

**La soutenabilité du système de santé :
le cas des expérimentations Article 51 LFSS 2018**

Mathilde Bigé

Mémoire de fin d'études - Master 2 Droit et politiques de santé

Sous la direction du Pr Johanne Saison

Année universitaire 2019-2020

Résumé

La soutenabilité du système de santé est un enjeu prégnant. Construit dans un contexte démographique et économique particulier, il s'inspire de deux modèles pour créer un système ne faisant pas l'unanimité à sa création. La Sécurité sociale, protectrice du travailleur, va développer une branche maladie indépendante modifiant les enjeux. Face à la caducité du système et sa forte bureaucratisation, une culture de l'innovation instaurée par des modifications législatives a permis la mise en place des expérimentations en santé de l'article 51 Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018. Ce dispositif pose les jalons d'une réforme profonde nécessaire à la soutenabilité du système de santé français.

Mots-clés

Protection sociale ; Réforme ; Système de santé ; Innovation.

Abstract

Sustainability of the health system is a significant challenge. Built during a specific demographic and economic context, it was created according to two models and did not get the expected support at first. The "Sécurité sociale", protector of the workers, progressively developed an independent health insurance division adjusting the challenges it faces. Dealing with the lapse of the system and its strong bureaucracy, a culture towards innovation has been progressively implemented through a legislative path. That has allowed the setting of experimentations under the Article 51 of the Financing Law of the Sécurité Social 2018. This apparatus sets the stage for a deep reform necessary to the sustainability of French health system.

Keywords

Sociale Protection ; Reform ; Health System ; Innovation

Remerciements

Je souhaite remercier Johanne Saison pour son accompagnement malgré des délais très courts sur ce mémoire, ainsi que pour ces deux années de Master enrichissantes intellectuellement et humainement. Merci de m'avoir permis d'intégrer ce master transversal aux profils divers.

Une pensée particulière va à Anne-Sophie Couton, Inspectrice des Affaires Sanitaires et Sociales, qui la première m'a donné une chance en intégrant l'ARS Bourgogne Franche-Comté et m'a permis de découvrir cet univers. De même, je souhaite remercier Amély Portron, qui m'a accordé sa confiance dès notre premier appel téléphonique en février dernier et qui m'a accompagné tout le long de ce stage en Nouvelle-Aquitaine pour m'initier à l'accompagnement des AMI article 51.

Merci à l'ensemble des agents de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ainsi que les différents porteurs de projets issus de l'article 51 LFSS 2018 qui ont accepté de répondre à mes sollicitations avec patience et bienveillance. Ces échanges ont été d'une richesse notable, tant sur le plan professionnel que humain.

Je souhaite également remercier Hélène et Evelyne, mes collègues de bureau, pour l'accompagnement, chaque jour, et pour avoir veillé au bon avancement de ce mémoire. Les biscuits Bijou ne sont pas inconnus à la finalisation de ce document.

Merci à Francette, Gaël, Anne, et Charlotte, mes fidèles partenaires de restaurants et de bières tardives ponctuées de "on sera jamais à l'heure demain matin, autant aller prendre un dernier verre". Merci pour vos rires, merci pour vos remontrances face à mon retard toujours plus prononcé sur ce mémoire, merci pour vos encouragements et de m'avoir redonné un peu espoir à chaque fois où j'ai cru qu'il n'y avait plus d'avenir.

Merci à Elisa, Thomas et Romane, fidèles compagnons de Master dans le rire et les larmes, d'avoir rendu ces deux années festives et intellectuellement satisfaisantes. Thomas, je te dois un milliard de cafés, je ne manquerai pas de contacter mon épicier préféré le jour où mon coeur lâchera.

Merci à Apolline et Louise, mes colocataires, mes mères, qui m'ont nourri, qui se sont occupées de l'intégralité des tâches ménagères de cette année afin de me permettre de vivre mes trois vies entre Moulins, Wazemmes et Bordeaux ; je ne vous couvrirai jamais assez de canelés face à l'amour que vous m'avez donné. Les plaids sont descendus à Bordeaux, je vous attends pour le prochain chocolat chaud devant une sitcom de mauvaise qualité (je mettrai une photo de Chirac au mur pour ne pas créer un traumatisme de dépaysement).

Merci à l'Auberge Espagnole, ces amis de lycée maintenant colocataires bordelais. Orléans, Lille, et maintenant Bordeaux, la famille reste solide et s'agrandit progressivement (Marie,

merci de compenser la testostérone prégnante dans ce lieu). Je vous dois encore quelques repas pour ces deux jours de correction et ma tendance grandissante à râler à l'approche de la date fatidique.

Merci à Marie-Anne qui chaque jour depuis mon enfance me fait rire et me rassure, merci à mes soeurs (je vous ai mis) et merci aux dinos, je ne vous ai jamais autant eu dans la peau.

Merci mes chers parents de m'avoir fait confiance dès mon départ d'Orléans et de m'avoir soutenu durant ces cinq années lilloises, dans les réussites et dans les difficultés.

Enfin, Clément, merci d'accepter le package complet, les rires, les doutes, la folie et mes plats aux portions trop petites pour ton appétit d'ogre. Je n'oublierai pas ce café de grande qualité qui vient m'aider à conclure ce mémoire. Je suis heureuse d'avoir recroisé ton chemin après l'avoir longé trop longtemps.

Table des matières

Introduction	7
Contexte	12
Revue de littérature	13
Études de cas	15
Méthode	16
Cadre d'analyse	17
Partie 1 : Un système dépendant d'un contexte économique et démographique particulier.	21
Titre 1. Le système de protection sociale français.	21
Chapitre 1. Émergence de deux philosophies distinctes de protection sociale	22
Section 1. Emergence de la protection sociale	22
Section 2. Le système Bismarckien	23
Section 3. Le système Beveridgien	24
Chapitre 2. Un modèle français pluriel	25
Section 1. Le contexte idéologique du 20ème	25
Section 2. Les attentes concernant la formation de la Sécurité sociale	26
Section 3. Le modèle à la française	26
Titre 2. La Sécurité sociale : un modèle évolutif dépendant du contexte	28
Chapitre 1. Un contexte propice au développement d'un modèle français	28
Section 1. Héritage de 1936 et fin de la seconde guerre mondiale : la nécessaire refondation d'un lien entre les Français	28
Section 2. L'entourage de De Gaulle, un vivier pour l'État Providence.	29
Section 3. Une situation économique et démographique favorable à un modèle d'État Providence	30
Chapitre 2. D'une protection sociale du salarié à la création de la branche maladie universelle	31
Section 1. Un système assurantiel pour protéger le père de famille : l'assurance maladie solidaire	31
Section 2. La division en branche de risques	32
Section 3. La branche maladie, financeur de soins	33
Partie 2. Refondation du système de santé	35
Titre 1. Un système caduque	36
Chapitre 1. Un système perçu comme bureaucratique	36
Section 1. La tentative de décentralisation pour se rapprocher des enjeux locaux d'offre et de gestion de soins	37
Section 2. Entre tâches administratives chronophages et recherche de revalorisation du temps médical	38
Chapitre 2. Une vision de la santé dans sa globalité.	40

Section 1. D'une santé curative à une santé préventive	40
Section 2. D'une santé individuelle à une santé globale	42
Titre 2. Une tentative d'implication croissante des médecins en dehors du cadre législatif	44
Chapitre 1. Une conception corporatiste de l'investissement dans la gestion de l'offre sanitaire	44
Chapitre 2. La mise en place progressive de dispositifs d'incitation à la prise en compte d'intérêts autres que ceux de la profession	45
Partie 3. Cas pratique : les innovations en santé issues de l'article 51 LFSS 2018	47
Titre 1. Un changement de paradigme à l'origine d'innovations	47
Chapitre 1. La santé comme globalité : émergence des parcours de santé	48
Chapitre 2. Les innovations liées aux modes d'organisation	49
Chapitre 3. Les innovations issues de modes de financement	50
Titre 2. Création d'un cadre juridique propice à l'innovation	51
Chapitre 1. Des avancées successives favorables.	52
Chapitre 2. Le développement de l'article 51 LFSS 2018	54
Chapitre 3. La création des Appels à Manifestation d'Intérêt : entre modèle efficient et financement durable	56
Titre 3. Les innovations issues des AMI : des modèles novateurs centrés autour du patient et de la coopération professionnelle	58
Chapitre 1. Trois AMI mis en place au niveau national	59
Chapitre 2. Des AMI issus de l'expérience étrangère	60
Section 1. Bundled payment for care improvement (capitation ajustée et shared savings)	61
Section 2. Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis	62
Section 3. La prise en charge forfaitaire en Belgique	63
Section 4. Quality and Outcome Framework (Grande-Bretagne)	64
Chapitre 3. Trois AMI déployés au niveau national pour impulser une dynamique et expérimenter sur des territoires divers	65
Section 1. Un ensemble de dérogation au financement et à l'organisation réglementaire	66
Section 2. Un lancement national après une adaptation des modèles étrangers	66
Section 3. La Bottom-up approach comme outil d'une création itérative consciente des enjeux de terrain	67
Section 4. La collaboration comme support d'amélioration	68
Section 5. Les outils, moyens d'innovation annexes et centraux	69
Titre 4. Limites et perspectives	71
Chapitre 1. Acculturation des acteurs	71
Chapitre 2. La généralisation des expérimentations : la difficile question des territoires ultra-marins	72
Chapitre 3. La co-construction acteur-Etat : un modèle plébiscité	73
Conclusion	75

Bibliographie	79
Annexe 1. Liste des abréviations	85
Annexe 2 : Graphiques et tableaux	87
Figure 1. Consommation moyenne par tranche d'âge et sexe, en 2011 et 2015	87
Figure 2. Effectifs de médecins en activité à l'horizon 2040 selon le scénario tendanciel et les différentes variantes	88

Introduction

La crise de la Covid a ébranlé le monde entier, provoquant des conséquences sociales, sanitaires et économiques qui auront un impact sur les années à venir. Cette crise sanitaire a été l'occasion d'un état des lieux dans l'urgence de notre système de santé. La crise a en effet mis en lumière un certain nombre de dysfonctionnements matériels, organisationnels et de gouvernance au sein du système de santé français qui, s'ils existaient en amont de la crise, se sont révélés aux yeux du plus grand nombre à son occasion.

Outre la question de la communication gouvernementale sur la réalité des stocks et moyens étatiques et privés disponibles sur le territoire pour faire face à la crise, la question de l'organisation et du financement du système de santé a été au cœur des inquiétudes. Le 15 avril 2020, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie émet un premier avis défavorable concernant le respect de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)¹ suite à la loi de finances rectificative pour 2020². Ce dernier est justifié par la crise sanitaire nécessitant des mesures importantes et une mobilisation de moyens techniques, humains et financiers sans précédent. Cet avis intervient en application de l'article L.114-4-1 du Code de la Sécurité Sociale mentionnant le rôle de ce comité comme suit : « *il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles* » et « *en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours* ».

Cet ONDAM, créé en 1996, est un outil de régulation des dépenses du système de soins. Il vise à limiter la croissance de la part des dépenses de santé dans le budget national. Il est voté chaque année lors du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS). Il se base sur les prévisions de recettes et les objectifs des dépenses de la Sécurité Sociale. Il est le fruit d'un besoin croissant apparu à la fin du 20ème siècle, à savoir le besoin de contrôler les dépenses d'assurance maladie dont la croissance dépassait la croissance réelle du Produit Intérieur Brut (PIB) français. À terme, ce delta entre la croissance réelle des ressources nationales par rapport aux dépenses engagées aurait engendré l'effondrement du système de santé dans sa forme historique. L'ONDAM est ainsi apparu comme un outil permettant de limiter la croissance des dépenses. Cet ONDAM seul ne peut permettre la rationalisation des

¹ Avis du Comité d'alerte n°2020-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

² Loi n°2020-289 du 23 mars 2020 de finances rectificative pour 2020.

dépenses et à terme n'est pas la solution pour le financement du système de santé français mais seulement une des réponses pour qu'il perdure.

De ce constat a émergé au fil des années l'idée de performance du système de santé. En 2008 était signé par les 53 pays de la région Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la Charte de Tallin. Par cette charte, les signataires s'engageaient à rendre compte de la performance de leur système de santé via des mesures objectives (Vrijens et al., 2014, pp.83-102). Cette performance peut être évaluée selon différentes dimensions telles que l'accessibilité, la qualité des soins, l'efficacité et la durabilité du système. Cette idée de la performance du système de santé est un instrument de gouvernance pour « *assurer l'amélioration des systèmes de santé* » (Smith, Mossialos, Papanicolas, 2008, p.i) et « *rendre ceux-ci plus responsables* » (*ibid.*). La responsabilisation des acteurs, pour améliorer la performance du système dans son ensemble, doit être le résultat d'un cadre conceptuel clair et « *d'un alignement avec d'autres mécanismes des systèmes de santé, tels que le financement* » (Smith, Mossialos, Papanicolas, 2008, p.iii). Ainsi, la performance d'un système ne va pas sans un cadre conceptuel et un mode de financement adaptés à des modifications pour permettre l'efficacité.

Les indicateurs de performance font chacun l'objet de caractéristiques propres. L'accessibilité correspond à la facilité d'accès des soins pour les usagers et le temps d'accès. Ces éléments concernent autant le curatif que le préventif (Vrijens et al., 2014, pp.83-102). Concernant la qualité des soins, on entend « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'améliorer la probabilité d'obtenir les effets souhaités sur la santé, dans l'état actuel des connaissances* » (Vlayen, Van de Water et al., 2006). L'efficacité est définie comme l'équilibre entre l'apport d'une quantité adéquate de ressources dans le système et l'utilisation de ces mêmes ressources pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Enfin, la durabilité, aussi appelée pérennité, est constituée de différents éléments définis par Vlayen, Vanthomme et al. (2010). Pour ces auteurs, la pérennité est la capacité du système à offrir et maintenir les ressources humaines, y compris en ce qui concerne la formation et l'enseignement, et les infrastructures et équipements nécessaires, à répondre aux besoins émergents, à maintenir durablement un financement relevant de recettes collectives. Enfin, ce système doit être innovant.

Ainsi, les systèmes de santé, en France tout comme à l'échelle de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), se questionnent sur leur performance et leur soutenabilité.

Le terme « soutenabilité » est un vocable dont l'appropriation s'est faite par différentes matières. On entend par soutenabilité en économie « *ce qui peut être soutenu, garanti* »³. En économie appliquée à l'environnement, une définition a été proposée, en lien avec l'idée de développement durable, de la soutenabilité, via le rapport Brundtland (1987) : « *répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations à venir de satisfaire les leurs* ». L'idée, largement développée depuis les années 1970, de soutenabilité, a peu à peu été appliquée à des domaines plus restreints que l'économie. Il est notamment utilisé en application à la santé dans la question des dépenses qu'elle génère (André, 2019). Or, il faut garder à l'esprit qu'entre 1950 et 2018, les dépenses de santé ont augmenté à un rythme plus important que le PIB⁴.

Cette définition implique un ensemble de principes et de valeurs sous-jacentes concernant le bien commun et la pérennité d'un système. Tout d'abord, la Sécurité Sociale française est née au sortir de la guerre. Le pays doit être reconstruit, tant matériellement que dans la reconstruction d'une Nation déchirée par la guerre. Ainsi, le système se veut penser et gérer dans un modèle de construction démocratique. Ensuite, la valeur centrale de la construction de la Sécurité Sociale en 1945 était la solidarité. Cette idée d'une Sécurité sociale solidaire, d'abord pensée pour subvenir aux besoins des familles dont le père de famille ne serait plus en capacité de travailler et permettre un revenu suffisant pour la famille, s'est peu à peu élargi aux risques vieillesse, chômage, famille, maladie et prochainement autonomie. Le risque maladie, avec l'évolution de la conception de la santé, s'entend de plus en plus comme une assurance y compris en amont du curatif.

