

INSTITUT
MONTAIGNE



Parcours patient : parcours du combattant ?



NOTE SEPTEMBRE 2021

INSTITUT
MONTAIGNE



Think tank indépendant créé en 2000, l'Institut Montaigne est une plateforme de réflexion, de propositions et d'expérimentations consacrée aux politiques publiques en France et en Europe. À travers ses publications et les événements qu'il organise, il souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique avec une approche transpartisane. Ses travaux sont le fruit d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique, ouverte sur les comparaisons internationales. Association à but non lucratif, l'Institut Montaigne réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des personnalités issues d'horizons divers. Ses financements sont exclusivement privés, aucune contribution n'excédant 1,5 % d'un budget annuel de 6,5 millions d'euros.

Parcours patient : parcours du combattant ?

NOTE – SEPTEMBRE 2021

À PROPOS DE L'AUTEURE

Angèle Malâtre-Lansac est directrice déléguée à la Santé au sein de l'Institut Montaigne. Le programme Santé qu'elle anime réunit dans un lieu de dialogue unique les parties prenantes du secteur de la santé : professionnels, patients, chercheurs, payeurs, industriels, hauts fonctionnaires, établissements de santé... afin de décrypter, anticiper, comparer et formuler des propositions concrètes pour faire bouger les lignes de notre système de santé en s'inspirant des meilleurs exemples français et internationaux.

Angèle est lauréate du *Harkness Fellowship* en politiques et pratiques de santé 2018-2019. À ce titre, elle a travaillé pendant un an à la *Harvard Medical School* et à la *Rand Corporation* à Boston sur l'organisation des soins primaires et notamment leur intégration avec les soins de santé mentale. Elle a publié le résultat de ses recherches américaines dans le journal *Annals of Internal Medicine*.

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction :	7
I. Un système illisible et des parcours chaotiques	8
1. Parcours de soins ou parcours du combattant ?	8
2. Des conséquences sur la qualité et les coûts	9
3. Coordination : la quête du Graal ?	10
4. Des patients de plus en plus acteurs de leur santé	12
II. Inventer les parcours de soins de demain	13
1. La crise sanitaire : un contexte inédit	13
2. Comment le numérique peut transformer les parcours	15
3. La prévention personnalisée	16
4. L'accès au bon soin, au bon moment	17
5. Décloisonnement et expérience patient	19
6. <i>Empowerment</i> et patients acteurs	20
III. Cinq propositions pour construire les parcours patients de demain	22
Proposition 1 : mettre les ressources humaines au cœur de la transformation des parcours	22
Proposition 2 : faire de la qualité des soins une priorité	24
Proposition 3 : garantir la sécurité, l'accès et la portabilité des données de santé	25
Proposition 4 : faciliter l'accès à des solutions numériques adaptées aux besoins des patients	26
Proposition 5 : rendre plus fluides les passages entre ville, domicile, hôpital et médico-social	27
Remerciements	29

INTRODUCTION

La crise pandémique a levé le voile sur les forces comme sur les faiblesses de notre système de santé. Classé « meilleur système de santé au monde » par l'OMS en 2000, le système de santé français est aujourd'hui confronté à de nombreux défis. Son organisation pose particulièrement question : encore très centré sur l'hôpital et les soins aigus curatifs, marqué par la multiplication des structures et les fonctionnements en silo, le monde de la santé traverse aujourd'hui une crise majeure. Ces dysfonctionnements, particulièrement visibles au cours des derniers mois, se répercutent plus que jamais sur les prises en charge des patients présentant des maladies chroniques dont les parcours, loin d'être personnalisés et fluides, s'apparentent bien souvent à des parcours du combattant¹.

Au-delà de ces difficultés, la crise sanitaire a également été l'occasion de profondes mutations et de prises de consciences dans le monde de la santé : l'explosion des usages du numérique, la capacité des acteurs de terrain à travailler ensemble autour de projets communs et la mise en avant de l'importance des enjeux d'indépendance sanitaire ont démontré que **des changements structurants étaient possibles et que les acteurs étaient prêts**. Le sujet de la santé connaît aujourd'hui un regain d'intérêt et 53 % des Français considèrent que le système de santé devrait être un enjeu « tout à fait prioritaire » dans la campagne présidentielle de 2022².

Ainsi, **nous vivons un moment exceptionnel pour l'avenir de notre système de santé** : la crise nous a démontré la nécessité d'agir. Des moyens conséquents ont été mis sur la table (plus de 30 milliards d'euros³ annoncés à l'occasion du Ségur de la santé et du Conseil stratégique des industries de santé – CSIS), les professionnels comme les patients sont désireux d'évolutions et souhaitent faire de la santé un sujet prioritaire. Dans le même temps, la e-santé est entrée dans les usages. Comment saisir cette fenêtre d'opportunité inédite dans un secteur jusqu'ici largement à la traîne dans sa transformation numérique ? Cette note vise à formuler des propositions concrètes pour repenser les parcours des patients et leur expérience, à l'heure où le digital peut être un des outils au service de leur autonomisation.

¹ Étienne Minvielle, *Le patient et le système. En quête d'une organisation sur mesure*, Éditions Seli Arslan, 2018.

² Enquête Harris Interactive pour la Fédération hospitalière de France, *Regards croisés du personnel de l'hôpital public et des Français sur un an de Covid-19*, mars 2021.

³ Malâtre-Lansac A. et Millet L., *Quinquennat Macron : le grand décryptage*. Santé. Institut Montaigne, 2021.

UN SYSTÈME ILLISIBLE ET DES PARCOURS CHAOTIQUES

1. Parcours de soins ou parcours du combattant ?

L'organisation comme le pilotage du système de santé semblent aujourd'hui en décalage avec les besoins des patients : leur épidémiologie a changé, de même que leurs attentes et leurs exigences.

Si les Français sont globalement satisfaits de leur système de santé, ils sont très conscients des défauts d'organisation, ce sentiment se traduisant le plus souvent par une **perception très dégradée de l'accès aux soins**. Plus d'un tiers des Français (37 %) déclare ainsi avoir le sentiment de vivre dans un désert médical. Cette proportion atteint 48 % parmi les moins de 35 ans⁴. Si la réalité de la baisse de la densité médicale par habitant ne saurait être remise en cause, ces chiffres sont bien plus alarmants que la réalité de terrain. **Ce sentiment de défaut d'accès aux soins traduit plutôt un malaise face à une organisation des soins défaillante et à une coordination souvent laissée à la main de patients** qui ne disposent pas de l'information et des outils nécessaires.

L'épidémiologie a changé. Avec le vieillissement de la population et l'amélioration des prises en charge thérapeutiques, les maladies chroniques sont devenues extrêmement fréquentes⁵. La France compte près de 13,5 millions de seniors âgés de 65 ans ou plus, soit 20 % de la population française. **Les Français vivent aujourd'hui plus longtemps avec une ou plusieurs maladies et près de 11 millions de personnes sont prises en charge au titre des affections longue durée (ALD)**, contre à peine plus de 6 millions en 2004. Ces maladies impliquent souvent des prises en charge au long cours dans lesquelles une **multitude d'intervenants se succèdent auprès du patient** : personnels médicaux, paramédicaux, professionnels du médico-social, etc. De plus, la spécialisation croissante des professionnels de santé renforce la multiplication des intervenants et les silos dans les prises

en charge. **Le parcours de soins est devenu complexe et labyrinthique en l'absence de coordination entre tous ces acteurs :**

- pour les personnes souffrant de **syndromes parkinsoniens**, on compte en moyenne 30 intervenants (1 médecin généraliste, 18 spécialistes, 7 professionnels paramédicaux et 4 autres professionnels) ;
- pour les personnes souffrant d'affections **psychiatriques** de longue durée ce sont en moyenne 11 intervenants qui interviennent auprès du patient (6 spécialistes, un intervenant paramédical et 4 professionnels du médico-social) ;
- pour un **accident vasculaire cérébral (AVC)** en moyenne entre 13 et 24 professionnels participent à la prise en charge (1 généraliste, 4 spécialistes, 5 intervenants paramédicaux, 3 professionnels du social et en fonction des caractéristiques du patient peuvent s'ajouter 7 autres spécialistes et 4 autres professionnels paramédicaux).

Pour les patients, on peut aisément imaginer la difficulté à comprendre et à s'orienter face à la multitude d'intervenants et de lieux de prise en charge. Qui aller voir ? Quelles informations donner ? Qui dispose de mon dossier médical ? Que faire en amont de ma consultation ? En aval ? **Le besoin de coordination et d'information est devenu essentiel pour faciliter les parcours et assurer une prise en charge efficace et de qualité**. Le rôle du **médecin traitant**, mis en place en 2004 pour coordonner l'ensemble des intervenants, est au cœur de cet enjeu de coordination. De même, l'ensemble des travaux français et internationaux⁶ des 20 dernières années mettent en avant **l'importance des équipes de soins de premiers recours comme pivots des parcours**, là où le système français continue à penser l'hôpital comme le cœur de la prise en charge.

