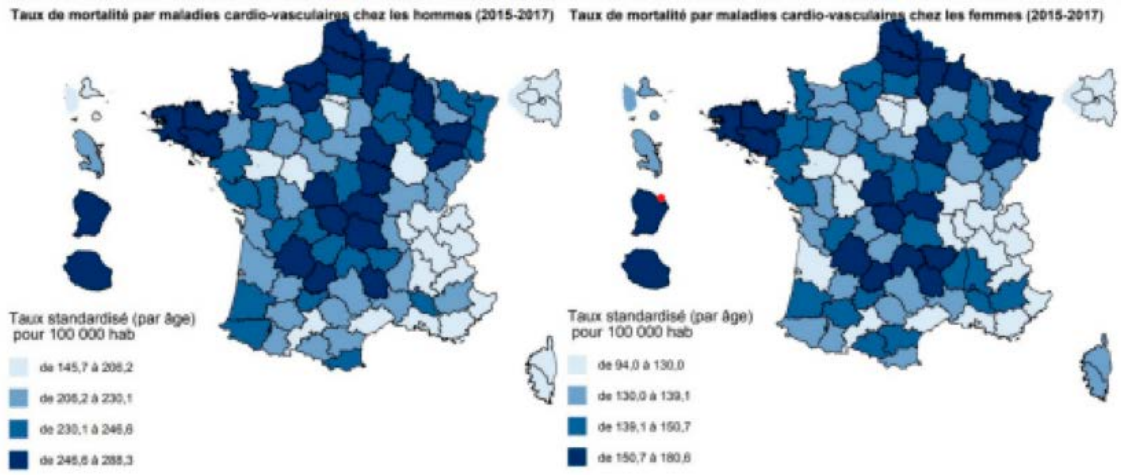
Conclusion

La démographie française nous offre certaines certitudes sur les chocs à venir pour notre système de santé : le vieillissement de la population faisant mécaniquement augmenter le nombre de pathologies chroniques et le vieillement des médecins réduisant l'offre de soins sur le territoire. Ce phénomène étant connu et identifié, il est essentiel de le prendre à bras le corps pour le juguler au plus vite. Faire évoluer nos normes en matière de soins et de gestion des données, favoriser l'émergence d'outils au service du suivi et de la consultation à distance, développer des incitations auprès des professionnels en place, décentraliser les décisions et les actions de prévention en s'appuyant sur les complémentaires, accomplir une véritable délégation de tâches vers toutes les professions paramédicales (IPA, pharmaciens, kinés, orthoptistes, opticiens, sage-femmes, etc.), ou encore accentuer les efforts en prévention primaire et secondaire auprès de tous les patients quel que soit leur catégorie sociale, sont des éléments à disposition des autorités compétentes pour réduire au maximum les effets prévisibles de ce fléau.

Il est encore temps de désamorcer cette bombe sanitaire provoquée par l'augmentation de l'espérance de vie. Plus les solutions pour y parvenir seront déployées tôt, plus vite nous augmenterons les chances de notre système de santé de traverser sans trop d'encombres cet épisode, et lui assurerons la pérennité de sa soutenabilité.

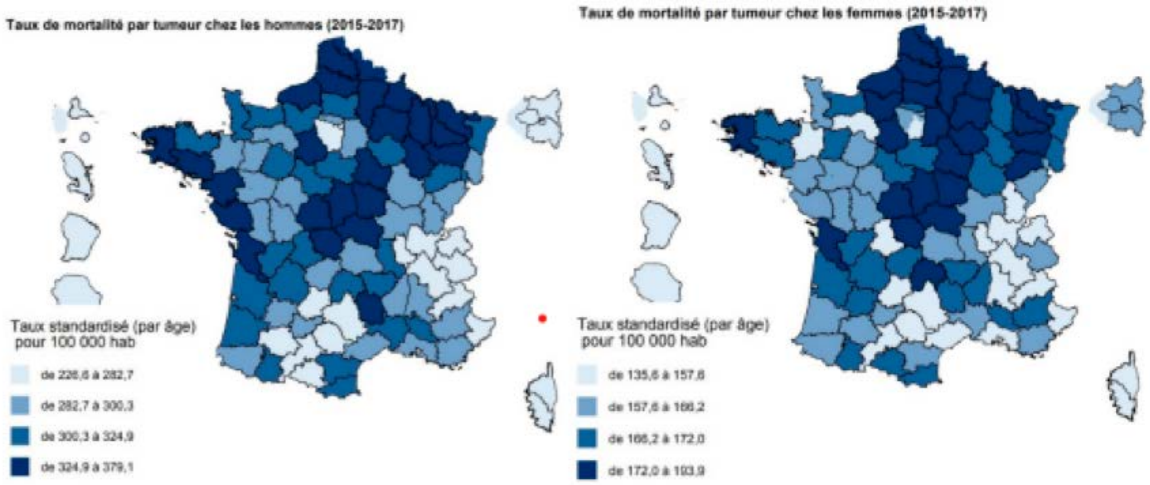
Annexes

Annexe 1 – Taux de mortalité départementaux, pour les décès dus aux maladies cardio-vasculaires