La Sécurité Sociale, et particulièrement la branche Assurance Maladie, sont un objet de recherche continue quant au financement du fait de cette valeur centrale de la solidarité dans sa conception. Penser comme une assurance, le financement de l'Assurance Maladie dépend de l'activité économique tandis que les dépenses associées en sont dissociées (Benamouzig, 2015, p.1). Chaque année, le budget de la Sécurité Sociale fait l'objet d'un projet de loi déposé courant octobre pour un vote avant la fin décembre. Il fait l'objet de débats et discussions quant à l'allocation des différentes ressources. L'observation des recettes et des dépenses de l'année précédente est par ailleurs un point important qui permet de distinguer les tendances en cours en termes d'origines des recettes, d'augmentation des dépenses mais aussi stabilisation ou diminution de certaines. De plus, ces débats permettent de faire le point

³ Universalis, « [Soutenabilité](#) »

⁴ D'après la Drees dans son étude de 2019 portant sur les dépenses de santé de 2018, les dépenses de santé ont augmenté de +9,6 % pour la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), contre +7,9 % pour le PIB en valeur". (Drees, 2019, Les dépenses de santé en 2018, Résultats des comptes de la santé, p.22) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2019.pdf>

sur l'évaluation des dispositifs en cours de mise en oeuvre. Cette évaluation, liée au souhait de transparence des dépenses publiques, est rendue obligatoire par la circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public⁵, dite circulaire Rocard.

Le système de santé français fait également l'objet d'un changement de paradigme. La santé, envisagée de plus en plus par le spectre de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé comprenant la santé comme « *un état de complet bien-être* »⁶, n'est plus seulement envisagée sous un angle curatif mais prend également en compte le préventif. Cette vision plus globale de la santé modifie la focale de la prise en charge. La santé n'est plus considérée uniquement à l'acte, c'est le parcours complet, centré autour du patient, qui se développe pour mieux prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé.

C'est ainsi que la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé, du 21 janvier 2016, contient deux titres au nom évocateur de ces changements. Tout d'abord le titre III, « *Innover pour garantir la pérennité du système de santé* », montrant une réelle réflexion tournée vers l'idée d'une soutenabilité du système assurée par la Nation pour assurer « *à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement* »⁷. Ensuite, le titre II de cette même loi montre une modification du spectre dans lequel s'inscrit la conception de la santé. Loin de la conception centrée sur la rémunération des actes où le soin est détaché de la prévention, le Titre II de la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé est nommée « *Faciliter au quotidien les parcours de santé* ». Ce titre montre que la santé telle qu'entendue par la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé connaît des débuts réglementaires permettant d'envisager son application.

La notion de parcours devient un élément prédominant dans la doctrine législative entourant la santé, nécessitant une refonte en profondeur de l'organisation sanitaire, mais également du financement de ce système longtemps focalisé uniquement sur la valeur de l'acte.

Ainsi, l'analyse des expérimentations issues des Appels à Manifestation d'Intérêt (AMI) de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018 est pertinente en ce qu'elle s'inscrit dans une évolution conceptuelle et réglementaire favorable à ce type de développement. De plus, cela se justifie par un besoin social d'une meilleure prise en compte de l'individu en tant qu'acteur de sa santé, déjà mis en avant par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi Kouchner.

⁵ Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, J.O. du 24/02/1989 pp. 2526-2529

⁶ Organisation Mondiale de la Santé, [Constitution de l'OMS](#)

⁷ Légifrance, [Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946](#)

De plus, cette analyse est pertinente à l'heure où les systèmes de santé d'inspiration bismarckienne et beveridgienne, héritage dans lequel le système de santé français s'inscrit, se réforment, contraints par les évolutions démographiques, par les innovations technologiques et scientifiques dont le coût augmente les dépenses de santé chaque année et enfin par un financement de plus en plus complexe à assurer.

Le choix du législateur français a été de se tourner vers la recherche de performance et plus particulièrement vers l'innovation qui y est liée. Ce choix montre une volonté de maintenir un système de santé basé sur l'accès aux soins pour tous tout en cherchant à exploiter de manière efficiente les ressources humaines, financières et matérielles mises en oeuvre pour le système. Ces éléments sont d'ailleurs primordiaux et constituent la base de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, où l'innovation est liée à la place de l'utilisateur dans un parcours de santé qui lui est propre et où les innovations touchent tous les domaines, que ce soit les connaissances, les technologies, les organisations ou encore le numérique.

Pour appuyer cette démarche, un Fonds pour l'Innovation du Système de Santé (FISS) a été créé en 2018. Il a fait l'objet d'une dotation par la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de 20 millions d'euros en 2018, 30 millions en 2019⁸ et 35 millions d'euros pour l'exercice 2020⁹.

La question de la soutenabilité étant centrale pour la pérennité de notre système de santé, il est pertinent de s'intéresser au contexte de sa création pour mieux expliquer les évolutions et les choix faits quant à la rénovation des modes de fonctionnement du système de santé aujourd'hui. Ainsi, le choix des innovations en santé issues de l'Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018 est d'autant plus pertinent qu'il fait l'objet d'un réel effort budgétaire croissant pour son déploiement depuis 2018 et que des expérimentations sont menées en simultané partout en France métropolitaine et en territoires ultra-marins.

⁸ APM News, Expérimentations organisationnelles: le fonds de financement doté de 35 millions d'euros en 2020, dépêche du 5 février 2020. <https://www.apmnews.com/depeche/165113/346929/experimentations-organisationnelles-le-fonds-de-financement-dote-de-35-millions-d-euros-en-2020>

⁹ [Légifrance. Arrêté du 24 janvier 2020 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2020, Journal Officiel n°30 du 5 février 2020, texte 14.](#)

Contexte

Pour mieux appréhender le sujet, il est nécessaire de revenir sur certains éléments contextuels permettant de mieux cerner les enjeux démographiques et structurels liés à la santé en France, ainsi que de s'intéresser aux déterminants de santé les plus marquants chez les Français.

Tout d'abord, le système de santé français est influencé par les facteurs démographiques. En effet, d'après la Drees dans une étude de 2017, les facteurs démographiques jouent pour moitié dans la hausse des dépenses de santé entre 2011 et 2015 (Grangier, Mikou, Roussel, Solard, 2017). Entre 2011 et 2015, les dépenses de santé ont augmenté de 8,9%. Cette augmentation s'explique par la modification structurelle de la population française : on constate dans le même temps un accroissement de la population et un vieillissement de cette dernière, expliquant une hausse de la consommation de soins (voir Annexe 2, Figure 1).

De plus, la modification de la structure de la population mène à une modification de la structure des pathologies en son sein. En effet, le rapport sur l'état de santé des Français en 2017 montre que le vieillissement des Français augmente la prévalence des maladies chroniques et notamment en ce qui concerne les cancers, les hospitalisations liées aux accidents vasculaires cérébraux, les bronchopneumopathies chroniques obstructives, le diabète et l'insuffisance rénale chronique terminale (L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017). De plus, le nombre de patients polypathologiques augmente (ibid).

Cette hausse de la consommation de soins liée à l'augmentation démographique et aux pathologies prédominantes doit être mise en perspective avec l'évolution de la démographie médicale. En effet, les projections montrent une évolution du profil des médecins et donc de la structure de la démographie médicale d'ici à 2040. Tout d'abord, le nombre de généralistes, si les comportements restent similaires, devrait augmenter de manière moins dynamique que le nombre de spécialistes (Bachelet, Anguis, 2017). De plus, la féminisation du métier ainsi que le recours de plus en plus fréquent à un exercice salarié par les médecins généralistes devraient conduire à une baisse de l'offre de soins (ibid) (Annexe 2, Figure 2) .

Cette modification dans l'accès aux soins de premier recours oblige à envisager l'accès aux soins et la coordination des secteurs ville et hôpital afin d'assurer l'accès aux soins.

Le secteur hospitalier lui aussi connaît cependant des modifications dans son activité. Tout d'abord, le vieillissement de la population engendrerait une augmentation du nombre de lits

d'hospitalisation complète de 28% d'ici 2030 (Brilhault, Millien, 2017). Cependant, les récentes évolutions valorisant la coordination ville-hôpital et le recours plus important aux séjours ambulatoires conduiraient à une diminution de 3 millions de journées d'hospitalisations complètes et le nombre de séjours en ambulatoire augmenterait de 50% en 2030 par rapport à 2012 (Brilhault, Millien, 2017).

Enfin, la population française est exposée à certains déterminants de santé dont la prédominance structure le besoin en soins et en prévention. En 2014, 40% des Français de plus de 15 ans évoquent un problème de santé chronique (Pisarik, Rochereau, 2017). Si la santé mentale au travers du prisme des symptômes dépressifs est mise en avant dans cette étude (1 femme sur 10 et 1 homme sur 20 sur la base du déclaratif), elle n'en sera cependant pas l'objet au cours de cette analyse, la santé mentale n'étant pas un des champs abordés par les Appels à Manifestation d'Intérêt de l'Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018. Les facteurs de risques les plus prégnants parmi la population française sont le surpoids ou l'obésité pour 46% de la population métropolitaine et la consommation tabagique quotidienne pour 22% de la population (Pisarik, Rochereau, 2017). Ces deux facteurs de risques sont des facteurs aggravants à l'apparition de nombreuses maladies chroniques.

Ces éléments de contextualisation nous éclairent sur les particularités de la structure des besoins en santé en France qui motivent la réforme du système et les moyens par lesquels cette réforme est mise en oeuvre. Cette contextualisation souligne un besoin de réflexion sur le lien ville-hôpital pour adapter l'offre des deux secteurs par rapport aux évolutions de chacun. De même, ces éléments montrent que la population française est principalement confrontée à des maladies chroniques et à des déterminants de santé nécessitant une prise en charge précoce par la prévention pour limiter l'apparition de maladies chroniques.

Revue de littérature

La question de la protection sociale a été étudiée pour la période du Moyen-Âge par le biais de l'étude de la mendicité et du vagabondage, que ce soit en France (Chartier, 1982), en Europe ou en Amérique. Longtemps affaire des mécènes, des pouvoirs royaux ou de l'Église, la première mission de cette protection s'est tournée vers l'hébergement des indigents dans un premier temps (Damon, Ferras, 2015, p.8). Progressivement s'ajoute à cela une protection corporatiste des travailleurs, mouvement encouragé par Colbert en 1673 avec la création « *d'une caisse des invalides de la marine* » (*ibid.*). La protection sociale est principalement assurantielle et est guidée par une volonté de gestion des pauvres (Damon, Ferras, 2015, p.9).

Ainsi, les travaux se sont longtemps focalisés sur les questions de la mendicité, du vagabondage et de la pauvreté.

La protection sociale telle que nous la connaissons a cependant été également beaucoup étudiée. Récemment, c'est au travers du prisme de la crise de la protection sociale que Pierre Rosanvallon l'a étudiée. Dans son livre, il questionne le protectionnisme face à l'accroissement des inégalités sociales qui semblent faire un consensus d'inaction malgré un refus idéologique de ces inégalités (Rosanvallon, 2011). Ainsi l'idée de l'égalité serait selon lui réduite à la seule égalité des chances dans notre société. Cette analyse met en avant un enjeu fondamental pour la protection sociale : comment assurer la pérennité d'un système de protection sociale, et notamment de santé, auquel les Français sont attachés, dans une société où les inégalités sociales sont considérées comme à bannir mais contre lesquelles rien est fait ?

L'enjeu économique du système de santé devient alors central. La question de la dépense publique devient prégnante et une variable non négligeable des choix faits quant au financement et aux services soutenus par la société, y compris dans le cas de la santé. Ainsi, dès les années 1970 la nécessaire régulation des dépenses de santé devient un sujet d'inquiétude.

La question de la soutenabilité du système de santé et de la maîtrise des dépenses qu'elle engendre n'est pas une réflexion franco-centrée. De manière globale, cette question s'est posée concernant les enjeux de cette soutenabilité et la raison pour laquelle elle était apparue. A cette question, Liapopoulos et Goranitis, en 2015, ont répondu via les enjeux démographiques qui ont remis en cause la manière dont ont été construits les différents systèmes de santé : à leur création, « *les systèmes de santé étaient conçus pour des populations dont l'espérance de vie était estimée entre 65 et 70 ans* ». Or, aujourd'hui, les espérances de vie ont largement augmenté. Tous les pays connaissant un système de santé développé sont ainsi confrontés à ces questions de réforme (Polton, 2008). Ainsi, les modèles allemands et néerlandais, confrontés à des difficultés, ont fait le choix de la réforme (Catrice-Lorey, Steffen, 2006). L'Estonie a, pour sa part, pour faire face aux changements nécessaires à la pérennité de son système, fait le choix de la recherche de la performance (Thomson, Võrk, Habicht, and al., 2010). L'expérience vietnamienne récente semble montrer également que la mise en place de politiques de prévention et l'implication plus prononcée des citoyens serait un bénéfice durable pour la soutenabilité des systèmes de santé (La, Pham, Ho, and al., 2020). L'Iran de son côté, cherche à trouver l'équilibre entre l'extension de sa couverture d'assurance maladie pour assurer l'équité d'accès aux soins et la soutenabilité de

son financement afin d'assurer la pérennité du système (Moradi-Lakeh, Vosoogh-Moghaddam, 2015).

Le questionnement sur la soutenabilité des systèmes de santé est ainsi une problématique généralisée, et les réponses associées diverses.

La question de la soutenabilité de notre économie, et notamment des dépenses de santé, est posée par de nombreux auteurs, notamment concernant la recherche de l'équilibre entre la soutenabilité des dépenses publiques, et notamment celles de santé, dans un monde oscillant entre enjeux économiques et recherche du bien-être (Laurent, Le Cacheux, 2015) et une offre de soins correspondant aux besoins de la population.

Enfin, en France, la littérature scientifique liée aux questions des politiques publiques de santé mais également aux questions de la gestion des dépenses publiques en matières sanitaire et sociale. Ainsi, Dominique Polton s'est intéressée à la question de la soutenabilité du système de santé français dans un spectre de régulation des dépenses publiques (« *Nos systèmes de santé sont-ils soutenables ?* », 2008) avec Jean-Marie André, de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique s'est lui intéressé à la question de la soutenabilité des dépenses de santé (« *Les dépenses de santé sont-elles soutenables ?* », 2019, EHESP).

Études de cas

Ce sujet aborde le thème de la gestion des systèmes de santé. Les dépenses des systèmes de santé, en Europe, représentent en moyenne 9% du Produit Intérieur Brut¹⁰. Ces dépenses importantes influencent le besoin de systèmes de santé où l'utilisation des ressources publiques est rationalisée pour assurer leur pérennité. Le sous-thème ici abordé est ainsi la réforme des systèmes de santé. Cette réforme, si pour certains pays comme la Chine a été une réponse volontaire suite à l'effondrement du système de santé (Cailliez, 1998, pp. 44-45), est pour de nombreux pays européens centrée autour du premier recours et la recherche « *d'une meilleure adéquation entre offre et demande afin de préserver l'actuel accès aux soins, voire de l'améliorer* » (Hartmann, Ulmann, Rochaix, 2006, p.1). Aux Pays-Bas, cette réforme s'est traduite par la mise en concurrence entre le secteur public et le secteur privé pour les soins primaires (Cohu, Lequet-Slama, Volovitch, 2006). Au Canada, la réforme s'est justifiée par une crise plurielle, touchant autant la régulation, le financement et les valeurs (Contandriopoulos, 1994 , p.1).

¹⁰ Voir [Colombo Francesca, Morgan David. »Evolution of health expenditure in OECD countries« , Revue française des affaires sociales. p. 19-42.](#)

La littérature montre que la question de la réforme dans les systèmes d'inspiration bismarckienne est d'autant plus complexe que ces systèmes sont réputés comme « *résistant aux réformes* », et notamment dans le cas français (Catrice-Lorey, Steffen, 2006).

En France, l'enjeu affiché de la réforme est la modernisation. Celle-ci, impulsée par les nombreuses réformes hospitalières et d'organisation du système de soins devenu système de santé, connaît en 2016 une loi dite Loi de Modernisation de notre système de santé¹¹. Son titre III, « *Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé* » affiche l'ambition d'un renouvellement des organisations et des méthodes, tandis que le titre II « *Faciliter au quotidien les parcours de santé* », montre une modification de la vision de la santé et une prise en compte plus globale et centrée autour du patient que ne l'étaient les réformes précédentes.