2. Des conséquences sur la qualité et les coûts

Le manque de coordination et les défauts dans l'organisation des parcours ont des **conséquences néfastes sur la qualité des soins dispensés aux patients**. On sait malheureusement depuis le début des années 2000 que les **erreurs évitables** sont très nombreuses dans le parcours de soins, et occasionnent chaque année des milliers de morts⁷. **Les défauts de coordination et de transmission d'information entre professionnels de santé sont bien entendu au cœur de ces événements indésirables et entraînent des pertes de temps et d'énergie pour les professionnels et des pertes de chance pour les patients**.

⁶ OECD (2020), *The future of Primary Healthcare*, Health Policy Studies, OECD publishing.

⁷ Institute of Medicine, *To err is human: building a safer health system*, Committee on Quality of Health care in America, 1999. Ce rapport estimait qu'aux États-Unis, le nombre de décès liés aux erreurs évitables pouvait représenter 98 000 morts par an.

⁴ Fondation Roche, *Observatoire de l'accès au numérique en santé*, Harris Interactive, mars 2021.

⁵ Institut Montaigne, *Bien vieillir : faire mûrir nos ambitions*, Rapport, 2021.

Enfin, l'organisation chaotique de l'offre de soins a également **des conséquences fortes sur les coûts et les dépenses de santé**. La France compte parmi les pays qui consacrent une part importante de leur PIB à la santé (11,3%), ce qui est heureux, la santé constituant une priorité dans notre société et un secteur fortement créateur de valeur et d'emplois. Malheureusement, **les inefficiences sont nombreuses et souvent liées aux dysfonctionnements dans l'organisation et la coordination des soins** : non suivi des bonnes pratiques (par exemple dans les prescriptions d'antibiotiques), redondance des actes, complexité et mille-feuille administratif, sur-prescription⁸.

Selon un rapport de l'OCDE publié en 2017, ces « gaspillages » représenteraient près de 20% de nos dépenses de santé⁹. Un ouvrage de 2010 montrait **qu'une meilleure coordination des parcours de soins permettrait d'économiser 40% des ressources consacrées aux maladies chroniques** aux États-Unis, en s'inspirant notamment de l'organisation des systèmes les plus performants comme la *Mayo Clinic* ou *Intermountain Health Care*¹⁰.

3. Coordination : la quête du Graal ?

Les connaisseurs du système de santé ont vu apparaître au cours des dernières années de **nombreux acronymes et dispositifs nés de la volonté de mieux organiser les parcours et promouvoir la coordination entre professionnels de santé** : médecins traitants, pôles de santé, CLIC, CPTS, DMP, PTA, MAIA, DAC, SAS¹¹, etc. « Cette situation conduit à **organiser la coordination de la coordination**, dans une fuite en avant nuisible tant à l'efficacité qu'à la lisibilité pour les principaux intéressés » (IGAS, 2014). Cette multiplication des structures s'est faite sans transversalité, en se cantonnant le plus souvent à une pathologie et en assurant une coordination soit strictement clinique, soit strictement médico-sociale et sociale.

8 Ainsi, la sur-prescription des médicaments psychotropes chez les personnes âgées et ses conséquences sont régulièrement pointées du doigt, voir par exemple HAS, *Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé*, 2007.

9 OCDE, *Tackling wasteful spending on health*, Report, 2017.

10 Wennberg, JE. *Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care*. Oxford University Press, 2010.

11 Centres locaux d'information et de coordination gériatrique (CLIC), Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Dossiers médicaux partagés (DMP), Plateformes territoriales d'appui (PTA), Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), dispositifs aide à la coordination (DAC), Service d'accès aux soins (SAS).

Ainsi, malgré des efforts constants au cours des dernières années pour mettre en place des soins plus proches des patients, gradués et coordonnés, force est de constater que les résultats sont loin d'être concluants : la coordination des parcours comme la coordination des soins restent très faibles¹² et les dépenses de soins de premiers recours ne représentent en France que 11% des dépenses de santé (contre 13% en moyenne OCDE¹³) alors même que **l'hôpital continue d'occuper une place prépondérante à la fois dans les dépenses de santé mais aussi dans la culture de nos décideurs publics**. La crise a montré la difficulté à associer la médecine générale et l'ensemble de la médecine libérale aux différentes actions menées pour lutter contre la Covid-19, notamment au début de la pandémie.

Les parcours de soins¹⁴

Parcours de soins, parcours patients, parcours de vie : ces notions parfois perçues comme des mots valises recouvrent des réalités institutionnelles depuis bientôt 20 ans. La notion de « parcours de soins », apparue dès 2004, a en effet été au cœur des grandes lois santé des 15 dernières années, parmi lesquelles :

- **loi du 13 août 2004** qui crée la notion de **parcours de soins coordonnés** dans lequel le médecin traitant assure la coordination des soins ;
- **loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)** du 21 juillet 2009 qui crée les agences régionales de santé (**ARS**) et a pour objectif « d'intégrer le patient au sein d'un parcours de soins cohérent et continu, intégrant la prévention et la santé publique » ;
- **la loi du 26 janvier 2016** de modernisation du système de santé qui veut « recentrer le système de santé sur les soins de proximité et engager le virage ambulatoire » en relançant notamment le Dossier médical partagé (**DMP**) ;
- **la loi de financement de la sécurité sociale 2019** prévoit, dans son **article 51**, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé notamment pour améliorer les parcours des patients et l'efficacité du système.

.../...

12 E. Minvielle (2018), *op.cit.*

13 Estimation par le secrétariat de l'OCDE, statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

14 La notion de « parcours de soins » est souvent jugée comme étroite car se limitant à un épisode de soins. On pourrait parler de « parcours de santé » voire de « parcours de vie » pour montrer la dimension plus large et le continuum entre les différents moments dans la vie d'un usager dans son rapport au système de soins.

- **loi du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé « **Ma santé 2022** » qui ambitionne de « faire de l'exercice isolé de la médecine une exception » à horizon 2022 en s'appuyant sur les structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Elle prévoit aussi une **feuille de route du numérique en santé (2019-2022)** pour accélérer le virage du numérique. L'Espace numérique de santé (ENS) est prévu dès 2022 pour l'ensemble des usagers.

3. Des patients de plus en plus acteurs de leur santé

L'évolution des patients n'est pas qu'épidémiologique. **Les transformations récentes ont complètement modifié le rapport des citoyens au système de santé** : de malades passifs, ils sont devenus des patients-acteurs impliqués¹⁵. Ainsi, près de **90 % des patients jugent que la publication d'indicateurs sur la qualité des soins est une bonne chose** pour les établissements de santé comme pour les médecins libéraux¹⁶. Pourtant, **les patients sont encore largement oubliés dans la gestion et l'organisation des parcours de soins**.

Ces évolutions sociologiques sont liées à la fois à la **hausse du niveau de diplôme de la population**, à l'accès très large à l'information mais aussi du fait de **l'essor des associations de patients**, encouragé par la loi de 2002 relative aux droits des malades. Les **patients sont plus autonomes et souhaitent être impliqués et mieux informés sur les soins qu'ils vont recevoir**. La relation entre soignants et soignés s'en trouve largement modifiée.

Pour certains professionnels, ce changement de paradigme est difficile, l'exigence des patients étant parfois perçue comme une remise en cause de leur profession et de leur savoir. Pour d'autres, il s'agit d'une véritable avancée et d'une opportunité pour faire évoluer le système et améliorer la qualité des prises en charge¹⁷. Il s'agit en tout état de cause d'une réalité et d'une nécessité dont on doit tenir compte pour penser la réforme du système de santé.

¹⁵ Filippo Monteleone, *Patients, réveillez-vous*, Éditions Débats publics, janvier 2015.

¹⁶ Étude Kantar – « Les Français, le système de santé et les indicateurs de qualité des soins » pour l'Institut Montaigne, mars 2019.

¹⁷ CEVIPOF, Académie de Médecine, *Enquête d'opinion. Représentation et attentes de la société vis-à-vis de la médecine et des médecins*, 2020.

INVENTER LES PARCOURS DE SOINS DE DEMAIN

1. La crise sanitaire : un contexte inédit

La crise sanitaire, parce qu'elle a bousculé de façon inédite le système de santé et généré des besoins jusqu'alors impensés, a **fait sauter de nombreux verrous et a permis à des acteurs nouveaux de trouver leur place dans un système jusqu'alors très fermé**. Ainsi, face à une certaine forme de défiance des usagers vis-à-vis des pouvoirs publics, **des acteurs privés et d'autres issus de la société civile sont apparus et se sont imposés dans l'univers très institutionnel de la santé**. Ainsi, les sociétés Doctolib, Maia et Keldoc ont été sélectionnées par les pouvoirs publics pour organiser les prises de rendez-vous de vaccination en ligne. Des plateformes de téléconsultation ont vu leurs chiffres exploser (Doctolib, Qare, Livi notamment). Des *data scientists* comme Guillaume Rozier, ingénieur à l'origine des sites CovidTracker et ViteMaDose ou des médecins comme le Dr. Fabrice Denis ont développé des outils de dépistage (Maladiecoronavirus.fr), etc. Par ailleurs, des outils comme TousAntiCovid et SI-DEP ont été également développés pour permettre de suivre les chaînes de contamination et d'accompagner les acteurs.