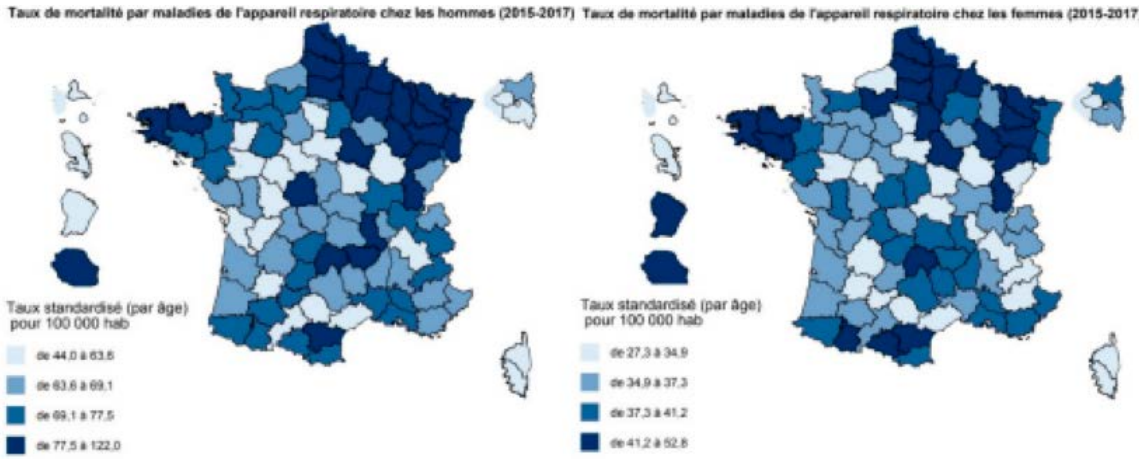
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France entière non compris Mayotte.
Source > CépiDC, traitements DREES.

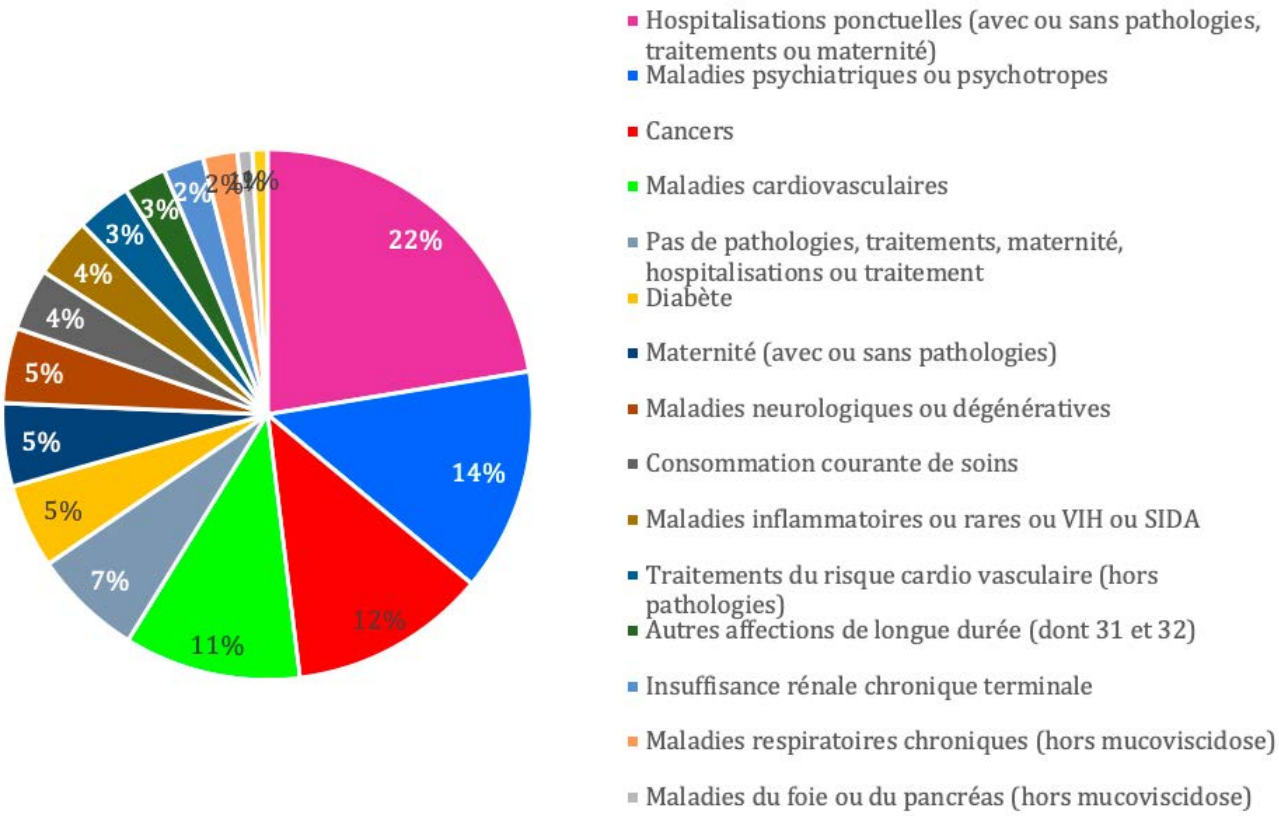
Annexe 2 – Taux de mortalité départementaux, pour les décès dus aux cancers.



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France entière non compris Mayotte.
Source > CépiDC, traitements DREES.

Annexe 3 – Taux de mortalité départementaux, pour les décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France entière non compris Mayotte.
Source > CépiDC, traitements DREES.

Annexe 4 - Dépenses totales remboursées en 2019 par regroupement de pathologies, traitements ou événements de santé (en %)