Cette impulsion d'innovation se retrouve notamment dans le rapport n° 2673, fait au nom de la Commission des Affaires Sociales sur le Projet de Loi relatif à la santé par M. Olivier Véran, Mme Bernadette Laclais, M. Jean-Louis Touraine, Mme Hélène Geoffroy et M. Richard Ferrand, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 mars 2015.

Ainsi, l'article 51 de la LFSS 2018, qui encourage les innovations en santé, constitue un cas d'étude pertinent dans l'évolution des réformes des systèmes de santé et leur recherche de pérennité.

Méthode

Ce mémoire se base ainsi sur un ensemble de rapports et sur la littérature scientifique française et étrangère actuelle. Les rapports constituent un ensemble de sources primaires émanant de différentes institutions françaises. Ils constituent un socle justifiant le choix de l'orientation de ce mémoire. En effet, les rapports mentionnés précédemment mettent en avant le besoin de réforme du système de santé et l'orientation de ces réformes vers des innovations dans l'organisation et le financement du système de santé. Ces rapports se basent sur des études de la Drees et différentes enquêtes parlementaires menées par les commissions en charge. De plus, les rapports émanant des institutions étrangères permettent un apport supplémentaire de sources primaires permettant une comparaison et un retour d'expérience d'innovations déjà mises en place à l'étranger.

¹¹ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1.

Ces éléments sont complétés par des sources secondaires émanant à la fois de littérature scientifique française et de la littérature scientifique étrangère. Ces deux éléments permettent de mettre en perspective les différentes recherches faites au sujet de la recherche de performance des systèmes de santé et leur soutenabilité. De plus, les caractéristiques démographiques sont importantes pour mieux comprendre les limites à l'implémentation de ces innovations en France. En effet, ces études sont faites sur des territoires présentant des caractéristiques de démographie médicale, d'accès aux soins et de pathologies propres. Cela suppose un recul certain sur les modèles proposés et les limites que pourrait connaître leur mise en oeuvre en France.

Cadre d'analyse

Ce mémoire s'appuiera sur l'analyse faite par Antoinette Catrice-Lorey et Monika Steffen en 2006 concernant la mise en oeuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens.

Cette étude se base sur l'analyse de deux éléments clés, à savoir l'analyse du réseau d'acteurs en jeu dans la réforme et la question de la capacité des Etats à mener ces réformes. L'étude proposée compare notamment la France aux systèmes allemand et néerlandais, deux pays européens ayant un système de valeurs similaire et étant considérés comme des États-Providence. Ce cadre d'analyse est pertinent car il reprend deux Etats dont le législateur français s'est inspiré de l'expérience pour proposer des modèles innovants, que ce soit d'organisation ou de financement.

L'analyse de la mise en oeuvre des réformes proposée Catrice-Lorey et Steffen s'attardent tout d'abord sur l'importance des réseaux et les « *acteurs-clés* » en jeu dans la construction et la mise en oeuvre des réformes. Les auteurs mettent en avant la place prépondérante de certains acteurs et l'importance que certains ont pour permettre la réforme.

Parmi les éléments mis en avant, il y a tout d'abord la répartition des pouvoirs entre l'Etat et l'assurance maladie. Il est mis en avant que contrairement à la structure fédérale de l'Allemagne qui laisse une grande marge d'appréciation aux administrations, la structure centralisée du pouvoir en France a rendu l'Assurance Maladie française faible contrairement à son homologue germanique. Il est déploré des « *responsabilités relatives* » et des « *compétences partielles* ». L'enjeu central de cette répartition des pouvoirs entre le pouvoir central et l'assurance maladie est la responsabilité face à « *l'équilibre financier du risque* », pour lequel l'Assurance Maladie en France n'est pas directement responsable. En effet, c'est l'Etat, à

travers la loi de financement de la sécurité sociale, qui par voie législative fixe les recettes et les dépenses nécessaires à l'équilibre financier de l'assurance maladie. Cette centralisation de la décision limite le pouvoir de décision mais également la responsabilisation de l'Assurance Maladie dans la recherche de l'équilibre financier et de la réforme en vue de la soutenabilité du système de santé. L'implication de l'assurance maladie est largement différente en Allemagne puisqu'elle s'inscrit certes dans un cadre dicté par le niveau fédéral, mais avec une marge de manoeuvre et des responsabilités l'amenant à « *ajuster les taux de cotisation* » et à « *assurer [...] l'équilibre financier du risque* » au niveau des caisses fédérées. De plus, le rôle de l'assurance maladie en France est analysé comme n'étant « *que le payeur* » dans la gestion du secteur hospitalier public malgré une volonté d'intervention dans la gouvernance de secteur dont le monopole est assuré par l'Etat. L'assurance maladie est principalement mobilisée en France pour les négociations et les conventionnements avec les libéraux, mais est peu intégrée au processus de décisions concernant la gestion de l'offre de soins. On observe ainsi une « *dualité des gouvernances entre soins hospitaliers et soins de ville* ».

A contrario de l'assurance maladie, le corps médical a en France une place prépondérante, entretenant un rapport de force avec l'Etat qui lui est favorable. Les syndicats médicaux ont de longue date oeuvré pour les libertés accordées à leur profession, que l'on retrouve dans différentes chartes médicales et codes déontologiques. Parmi les principes défendus par les médecins, on trouve notamment la liberté d'installation, la liberté de fixation des honoraires, la liberté de prescription et le paiement à l'acte. Ces différents éléments, défendus par les médecins et leurs représentants, sont d'autant plus importants qu'ils feront l'objet d'un développement plus tard dans l'analyse. Ce poids dans la répartition des pouvoirs qui entoure la gestion de l'offre sanitaire est en lien avec l'autonomie de la profession, dite libérale, et qui jouit de l'approbation de l'opinion publique. Le rapport de force entre médecins et Etat est renforcé avec l'apparition de la convention, d'abord départementale avec les caisses d'assurance maladie, puis nationale, qui donne l'envergure et le poids nécessaire aux syndicats médicaux pour garder une prédominance dans la gestion de l'offre sanitaire. Les syndicats médicaux, créés sur un modèle de défense des intérêts de la profession, les écartent du développement du système de protection sociale.

Or, dès les années 1980, la question de la maîtrise des dépenses devient centrale dans le raisonnement de la protection sociale. Les syndicats médicaux, dont l'argumentaire et l'activité se sont focalisés pendant plus d'un demi-siècle sur la défense de leurs libertés, se dédouanent de toute responsabilité économique. La participation à l'efficacité du système de santé des médecins est ainsi une évolution récente et toujours instable pour la médecine de ville. On notera que la situation est différente pour les praticiens hospitaliers depuis la

création en 1958 des hôpitaux universitaires¹². Ces derniers ont créé un statut pour les médecins que l'on peut assimiler à un contrat, facilitant les relations et la gestion de l'offre sanitaire entre l'Etat et les praticiens hospitaliers. Cette situation est opposée au système allemand dans lequel les caisses d'assurance maladie ont un pouvoir d'agrément contrôlant l'installation et la pratique des médecins sur un territoire, renversant complètement le rapport de forces en jeu dans la construction, la régulation et la réforme de l'organisation sanitaire.

Cette différence fondamentale explique la complexité dans le système français à réformer, et plus encore, la difficulté éprouvée par l'Etat à réguler l'offre sanitaire de manière à assurer sa pérennité et a fortiori, une forme de soutenabilité.

Cependant, la place de l'Etat, à l'heure de la mondialisation, est centrale pour préserver un système qui échappe aux valeurs des rouages économiques. Car si le fonctionnement du monde et la régulation des dépenses et des recettes sont calqués sur les lois de mécanismes du marché, les valeurs défendues par l'Etat français concernant la santé, elles, en sont fortement éloignées. La mondialisation et l'aspect compétitif des échanges, poussent les Etats-providence à considérer le niveau de protection sociale comme une valeur à part entière dans la croissance économique. Cette considération mène à deux schémas distincts. Dans le cas néerlandais, cela a conduit le gouvernement à encouragé le développement de l'assurance maladie privée, avec une couverture obligatoire de certains risques et une couverture volontaire pour d'autres. Ce schéma a été rendu possible par un fort investissement de tous les acteurs, publics et privés, autour d'une même institution pour permettre l'émergence d'un tel système, facilité par un héritage composite de la structure précédente. Pour l'Allemagne, cela est passé par la mise en concurrence des organismes d'assurance maladie pour pallier à un surnombre d'organismes. La pluralité des organismes engendrait en effet un désintérêt pour la régulation, mettant en danger l'équilibre du système. Cependant, cette mise en concurrence faisait l'objet d'un « *double objectif, celui, d'une part, de l'unification et de la stabilisation des taux de cotisation, celui, d'autre part, d'un renforcement du pouvoir des caisses dans la négociation avec les médecins, leur représentation devenant plus homogène* ». Or ces éléments ne pourraient décemment pas être implémentés en France, le rapport de forces s'exerçant entre les différentes parties étant totalement différent.

Ainsi l'Etat français a tenté par deux voies distinctes de réformer le système sanitaire afin d'en assurer la pérennité. D'un côté, la focale a été faite sur des réformes structurelles touchant à la fois à l'assurance maladie et au système de santé dans son ensemble. De l'autre,

¹² Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

la réforme s'est intéressée aux questions « *des schémas de gestion* ». Ce dernier modèle s'est concentré sur les questions « *de rationalisation et de médicalisation* » de la gestion de l'offre sanitaire. Si dans le premier cas la réforme s'est basée sur les acteurs en compétition et leurs rapports de forces, le second cas, lui, a réfléchi à la modification des instruments de régulation et d'organisation, que ce soit des acteurs ou des filières de patients.

Partie 1 : Un système dépendant d'un contexte économique et démographique particulier.

La Sécurité Sociale française, dans les principes que nous lui connaissons, est créée au sortir de la Seconde Guerre Mondiale. Projet du Conseil National de la Résistance alors qu'il est encore basé à Londres, le nouveau gouvernement provisoire, vainqueur, auteur de la Libération, entend reconstruire la France sur des bases d'égalité et de solidarité afin de permettre à la société française, meurtrie deux fois dans sa chair en moins d'un demi-siècle, d'afficher de nouveau fièrement une unité nationale.

Cette Sécurité Sociale n'émerge pas d'une page blanche. Elle est le fruit des jalons posés les siècles précédents qui ont permis la longue construction d'un système de protection sociale (Titre 1) et la création de la Sécurité Sociale française dans un contexte socio-économique particulier (Titre 2).

Titre 1. Le système de protection sociale français.

L'Histoire de la Protection sociale est un passage obligé pour comprendre la philosophie qui a impulsé la création de la Sécurité Sociale et qui encore aujourd'hui constitue un système de valeurs guidant les politiques publiques de santé mises en place.

En se concentrant sur le 19^{ème} siècle, on constate un enjeu croissant de l'intervention étatique dans les questions de la protection de la population lié à l'industrialisation du pays. Jusqu'ici rurale, la France connaît une première révolution technique au 18^{ème} siècle qui se poursuit au 19^{ème} par une révolution industrielle. Ce second événement crée un exode rural important qui va modifier en profondeur la structure française et avec, les mécanismes de protection qui la caractérisaient (Palier, 2004, p.12). En effet, le secteur primaire, à savoir l'agriculture, a longtemps été majoritaire. Il avait créé un mode de protection intra-familial où les revenus dépendaient de la famille et où les accidents de la vie et les divers événements (maladie, vieillesse, famille) étaient compensés par la solidarité familiale et la charité chrétienne. Or, l'exode rural et l'industrialisation déconstruit ce noyau familial propice à l'entraide et l'Eglise catholique dans le même temps est confronté à un rapport de forces nouveau à partir de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle, compliquant une tâche pour laquelle elle s'était déjà effacée les siècles précédents. De plus, la pensée dominante du libéralisme et de l'individualisme cristallise la décision politique, entendu que « *l'équilibre devait*

naturellement s'établir» (Dumont, 1981, p.14), laissant ainsi aux plus forts la possibilité de se renforcer et aux plus faibles d'être écrasés (Dumont, 1981). Ainsi, l'Etat, face aux contestations grandissantes des mouvements ouvriers, élaborent peu à peu une stratégie de protection de l'ouvrier, tout d'abord face aux besoins en termes de compensations de revenus, les accidents industriels étant nombreux et invalidant pour les ouvriers victimes. Puis, cette protection s'élargit au gré des événements marquants tels que la Première Guerre Mondiale et le krach boursier de 1929, qui construisent peu à peu les contours des éléments pour lesquels l'Etat français, y compris dans la succession de ses gouvernements, entend s'engager.

C'est dans ce même contexte qu'émergent deux types de protection sociale en Europe, qui conduiront la France à construire un modèle particulier.

Chapitre 1. Émergence de deux philosophies distinctes de protection sociale

La philosophie de la protection sociale française est issue des deux courants apparus en Europe aux 19 et 20èmes siècles, adaptés au contexte particulier ayant guidé les premiers développements de la protection sociale en France au 19ème siècle.

Section 1. Emergence de la protection sociale

Si le Moyen-Âge s'est principalement intéressé aux mendiants et aux vagabonds (Kitts, 2008, p.2) sous le vocable de charité, le 19ème siècle a connu un tournant dans l'approche de l'aide aux plus miséreux. La charité chrétienne et plus particulièrement catholique se charge des vagabonds durant le Moyen-Âge. L'abandon progressif de cette mission et l'essor adjacent du Mont-de-Piété pour lutter contre l'usure, depuis longtemps considérée comme abjecte¹³, créent un tournant au 19ème siècle (Pastureau, 2011). L'intervention étatique, de son côté, sous une forme d'assistance laïque, connaît ses débuts avec François Ier et « *le grand bureau des pauvres* » au 16ème siècle (Gibaud, 1986, p.21). Le comité de mendicité de l'Assemblée constituante lors de la Révolution française permet une avancée majeure en instituant le principe à valeur constitutionnelle de disposer de moyens de subsistance, droit opposable à l'Etat qui doit s'employer à permettre l'accès à un emploi aux membres de sa république et en cas d'impossibilité, doit procurer les « *moyens d'exister* » à celui qui ne peut travailler. Cependant, cette période mouvementée laissera ce principe sans action et la loi Le Chapelier

¹³ Voir Pastureau, Guillaume. « Le Mont-de-piété en France : une réponse économique aux problèmes sociaux de son époque (1462-1919) », Revue d'histoire de la protection sociale, vol. 4, no. 1, 2011, p.3 « *Le premier découle de la philosophie grecque, Aristote souligne que la monnaie sert avant tout à mesurer l'utilité des biens. Percevoir un intérêt renvoie à l'idée que la monnaie peut produire de la monnaie, chose inconcevable.* »

¹⁴ de 1791 interdira le développement des secours mutuels, associés aux privilèges puisque résultant de corporations.

Au 19^{ème} siècle, les modifications structurelles de l'emploi en France, passant d'une majorité de travailleurs du secteur primaire, vivant en milieu rural et bénéficiant de la solidarité familiale, institution informelle de protection sociale, à une majorité de travailleurs du secteur secondaire lié aux révolutions technique et industriel des 18^{ème} et 19^{ème} siècles, vivant en ville, loin des structures familiales nourricières, rendent vulnérables une grande partie des français. En effet, au-delà du déracinement familial supprimant un mode de protection informel qui était jusqu'ici la norme, l'industrialisation du pays augmente les accidents, rendant les travailleurs inaptes et sans ressources. De cette modification naît l'idée du risque. Ainsi, le risque de l'accident de travail est rejoint par le risque vieillesse, qui laisse l'ancien travailleur sans revenu.