De plus, l'usage des technologies de santé a explosé au cours des derniers mois. Les professionnels de santé comme les patients **sont aujourd'hui prêts à faire entrer massivement le digital dans le système de santé**. Plusieurs solutions ont ainsi démontré leur importance et leur efficacité pendant la crise de la Covid-19 :

- **La téléconsultation** : la pandémie a provoqué un choc et une prise de conscience de l'utilité de la téléconsultation pour un nombre très important de professionnels de santé comme de patients. Les médecins généralistes, qui n'y portaient jusqu'alors qu'un intérêt très limité, se sont pleinement emparés de cet outil. Ainsi, **la moitié des médecins généralistes utilisateurs de Doctolib propose la téléconsultation à ses patients, et près de 30 % des médecins spécialistes**. Les psychologues ont eux aussi pu contribuer à la continuité des soins pour leurs patients pendant l'épidémie et au-delà : 25 % des psychologues utilisateurs de Doctolib la pratiquent régulièrement. Les téléconsultations ont ainsi

explosé pendant les périodes de confinement. De ce fait, plus de 10 millions de téléconsultations ont été réalisées au total en 2020 contre 60 000 en 2019, ce qui prouve un engouement allant au-delà des conséquences de la crise sanitaire. Cela a notamment été permis par différents **assouplissements des conditions d'accès à la téléconsultation, initiés par le décret du 10 mars 2020** qui a permis la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, y compris lorsque la téléconsultation se déroule hors du cadre du parcours de soins et hors organisation territoriale. La loi de finance 2021 a prolongé la prise en charge intégrale des téléconsultations jusqu'en décembre 2021. Si des craintes persistent concernant la place du médecin traitant, il est important de rappeler que 80 % des téléconsultations sont réalisées avec un médecin déjà connu et que sa pratique vient d'être capée à 20 % de l'activité globale des médecins¹⁸.

- **Le télésuivi** : les outils de suivi à distance sont devenus indispensables pour assurer la continuité des soins. Des solutions de télésanté référencées par le ministère pour prendre en charge des patients atteints de Covid-19 ont été développées pour suivre les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation.
- **Le télésoin** : de nouveaux actes sont apparus dans le droit commun, permettant aux professionnels paramédicaux (infirmiers, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) d'accompagner les patients à distance.
- **Les solutions de prise de rendez-vous en ligne** : pour les médecins, les professionnels paramédicaux et les établissements de santé, les bénéfices d'un tel service sont multiples en aidant les soignants à optimiser leur temps, en allégeant les tâches administratives et en limitant le nombre de rendez-vous non honorés, ce qui permet de libérer du temps médical et de garantir un accès simple et rapide pour tous¹⁹. Pour les patients, ces solutions simplifient les démarches et contribuent à l'autonomisation. Le **système de prise de rendez-vous pour la vaccination** contre le Covid, confié par le gouvernement à des plateformes privées, a encore accéléré le déploiement de ces solutions avec entre 70 et 75 % des rendez-vous pris en ligne. Les solutions de prise de rendez-vous en ligne et de préadmission ont également démontré leur intérêt pour l'organisation des soins à domicile et éviter des ruptures dans la continuité des soins pour les patients. En mars 2021, plus de 71 % des Français déclaraient avoir eu recours à des plateformes de prise de rendez-vous en ligne²⁰.
- **Les chatbots et applications digitales** peuvent être des outils extrêmement

puissants d'autonomisation des patients. Elles peuvent permettre le dépistage en ligne (par exemple en santé mentale), le suivi personnalisé, la communication de résultats d'examens, la diffusion d'informations, l'éducation thérapeutique, la prévention, l'adressage vers les bons professionnels, etc.

- **L'intelligence artificielle et l'autodiagnostic** constituent de véritables atouts pour améliorer les prises en charge, le suivi à distance des patients, l'amélioration du recrutement des patients dans les essais cliniques. Dans le cadre de l'épidémie liée au Covid-19, les applications de vérification des symptômes basées sur l'IA ont joué un rôle clé pour permettre aux patients de décrire leurs symptômes, de fournir une première évaluation et un pré-diagnostic et ainsi d'aider les professionnels de la santé à surveiller les patients au quotidien.

Par ailleurs, ces usages ont permis de développer une **véritable confiance et une satisfaction des Français par rapport à ces outils**. Ainsi, 86 % d'entre eux estiment que le développement de la e-santé est une bonne chose ; 3 Français sur 4 pensent même que l'utilisation de ces outils permettra d'améliorer leur suivi médical dans le futur²¹.

Dans la continuité de la feuille de route numérique et de l'investissement consenti par le Ségur (2 milliards d'euros investis sur le numérique)²², **l'Espace numérique de santé (ENS) dont le store intègre des sociétés privées comme Doctolib ou Qare, devrait se déployer en 2022** pour l'ensemble des Français. Il permettra à chacun d'avoir accès à son dossier médical partagé (DMP), à une messagerie sécurisée pour échanger avec les professionnels, à un agenda de santé ainsi qu'à un catalogue d'applications référencées²³.

2. Comment le numérique peut transformer les parcours

À ce jour, les solutions proposées par les acteurs du numérique en santé ont plutôt cherché à **digitaliser une ou deux étapes du parcours de soins sans que des solutions plus inclusives intégrant l'ensemble des parcours ne soient véritablement développées**. Cet état de fait, lié à un développement encore faible

18 Avenant 9 à la convention médicale de 2016, signé en juillet 2021.

19 Doctolib a ainsi démontré qu'il permettait aux médecins généralistes de réaliser 17,5 % de consultations en plus après un an d'utilisation de ses services (12,8 % pour les médecins spécialistes). Côté patients, Doctolib permet de diviser de 2 à 4 les délais d'attente chez les spécialistes avec par exemple entre 21 et 28 jours pour une consultation ophtalmo contre 80 jours selon la DREES.

20 Fondation Roche, *Observatoire de l'accès au numérique en santé*, Harris Interactive, mars 2021.

21 Sondage Fondation Roche, *op.cit.*

22 À titre de comparaison, à partir de 2009, les États-Unis, à travers le « HITECH Act » ont investi près de 30 milliards de dollars pour encourager les établissements de santé à se numériser et à adopter des dossiers médicaux électroniques (EHR), cf. Alder Milstein and al, *HITECH Act Drove Large Gains In Hospital Electronic Health Record Adoption*, Health Affairs, 2017.

23 Une expérimentation de l'ENS est lancée dès juillet 2021 dans trois départements.

du marché des solutions digitales, est préjudiciable à la construction de parcours cohérents permettant une approche globale. **Des parcours de soins nouveaux pourraient être inventés autour d'acteurs proposant des solutions très intégrées pour les patients et les professionnels**, leur évitant ainsi d'avoir à choisir entre une multitude d'acteurs éclatés et plus ou moins visibles. Il est temps d'inventer les parcours de soins de demain.

3. La prévention personnalisée

L'état de santé d'une personne est largement déterminé par ses comportements, son éducation, ses habitudes et son hygiène de vie. **Le manque d'information et les différences d'éducation à la santé renforcent les inégalités de santé** déjà importantes en France²⁴.

Chaque citoyen doit pouvoir prendre soin de sa santé au long cours à travers des actions de **prévention primaire** : une information de qualité doit ainsi lui être dispensée dès l'école sur les grands facteurs de risque : nutrition, activité physique, consommation de tabac et d'alcool, importance de la santé sexuelle et de la santé mentale notamment. Des dispositifs d'information ludiques, des MOOCs et des applications digitales à destination des jeunes (collégiens, lycéens) mais aussi de la population active (salariés, travailleurs indépendants, etc.), peuvent permettre de diffuser des campagnes d'information et de prévention avec efficacité. De nouveaux moyens d'accès à **ces éléments de prévention, moins passifs, plus visibles et adaptés aux jeunes générations doivent aussi être imaginés**.

Pour les personnes malades, **l'éducation thérapeutique constitue un outil essentiel pour leur apprendre à vivre au mieux avec leur maladie**, prévenir et détecter les aggravations et améliorer l'observance. Pour certains, elle peut être dispensée en ligne (télésoin par des infirmières, applications digitales, formations, etc.).

Les données agrégées dont nous disposons aujourd'hui sur l'état de santé des populations et les facteurs de risques ainsi que l'usage de l'intelligence artificielle doivent permettre de cibler de la façon la plus fine possible les publics à risque (par exemple pour le tabac ou les comportements addictifs) et d'obtenir une plus grande efficacité pour les campagnes de prévention. Aujourd'hui,

²⁴ Jusot, Stringhini, 2010 ; Lantz et al., 2008.

ces données sont encore parcellaires ce qui rend difficile un pilotage fin par la donnée.