Cette nouvelle conception enclenche le développement d'un certain nombre de lois permettant à chacun de se protéger, puis d'être protégé. Ce même mouvement se développe partout en Europe à mesure que la révolution industrielle s'étend. Nombreuses sont les politiques, semblables à travers l'Europe, qui viennent protéger le travailleur, le vieillard, la veuve et l'orphelin. Les deux guerres mondiales amplifient ces évolutions et l'Europe, à la fin de la guerre, se tourne vers des politiques plus sociales, typiques de la gauche radicale (Liaropoulos, Goranitis, 2015). Si la France garde un gouvernement relativement conservateur avec à sa tête Charles de Gaulle, les politiques sociales prennent une place importante dans la France de la Libération.

Ces différentes politiques mises en places partout en Europe ont ainsi pour origine commune l'augmentation des risques pour tous. Elles vont toutes s'inspirer de deux modèles qui apparaissent entre la fin du 19^{ème} siècle et le milieu du 20^{ème}; ces derniers structureront les systèmes de protection sociale en Europe.

Section 2. Le système Bismarckien

Le système Bismarckien apparaît en Allemagne à la fin du 19^{ème} siècle, dans un calcul politique du chancelier Bismarck pour contrer la montée du socialisme dans son pays (Palier, 2004, p. 13). En 1881, le chancelier lance un programme d'assurances sociales, dont le système d'assurance maladie obligatoire sera voté en 1883 (Palier, 2004, p.13).

¹⁴ Décret du 14 juin 1791 relatif aux assemblées d'ouvriers et artisans de même état et profession, dit "Loi LE CHAPELIER"

Le fonctionnement de ce système consiste en la cotisation obligatoire pour les employeurs et les ouvriers percevant moins qu'un revenu minimal réglementaire à cotiser à une caisse d'assurance maladie. Les médecins sont dans ce système salariés de la caisse d'assurance maladie qui leur verse une rémunération forfaitaire (Palier, 2004, p.13).

Le modèle bismarckien est pensé comme une assurance, tout d'abord socioprofessionnelle, couvrant le travailleur et par ricochet sa famille, des risques de la vie, à savoir la maladie, la vieillesse, l'invalidité et le chômage. En Allemagne, l'affiliation aux caisses d'assurance maladie peut également découler d'un lieu de résidence. Cette double possibilité conduira l'Allemagne à voir se développer une multitude d'organismes peu impliquée dans la régulation du système (Catrice-Lorey, Steffen, 2006).

Si Bismarck a, un temps, hésité à centraliser les caisses d'assurance maladie (Zöllner, 1982), l'application du modèle bismarckien a finalement préféré la gestion locale des caisses et une plus forte responsabilisation de ces dernières par leur autonomie en termes de gestion des risques et de maîtrise des dépenses (Catrice-Lorey, Steffen, 2006) .

Section 3. Le système Beveridgien

Beveridge, économiste partisan des modèles keynésiens et spécialisé sur la question du chômage, publie en 1942 le rapport Beveridge. Dans ce rapport, dans lequel se dessinent déjà les différentes branches de vie, Beveridge propose un programme de protection de tous les individus, de la naissance à la mort, basé sur l'idée des trois U. Ces trois U, grands principes de son modèle, signifient universalité, uniformité et unicité (Damon, Ferras, 2015, p.30).

Dans ce modèle, qui a inspiré la création du modèle britannique, l'idée est d'assurer à tous une protection sociale équivalente en termes d'accès aux soins et gérée par une institution unique garante de cet accès. Sa vision universaliste est à la base de l'idée de l'Etat-Providence, acteur bienfaiteur de la protection de tous ses citoyens.

Ainsi, l'Histoire de la Protection Sociale est longue et les 19ème et début 20ème siècles ont été riches en développement et en acculturation pour permettre la mise en place en 1945 du modèle français de protection sociale.

Chapitre 2. Un modèle français pluriel

La France connaît les balbutiements de son modèle de sécurité sociale dans l'entre-deux guerres, mais la seconde guerre mondiale empêche la pérennisation des lois sociales mises en place entre la fin du 19ème et 1936 (Damon, Ferras, 2015, p.13). Elle naît ainsi en 1945 dans le contexte idéologique spécifique du 20ème siècle, dans un esprit d'attentes lié au contexte de la Libération, sous une forme spécifique.

Section 1. Le contexte idéologique du 20ème

Le 20ème siècle est, dès ses premières années, marquées de bouleversement. Tout d'abord, les avancées sociales de la fin du 19ème siècle et du début 20ème amorcent les premières évolutions en matières de droits sociaux, principalement pour les travailleurs, dont la modification du travail et l'augmentation du risque invalidité a contraint à défendre ses droits en s'associant. Les premières grandes lois d'assistance apparaissent successivement¹⁵. Ensuite, la première guerre mondiale marque dans sa chaire la France, et notamment ses campagnes ; nombreuses sont les terres se retrouvant sans homme pour les travailler. Les femmes, veuves blanches, ne pouvant hériter en leur nom des terres de leurs parents, se retrouvent sans terres, sans emploi et sans mari, forçant l'intervention de l'Etat pour leur permettre des dérogations. De plus, les conditions complexes de reconstruction du pays mêlées à un contexte économique défavorable ont permis l'aboutissement d'un projet de loi du début du siècle avec la loi du 30 avril 1930 instituant un système complet et obligatoire d'assurance maladie pour les salariés de l'industrie et du commerce.

En 1936, le Front Populaire marque un tournant majeur dans le paysage politique français. Les réformes et mouvements sociaux sont nombreux et instaurent un climat nouveau permettant la mise en place de dispositifs favorables aux travailleurs salariés assurant tout à la fois leurs loisirs et leur protection face aux risques. Cette ambition de permettre à tous une forme d'égalité nouvelle est alors propice au développement d'un accès à une protection sociale forte couvrant différents risques, à tous les travailleurs.

Cependant, la Seconde Guerre Mondiale met fin aux années Front Populaire et laisse en suspens des travailleurs français en demande d'une protection sociale.

¹⁵ Parmi ces grandes lois d'Assistance, on notera notamment la loi de 1893 relative à l'Assistance médicale gratuite, la loi de 1901 d'assistance aux tuberculeux, celle d'assistance aux enfants en 1904, suivie de celle aux vieillards infirmes et incurables de 1905, et enfin, celle relative aux femmes en couches et aux familles nombreuses de 1913.

Section 2. Les attentes concernant la formation de la Sécurité sociale

Le groupe de travail sur les questions de la sécurité sociale formé par Pierre Laroque à Londres est attendu sur les résultats. En effet, la Seconde Guerre Mondiale, malgré son contexte géopolitique chaotique, est l'objet d'avancées idéologiques majeures au niveau mondial, notamment portée par les Etats-Unis de Franklin D. Roosevelt : la charte de l'Atlantique, instituée par Churchill et Roosevelt en 1941, promeut la collaboration de tous les pays pour la sécurité sociale¹⁶. La Déclaration de Philadelphie, signée dans le cadre de l'Organisation Internationale du Travail le 10 mai 1944, ira dans le même sens en statuant que l'organisation soutiendra tous les programmes assurant un revenu de base aux travailleurs et des soins médicaux complets¹⁷.

En France, l'attente des retours du Conseil National de la Résistance, basé à Londres pendant la guerre, concernant ce modèle de protection sociale est grande après les avancées permises par le début du siècle et le Front Populaire. Le modèle défendu par Beveridge, observateur du New Deal, produit de la conception keynésienne, proposé en Grande-Bretagne au moment où Charles de Gaulle y est alors présent, est attendu comme majoritaire dans la construction du modèle français. En effet, après les avancées sociales des années 1930 et dans le contexte de la Libération marqué par un besoin de réunifier une nation meurtrie par la guerre, la déportation, et la collaboration du gouvernement avec l'ennemi, l'idée d'une assistance nationale semble propice à permettre de recréer l'idée de nation française.

Cet espoir est d'autant plus grand que le programme du Conseil National de la Résistance parle d'un « *plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail* »¹⁸.

Cependant, le modèle proposé à la fin de la guerre ne correspond pas aux attentes des Français.

Section 3. Le modèle à la française

Le modèle français est construit par le groupe de travail du Conseil National de la Résistance présidé par Pierre Laroque, qui, malgré la constatation des retentissements positifs du rapport Beveridge de 1942 (Damon, Ferras, 2015, p.18), comme un système d'assurance. Au départ, seuls les salariés sont inclus dans le système français. La protection sociale française qui va

¹⁶ Charte de l'Atlantique, 14 août 1941

¹⁷ Organisation Internationale du Travail, Déclaration de Philadelphie 10 mai 1944. Cette déclaration a par ailleurs été annexée à la Constitution de l'OIT en 1946.

¹⁸ Programme du Conseil National de la Résistance, 15 mars 1944

se mettre en place est une assurance destinée aux travailleurs salariés pour assurer la protection du père de famille et ses ayants-droits. Les différents risques sont donc assurés par un système de cotisations versées à la fois par les employeurs et les salariés.

Les contestations sont nombreuses et l'évolution démographique et économique va mener la Sécurité sociale à se renouveler dans les décennies suivantes, incluant une part, certes minime, mais existante, d'assistance sociale pour les questions de risque chômage.

Le système français combine ainsi deux modes distincts, à savoir un modèle d'assistance, qui résulte d'une demande à la discrétion de l'individu d'aide, et d'assurance, qui résulte d'une cotisation obligatoire en France et qui permet un accès automatique à certaines aides lorsqu'un risque pour lequel l'individu est assuré survient.

On notera que les systèmes d'inspiration bismarckienne espagnol et italien, confrontés à cette même question de la régulation et la nécessité de réformer, ont pour leur part réussi la décentralisation de la gestion de leur système (Catrice-Lorey, Steffen, 2006). Cette décentralisation à un échelon plus local a permis un transfert de compétences, et donc de responsabilités, progressif. La décentralisation de ces deux modèles est partielle puisque les budgets alloués aux administrations décentralisées restent gérés par le niveau national. Cependant, cela impose de mettre en place des outils de régulation et de penser la planification et la division de l'offre sanitaire au niveau local et ainsi de responsabiliser les échelons régionaux et locaux pour tirer la meilleure efficacité des ressources allouées à la santé.

Ainsi, la protection sociale française est définie par un héritage important des politiques des 19^{ème} et début du 20^{ème} siècle. Les modèles qui s'érigent à cette époque sont forts et diamétralement opposés dans leur philosophie, Bismarck et Beveridge étant des personnalités dont le parcours et les motivations sont différents, offrant une palette de possibilités pour la création d'un système de protection sociale adapté à la France. Cependant, il semble que le modèle choisi par les législateurs de 1945 pour en créer le fondement idéologique soit pleinement lié au contexte de l'époque. Cette vision de la protection sociale a eu un impact sur la création en elle-même de la Sécurité sociale.

Titre 2. La Sécurité sociale : un modèle évolutif dépendant du contexte

Le passage de l'idée d'une protection sociale à la française telle que développée dans le Programme du Conseil National de la Résistance en 1944 à la Sécurité sociale telle que fondée par les ordonnances de 1945 a été permis par un contexte propice au développement d'un modèle dit français. Celui-ci a par la suite été évolutif, permettant l'émergence d'une branche maladie forte et caractéristique de la protection sociale française.

Chapitre 1. Un contexte propice au développement d'un modèle français

Le développement du modèle français, comme vu précédemment a connu un développement fortement lié au contexte idéologique de l'époque. Il semble important de revenir sur certains points précis de ce contexte afin de mieux comprendre les tenants et aboutissants idéologiques et les éléments économiques et démographiques qui ont permis la mise en place de cette Sécurité sociale.

Section 1. Héritage de 1936 et fin de la seconde guerre mondiale : la nécessaire refondation d'un lien entre les Français

Le moment 1945 est particulier. La France doit faire face à une reconstruction importante et recréer un lien de confiance entre les Français. La Sécurité sociale apparaît dans un contexte spécifique mêlant différents enjeux centraux dans la stabilité du pays et l'avènement d'une protection sociale.

Tout d'abord, l'héritage de 1936 se fait sentir. Nombreux sont les français syndiqués ou favorables aux syndicats dans cette France de la Libération (Prost, 1990). Les syndicats sont ainsi des acteurs forts dans la reconstruction de la France Libérée qui cherche un équilibre entre la vague radicale d'avant-guerre, la recherche de rupture avec le gouvernement Vichy et ce nouveau gouvernement, revenu victorieux de Londres, qui ne fait qu'une unanimité partielle. Les avancées de 1936, outre les congés payés et la semaine de quarante heures, apportent également les premières conventions collectives pour le commerce et l'industrie (Monier, 2002, p.42). Ce modèle, issu de la négociation syndicale, est une innovation dans la conception de l'emploi et des relations de pouvoirs entre salariés et employeurs et semble être précurseur dans le modèle qui sera adopté après-guerre dans la convention bipartite entre les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux.

Ces syndicats, forts de leur expérience d'avant-guerre, connaissent un haut taux de syndicalisation particulièrement lorsqu'ils sont favorables à la mise en place d'une sécurité sociale. Ce plébiscite va jouer en faveur de ces syndicats, le souvenir des grèves de 1936 étant encore fort dans l'esprit des politiques et du patronat. De plus, réside dans ce mouvement d'avant-guerre la volonté d'intégrer les ouvriers à la décision dans une volonté de démocratie sociale (Damon, Ferras, 2015, p.17) et la crainte d'une révolution et de la prise de pouvoir d'une démocratie populaire (*ibid.*).

Section 2.L'entourage de De Gaulle, un vivier pour l'État Providence.

Le Conseil National de la Résistance (CNR), fondé à Londres et porté par le Général De Gaulle alors en exil, réunit rapidement un groupe de français refusant la victoire allemande. Soutenu par le Premier Ministre Winston Churchill, quoique méfiant au premier abord face à ces français, dont beaucoup de militaires, arrivés tôt en Angleterre et faisant sécession avec le gouvernement encore en place à Vichy, le CNR se constitue en groupes de travail ayant pour objectifs de préparer la Libération et de penser la France libérée, dont les fondements devront être repensés suite à cette guerre et face à la collaboration des hauts-fonctionnaires français avec l'Allemagne nazie qui s'organise.

Ce CNR prépare un programme, composé de grandes lignes parmi lesquelles on retrouve la reconstitution d'un corps de hauts-fonctionnaires d'Etat, formé au sein d'une École d'État, ainsi qu'un vaste pan concernant la protection sociale. Ces deux éléments, auxquels s'ajoutent un programme économique, sont les points pivots du programme du CNR et considérés comme les actions qui devront être mises en place prioritairement à la Libération de la France. A la tête de chaque groupe de travail se retrouve des personnes de confiance, issues de l'entourage proche ou lointain de De Gaulle, militaires ou hauts-fonctionnaires ayant refusé de continuer à travailler pour le gouvernement de Vichy, accusé d'avoir capitulé prématurément.

Parmi eux, Pierre Laroque, « père de la sécurité sociale », rejoint Londres pendant la guerre et est à l'origine du groupe de travail concernant la sécurité sociale. Haut-fonctionnaire, il envisage la création de cette protection sociale à la française en prenant en compte tout à la fois la complexité de la mise en place des premières lois d'assurance retraite de 1930 et le modèle présenté par Beveridge à Londres alors que Pierre Laroque y réside, qui prône l'assistance et l'idée de couverture universelle et uniforme gérée par un organe centralisé. Cette dernière vision correspond aux ambitions et aux valeurs de Laroque focalisé sur « *l'idéal de la solidarité de la résistance* » (Damon, Ferras, 2015, p.18).

Section 3. Une situation économique et démographique favorable à un modèle d'État Providence

En 1945, le contexte est particulier et crée un berceau pour la Sécurité sociale particulier. En effet, si les femmes obtiennent le droit de vote en 1944¹⁹, le code civil n'accorde pas encore le droit aux femmes d'avoir leur propre compte en banque ni de pouvoir prendre un emploi sans l'accord de leur mari (1965)²⁰. Ainsi, la Sécurité sociale est conçue dans l'esprit pour « *Monsieur "Gagnepain" et Madame "Au Foyer"* » (Damon, Ferras, 2015, p. 84). L'égalisation progressive des droits entre les hommes et les femmes et l'emploi de manière exponentielle des femmes a modifié les prestations offertes par la Sécurité sociale, que ce soit dans leur fondement ou dans leur forme. De même, le nombre de pensions de retraite à verser n'est plus le même qu'en 1945, les femmes ayant cotisées après la guerre étant elles-aussi désormais à la retraite. Or, le système à l'époque fonctionnait sur la base de cotisations qui permettaient des prestations retraites au départ uniquement aux hommes, là où hommes et femmes cotisaient. L'augmentation des cotisations est ainsi structurelle et la question prégnante de la soutenabilité à long terme d'un système qui s'est basé sur une structure familiale où l'homme travaille et la femme est au foyer, les deux ayant une espérance de vie assez limitée, lorsque désormais les deux travaillent et vivent plus longtemps, grâce aux avancées sociales d'une part et technologiques et scientifiques d'autre part.