Le numérique peut ici jouer un rôle crucial en **apportant à chacun une information ciblée et qualitative** sur sa santé physique et mentale, les facteurs de risque, les moyens de mieux prévenir les maladies et les ressources disponibles autour de lui. De plus, l'exploitation des données des patients peut permettre **d'identifier les personnes susceptibles de faire des rechutes ou d'être (ré)hospitalisées pour leur faire bénéficier de programmes personnalisés et pro-actifs de care management** par exemple. Autre exemple, au sein d'*InterMountain Healthcare* (USA), un système de recueil de données partagé par l'ensemble des professionnels de santé permet d'aider à mesurer la gravité et la complexité des troubles, de cibler le niveau de prise en charge adapté pour le patient et de mobiliser le bon niveau de ressources médicales autour de lui dans une approche populationnelle²⁵.

Pour favoriser la confiance dans ces campagnes de prévention ciblées, il est nécessaire de faire de la **transparence sur l'utilisation des données de santé une priorité** en donnant aux patients des garanties sur l'accès à leurs données, sur la protection desdites données et de l'information sur leurs droits, notamment leur droit d'opposition.

4. L'accès au bon soin, au bon moment

Les difficultés d'accès aux soins sont multiples : financières, culturelles, géographiques, liées aux délais d'attente, etc. L'accès rapide et équitable aux soins constitue un enjeu majeur pour nos concitoyens.

Sans être la solution unique, la e-santé apporte des leviers importants au service des patients et des professionnels : en mettant en relation les citoyens avec les professionnels de santé disponibles via des plateformes de prise de rendez-vous en ligne et en permettant la téléconsultation, elle permet de faciliter l'accès à une réponse rapide²⁶.

²⁵ Briot P, Bréchat PH, Reiss-Brennan B, Cannon W, Bréchat N, Teil A. Prise en charge intégrée des maladies mentales : l'exemple d'*InterMountain Healthcare* (USA). Santé Publique. 2015.

²⁶ Sur Doctolib, après un an d'utilisation, un médecin généraliste fait 17 % de consultations en plus grâce à l'optimisation de son agenda et à la baisse du temps administratif notamment.

Pour faire en sorte que le digital soit un levier au service de tous, **la question de l'illectronisme, qui touche aujourd'hui près de 17 % des Français, doit être soulevée.** Le numérique peut en effet être à la fois une très grande opportunité et un vecteur d'éloignement de la santé comme le pense près de la moitié des Français²⁷.

Autre enjeu autour de l'accès aux soins : **celui de l'accès à des soins adaptés et de qualité.** Disposer d'une information claire et transparente sur l'offre disponible et sur la qualité des soins prodigués est devenu un enjeu majeur à en croire l'appétence des Français pour les classements des établissements de santé publiés régulièrement par les magazines et leur usage des sites d'information sur la santé²⁸. Lorsque l'on est malade, de nombreuses questions surgissent : où se faire soigner ? Quels sont les résultats de tel établissement ? Quelle qualité de vie puis-je espérer retrouver après telle intervention ? Quel retentissement ce traitement va-t-il avoir sur ma vie sociale ? Mes activités personnelles et professionnelles ? L'information sur la qualité des soins reste encore très peu disponible.

Aujourd'hui, **les inégalités de santé sont renforcées par le fait de disposer ou non dans son réseau personnel d'un professionnel de santé à même de nous aider à identifier le bon professionnel ou l'établissement le plus réputé.** L'Institut Montaigne a ainsi publié en 2019 une étude montrant que 59 % des Français jugent qu'il est difficile de choisir un généraliste ou un spécialiste et que 89 % d'entre eux sont favorables à la publication d'indicateurs de qualité des soins pour leur permettre de mieux s'orienter dans le système de santé. Dans cette même étude, 96 % des Français se disaient prêts à répondre à des questionnaires d'évaluation pour améliorer la qualité des soins et participer ainsi à la mesure de cette qualité²⁹.

Le recueil et la publication de données relatives à la qualité de vie perçue par les patients et à leur expérience a fait ses preuves dans différents pays comme le Danemark ou le Royaume-Uni. En France, ce recueil reste très balbutiant et pourrait être largement développé³⁰.

27 Sondage Fondation Roche, *op.cit.*

28 Depuis 15 ans, le « Palmarès des hôpitaux », publié chaque année à l'automne, constitue la première vente du magazine *Le Point* (F. Malye, J. Vincent (2015), *Le Palmarès des hôpitaux*, Presses de SciencesPo).

29 Institut Montaigne, *Système de santé, soyez consultés*, 2019.

30 HAS, *Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs : Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements*, Rapport, juillet 2021.

5. Décloisonnement et expérience patient

Avoir une maladie chronique ou connaître un épisode de soin aigu ne doit pas s'apparenter à un parcours du combattant dans un système de soins opaque et en tuyaux d'orgue. **La coordination des professionnels, leur bonne information, repose aujourd'hui trop largement sur les patients** qui doivent naviguer seuls dans le système de santé alors même qu'ils ont déjà assez à faire avec la gestion quotidienne de leur maladie. Au cœur de ces enjeux, **la très grande hétérogénéité des systèmes d'information comme le manque de portabilité des données et d'interopérabilité des différents logiciels médicaux** empêchent le chaînage des informations et la fluidité des prises en charge. Le Dossier médical partagé (DMP), dont les premières ébauches remontent à plus de 15 ans, continue de porter un espoir fort d'amélioration du partage d'informations et de coordination entre professionnels de santé et doit éviter au patient de redonner son historique médical à chaque fois qu'il consulte un nouveau professionnel de santé³¹.

L'organisation des soins doit être repensée pour casser les silos entre ville-hôpital-médico-social à domicile. Cette nouvelle organisation suppose **d'ouvrir l'hôpital à la ville et au médico-social** et de permettre une circulation d'information fluide entre les différentes étapes des soins et entre des professionnels qui aujourd'hui se connaissent mal, échangent peu d'informations et ont des visions et des pratiques très différentes. Encore une fois, **le numérique peut être un levier très puissant pour communiquer entre pairs de manière simple et sécurisée, faciliter l'échange d'information, aider à avoir la bonne donnée au bon moment, prioriser les actions et limiter la charge administrative des professionnels.**

Une fois le professionnel de santé identifié, de nombreuses actions peuvent être proposées en amont au patient pour l'impliquer dans sa prise en charge et simplifier ses démarches : prise de rendez-vous en ligne, préparation des consultations en remplissant des questionnaires par avance, partage de documents, paiement en ligne, accompagnement personnalisé, etc.³², mais aussi en aval avec des dispositifs de mise en lien avec des professionnels de santé, des outils de télésuivi,

31 Malgré plus de 15 ans d'efforts et d'investissements publics, le DMP n'est toujours pas entré dans le quotidien des patients et des professionnels de santé français : s'il existe plus de 8,5 millions de DMP créés, ceux-ci sont encore souvent vides et peu utilisés. Le développement de l'Espace numérique de santé en 2022 va permettre à l'ensemble des Français d'avoir un DMP qui sera progressivement alimenté.

32 Des outils digitaux intégrés comme Babylon Health, présente au Royaume Uni, fournissent via un site web et des applications mobiles des services reposant sur l'intelligence artificielle et permettent de donner de l'information, de faire le lien avec un professionnel de santé en téléconsultation ou d'orienter dans le système en fonction des symptômes décrits. En France, l'assistant digital ADEL développée par le groupe de cliniques privées ELSAN, aide le patient dans ses démarches et propose un accompagnement personnalisé. La startup Libheros facilite l'accès aux soins à domicile en coordonnant la mobilisation d'infirmières libérales.

de e-prescription, etc. **Des navigateurs de parcours ou case managers, en lien avec les professionnels de santé libéraux, permettent de faciliter les retours à domicile et d'éviter les ruptures de soins.**

6. Empowerment et patients acteurs

Pour les personnes souffrant de maladies chroniques, la maladie prend une place très forte dans le quotidien. Des outils connectés et des solutions personnalisées se développent pour permettre aux patients de suivre l'évolution de leur maladie, d'être coachés et suivis à distance entre les consultations (par exemple Livongo pour le diabète, ou Moovcare pour le cancer du poumon, première application digitale à obtenir le statut de « *digital therapeutics* » remboursé en France). Des applications mobiles d'éducation thérapeutique peuvent également aider à une meilleure observance et à une meilleure qualité de vie pendant les traitements.

En 2021, il existait dans le monde plus de 350 000 applications numériques dédiées à la santé dont plus de 90 000 ajoutées sur les stores en 2020³³. Ces solutions digitales peuvent être très utiles notamment pour aider les personnes à trouver des ressources, gérer leur pathologie, améliorer leur style de vie, échanger avec d'autres patients atteints de la même pathologie, etc. Pourtant, **il existe un décalage énorme entre cette offre pléthorique d'une part et les garanties proposées par ces applications mobiles d'autre part. De plus, très peu de solutions digitales sont aujourd'hui évaluées et on connaît mal leur efficacité, ce qui peut limiter l'appétence des professionnels de santé à les recommander pour leurs patients.** La HAS a produit un référentiel d'évaluation tenant compte de la spécificité de ces solutions, à l'instar de nombreux pays qui proposent des « *guidelines* » et des référentiels pour garantir un certain nombre de principes socles (accessibilité, utilisation des données, interopérabilité, fiabilité médicale, etc.)³⁴. Ces référentiels vont permettre de déterminer les applications qui entreront dans le store de l'Espace numérique de santé même si **aucun élément d'évaluation relatif à la valeur créée pour le patient ou au « service rendu » ne sera disponible**³⁵. Il s'agit pourtant d'un enjeu majeur pour choisir une solution digitale.

33 IQVIA, Institute for Human Data Science's 2021 trends report. <https://www.mobihealthnews.com/news/digital-health-apps-balloon-more-350000-available-market-according-iqvia-report>

34 Guo, C., Ashrafian, H., Ghafur, S. et al. *Challenges for the evaluation of digital health solutions – A call for innovative evidence generation approaches*. npj Digit. Med. 3, 110 (2020).

35 La bibliothèque d'applications du NHS fonctionne sur le même principe et comporte environ 70 applications référencées : <https://www.nhs.uk/apps-library/?page=1>

Bien souvent, **les professionnels de santé sont démunis face à l'offre digitale existante et ont du mal à conseiller leurs patients**³⁶. Certaines sociétés savantes ont réagi par exemple dans le domaine de la santé mentale qui regorge d'applications mobiles avec l'*American Psychiatric Association* (APA) qui a développé une initiative pour **aider les psychiatres et les professionnels de la santé mentale à guider leurs patients vers les applications mobiles les plus adaptées.**

36 La HAS a produit un référentiel d'évaluation des solutions digitales tenant compte de la spécificité de ces solutions afin d'aider à déterminer les applications qui entreront dans le store de l'ENS même si aucun élément d'évaluation relatif à la valeur créée pour le patient ou au « service rendu » ne sera disponible dans un 1^{er} temps. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3238368/fr/la-has-propose-la-1ere-classification-des-solutions-numeriques-utilisees-en-sante



CINQ PROPOSITIONS POUR CONSTRUIRE LES PARCOURS PATIENTS DE DEMAIN

Notre système de santé est aujourd'hui encore pensé et organisé en fonction de l'offre disponible (établissements de santé, professionnels) et non en fonction des besoins des patients, qui sont en perpétuelle évolution.

L'arrivée massive du numérique en santé, largement poussée par la crise Covid-19, la volonté des décideurs publics et un contexte réglementaire plus favorable, peut permettre une transformation radicale de cette organisation en facilitant l'accès aux soins, leur qualité, la coordination et les échanges entre acteurs et l'autonomisation des patients. Le parcours doit ainsi être repensé en suivant une logique de **prise en charge globale incluant une dimension de prévention mais aussi d'accompagnement amont et aval en cas d'épisode de soins**. Cette logique suppose une excellente coordination et un partage d'information entre les professionnels (en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social) ainsi qu'une information accessible et de qualité pour les patients afin de permettre à chacun de recevoir « les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment ».

Proposition 1 : mettre les ressources humaines au cœur de la transformation des parcours.

Le digital ne constitue qu'un outil au service des parcours de soins. Le Professeur Étienne Minvielle, auteur d'un « État des lieux de l'innovation en santé numérique » résume parfaitement ce paradigme : « La mise en œuvre d'un parcours de santé repose autant sur le recours aux technologies de l'information que sur l'émergence de nouveaux métiers »³⁷. L'investissement massif sur le capital humain est prioritaire pour une meilleure organisation et une meilleure expérience pour les patients.

1. Attirer **davantage de professionnels** vers les métiers du soin et augmenter le nombre de personnels de santé pour accompagner la hausse des besoins de santé.
2. Encourager l'**enseignement de la e-santé et l'utilisation des données de santé** dans les formations initiales et continues des professionnels de santé (analyse de la donnée, éthique, intelligence artificielle) tel que prévu dans la Stratégie d'accélération Santé numérique. Les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers sont prioritaires car ils constituent la ligne de premiers recours et peuvent faire remonter des données précieuses (repérage précoce des risques par exemple). Les formations continues à distance (type MOOCs) doivent être encouragées.
3. Développer les **formations autour du management, du leadership et du travail en équipe** dans les formations initiales et continues des professionnels de santé.
4. Développer **les formations regroupées entre professionnels** et permettre les évolutions de carrière grâce à des passerelles entre les différents métiers du soin (aide-soignants, infirmiers, médecins).
5. Favoriser les délégations de tâches entre professionnels et accompagner les déroulés de carrière notamment des **infirmiers** qui jouent un rôle central dans les parcours en facilitant la création de nouveaux métiers : infirmières de pratique avancée, **care / case managers**, coordinateurs de parcours, etc.
6. Valoriser davantage les **savoirs expérientiels des patients** qui possèdent une expertise et une vision très complémentaire de celle des professionnels de santé. Pour ce faire, favoriser le développement des universités des patients, des patients experts, partenaires ou médiateurs au sein des parcours de soins afin d'inclure ces expertises aux différentes étapes du parcours de soins (annonce de la maladie et du traitement, élaboration des parcours, formation des soignants, etc.).
7. Améliorer l'**attractivité des postes liés au numérique** dans les établissements de santé et les agences de tutelle (responsables de la sécurité des systèmes d'information, directeurs des systèmes d'information etc.) en facilitant le recrutement de contractuels et en proposant des rémunérations attractives.
8. Développer des initiatives pour **lutter contre la fracture numérique** en santé en multipliant les dispositifs « **d'aller vers** », les médiateurs ainsi que les conseillers numériques. Il est essentiel de **toujours avoir une réflexion « hors numérique »** pour atteindre les publics les plus éloignés.

³⁷ <https://www.dsih.fr/magazine/16/dsih-16-le-numerique-au-service-du-parcours-de-soins.html>

Proposition 2 : faire de la qualité des soins une priorité.

Le manque d'information sur la qualité des soins et leur pertinence est un véritable frein à l'amélioration de notre système de santé alors même que les patients sont très demandeurs de pouvoir choisir leur professionnel ou leur établissement sur des critères objectifs. Aujourd'hui, la logique d'offre et de volume continue à dominer. Il est temps de **penser qualité et non plus uniquement quantité**.

De nombreux pays ont avancé sur ces questions et ont commencé à développer depuis plusieurs années des indicateurs de qualité développés avec les patients³⁸. En l'absence d'une initiative concertée sur ce sujet, il existe un risque de notations arbitraires des soignants qui serait dommageable pour tous les acteurs. Ainsi, des indicateurs relatifs à la qualité des soins construits avec les parties prenantes (professionnels et patients) doivent être développés et systématisés.

On peut dorénavant recueillir le point de vue des patients à la fois sur leur expérience et sur la qualité de vie perçue. Ces indicateurs sont très nouveaux et leur recueil n'est pas encore systématisé mais il s'agit d'éléments essentiels et complémentaires à l'évaluation menée par les professionnels. Les enjeux numériques doivent également être rapidement intégrés, car ils contribuent directement à la qualité des soins et des parcours.

Toute réforme de l'organisation des soins doit être pilotée à travers le prisme de la qualité et de la pertinence des soins et pour ce faire, des données sur la qualité doivent être recueillies de façon systématique.

- 1. Développer le recueil d'indicateurs de résultats cliniques** auprès des établissements de santé et des praticiens pour disposer de davantage de données sur la qualité des soins, notamment en facilitant le recours à des questionnaires standardisés construits avec les sociétés savantes, les professionnels et les patients et faciliter la mise en place d'une plateforme mutualisée de restitution de ces questionnaires.
- 2. Systématiser progressivement le recueil d'indicateurs de qualité de vie** auprès des patients sur 10 pathologies cibles en s'inspirant des meilleures pratiques internationales.
- 3. Rendre transparents et accessibles** les indicateurs de résultats par le biais d'un site internet facile d'accès.

³⁸ Institut Montaigne, *Système de santé : soyez consultés*, avril 2019.

- 4. Construire des programmes d'amélioration de la qualité** fondés sur les indicateurs de résultats et **augmenter la part de la rémunération à la qualité** dans la rémunération des professionnels de santé et des établissements de santé.

Proposition 3 : garantir la sécurité, l'accès et la portabilité des données de santé.