De plus, sur un versant économique, si la France doit se relever de deux années de guerre et de près de quatre années d'occupation ennemie, la reconstruction du pays amène, avec elle, de la croissance. De même, l'intégration croissante des femmes sur le marché du travail augmente le produit intérieur brut créé chaque année en France, encourage la consommation car permet aux ménages d'avoir des revenus plus confortables, et permet à l'Etat de financer les prestations sociales sur la base d'une masse salariale croissante et dynamique (Damon, Ferras, 2015, p. 91). Or, les crises économiques ont porté un coup dur à l'économie française. De même, les effets de la bulle économique créée par l'intégration des femmes sur le marché du travail s'estompent jusqu'à ne plus avoir d'impacts positifs comme pour les décennies précédentes. Enfin, la consommation de prestations de la Sécurité sociale et notamment de la branche maladie évolue au fil des ans, la population vieillissant et consommant de plus en plus de soins liés au développement de pathologies de la dépendance et de la vieillesse et aux innovations médicales et scientifiques qui gonflent les prix des prestations (Damon, Ferras, 2015, pp. 91/92).

¹⁹ Article 17 de l'ordonnance du 21 avril 1944 portant organisation des pouvoirs publics en France après la Libération, [JORF du 22 avril 1944 page 325](#)

²⁰ Loi n° 65-570 du 13 juillet 1965 portant réforme des régimes matrimoniaux, [JORF du 14 juillet 1965 page 6041](#)

A la sortie de la guerre, en 1945, l'Etat français trouve un fort consensus au sein de la société française tant sur sa présence qu'une approbation sur ses politiques sociales. Il renoue alors avec le projet d'assurance maladie porté par les jacobins en 1921. Ce projet, émanant de la haute fonction publique, vise une rationalisation unitaire du système. L'État fort, en 1945, renouera avec l'idée première du projet jacobin de 1921, élaboré par la haute fonction publique, celle d'une rationalisation unitaire du système. L'idée d'une gestion démocratique s'ajoutera au projet initial à la Libération (Catrice-Lorey, Steffen, 2006). Cette protection sociale évoluera par la suite d'une protection du salarié à la création d'une branche maladie universelle à la dynamique propre.

Ainsi, la création de la Sécurité sociale est le fruit d'un contexte idéologique, économique et démographique favorable, sans lequel d'autres choix auraient sans doute été faits. Cette Sécurité sociale, bloc uni, va cependant évoluer au cours des années pour s'adapter aux besoins tant de la demande de prestations que des problématiques de gestion.

Chapitre 2. D'une protection sociale du salarié à la création de la branche maladie universelle

Le modèle français a ainsi émergé dans un contexte favorable. Construit sur l'idée d'une protection sociale chapeautée par l'organisme Sécurité sociale, ce système d'abord pensé comme un moyen d'assurer le travailleur va peu à peu devenir caractéristique grâce à sa branche maladie universelle.

Section 1. Un système assurantiel pour protéger le père de famille : l'assurance maladie solidaire

Le système assurantiel est ainsi à la sortie de la guerre pensé comme un moyen de protéger le travailleur à l'heure où il est nécessaire de réunifier les français dans la reconstruction du pays. Dans l'exposé des motifs de l'ordonnance n°45-2454 du 4 octobre 1945, l'ambition affichée est claire, l'assurance sociale se veut être « une garantie donnée à chacun qu'en toute circonstance, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes »²¹.

²¹ Ordonnance n°45-2454 du 4 octobre 1945, [JORF n°247 du 20 octobre 1945, pp. 6721 à 6731](#).

Le système, basé sur des cotisations, finance des prestations directes telles que les allocations familiales ou l'assurance maladie, et différées, comme les retraites, au travailleur et à ses ayants-droits, définis dans l'Ordonnance du 4 octobre 1945. En effet, le système est conçu sur le principe que les hommes travaillent et les femmes sont au foyer (Damon, Ferras, 2015, p.84).

La fonction de protection du père de famille et de ses ayants-droits est d'autant plus flagrante lorsqu'on observe l'évolution de l'assiette de prestation dispensée par la Sécurité sociale : en 1945, le poste de dépenses principal pour la Sécurité sociale est le remplacement et la compensation de salaires des salariés. Désormais, l'assiette principale est la consommation de soins (Damon, Ferras, 2015, p.85). Si cette modification est a priori un potentiel risque pour l'équilibre et la soutenabilité du système, on note que l'augmentation de la consommation de soins est liée au vieillissement de la population et que ce vieillissement de la population entraîne néanmoins de nouvelles ressources avec le développement de la *silver economy* (Damon, Ferras, 2015, p.88).

Section 2. La division en branche de risques

La réforme de 1967, dite réforme Jeanneney²², instaure ainsi officiellement la gestion financière des différents risques en branches séparées, donnant lieu à la création de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales pour le risque famille, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés pour le risque vieillesse et enfin la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour la branche maladie (*Quand la CNAMTS se livre*, 2017). L'objectif affiché à l'époque par le ministre des Affaires Sociales Jean-Marcel Jeanneney est d'assurer la pérennité du régime général de la Sécurité Sociale qui, pour le ministre, ne peut se faire sans assurer l'efficacité de celui-ci en séparant les différentes branches afin de s'assurer de leur équilibre financier et d'une gestion budgétaire propre à chacune. En séparant les différentes branches, l'idée était d'assurer à chacun une vision de sa santé et d'assurer que les difficultés budgétaires de l'un ne mettent pas en péril l'autre (ibid).

Les différentes branches de la Sécurité sociale ne connaissent pas de définitions juridiques encadrant leurs champs de compétences. Ces branches ne sont qu'un usage linguistique courant jouissant d'une réalité sur le terrain. En effet, si la loi ne donne pas de définition propre à chaque branche, elles ont néanmoins une existence propre comptablement parlant,

²² Cette réforme est une des trois missions confiées par le Président De Gaulle à Jean-Marcel Jeanneney lors de sa nomination en tant que Ministre des Affaires sociales, les deux autres étant la création d'un régime d'assurance maladie pour les travailleurs indépendants et la fusion du ministère de la Santé et du ministère du Travail pour renforcer l'action publique dans ces domaines (Brigitte Joseph-Jeanneney, in *Quand la CNAMTS se livre*, 2017).

les branches faisant référence à différents « *regroupements comptables qui cernent les recettes et les dépenses allouées aux différents risques* » (Damon, Ferras, 2015, p.47).

C'est ainsi qu'a émergé la branche maladie, et la création de la Caisse d'assurance maladie à un niveau national.

Section 3. La branche maladie, financeur de soins

En 1967, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) est créée, face à l'évolution qui s'opère avec l'allongement de l'espérance de vie et les progrès médicaux. La création de cette caisse convient de la volonté du gouvernement de réorganiser le système de la Sécurité Sociale par la séparation de la gestion financière des branches de risque²³ (*Quand la CNAMTS se livre*, 2017). Elle passe alors, selon les mots de William Gardey, Président du Conseil de la Cnamts, de « *payeur aveugle à payeur éclairé* » (*ibid.*). En effet, la séparation des différentes branches de risque et leur autonomisation permet aux différentes caisses de se regrouper et de former un réseau plus cohérent. La Cnamts et ses caisses affiliées sont devenues des acteurs mobilisés pour leurs compétences techniques, avec notamment la mise en place de la codification des actes et le déploiement des programmes de maîtrise des dépenses de soins de ville, qui ont permis à l'assurance maladie d'assurer un rôle de veille et d'apport technique, tant pour les acteurs que dans l'analyse médico-économique et la rémunération adaptée qui l'a accompagnée.

Les missions de la Cnamts vont rapidement être comprises par, dans un premier temps, la création du service national du contrôle médical en 1968, qui affiche l'ambition de mieux contrôler la pratique sanitaire en France, puis dans un deuxième temps, la signature de la première convention nationale avec les médecins libéraux en 1971, conventions qui jusqu'ici étaient signées à une échelle départementale. La nomenclature des actes professionnels est également un document phare de la Cnamts qui va asseoir sa place dans la discussion avec les professions médicales et pérenniser son statut d'acteur médico-administratif nécessaire à la coordination entre les politiques du législateur et les actions de terrain. Cependant, c'est aussi par ces tâches identifiées que la Cnamts, encore aujourd'hui, reste identifiée comme le financeur de soins et le dernier décideur du financement.

Cette place prépondérante dans l'échiquier politique du financement de la santé liée autant à l'idée de soins contraint la conception de la santé car la Cnamts finance en grande majorité du soin et non de la prévention ou de la coordination, postes de dépenses qui semblent devenir nécessaire dans le renouvellement de la conception de la santé.

²³ A l'époque, seules trois branches de risque sont sous l'égide de la Sécurité sociale, à savoir la maladie, la vieillesse et la famille.

Ainsi, la Sécurité sociale française a évolué et sa place dans l'échiquier politique est devenue grandissante. Devenue Assurance maladie par sa séparation des autres branches, elle est devenue coordinatrice et financeur de soins. Cela s'explique par ses compétences techniques devenues indispensables dans la vision et l'analyse médico-économique. Cela s'explique aussi par la relation de confiance qui s'est instaurée via les conventionnements avec les professionnels de santé. Ainsi, l'Assurance Maladie, fille de la Sécurité sociale, est le fruit d'un héritage long de la protection des plus faibles dont la naissance a été rendue possible par un contexte politique et économique favorable.

Cependant, cette protection sociale, baignée d'héritages, ne peut rester immobile. En effet, l'Assurance Maladie a émergé dans un climat économique et politique favorable pour lequel la structure de la société était adaptée. Or, cette construction s'est également accompagnée d'un héritage de la bureaucratie française, souvent lourde, et des revendications des professions médicales, empêchant son maintien dans sa forme originelle.

Partie 2. Refondation du système de santé

La création de la Sécurité Sociale en 1945 et notamment du système de santé, ont bénéficié d'un contexte économique, idéologique et démographique favorables à la mise en place d'un système assurantiel solidaire et large. Cependant, celui-ci a été construit dans l'euphorie de la Libération et en amont d'un déclin économique et d'un pic démographique.

Ces deux éléments ont constitué un changement notable. Tout d'abord, le PIB français a peu à peu connu une croissance moins dynamique qu'à la sortie de la guerre, avec un décrochage assez important à partir des années 1970²⁴. De plus, les dépenses de santé ont dans le même temps augmenté de manière plus dynamique que le PIB français (Drees, 2019, « *Les dépenses de santé en 2018* »). Enfin la structure démographique de la France s'est modifiée. Les femmes sont entrées plus massivement sur le marché du travail, notamment à partir de la loi du 13 juillet 1965²⁵ permettant aux femmes mariées d'occuper un emploi sans l'accord de leur mari. Ainsi, entre 1960 et 2017, l'emploi des femmes est passé de 6,8 millions à 12,7 millions d'emplois correspondant à une variation de 5,9 millions d'emplois tandis que dans le même temps, la variation des emplois occupés par des hommes n'est que de 0,5 millions d'emplois (Husson, 2018).

Ensuite, les évolutions techniques, technologiques et la modification de la sectorisation de l'emploi en France ont favorisé l'accroissement de l'espérance de vie. Ainsi, l'espérance de vie a augmenté de 16,4 ans chez les femmes passant de 69,2²⁶ ans en 1950 à 85,6²⁷ en 2015 et de 16,6 ans chez les hommes, passant de 63,4²⁸ à 80,0²⁹. Or, le système d'assurance maladie a été à la base conçu sur un modèle où l'espérance de vie était autour de 65 à 70 ans. La conséquence principale de cet accroissement de l'espérance de vie est l'augmentation des maladies chroniques, qui impactent notamment l'autonomie des individus et qui pour beaucoup nécessitent des traitements lourds et/ou onéreux.

²⁴ Voir "Évolution du produit intérieur brut et de ses composantes, Données annuelles de 1950 à 2019", Insee, Chiffres-clés, paru le 29 mai 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2830613>

²⁵ Loi n°65-570 du 13 juillet 1965 portant réformes des régimes matrimoniaux, [JORF du 14 juillet 1965 page 6041](#)

²⁶ Voir "Données de cadrage: indicateurs d'état de santé. Espérance de vie à la naissance en France sur la période 1950-2011", [IRDES](#), consulté le 13 août 2020.

²⁷ Voir "Espérance de vie - Mortalité", Insee, Tableaux de l'Économie Française, Édition 2016, Références, paru le 01 mars 2016

²⁸ Voir référence 16

²⁹ Voir référence 17

Enfin, les évolutions ont été nombreuses à la fois sur la modélisation du système, issu d'un État centralisé et éloigné des thématiques de terrain, et dans la conception même de la santé, remettant en cause les rôles de chacun et modifiant les rapports entre les acteurs.

Ces modifications structurelles ont rendu le système de santé inadapté et ont conduit à un lourd travail de redéfinition de ce qu'était la santé et avec la restructuration de sa prise en charge par l'Etat.

Titre 1. Un système caduque

L'exposé des motifs accompagnant la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé³⁰ pose le contexte incitant à repenser l'organisation et le besoin de modernisation du système de santé dans les termes suivants : « *Le présent projet de loi procède d'une vision globale et innovante du système de santé qui a atteint un degré de complexité préjudiciable aux patients et aux professionnels eux-mêmes et appelle une prise en charge globale des déterminants de santé donnant toute sa place à la prévention* ». Cet exposé des motifs pointe du doigt les améliorations nécessaires à la soutenabilité et à la pérennité du système de santé, à savoir « *une vision globale et innovante* », pour remédier au « *degré de complexité préjudiciable* » à l'ensemble des acteurs en permettant « *une prise en charge globale* » et notamment la mise en place de la prévention. Ces éléments sont les freins et leviers identifiés dont le traitement est nécessaire pour refonder le système de santé.

Ainsi, le système est perçu comme préjudiciable à tous les niveaux, autant pour l'utilisateur que pour les professionnels de santé du fait de sa complexité administrative croissante et ce, malgré une tentative d'investissement de la part des représentants médicaux s'éloignant de leurs prises de position historiques.

Chapitre 1. Un système perçu comme bureaucratique

Le système de santé tel que construit en 1945, se basait sur une administration centrale forte. Or, les différentes réformes et la décentralisation progressive ont amené les régions et les territoires à s'affirmer de plus en plus quant à leurs besoins spécifiques, rendant caduc la gestion nationale du système de soins. De plus, la quantité d'actes administratifs et la baisse du temps médical des personnels soignants sont de plus en plus pointés du doigt. Ainsi, le

³⁰ [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. EXPOSE DES MOTIFS](#)

système de santé est interrogé sur la pertinence d'une gouvernance nationale de l'offre de soins et connaît une crise de surcharge administrative des soignants.

Section 1. La tentative de décentralisation pour se rapprocher des enjeux locaux d'offre et de gestion de soins

Les ordonnances dites Juppé de 1996³¹ mettent en place les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Celles-ci, dans le même esprit que les décentralisations des systèmes italiens et espagnols vus précédemment, visent à ramener la gestion de l'offre de soins à un échelon territorial inférieur. Les missions de ces agences sont focalisées sur la gestion de l'offre hospitalière publique et privée. La distinction ici est encore faite entre le soin de ville et le soin hospitalier, tout comme la santé est envisagée uniquement dans un spectre de soins. Cette distinction disparaît progressivement avec la modification du paradigme de pensée qui s'opère dans la vision française. Ainsi, en 2010, les ARH deviennent ARS³², les Agences Régionales de Santé, englobant avec la gestion de l'offre hospitalière, les questions de santé publique et de prévention, le médico-social et s'intéressant de manière croissante au secteur ville.

La mission principale est l'allocation des ressources à chaque établissement. Cette mission est contrainte par l'enveloppe budgétaire déléguée par le niveau national aux ARH. Deux types de financement sont déjà en vigueur pour les établissements à l'époque, à savoir la dotation globale pour les établissements publics et un financement basé sur l'Objectif Quantifié National (OQN) pour les établissements privés. Là où le changement va apparaître est dans la « *restructuration de l'offre hospitalière locale* » (Catrice-Lorey, Steffen, 2006).

La création des ARH a mené au développement d'un outil de régulation, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). Ces schémas ont permis la contractualisation avec les hôpitaux publics et établissements privés afin de rationaliser l'offre de soins sur le territoire en incitant les établissements à coopérer. Ces éléments d'incitation à la coopération inter hospitalière ont perduré avec les ARS, tout comme les schémas, se sont poursuivis pour assurer un accès à une offre de soins suffisant partout sur le territoire. De plus, les ARS font l'objet d'un Projet Régional de Santé (PRS) se projetant sur une décennie et se décomposant en Schéma Régional de Santé (SRS) sur 5 ans. Ces deux outils intègrent, au-delà de la question de la gestion de l'offre de soins, les questions de maillage territorial de l'offre

³¹ [Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324](#)

³² [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184](#)

sanitaire et médico-social, de la démocratie sanitaire, de la santé mentale ainsi que de l'environnement et de la modernisation du système de santé.

Ces différentes évolutions ont permis une adaptation aux caractéristiques locales de l'offre sanitaire et médico-sociale. Cependant, ces adaptations restent contraintes par l'augmentation en parallèle des actes administratifs qui se sont institués dans la pratique médicale quotidienne.

Section 2. Entre tâches administratives chronophages et recherche de revalorisation du temps médical

Plusieurs éléments liés à la surcharge administrative croissante sont à mentionner, parmi lesquels nous aborderons la judiciarisation de la médecine et l'augmentation des données demandées par les différents organismes de contrôle. Ces deux éléments sont symptomatiques des mutations présentes dans la société française et dans l'administration française.

Le premier point, la judiciarisation, est lié au développement des droits des patients initié depuis 2002 et la connaissance croissante des usagers, soit en tant que patient expert soit via les associations d'usagers, des droits dont ils jouissent et des protocoles en usage. L'exemple le plus parlant de cette judiciarisation est l'exemple américain. La judiciarisation de la médecine consiste en l'augmentation constante du nombre de procès médicaux (Helmlinger, Dominique, 2004). On note cependant des différences entre ce qui se passe en France et aux Etats-Unis : outre-Atlantique, la majorité des procès se déroulent au civil là où la justice pénale est souvent sollicitée en France. Cela s'explique par deux mécanismes : tout d'abord, recourir au civil nécessite l'avance des frais d'expertise par le plaignant, expertise nécessaire au juge qui, si elle ne contraint pas sa décision, lui permet néanmoins d'avoir un avis expert sur les pratiques opérées afin de se faire une idée de l'existence possible de faute de science. Le second élément est corrélé et réside dans le fait que le pénal d'une part connaît une expertise gratuite pour le plaignant et d'autre part, connaît des peines de publicité et d'interdiction de pratiquer pour le médecin reconnu coupable. L'utilisateur plaignant, qu'il soit victime directe ou indirecte, ne recherche pas tant la réparation du préjudice que l'action punitive de la justice. Cependant, cette judiciarisation est assez limitée et n'est pas aussi exponentielle qu'aux Etats-Unis. Cette différence s'explique notamment par les nombreux mécanismes de résolution des conflits à l'amiable mis en place ces dernières années, que ce soit au sein des établissements que dans les conseils de l'ordre, comme par exemple les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation³³.

³³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Cette juridicisation, même si limitée, est néanmoins un enjeu de contrainte administrative chronophage grandissant pour les médecins. En effet, chaque plainte, qu'elle soit traitée par la justice ou à l'amiable, dans les établissements ou auprès des conseils de l'ordre, nécessite un temps de préparation de la défense et un temps de présence pour les confrontations et les auditions. Cette même juridicisation explique le temps croissant consacré à des tâches administratives et non médicales.

En effet, le traçage et notamment l'information renseignée aux patients et sa traçabilité requièrent un temps conséquent afin que l'information soit « *loyale, claire et appropriée* »³⁴ à chaque patient en fonction de ses capacités. Cette traçabilité est d'autant plus importante que la charge de la preuve de l'information repose sur le médecin³⁵.

A ceci s'ajoute l'augmentation croissante du nombre de procédures administratives et la remontée de données de plus en plus conséquente pour les professionnels médicaux. Au-delà de la traçabilité des informations délivrées, les personnels médicaux ont également l'obligation de transmettre de nombreuses données, notamment liées à l'activité. Jean Peneff parle de « *bureaucratization pour l'existence* » (2005), mettant en avant l'importance considérable, ici pour les médecins hospitaliers, des tâches administratives qui leur incombent au détriment de leur activité médicale. Ces tâches administratives se composent principalement de la mise à jour des dossiers patients, qui reprend autant des éléments diagnostiques et prescriptifs que le traçage de l'information délivrée au patient et le consentement de ce dernier, lié au dispositif « *médecin traitant* » et du codage diagnostique, données nécessaires à la fois à l'assurance maladie et à l'ARS pour permettre le paiement mais également le contrôle des prescriptions selon les normes en vigueur. Si certaines améliorations sont faites, notamment grâce à la dématérialisation de certaines tâches (Dufrenne, 2011), cette charge administrative n'en reste pas moins un objet de discordance entre les médecins et les administrations, certains considérant que cela ne devrait pas leur incomber et reléguant ces tâches au statut de « *paperasse* » du fait de la faible valeur ajoutée à leur pratique³⁶. L'enquête menée par la Drees en 2010 montre également que malgré un temps de travail moyen des médecins supérieur à celui des cadres, les médecins sont prêts à travailler davantage à condition que ce temps supplémentaire soit consacré à la pratique de la médecine, comprise au-delà même de l'acte effectué³⁷.

³⁴ [Code de la Santé Publique, article R. 4127-35](#)

³⁵ [Code de la Santé Publique, article L.1111-2 alinéa 7](#)

³⁶ Julie Micheau, Eric Molière, Plein Sens, Drees, Dossiers solidarité et santé, n°15, [L'emploi du temps des médecins libéraux, 2010](#)

³⁷ L'étude de la Drees mentionnée ci-dessus précise que le temps consacré aux tâches administratives est "disqualifié" de cette vision, mais que le temps consacré à l'étude ou aux

Ainsi, l'enjeu principal perçu dans la communauté médicale est de ramener du sens au travail qu'ils effectuent en revalorisant le temps médical et en diminuant le temps consacré aux tâches administratives, soit en déléguant³⁸, soit en permettant de nouveaux protocoles simplifiés.

Les deux éléments vus précédemment marquent un besoin de renouveau tant dans l'organisation décentralisée que dans la lourdeur des tâches administratives attribuées aux médecins. Ces deux éléments ne sont cependant pas les seuls marqueurs de la caducité du système. La modification du prisme des politiques publiques de la considération du soin à la considération de la santé est le second élément majeur montrant la nécessaire refondation du système de santé.

Chapitre 2. Une vision de la santé dans sa globalité.

Le système de santé français a été construit autour de deux prismes principaux. Tout d'abord, la santé passe par le soin, élément codétenu par le médecin, souvent de famille, sorte d'héritage passé de mère en fille, et par l'hôpital, lieu des aliénés, dédiabolisé progressivement dès le début du 20ème siècle jusqu'à le transformer en haut lieu de science par la création des hôpitaux universitaires. Ces deux éléments sont à la base de la rénovation du système de soins et de son besoin de réforme pour devenir système de santé.

Section 1. D'une santé curative à une santé préventive

La première avancée majeure consiste en la modification de la vision de la santé. Les différentes réformes hospitalières conduites de 1941 aux années 1990 montrent une réflexion du législateur focalisée autour de l'hôpital. La gestion hospitalière est pendant près de 60 ans l'enjeu principal des politiques de santé. Après avoir créé un Etat-Providence basé sur un système fort, le premier enjeu des pouvoirs publics a été de rendre à l'hôpital son rôle de soignant. En effet, l'hôpital a longtemps été associé aux hospices et aux asiles. L'hôpital, dans l'esprit de la population française du début du 20ème, est au pire un lieu pour les aliénés et au mieux un mouvoir pour les sans-familles. Seuls quelques établissements, développant la

déplacements nécessaires à leur activité médicale est entendu comme une extension acceptable de leur temps de travail.

³⁸ Sous certaines conditions, comme le montre les résultats de l'enquête Drees "Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers" [Etudes et résultats, n°873, février 2014](#).

chirurgie avec l'appui de médecins se faisant une réputation sur la place publique, connaissent une réputation autre que celles susmentionnées.

Ainsi, l'Etat s'est mobilisé pour transformer dans l'opinion des français l'hôpital et en faire un lieu de soins. Cela est notamment passé par la création des centres hospitaliers universitaires (1958) puis la structuration grandissante de la prise en charge française autour de l'hôpital. Cependant, à se focaliser sur l'hôpital, l'organisation de la carte sanitaire et la coopération inter hospitalière, les pouvoirs publics en ont négligé la question du patient dans le soin.

En 2002, la première mise en avant dans le système sanitaire du patient se produit avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier³⁹ dite loi Kouchner. Cette loi pour la première fois en soixante ans met en exergue les droits du patient, renversant la sacro sainte relation médecin-patient dans laquelle le patient n'est que receveur du soin et non acteur de sa santé. On note qu'on parle ici du « *droit des malades* » et du « *système hospitalier* ». Il est ainsi encore considéré que la santé passe au travers du prisme hospitalier mais également que le système sanitaire et les politiques relatives à la santé ne touchent qu'à la personne déjà malade.

Or, on note dès 1992, dans l'analyse de Patrice Pinell, un mouvement mettant fin au paternalisme médical. Le paternalisme médical se définit comme la relation inégale entre le patient et le médecin dans laquelle le médecin joue un rôle paternel vis à vis de son patient. Il est détenteur du savoir face à un patient ignorant qui ne fait qu'appliquer ce que son médecin lui dit. Dans cette relation, le médecin a l'ascendant sur son patient qui n'est que receveur. La fin du paternalisme médical telle que décrite par Patrice Pinell rend sa place au patient, aidé par l'accès aux savoirs et notamment grâce au développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui lui donne accès au savoir jusqu'ici détenu par le patient. La fin du paternalisme médical permet la place grandissante des usagers et bientôt de leurs représentants dans la décision politique liée aux politiques de santé.

Cette place crée un renouveau dans le paradigme jusqu'ici en place : on se déplace progressivement d'une santé liée aux soins et à la maladie, vision négative, à une santé positive, orientée par la définition de l'OMS et soutenue par les usagers, se basant sur l'ensemble de la santé et notamment la prévention empêchant ou retardant l'apparition de maladie et donc de soins.

³⁹ Loi n°2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier, [JORF du 5 mars 2002. pp.4118-4158](#)

Section 2. D'une santé individuelle à une santé globale

Longtemps la santé a été observée sous le prisme du colloque singulier entre le patient et son médecin, dans laquelle le médecin est détenteur du savoir objectif et le patient applique ce qui lui est dit. Ce modèle est basé sur l'idée de la bienfaisance du médecin vis à vis de son patient.

Ce principe de bienfaisance (Parizeau, 1993)⁴⁰ est présent dans l'histoire du droit de la santé. La première mention de la responsabilité en matière médicale date de la Loi du 29 ventôse an XI (10 mars 1803), qui distingue deux types de soignants, à savoir les docteurs en médecine et les officiers de santé (Barbot, 2018, p.6). Ces derniers ne sont pas docteurs en médecine mais ont réussi un examen à l'issue d'un stage auprès d'un docteur ou dans un hôpital. Ces officiers de santé ne sont pas autorisés à faire de « grandes opérations ». Avec cette loi apparaît le principe de la responsabilité des officiers de santé dans le cas où ils réaliseraient des « *grandes opérations* » sans la surveillance d'un docteur. Les articles 1382 et 1383 du Code Civil de 1804 posent une responsabilité conçue pour être universelle et un principe de réparation intégrale. On a une distinction claire entre la responsabilité pénale, qui suppose une intention et la responsabilité civile qui ne suppose pas forcément d'intention. Or, dans la jurisprudence, ces articles ne s'appliquent pas aux docteurs. En effet, cela supposerait que les docteurs auraient intentionnellement porté atteinte à leurs patients, chose allant à l'encontre du principe de bienfaisance. Ce n'est qu'en 1835, dans une décision de la Cour de Cassation dans l'affaire Dr Thouret-Noroy contre M. Guigne, qu'un médecin est reconnu responsable d'une faute de conscience dans le cadre de sa pratique (Barbot, 2018, p.15), posant les bases de la responsabilité médicale.

Ce principe de bienfaisance a ainsi longtemps été considéré comme la preuve que les médecins ne pouvaient agir contre le bien du patient. Or, ce principe de bienfaisance s'oppose au principe d'autonomie, caractéristique de plus en plus prégnante du patient.

Par autonomie on entend une personne libre dans ses interactions et qui ne connaît pas d'entrave à ses compétences, qu'elle soit physique ou mentale, la rendant capable. L'autonomie est ainsi respectée dans « *la mesure dans laquelle la prestation de soins respecte les besoins, valeurs et préférences individuels du patient* » (Vlayen, Van de Water et al., 2006). Cette idée d'autonomie s'est notamment développée avec les mouvements de malades, initiés dans les années 1980 lors de la crise Sida. L'activisme thérapeutique (Barbot,

⁴⁰ Parizeau M.-H., 1993, *Consentement*, dans Hottois G., Parizeau M.-H., *Les mots de la bioéthique - un vocabulaire encyclopédique*, Bruxelles : De Boeck.

2002) s'est notamment expliqué par l'absence d'actions de la part des pouvoirs publics ainsi que la lenteur des firmes pharmaceutiques à commencer les recherches sur cette maladie. De plus, le développement des associations de malade a permis la prise en compte de l'indépendance des malades ainsi que de leur vécu et du communautarisme lié à certaines pathologies. Ces mouvements de malades ont également permis des avancées médicales, que ce soit sur le plan de la recherche biomédicale comme pour le Sida (Barbot, 2002) ou sur les modalités de prise en charge de certaines pathologies avec l'idée du patient-expert (Boudier, Bensebaa, Jablanczy, 2012).

Enfin, le développement d'un nouveau vocable, celui d'usager du système de santé, marque un tournant considérable dans l'approche des politiques de santé. L'usager n'est pas forcément malade, il est celui qui fait partie du système ; il n'est ainsi pas nécessairement receveur passif dans le système. En tant qu'usager, il fait usage du système, et devient ainsi acteur de sa santé.

La vision de la santé connaît donc un changement favorable à l'autonomie du patient, qui devient un acteur de son parcours de santé qui ne se focalise plus uniquement sur la question du soin mais sur le bien-être général de l'individu, conception favorable à la prise en charge préventive de la santé, avant d'être malade.

Ainsi, le système connaît une caducité de par la contrainte administrative qui pèse de manière croissante sur les professions médicales, de même que par la centralisation de la décision, encore présente bien que atténuée, qui rend la décision souvent trop théorique comparée aux enjeux opérationnels. De même, la vision de la santé comme d'un objet centré sur le soin où le colloque singulier patient-médecin est à la faveur de ce dernier et où le soin est pensé comme un acte isolé et individuel, est une vision archaïque à l'heure de l'accès à la connaissance et à l'information où la question de la santé comme « *état de complet bien-être* » englobe bien plus que la question de l'absence de maladie. Cependant, malgré ce changement de paradigme, le système ne peut évoluer sans l'apport des médecins en dehors du cadre législatif.