Il est essentiel de garantir la sécurité comme la portabilité des données de santé **afin de faciliter le quotidien des soignants et de permettre aux patients de changer de professionnel ou d'établissement sans perte d'information**. De plus, la crise sanitaire a été un révélateur de la défiance d'une partie de la population à l'égard des nouvelles technologies en santé, comme l'ont témoigné les polémiques autour de la création de l'application TousAntiCovid puis du Pass Sanitaire. Pour favoriser la confiance des citoyens et des professionnels de santé, la France comme l'Europe doivent développer une « troisième voie » autour des données de santé, en mettant **l'éthique au cœur du déploiement, de la gouvernance, du partage et de l'usage des données de santé**.

- 1. Imposer l'utilisation du référentiel FHIR** (*Fast Healthcare Interoperability Resources*) comme cadre normatif pour l'échange des données de santé et accompagner précocement les industriels à se conformer aux standards d'interopérabilité dans le développement de leurs solutions numériques.
- Garantir des **normes de sécurité des données personnelles de santé** et investir de façon prioritaire sur la cybersécurité.
- Garantir le libre choix par les professionnels de santé de leurs solutions numériques sans perte de données ni condition prohibitive pour permettre la **portabilité des données** ainsi que prévu dans le cadre du Ségur numérique.
- Lancer des **campagnes pédagogiques** à destination des professionnels de santé et du grand public sur les données de santé et leurs usages pour renforcer la confiance et poursuivre la mise en place, dans le cadre du *Health Data Hub* d'un **observatoire des usages de la donnée de santé** permettant notamment l'implication de membres de la société civile, représentants des patients et des professionnels de santé.
- Profiter de la présidence française de l'Union Européenne en 2022 pour faire de l'Espace européen des données de santé un dossier prioritaire et porter une **vision européenne éthique, compétitive et souveraine autour des données de santé et du cloud**.

6. Encourager **la collecte, le rassemblement et l'utilisation secondaire des données de santé pour analyser et optimiser les parcours de soins.**
7. Identifier les sources de données et développer des incitations financières en contrepartie de l'exigence d'ouverture.

Proposition 4 : faciliter l'accès à des solutions numériques adaptées aux besoins des patients.

Si les startups de la e-santé se multiplient, l'utilisation des innovations digitales par les professionnels de santé comme par les patients reste encore limitée. L'éclatement des solutions proposées par les acteurs du numérique, souvent des startups très fragiles proposant une seule « brique » du parcours, est le fait d'un marché à ce jour encore peu structuré et **d'une filière toujours inexistante qui ne permet pas aux acteurs de proposer des solutions globales et de repenser le parcours dans sa totalité.**

De plus, à ce jour, **le niveau de preuves est souvent très faible sur les applications numériques existantes**, ce qui freine l'utilisation et la recommandation par les professionnels de santé (qui pourraient être des prescripteurs déterminants vis-à-vis des patients). Enfin, **le circuit de remboursement des thérapies digitales reste opaque et complexe** et encore peu adapté aux spécificités de la e-santé.

1. Mettre **Mon Espace Santé, qui sera lancé en janvier 2022, au service de l'intérêt public et en faire un accélérateur et facilitateur de l'innovation** en santé numérique.
2. Favoriser **l'usage des applications de e-santé** en faisant du *store* d'applications de l'Espace numérique de santé un espace simple d'accès et extrêmement lisible pour faciliter l'identification d'applications de e-santé et à forte valeur ajoutée pour les patients et/ou pour le système de santé (encourager la *user experience*). **L'évaluation du service rendu** par ces applications de e-santé doit constituer une priorité.
3. **Générer de l'usage autour du DMP** en élargissant les modalités d'accessibilité et en favorisant l'expérience patient la plus fluide possible : permettre la visualisation, la lecture et le remplissage depuis n'importe quel site Internet ayant mis en place le niveau d'authentification nécessaire et permettre aux patients d'extraire et d'utiliser les données du DMP sur des services tiers pour la gestion de leur santé et le développement de produits à forte valeur ajoutée.

4. **Faciliter les partenariats entre startups de la e-santé et équipes de recherche** pour augmenter la légitimité scientifique des solutions numériques et le niveau de preuve disponible et faciliter la recherche.
5. **Faciliter le financement et l'accès au marché des solutions digitales innovantes** en simplifiant le travail avec les hôpitaux : création de postes de *Chief Digital Officer* dans les hôpitaux et en multipliant les lieux de rencontres entre industriels, startups et monde hospitalier (réseaux achats hospitaliers notamment).
6. **Simplifier l'accès au remboursement des dispositifs médicaux connectés** en mettant en place un guichet unique afin de favoriser le développement de l'innovation, en s'inspirant du DIGA allemand.

Proposition 5 : rendre plus fluides les passages entre ville, domicile, hôpital et médico-social.

Les modalités tarifaires actuelles (tarification à l'activité, paiement à l'acte), du fait de la fragmentation entre médecine de ville, hôpital et médico-social, et du manque d'incitations économiques liées à la performance et à la valeur créée pour le patient montrent aujourd'hui clairement leurs limites. **Ces tarifications au volume constituent un frein à la mise en place de parcours de soins intégrés et à la qualité.** Un grand nombre de systèmes de santé dans le monde ont fait évoluer leurs modalités de financement vers des modèles de paiement alternatifs³⁹, avec des objectifs doubles : renforcer la **rémunération à la performance et à la qualité** et créer des incitatifs à l'intégration et à la coordination des parcours. C'était l'un des enjeux de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 qui a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations reposant notamment sur des modes de financement inédits.

1. Sur la base de l'évaluation des dispositifs développés pour l'article 51, des retours d'expérience issus de la crise sanitaire et des expériences étrangères, **déployer des modèles de paiement alternatifs facilitant la coordination, la qualité et l'efficience.**
2. Développer des incitations économiques pour **encourager les professionnels de première ligne à participer activement à la remontée de données**⁴⁰.

³⁹ OECD, *Better ways to pay for healthcare*, 2016.

⁴⁰ L'avenant 9 à la convention médicale de 2016 signé en juillet 2021 prévoit ainsi des incitations financières pour encourager les médecins à produire un volet de synthèse médicale (VSM) qui pourra alimenter le DMP.

Ainsi les pharmaciens, les médecins généralistes, les infirmiers à domicile ou encore les masseurs-kinésithérapeutes qui sont au contact très précocement des patients (y compris chez eux) pourront participer à la remontée de données pour mieux détecter les risques en amont (fragilité, chutes, santé mentale, alimentation, etc.) et mener des actions de prévention ciblées.

3. **Développer et rendre davantage visible les offres de services relatives à la coordination des parcours.** Les **complémentaires santé** peuvent notamment jouer un rôle majeur dans l'accompagnement personnalisé (*case-management*, préparation à l'hospitalisation, aide à l'orientation dans les parcours, *chatbots*, etc.). Aujourd'hui ces services sont peu visibles et peu utilisés par les assurés.
4. **Inciter les professionnels de santé à utiliser des outils innovants** en refondant le Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (FAMI) à destination des chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes etc.⁴¹ ainsi que les incitations financières à l'équipement et à l'usage des solutions numériques innovantes par les médecins (forfait structure, forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation des cabinets), en priorisant le partage des données et la coordination.
5. **Faciliter l'émergence des « cabinets médicaux de demain »** notamment à travers la création d'un **forfait transformation** incluant les professions non médicales et **composé d'indicateurs liés aux pratiques, qui devrait servir d'incitation réelle à l'émergence de ces cabinets de demain.**

Auteurs

Angèle Malâtre-Lansac, Directrice déléguée à la santé, Institut Montaigne

Liste des personnes interrogées

L'Institut Montaigne remercie particulièrement les personnes suivantes pour leur contribution à ce travail :

- **Aurélien Beaucamp**, président, AIDES
- **Joëlle Bouet**, *Managing director* sur les activités santé, OpusLine
- **Thierry Chiche**, président exécutif, ELSAN
- **Alice Cote**, directrice France, Recare
- **Grégoire Ducret**, directeur de l'innovation & de la Transformation de la Croix-Rouge française, directeur général de 21
- **Emmanuelle Garault**, consultante Affaires Publiques, Communication de Crise, Engagement Parties Prenantes & Prospective, Pigmentum Conseil
- **David Gruson**, directeur programme Santé, Jouve
- **Caroline Guillot**, directrice adjointe des relations associations et citoyens, Health Data Hub
- **Florence Herry**, présidente et fondatrice, Libheros
- **Caroline Izambert**, directrice plaidoyer, AIDES
- **Muriel Jamot**, directrice des métiers et des opérations, Croix-Rouge française
- **Roman Khonsari**, directeur médical, Health Data Hub
- **Stéphane Laurent**, directeur des Partenariats, Téléophtalmo
- **Claire Lhérieu-Calmé**, directrice des affaires publiques France, Doctolib
- **Franck Le Ouay**, co-fondateur & *CEO*, Lifem
- **Laura Létourneau**, déléguée ministérielle au numérique en santé, Ministère des solidarités et de la santé
- **Christian Long**, *Partner*, Stratys
- **Alexandre Maisonneuve**, co-fondateur & directeur médical, Qare
- **Corneliu Malciu**, co-fondateur, ARKHN
- **Francis Mambrini**, président, Fédération des Éditeurs d'Informatique Médicale et paramédicale Ambulatoire (FEIMA)
- **Sébastien Massart**, directeur de la Stratégie, Dassault Systèmes
- **Constance Maudoux**, chargée d'affaires publiques, Doctolib
- **Laure Millet**, responsable du programme santé, Institut Montaigne

⁴¹ Par son montant comme par son contenu, le FAMI peine à convaincre les professionnels de santé. Il manque alors son objectif premier qui est d'inciter les professionnels à moderniser leurs pratiques et outils, du fait de trois raisons : 1) il représente un apport trop faible, 2) il ne permet pas de s'équiper d'outils technologiques à forte valeur ajoutée 3) il valorise des pratiques et équipements déjà entrés dans les habitudes. À titre de comparaison, le montant du FAMI est de 590 euros maximum par praticien par an contre un forfait structure de plus de 6 000 euros pour les médecins, qui augmentera à plus de 10 000 € par an et par médecin en 2022.