Titre 2. Une tentative d'implication croissante des médecins en dehors du cadre législatif

Le corps médical, comme vu précédemment, s'est depuis longtemps investi dans l'hémicycle et dans la défense des intérêts des professions médicales.

Chapitre 1. Une conception corporatiste de l'investissement dans la gestion de l'offre sanitaire

Les médecins, malgré des syndicats peu représentatifs et de plus en plus fragmentés à travers le temps, ont pour autant toujours fait l'objet d'un relais parlementaire et d'appui dans les différentes chambres parlementaires permettant la défense de leur corporation et la préservation de leurs libertés (Catrice-Lorey, Steffen, 2006). Cela a au cours du temps facilité leur place dans les jeux de négociations et de pouvoirs, en en faisant un acteur incontournable de la définition des enjeux sanitaires et des politiques de gestion de l'offre. La Charte médicale de 1927 avait permis d'entériner la liberté des tarifs appliqués par les médecins. En 1945, la création de la Sécurité Sociale et de la branche maladie entraîne certaines modifications. L'Etat pose le principe de « *conventions départementales* » entre les caisses d'assurances maladie et les syndicats de la profession : c'est le début du conventionnement entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux, et la mise en place d'un système de négociations régulant l'activité des médecins. De plus, c'est ce même conventionnement qui entérine l'idée d'un secteur ville, décentralisé, géré par des conventions entre syndicats de médecins libéraux et caisses d'assurance maladie, et d'un secteur hospitalier, en opposition, géré de manière centralisée par l'Etat. La loi de Sécurité Sociale de 1971 acte cette répartition⁴¹, malgré un conventionnement désormais national qui renforce le pouvoir de négociation des syndicats médicaux.

Or, dans les années 1980, la question de la maîtrise des dépenses devient un thème prégnant lié au système de santé et à sa gestion. Les syndicats médicaux plaident la non-responsabilité économique, leur activité étant centrée autour de la question de la défense des intérêts de la profession. Ce ne sont que des évolutions récentes qui ont amené les représentants des professionnels de santé à participer à la recherche d'une meilleure efficacité du système de

⁴¹ [Loi n°71-525 du 03 février 1971 « introduisant dans le code de la sécurité sociale les principes de la convention nationale liant les syndicats médicaux représentatifs et les caisses d'Assurance maladie ».](#)

santé (Catrice-Lorey, Steffen, 2006). Cependant, cette participation des professionnels de santé est souvent contestée. Le conflit permanent entre l'Etat et les professionnels médicaux du secteur ville crée une instabilité constante quant aux débouchés et aux avancées proposées pour améliorer l'efficience du système.

L'implication des syndicats et des représentants des professionnels médicaux et notamment des médecins est ainsi un élément clé de la construction politique des modèles. Longtemps centré autour des enjeux liés à la défense des intérêts de la profession, les représentants des médecins libéraux sont les acteurs clés à mobiliser pour faire bouger les lignes. Récemment, face au risque de plus en plus prégnant de voir le système imploser sous ses propres contraintes et fonctionnement, avec notamment l'augmentation constante des dépenses à un niveau supérieur au PIB, auquel s'ajoute le risque de privatisation des assurances maladie, dans la même dynamique qu'en Allemagne ou aux Pays-Bas, qui modifierait le rapport de forces dans les décisions politiques liées à la santé, à la défaveur des professions médicales ceux-ci ont modifiés leurs positions dans les négociations nationales. Ainsi, les médecins, tout comme leurs représentants, modifient progressivement leurs modes d'investissement et leurs contributions dans la décision politique.

A cette modification des comportements s'ajoute la mise en place progressive de dispositifs d'incitation à la prise en compte d'intérêts allant au-delà de ceux de la profession, compromis trouvé pour ajuster le rapport de forces en jeu et permettre la pérennité du système.

Chapitre 2. La mise en place progressive de dispositifs d'incitation à la prise en compte d'intérêts autres que ceux de la profession

Progressivement, les médecins et leurs représentants ont modifié leur spectre d'action avec le législateur, s'associant à la réforme et à l'évolution de leurs pratiques. Cela s'est notamment fait par la mise en place de dispositifs d'incitation, dont l'objectif est de modifier les pratiques en valorisant les modifications de comportement entrepris par les professionnels.

Parmi ces dispositifs, le plus emblématique est la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) créée en 2011. Basée sur un ensemble d'indicateurs ayant connu de fortes modifications suite aux recommandations médicales en 2016⁴², cette rémunération incite les médecins libéraux à modifier leurs pratiques contre rémunération, afin d'assurer et renforcer la qualité des pratiques et l'efficience des soins.

⁴² Assurance maladie, La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour le médecin, [améli pour les médecins. 28 novembre 2019](#)

Cette rémunération est un dispositif d'incitation, issue de négociations entre l'Assurance maladie et les représentants de professionnels de santé. Elle fait l'objet d'une convention, régulièrement révisée, qui vise un équilibre entre les intérêts des professionnels de santé et la recherche d'une offre de soins efficiente, rationnelle et soutenable. Ainsi, l'objectif n'est pas la baisse du nombre d'actes mais la recherche d'une prise en charge des patients plus adaptée et réfléchie, ne faisant pas l'objet d'actes inutiles, et prenant en compte la prévention dans la prise en charge du patient.

D'autres dispositifs, tels que la demande d'entente préalable pour certains actes ou certains professionnels, tout comme les dispositifs de coopération pluriprofessionnelle, font tous l'objet de conventions nationales déclinées localement. Cela montre une volonté de la part des professionnels de santé de participer à la modification et à la réforme du système de santé, tout en gardant un certain poids dans les négociations afin de préserver leur statut.

Ces dispositifs, et notamment la ROSP, ont permis la création d'un cadre d'acculturation des professionnels de santé propice à des changements d'une plus grande envergure, en associant des représentants des professions médicales de plus en plus volontaires, et en combinant la préservation des intérêts des professionnels de santé avec l'intérêt commun de sauvegarder le système de santé.

Ainsi, le système de santé a nécessité une large refondation après la constatation globale d'un problème de caducité, le système n'étant plus adapté aux enjeux et au contexte français. De plus, la progressive modification de l'investissement des médecins et du positionnement de leurs représentants dans les différentes négociations ont permis de grandes avancées, leur influence étant prépondérante dans les rapports de forces construisant le système de santé. Ces évolutions favorables ont permis un cadre propice pour la refondation du système, laissant la possibilité au développement de nouveaux modes de fonctionnement propices à l'innovation dans la refondation du système de santé.

Partie 3. Cas pratique : les innovations en santé issues de l'article 51 LFSS 2018

Les évolutions connues par notre système sont multiples et nécessitent une approche plurielle pour innover. Tout d'abord, il est à noter que les évolutions récentes en faveur de la démocratie sanitaire ont remis au centre du processus de réflexion et de décision le patient. Les innovations en faveur de la mise en avant de patients partenaires dans les établissements se développent⁴³.

La mise en avant de l'expérience patient et la place de plus en plus centrale de l'utilisateur depuis 2002 permettent la mise en oeuvre d'innovations diverses. Un changement de paradigme (Titre 1) et la création d'un cadre juridique (Titre 2) ont permis l'émergence d'innovations comprenant des modèles novateurs centrés autour du patient et de la coopération professionnelle (Titre 3). Cependant, il est à noter que ces innovations présentent des perspectives et des limites à prendre en compte dans l'évaluation du dispositif (Titre 4).

Titre 1. Un changement de paradigme à l'origine d'innovations

La modification de la vision de la santé, et la place de plus en plus prégnante de l'utilisateur et de sa santé avant même qu'il ne soit patient permet de repenser la santé comme un parcours global. Cela modifie à la fois la manière d'organiser la santé qui ne concerne plus seulement le soin mais s'organise en parcours autour de patient dès la prévention primaire. Ce changement de paradigme est favorable aux innovations portant sur les parcours de santé, mais également sur les modes d'organisation et de financement, mobilisant chaque acteur pour renouveler le fonctionnement du système de santé et ainsi l'adapter aux besoins que représente ce changement de paradigme.

⁴³ Voir Clémence Nayrac, "L'ARS Nouvelle-Aquitaine va financer six à huit postes de patient partenaire en oncologie", Hospimedia, version abonnés, Publié le 06/08/20 - 13h59, https://abonnes.hospimedia.fr/appels-a-projets/20200806-usagers-l-ars-nouvelle-aquitaine-va-financer-six?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

Chapitre 1. La santé comme globalité : émergence des parcours de santé

La santé a longtemps été considérée au travers d'une définition négative portant sur l'absence de maladie⁴⁴. Désormais appréciée dans sa définition de l'OMS, comme état de complet bien-être, la santé est envisagée sous un spectre plus large n'étant plus seulement une question de soins et de moyens donnés pour guérir un patient, mais bien un parcours complet de prise en charge y compris en amont de l'apparition de symptômes. L'intégration de la prévention primaire dans le parcours de santé et la prise en compte d'un besoin de coordination entre les différents acteurs intervenant autour de l'utilisateur a permis de forger le modèle de parcours de santé.

La notion de parcours est définie comme « *l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé, en réseau de santé* »⁴⁵. Elle se décompose en trois types de parcours qui permettent une approche graduée de la notion de parcours tout au long de la vie et en fonction des besoins de chaque usager et des interventions possibles⁴⁶.

Cette modification du paradigme s'explique à la fois par l'idée de l'utilisateur acteur de sa santé développée depuis le début des années 2000, et par la mise en avant et le développement des soins ambulatoires et des soins primaires dans la prise en charge classique des usagers. Ces modes d'intervention, plus courts, plus locaux, permettent des temps de séjour raccourcis ainsi qu'une graduation raisonnée de la prise en charge des patients. Cette modification est en grande partie possible grâce aux améliorations techniques et médicales connues ces dernières décennies qui ont permis l'amélioration des méthodes, la moindre invasivité des soins et une plus grande qualité et sécurité des soins. De plus, la modification des pratiques avec une plus grande coordination des professionnels de santé et une responsabilisation de l'utilisateur quant à

⁴⁴ "État de celui qui est sain, qui se porte bien." Académie, 4ème édition, [Centre National de Ressources Textuelles et Linguistiques](#)

⁴⁵ Ministère des Solidarités et de la santé, "[Parcours de santé, de soins et de vie](#)", mise à jour 18/10/2019

⁴⁶ "*les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ; les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins ; les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement*" Ministère des Solidarités et de la santé, "[Parcours de santé, de soins et de vie](#)", mise à jour 18/10/2019

son comportement et son environnement, notamment permis par les nombreuses lois de santé publique⁴⁷ concernant les déterminants de santé, ont favorisé le développement des parcours.

L'émergence des parcours de santé est un tournant dans la construction du parcours de l'utilisateur : il n'a plus à être patient et à recourir aux soins, mais peut simplement être un acteur agissant pour sa santé dans un environnement où sa prise en charge est prise de manière globale, en amont de la maladie, et sur tous les versants. Cette modification de la conception, si elle est fondamentale pour permettre une réforme en profondeur du système de soins, n'est cependant pas suffisante pour permettre une modification complète, nécessitant des changements dans l'organisation même du système.

Chapitre 2. Les innovations liées aux modes d'organisation

Les innovations organisationnelles sont à la base des évolutions du système de santé français, que ce soit dans le cadre du secteur hospitalier ou du secteur de ville. Depuis 1941, les modifications majeures opérées lors des réformes hospitalières et des grandes lois de santé ont porté sur l'organisation. Parmi elles, on compte dans les plus anciennes la modification des statuts des hôpitaux⁴⁸ qui classifie les différents types d'établissement dans le cadre de l'étatisation des établissements de santé, la coordination des équipements sanitaires⁴⁹, puis plus tard, les différents schémas régionaux d'organisation de l'offre de soins⁵⁰. De plus, les lois plus récentes, à compter de 2002, s'intéressent également à l'organisation du parcours du patient⁵¹ et de la coordination ville-hôpital.

L'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité sociale 2018 propose un cadre permettant de nouvelles innovations dans ce champ, provenant de tous les usagers et professionnels, qu'ils soient issus d'établissements de santé, libéraux ou issus du privé. Ces

⁴⁷ Notamment la loi Evin, concernant le tabagisme et l'alcoolisme (Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, [JORF n°10 du 12 janvier 1991](#) page 609), le Programme National Nutrition Santé concernant la lutte contre le surpoids et l'obésité, lancé en janvier 2001, et plus récemment sur la qualité de l'environnement avec le Plan National Santé Environnement.

⁴⁸ Loi du 21 décembre 1941 réorganisation des hôpitaux et des hospices civils dite Charte Hospitalière, JORF du 30 décembre 1941 p. 5574

⁴⁹ Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative relative à la coordination des équipements sanitaires, [JORF du 12 décembre 1958](#), p. 11170

⁵⁰ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 et rectificatif, [JORF du 02 août 1991, p. 10255](#)

⁵¹ Avec la création des réseaux de santé pour coordonner les parcours de santé, par la loi Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. L.6321-1 et L.6321-2 du CSP)

innovations proposées doivent proposer des « *organisations innovantes permettant l'amélioration du parcours des personnes, l'efficience du système de santé et de l'accès aux prises en charge*⁵² ». Le texte, large, permet à tous les acteurs de pouvoir faire des propositions. Les projets aboutissent après un travail itératif entre le porteur et l'ARS⁵³. Il peut faire l'objet par la suite d'une mise en commun avec un autre projet similaire ailleurs en France après sa présentation au comité technique stratégique, au niveau national, qui détient le pouvoir de décision concernant la mise en oeuvre d'une expérimentation.

Ces innovations, seules, ne permettent pas de réformer en profondeur le système malgré l'impact positif qu'elles peuvent avoir sur les dépenses de santé par la rationalisation des parcours et le décloisonnement permis par la coopération. Ainsi, le législateur a fait le choix de compléter ces innovations par des innovations dans les modes de financement.

Chapitre 3. Les innovations issues de modes de financement

La question de l'innovation dans les modes de financement du système de santé français est ancienne et ponctuée d'évolutions. La loi hospitalière de 1941 avait mis en place la rémunération forfaitaire des établissements. Celle-ci avait évolué une première fois avec la création de la tarification globale puis du forfait journalier hospitalier. La création de la tarification à l'acte avait été un tournant majeur, signifiant l'importance de l'acte et de sa cotation, au détriment pour certains professionnels de la qualité de la prise en charge globale du patient et de la pertinence des prescriptions.

La LFSS 2018 propose avec l'article 51 de mettre en place des innovations sur ce plan afin de diminuer ou a minima rationaliser les dépenses de santé. Cela passe par une réflexion sur la pertinence des soins ainsi que sur la qualité de ceux-ci. Derrière ces deux éléments se trouve la question de la performance, sujet déjà étudié depuis plusieurs décennies. L'idée n'est pas de réduire le nombre de soins ou de le faire stagner mais de proposer des soins qui soient bons, cohérents, et inclus dans un parcours de santé favorable au patient. Cela passe également par une conception décloisonnée favorisant la coordination ville-hôpital ainsi que

⁵² [CIRCULAIRE N° SG/2018/106](#) du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018

⁵³ Ibid.

la montée en charge de la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire⁵⁴, dans le parcours des usagers.

Ainsi, une évolution dans la conception de la santé, que ce soit sur la prise en charge décentrée du soin, les modes d'organisation ou le financement, ont permis de mettre en place des éléments favorables à une culture de l'innovation dans la santé, terreau fertile au développement des projets d'innovations issus de l'article 51 LFSS 2018. De plus, un cadre juridique s'est progressivement développé en France, facilitant l'arrivée de cet article.

Titre 2. Création d'un cadre juridique propice à l'innovation

En 1941, le début de l'Étatisation des hôpitaux fait passer la gestion hospitalière d'une compétence majoritairement municipale à une gestion nationale. Cela marque un tournant, tant sur l'enjeu que représente l'hôpital puisque sa gestion doit se faire par l'état, que sur l'enjeu de la centralisation des pouvoirs qui s'opère progressivement. Ce mouvement, avec le programme du Conseil National de la Résistance puis la IVème République, se poursuit lors de la création de la Sécurité Sociale, faisant de la santé des français un enjeu national et bientôt constitutionnel avec la présence dans le préambule de la Constitution de 1946⁵⁵ d'une mention à la santé comme étant garantie par la Nation.