- **Étienne Minvielle**, professeur à l'École Polytechnique, directeur de recherche au CNRS et médecin de santé publique à Gustave Roussy
- **Gregory Moscovici**, *Health Project Manager*, Axa Next
- **Stanislas Niox-Château**, président, Doctolib
- **Zachary Pascaud**, assistant chargé d'études, Institut Montaigne
- **Noémie Parker**, *CEO & co-fondatrice*, HOKLA
- **Antoine Peyssonnel**, fondateur, Téléophtalmo
- **Anne Philippot**, directrice expérience client, Digital et Innovation, Roche France
- **Henri Pitron**, directeur global de la communication et des affaires publiques, Doctolib
- **Magaly Rohé**, directrice des opérations, Libheros

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

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Europe : agir ensemble pour la décarbonation (septembre 2021)
- Quelle Allemagne après Merkel? (septembre 2021)
- Quinquennat Macron : le grand décryptage (août 2021)
- Une Chine décarbonée est-elle possible? (juillet 2021)
- Villes, à vos données! (juillet 2021)
- Vu de Pékin : le rebond de l'économie chinoise (juin 2021)
- Régions : le renouveau de l'action publique? (juin 2021)
- La stabilité du Maghreb, un impératif pour l'Europe (mai 2021)
- Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions (mai 2021)
- Relance en Afrique : quel rôle pour les entreprises (mai 2021)
- Religion au travail : croire au dialogue – Baromètre du Fait Religieux en Entreprise (mai 2021)
- FinTech chinoise : l'heure de la reprise en main (avril 2021)
- Enseignement supérieur et recherche : il est temps d'agir! (avril 2021)
- Filière santé : gagnons la course à l'innovation (mars 2021)
- Rééquilibrer le développement de nos territoires (mars 2021)
- China Trends n° 8 – L'armée chinoise en Asie : puissance et coercition (février 2021)
- Repenser la défense face aux crises du 21^e siècle (février 2021)
- Les militants du djihad (janvier 2021)
- Compétitivité de la vallée de la Seine : comment redresser la barre? (janvier 2021)
- Semi-conducteurs : la quête de la Chine (janvier 2021)
- Compétitivité de la vallée de la Seine : comment redresser la barre? (janvier 2021)
- Vaccination en France : l'enjeu de la confiance (décembre 2020)
- Santé mentale : faire face à la crise (décembre 2020)
- Construire la métropole Aix-Marseille-Provence de 2030 (novembre 2020)
- Allemagne-France : pour une politique européenne commune à l'égard de la Chine (novembre 2020)
- Plan de relance : répondre à l'urgence économique (novembre 2020)
- Réformer les retraites en temps de crise (octobre 2020)
- Les quartiers pauvres ont un avenir (octobre 2020)
- Trump ou Biden – comment reconstruire la relation transatlantique? (octobre 2020)
- Le capitalisme responsable : une chance pour l'Europe (septembre 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : neuf idées efficaces en faveur de l'emploi (septembre 2020)
- Information Manipulations Around Covid-19 : France Under Attack (juillet 2020)
- Les entreprises françaises en Afrique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Transatlantic Trends 2020 (juillet 2020)
- Europe's Pushback on China (juin 2020)

- E-santé : augmentons la dose! (juin 2020)
- Dividende carbone : une carte à jouer pour l'Europe (juin 2020)
- L'action publique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Seine-Saint-Denis : les batailles de l'emploi et de l'insertion (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : relançons l'investissement (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : l'enjeu du temps de travail (mai 2020)
- Internet : le péril jeune ? (avril 2020)
- Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie (avril 2020)
- Algorithmes : contrôle des biais S.V.P. (mars 2020)
- Retraites : pour un régime équilibré (mars 2020)
- Espace : le réveil de l'Europe ? (février 2020)
- Données personnelles : comment gagner la bataille ? (décembre 2019)
- Transition énergétique : faisons jouer nos réseaux (décembre 2019)
- Religion au travail : croire au dialogue – Baromètre du Fait Religieux Entreprise 2019 (novembre 2019)
- Taxes de production : préservons les entreprises dans les territoires (octobre 2019)
- Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir (septembre 2019)
- Rénovation énergétique : chantier accessible à tous (juillet 2019)
- Agir pour la parité : performance à la clé (juillet 2019)
- Pour réussir la transition énergétique (juin 2019)
- Europe-Afrique : partenaires particuliers (juin 2019)
- Media polarization « à la française » ? Comparing the French and American ecosystems (mai 2019)
- L'Europe et la 5G : le cas Huawei (partie 2, mai 2019)
- L'Europe et la 5G : passons la cinquième! (partie 1, mai 2019)
- Système de santé : soyez consultés! (avril 2019)
- Travailleurs des plateformes : liberté oui, protection aussi (avril 2019)
- Action publique : pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple (mars 2019)
- La France en morceaux : baromètre des Territoires 2019 (février 2019)
- Énergie solaire en Afrique : un avenir rayonnant ? (février 2019)
- IA et emploi en santé : quoi de neuf docteur ? (janvier 2019)
- Cybermenace : avis de tempête (novembre 2018)
- Partenariat franco-britannique de défense et de sécurité : améliorer notre coopération (novembre 2018)
- Sauver le droit d'asile (octobre 2018)
- Industrie du futur, prêts, partez! (septembre 2018)
- La fabrique de l'islamisme (septembre 2018)
- Protection sociale : une mise à jour vitale (mars 2018)
- Innovation en santé : soignons nos talents (mars 2018)
- Travail en prison : préparer (vraiment) l'après (février 2018)

- ETI : taille intermédiaire, gros potentiel (janvier 2018)
- Réforme de la formation professionnelle : allons jusqu'au bout! (janvier 2018)
- Espace : l'Europe contre-attaque ? (décembre 2017)
- Justice : faites entrer le numérique (novembre 2017)
- Apprentissage : les trois clés d'une véritable transformation (octobre 2017)
- Prêts pour l'Afrique d'aujourd'hui ? (septembre 2017)
- Nouveau monde arabe, nouvelle « politique arabe » pour la France (août 2017)
- Enseignement supérieur et numérique : connectez-vous! (juin 2017)
- Syrie : en finir avec une guerre sans fin (juin 2017)
- Énergie : priorité au climat! (juin 2017)
- Quelle place pour la voiture demain ? (mai 2017)
- Sécurité nationale : quels moyens pour quelles priorités ? (avril 2017)
- Tourisme en France : cliquez ici pour rafraîchir (mars 2017)
- L'Europe dont nous avons besoin (mars 2017)
- Dernière chance pour le paritarisme de gestion (mars 2017)
- L'impossible État actionnaire ? (janvier 2017)
- Un capital emploi formation pour tous (janvier 2017)
- Économie circulaire, réconcilier croissance et environnement (novembre 2016)
- Traité transatlantique : pourquoi persévérer (octobre 2016)
- Un islam français est possible (septembre 2016)
- Refonder la sécurité nationale (septembre 2016)
- Brexain ou Brexit : Europe, prépare ton avenir! (juin 2016)
- Réanimer le système de santé – Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)
- Sauver le dialogue social (septembre 2015)
- Politique du logement : faire sauter les verrous (juillet 2015)
- Faire du bien vieillir un projet de société (juin 2015)
- Dépense publique : le temps de l'action (mai 2015)
- Apprentissage : un vaccin contre le chômage des jeunes (mai 2015)

- Big Data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique (avril 2015)
- Université : pour une nouvelle ambition (avril 2015)
- Rallumer la télévision : 10 propositions pour faire rayonner l'audiovisuel français (février 2015)
- Marché du travail : la grande fracture (février 2015)
- Concilier efficacité économique et démocratie : l'exemple mutualiste (décembre 2014)
- Résidences Seniors : une alternative à développer (décembre 2014)
- Business schools : rester des champions dans la compétition internationale (novembre 2014)
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français (octobre 2014)
- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)
- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan ? (septembre 2014)
- Et la confiance, bordel ? (août 2014)
- Gaz de schiste : comment avancer (juillet 2014)
- Pour une véritable politique publique du renseignement (juillet 2014)
- Rester le leader mondial du tourisme, un enjeu vital pour la France (juin 2014)
- 1 151 milliards d'euros de dépenses publiques : quels résultats ? (février 2014)
- Comment renforcer l'Europe politique (janvier 2014)
- Améliorer l'équité et l'efficacité de l'assurance-chômage (décembre 2013)
- Santé : faire le pari de l'innovation (décembre 2013)
- Afrique-France : mettre en œuvre le co-développement Contribution au XXVI^e sommet Afrique-France (décembre 2013)
- Chômage : inverser la courbe (octobre 2013)
- Mettre la fiscalité au service de la croissance (septembre 2013)
- Vive le long terme ! Les entreprises familiales au service de la croissance et de l'emploi (septembre 2013)
- Habitat : pour une transition énergétique ambitieuse (septembre 2013)
- Commerce extérieur : refuser le déclin
Propositions pour renforcer notre présence dans les échanges internationaux (juillet 2013)
- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre ? (avril 2013)
- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)
- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise ? (janvier 2013)

- Redonner sens et efficacité à la dépense publique 15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française ? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle ? (novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance : 20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale ? (septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)
- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... » Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good ? Partis pour de bon ?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique – France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang ? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir ? (juillet 2008)

- HLM, parc privé
Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France... Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam... Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe ? (septembre 2007)
- L'exemple inattendu des Vets
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012 – Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus. Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne ? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations... Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 – Réédition septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :

www.institutmontaigne.org

INSTITUT MONTAIGNE



ABB FRANCE
 ABBVIE
 ACCENTURE
 ACCURACY
 ACTIVEO
 ADECCO
 ADEO
 ADIT
 ADVANCY
 AIR FRANCE - KLM
 AIR LIQUIDE
 AIRBUS
 ALKEN ASSET MANAGEMENT
 ALLEN & OVERY
 ALLIANZ
 ALVAREZ & MARSAL FRANCE
 AMAZON
 AMBER CAPITAL
 AMUNDI
 ANTIN INFRASTRUCTURE PARTNERS
 ARCHERY STRATEGY CONSULTING
 ARCHIMED
 ARDIAN
 ASTRAZENECA
 AUGUST DEBOUZY
 AVRIL
 AXA
 BAKER & MCKENZIE
 BEARINGPOINT
 BESSÉ
 BG GROUP
 BNP PARIBAS
 BOLLORE
 BOUYGUES
 BROUSSE VERGEZ
 BRUNSWICK
 CANDRIAM
 CAPGEMINI
 CAPITAL GROUP
 CAREIT ASSET ET PROPERTY MANAGEMENT
 CARREFOUR
 CASINO
 CHUBB
 CIS
 CISCO SYSTEMS FRANCE
 CLUB TOP 20
 CMA CGM
 CNP ASSURANCES
 COHEN AMIR-ASLANI

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

INSTITUT MONTAIGNE



COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM
CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
CORRÈZE & ZAMBÈZE
CRÉDIT AGRICOLE
D'ANGELIN & CO.LTD
DASSAULT SYSTÈMES
DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
DENTSU AEGIS NETWORK
DOCTOLIB
DRIVE INNOVATION INSIGHT - DII
ECL GROUP
EDENRED
EDF
EDHEC BUSINESS SCHOOL
EDWARDS LIFESCIENCES
ELSAN
ENEDIS
ENGIE
EQT
EQUANCY
ESL & NETWORK
ETHIQUE & DÉVELOPPEMENT
EUROGROUP CONSULTING
FIVES
FONCIA GROUPE
FONCIÈRE INEA
GALILEO GLOBAL EDUCATION
GETLINK
GIDE LOYRETTE NOUËL
GOOGLE
GRAS SAVOYE
GROUPAMA
GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
GROUPE M6
GROUPE ORANGE
HAMEUR ET CIE
HENNER
HSBC CONTINENTAL EUROPE
IBM FRANCE
IFPASS
ING BANK FRANCE
INKARN
INSTITUT MÉRIEUX
INTERNATIONAL SOS
INTERPARFUMS
IONIS EDUCATION GROUP
ISRP
IZIWORK
JEANTET ASSOCIÉS

INSTITUT MONTAIGNE



JOLT CAPITAL
KANTAR
KATALYSE
KEARNEY
KEDGE BUSINESS SCHOOL
KKR
KPMG S.A.
LA BANQUE POSTALE
LA COMPAGNIE FRUITIÈRE
LINEDATA SERVICES
LINKEDIN
LIVANOVA
L'ORÉAL
LOXAM
LVMH - MOËT-HENNESSY - LOUIS VUITTON
M.CHARRAIRE
MACSF
MALAKOFF HUMANIS
MAREMMA
MAZARS
MCKINSEY & COMPANY FRANCE
MÉDIA-PARTICIPATIONS
MEDIOBANCA
MERCER
MERIDIAM
MICHELIN
MICROSOFT FRANCE
MITSUBISHI FRANCE S.A.S
MOELIS & COMPANY
NATIXIS
NESTLÉ
NEXITY
ODDO BHF
ONDRA PARTNERS
ONEPOINT
ONET
OPTIGESTION
ORANO
ORTEC GROUP
OWKIN
PAI PARTNERS
PERGAMON
POLYTANE
PRODWARE
PRUDENTIA CAPITAL
PWC FRANCE & MAGHREB
RAISE
RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
RANDSTAD

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE



RATP
RELX GROUP
RENAULT
REXEL
RICOL LASTEYRIE
RIVOLIER
ROCHE
ROLAND BERGER
ROTHSCHILD MARTIN MAUREL
RTE
SAFRAN
SANOFI
SAP FRANCE
SCHNEIDER ELECTRIC
SERVIER
SGS
SIA PARTNERS
SIACI SAINT HONORÉ
SIEMENS
SIEMENS ENERGY
SIER CONSTRUCTEUR
SNCF
SNCF RÉSEAU
SODEXO
SPVIE
STAN
SUEZ
SYSTEMIS
TALAN
TECNET PARTICIPATIONS SARL
TEREGA
THE BOSTON CONSULTING GROUP
TILDER
TOFANE
TOTALENERGIES
UBS FRANCE
VEOLIA
VERLINGUE
VINCI
VIVENDI
WAKAM
WAVESTONE
WENDEL
WILLIS TOWERS WATSON
WORDAPPEAL
ZURICH



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castris président, Institut Montaigne

MEMBRES

David Azéma associé, Perella Weinberg Partners

Emmanuelle Barbara *Senior Partner*, August Debouzy

Marguerite Bérard directrice des Réseaux France, BNP Paribas

Jean-Pierre Clamadieu président du Conseil d'Administration, ENGIE

Paul Hermelin président du Conseil d'administration, Capgemini

Marwan Lahoud président, Ace Capital Partners

Natalie Rastoin présidente, Polytane ; *Senior Advisor*, WPP

René Ricol président, Ricol Lasteyrie

Jean-Dominique Senard président du Conseil d'administration, Groupe Renault

Arnaud Vaissié président-directeur général, International SOS

Natacha Valla économiste ; doyenne de l'École de Management et d'Innovation, Sciences Po

Florence Verzelen directrice générale adjointe, Dassault Systèmes

Philippe Wahl président-directeur général, Groupe La Poste

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Claude Bébéar fondateur et président d'honneur, AXA

Photo de couverture © Wayhome Studio.

Imprimé en France
Dépôt légal : septembre 2021
ISSN : 1771-6756

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE



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

Parcours patient : parcours du combattant ?

Et si s'orienter dans le système de santé était devenu un véritable parcours du combattant pour les patients ? La crise sanitaire a montré la résilience des acteurs de terrain mais a aussi levé le voile sur l'opacité de notre système de santé, la multiplication des structures et les fonctionnements en silo. Ces dysfonctionnements se répercutent sur les prises en charge des patients, sur les coûts comme sur la qualité des soins.

Pour faire face à ces défis, cette note formule cinq axes de recommandations : investir sur le capital humain ; faire de la qualité la boussole du système ; miser sur les données de santé ; faciliter l'accès pour tous à la santé et inciter à la coordination entre acteurs.

Universitaires, associations, entreprises du secteur de la santé et de la e-santé, professionnels de santé et pouvoirs publics : cette note rédigée par Angèle Malâtre-Lansac est le fruit de près de 30 auditions d'acteurs et s'inscrit dans le prolongement de nombreux travaux menés par l'Institut Montaigne sur la santé.

Rejoignez-nous sur :



Suivez chaque semaine notre actualité
en vous abonnant à notre newsletter sur :
www.institutmontaigne.org

Institut Montaigne

59, rue La Boétie - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60
www.institutmontaigne.org

ISSN 1771-6756
SEPTEMBRE 2021