Cet élan n'a été qu'une première ébauche de l'évolution de la gestion hospitalière par l'Etat. Les réformes sur le long cours ont permis un terrain propice à l'innovation tant en termes de coopération que de modes d'organisations et de financement, créant une culture de l'innovation suffisante chez les acteurs pour permettre l'émergence des innovations article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018.

⁵⁴ "La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités; Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence." Haute Autorité de Santé, "[Prévention](#)", publié le 31 août 2006

⁵⁵ "11. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs." Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Chapitre 1. Des avancées successives favorables.

Dès 1945 et la création de la Sécurité Sociale, le système hospitalier a connu de nombreuses réformes successives de manière à s'adapter et à innover face aux besoins émergents.

Tout d'abord la réforme hospitalo-universitaire de 1958, première grande réforme suivant la création de la Sécurité Sociale, amorce un premier pas net vers la gestion et le contrôle des politiques hospitalières par l'Etat⁵⁶ via un ministère chargé de ces questions. Cette même ordonnance permet une avancée en faveur de l'innovation et notamment de la coordination de l'offre de soins avec l'obligation de déclaration préalable de la création ou de l'extension d'un établissement sanitaire auprès du « ministre chargé de la santé publique et de la population ». Cette caractéristique induit la possibilité pour le ministre de s'opposer à l'ouverture ou à l'extension de certains établissements, mettant en place l'idée de la coordination et de la cohérence de l'offre sur le territoire. De plus, la mention de la population dans l'article L.731-1 sus-cité préfigure le rôle prépondérant à venir de l'utilisateur dans la question de la santé.

La loi hospitalière de n°70-1318 du 31 décembre 1970⁵⁷, si par l'instauration de la carte sanitaire pose les jalons d'un système hospitalo-centré, cette même carte permet de recenser sur le territoire l'ensemble des lits et des équipements lourds disponibles. Dès 1970 est constaté chez le législateur une volonté d'organiser sur le territoire l'accès aux soins de manière systématique. De plus, la création des syndicats interhospitaliers (SIH) encourage la coopération entre les établissements sanitaires, posant les jalons d'une nécessaire coordination entre les établissements du territoire. Cette loi, de nombreuses fois modifiée par la suite, cherche à permettre l'égal accès aux soins. On note également une volonté d'amélioration des soins puisque cette loi a contribué à la fermeture des établissements publics considérés trop petits pour assurer une sécurité suffisante des plateaux techniques qu'ils contenaient.

Les deux décennies qui suivent font l'objet de modernisations du système et d'un travail vers l'innovation dans les modèles de financement et d'organisation.

Tout d'abord en 1978⁵⁸ est expérimenté un nouveau mode de tarification des établissements hospitaliers, à savoir le forfait soins qui vient en sus du forfait journée instauré par la loi de 1941 et jusqu'alors unique mode de tarification dans les établissements

⁵⁶ Ordonnance n°58-1199 du 11 décembre 1958

⁵⁷ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, [JORF du 3 janvier 1971, p.67](#)

⁵⁸ Loi n°78-11 du 4 janvier 1978, [JORF du 5 janvier 1978, p.186](#)

hospitaliers. Ensuite, en 1983, la dotation globale de financement est mise en oeuvre et le forfait journalier devient à la charge de l'assuré⁵⁹. On note quelques mois plus tard une plus grande emprise de l'Etat qui limite une nouvelle fois l'autonomie budgétaire des établissements avec l'instauration d'une tutelle financière assurée par le préfet de département qui peut le cas échéant se substituer au Conseil d'Administration de l'établissement, qu'il soit public ou privé⁶⁰. Ces modifications montrent une certaine inquiétude quant au besoin de mieux gérer les deniers publics dans le secteur de la santé. La loi de 1991⁶¹ continue dans cette lancée de limitation du coût des séjours hospitaliers avec une réduction du nombre de lits contraignant les établissements hospitaliers à rationaliser les soins et les durées de séjour. de plus, elle conserve la carte sanitaire en lui ajoutant un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Cette loi ré-instaure également la coopération hospitalière via les SIH. Ces derniers sont renforcés par la création de groupes d'intérêt économique et de groupes d'intérêt public (GIP).

Le mouvement de décentralisation du pouvoir étatique et notamment la régionalisation qui s'accélère à partir des années 1990 va quelque peu modifier l'échelon de financement des établissements. Ainsi, les établissements à partir de 1996⁶² sont financés à l'échelon régional suite à la création des agences régionales de l'hospitalisation. Trois éléments socles sont à mettre en avant. Tout d'abord, une plus grande responsabilisation des établissements via la contractualisation tripartite, réunissant les ARH, l'assurance maladie et les établissements, dans les contrats de financement. Ensuite, la coopération entre les établissements qui, contractualisant leur financement et les moyens qui leur sont alloués, doivent coordonner avec les autres établissements leur activité afin de rationaliser les demandes de la contractualisation et les rendre efficaces. Enfin, cette loi fait la part belle au « *renouveau du service public* » en mettant en avant les procédures d'accréditation et d'évaluation pour les établissements.

Cependant, toutes les évolutions connues entre les années 1940 et 1990 touchent uniquement au financement et à l'organisation du système hospitalier. Le secteur ville est occulté des réformes, le secteur hospitalier étant mis au centre de l'échiquier sanitaire. De même, le patient et son parcours de santé est oublié. La santé, durant cette période, est perçue comme se résumant aux soins prodigués par l'hôpital.

⁵⁹ Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité Sociale, [JORF du 20 janvier 1983, p.374](#)

⁶⁰ Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier, [JORF du 4 janvier 1984, pp.150-152](#)

⁶¹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, [JORF du 2 août 1991, pp. 10255-10269](#)

⁶² Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, [JORF du 25 avril 1996, pp. 6324-6336](#)

L'évolution positive propice à l'innovation est le développement dans cette même période d'une culture de la coopération et de la coordination.

Chapitre 2. Le développement de l'article 51 LFSS 2018

En 2009, la création de l'article 51 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) met en place un premier cadre favorable à la coopération en créant les protocoles de coopération. Grâce à ces protocoles, « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* »⁶³. Ce premier point a permis le début d'une acculturation progressive à la modification du partage d'actes et des méthodes de travail.

Un autre pas vers une modification des pratiques a été la création des groupements de coopération sanitaire (GCS) permettant des rapprochements entre le secteur ville et le secteur hôpital. Ce premier pas vers une modification organisationnelle des relations entre les deux secteurs est également issu de la loi HPST. L'attente principale qui en découle est la « *recomposition de l'offre de soins* » sur un territoire en associant les différents acteurs du territoire dans la prise en charge globale du patient sous l'égide du GCS établissement.

Des évolutions successives ont eu lieu, y compris autour du patient. Tout d'abord, la modification de la rémunération de forfaits ou dotation globale vers la tarification à l'activité (T2A) a permis de recentrer l'idée de l'acte médical sur le patient et d'en rationaliser le nombre et l'invasivité afin de le rendre pertinent. Cela s'est également manifesté sur un plan organisationnel, avec des moyens de faciliter la coordination entre les professionnels de santé, par des dispositifs généraux mais également par des outils précis centrés sur le patient tel que le dossier médical partagé⁶⁴. Si c'est un outil personnel qui permet au patient d'avoir un carnet de santé dématérialisé rassemblant son parcours de santé complet, il est également un outil facilitant la coordination du suivi du patient entre les professionnels concernés par ce patient, autant en établissement qu'en ville, avec pour seule discrimination le refus par le patient que certains professionnels de santé y aient accès.

L'article 51 a émergé suite à un constat sans appel : les dépenses de santé croissent plus rapidement que le PIB. Or, le système de santé est financé sur la base des prélèvements sociaux. Ces derniers sont issus de l'économie. En effet, plus la croissance est importante,

⁶³ Code de la santé publique - [Article L4011-1](#)

⁶⁴ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, [JORF n°0172 du 26 juillet 2019](#)

plus les entreprises et administrations emploient, plus il y a de contributions sociales. Les prélèvements sociaux sont la contribution de l'employeur et du salarié au financement de la protection sociale⁶⁵. Ainsi, ces cotisations sont dépendantes de l'emploi, lui-même dépendant de la croissance économique du pays. A contrario, les dépenses de santé ne sont pas indexées sur l'économie : si la croissance économique de la France est mauvaise, les Français vont quand à eux continuer à consommer des soins.

Ainsi, les aides à la contractualisation (AC) ont été développées en simultané des missions d'intérêt général (MIG). Ces dispositifs MIGAC ont émergé avec la volonté de soutenir l'activité ne pouvant être incluse dans la tarification à l'activité (T2A). Présentes aux articles L.162-22-13 et L.162-22-14 du code de la Sécurité sociale, elles permettent de soutenir toutes les activités qui ne peuvent être considérées comme un acte médical nomenclaturé et qui sont considérées comme ne devant pas souffrir des modifications d'activité⁶⁶. La dotation des AC permettent notamment de financer des moyens d'améliorer la coopération sanitaire⁶⁷, ainsi qu' « à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé pour la mise en œuvre des adaptations de l'offre de soins, ainsi que pour l'accompagnement de la montée en charge du modèle de financement de la T2A »⁶⁸. L'idée d'un nécessaire appui au développement d'actions innovantes sur un plan financier n'est ainsi pas récent.

Or, ces dernières années, la croissance des dépenses de santé a toujours été supérieure à la croissance du PIB. Ainsi, la part des dépenses de santé s'accroît chaque année dans le budget total de l'Etat. Cette situation n'est pas soutenable sur le long terme. Cependant, l'Etat et la société française tiennent à ce système de santé et l'universalisme qui lui est lié. Ainsi a émergé le projet de permettre un cadre législatif propice aux innovations en santé, qu'elles soient organisationnelles ou de financement.

Cet esprit de l'innovation n'est pas nouveau. Déjà les lois successives de 2002⁶⁹, 2009⁷⁰ et 2016⁷¹ avaient dans l'esprit de réformer le système afin de le rendre plus efficient, plus attractif et plus performant. Le changement de paradigme dans le profil patient a également

⁶⁵ [Service Public, Déclaration et paiement des cotisations sociales](#)

⁶⁶ CIRCULAIRE N DGOS/R5/2011/315 du 1ER août 2011 relative au guide de délégation des dotations [finançant les aides à la contractualisation](#)

⁶⁷ *ibid.*

⁶⁸ Rapport n°2673, Assemblée Nationale, 20 mars 2015

⁶⁹ [LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#), JORF du 5 mars 2002 page 4118

⁷⁰ [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#), JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184

⁷¹ [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#), JORF n°0022 du 27 janvier 2016

permis une évolution plus rapide des considérations, qu'elles soient en termes de construction du parcours patient qu'en termes de bonnes pratiques.

Chapitre 3. La création des Appels à Manifestation d'Intérêt : entre modèle efficient et financement durable

Les AMI sont le résultat d'une réflexion médico-économique et de la recherche d'un levier face à l'impasse à laquelle était confrontée le système de santé. En effet, le mode de rémunération et a fortiori le mode de financement du système n'est plus viable. La volonté de ne pas offrir une santé au rabais en France a conduit à mener une réflexion plus profonde sur le "bon" financement et inévitablement réévaluer les modes de rémunération.

Les modèles de rémunération actuels sont le paiement à l'acte, aussi appelé tarification à l'activité (T2A) et la rémunération forfaitaire, de plus en plus délaissée. Ces modèles présentent des inconvénients connus de longue date. La tarification à l'acte peut mener à prodiguer des soins excessifs voire inutiles ou à une prise en charge morcelée. La rémunération forfaitaire, elle, peut mener à une moindre qualité des soins pour le patient et une sous-productivité globale⁷², comme a pu être interrogé le modèle de rémunération forfaitaire des séjours hospitaliers.

Un des inconvénients majeurs mis en avant dans les différentes analyses (Rapport Polton et Bousquet ; rapport de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé, 2015) est l'absence dans les modèles de rémunération actuels d'indicateurs de performance et de qualité des soins. Si de telles démarches ont déjà été entreprises précédemment, notamment avec la mise en place des commissions d'usagers et le déploiement de la démocratie sanitaire et les actions liées, ces démarches touchent principalement le secteur hospitalier. De plus, les différents moyens mis en place restent peu incitatifs à une amélioration en profondeur des pratiques de performance et de qualité des soins.

Ainsi, le parti pris des AMI a été de se focaliser sur cet aspect manquant de la démarche d'amélioration de la qualité du système de santé. Les expérimentations article 51 de la LFSS 2018 proposent en effet de mettre en place des systèmes innovants, centré autour de la qualité des soins et des prises en charge, avec une incitation financière. Cela nécessite de définir ce qu'est un système, une prise en charge et un soin de qualité. Cela nécessite aussi de définir quelle incitations financières et quelle mise en oeuvre à ces dernières sera la plus efficace

⁷² Assurance Maladie, Rapport Polton et Bousquet

pour inciter, dans le cas présent les professionnels de santé et les établissements, à s'engager dans cette démarche.

Pour cela, le parti pris a été la co-construction, à partir de modèles connus et sélectionnés par les équipes projet de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), de cahiers des charges en lien avec les acteurs de terrain⁷³ pour rendre des modèles théoriques ou appliqués dans des pays étrangers cohérents avec le fonctionnement et les besoins de terrain français.

Ainsi, le développement des AMI de l'article 51 de la LFSS 2018 est issu d'un contexte législatif favorable qui avait posé, tout au long de la deuxième moitié du 20ème siècle, les jalons nécessaires à une culture législative et professionnelle de l'innovation.

Cette culture de l'innovation a permis le développement de trois modèles novateurs centrés autour du patient et de la coopération professionnelle.

⁷³ Parmi les professionnels qui ont contribué à la rédaction des cahiers des charges des AMI issus de l'article 51 LFSS 2018, on compte des médecins généralistes, des spécialistes, des personnels hospitaliers et médico-sociaux et des fédérations de professionnels.

Titre 3. Les innovations issues des AMI : des modèles novateurs centrés autour du patient et de la coopération professionnelle

En 2018, la loi de financement de la Sécurité Sociale propose, dans son article 51⁷⁴, des expérimentations dérogatoires, pour une durée de 5 ans maximum, ayant notamment pour but de « *permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins* ». La philosophie derrière cette recherche d'innovations dans l'organisation et le financement du système de santé est de permettre l'émergence de nouveaux modèles, qu'ils proviennent d'une multitude d'initiatives locales, sur le modèle du *bottom-up design*, ou qu'elles proviennent de l'expérimentation nationalisée sur un modèle de *top-down approach*. Ainsi, l'article 51 a encouragé l'émergence de modèles et propositions venant de tous les acteurs impliqués dans la santé, qu'ils soient professionnels médicaux, établissements sanitaires ou médico-sociaux, associations, entreprises. Le mouvement ascendant a été source d'innovations.

De même, des équipes projet ont été mises en place au niveau national. Ces dernières avaient pour mission d'étudier les réformes et les modèles mis en place dans les pays étrangers afin de faire le choix parmi la multitude d'organisations et de financement en place dans les différents systèmes de santé de plusieurs à expérimenter en France.

De ce travail a découlé un appel à manifestation d'intérêt (AMI). Lancé à l'échelle nationale, il propose à tous les acteurs sur le sol français, autant métropolitain qu'ultramarin, d'expérimenter à l'échelle d'un établissement, d'un territoire ou d'une population, trois modèles sélectionnés par les équipes nationales. Ces expérimentations proposées sont issues de l'analyse d'expériences étrangères.

Lancé en 2018, chaque acteur pouvait postuler de manière différenciée à l'une ou l'autre des expérimentations. Les acteurs retenus par les équipes nationales ont ensuite contribué à la création du cahier des charges de chaque expérimentation. Basé sur des données scientifiques, médicales et économiques, le cahier des charges devait refléter la volonté d'innovation de l'organisation ou du financement du système de santé dans un souci d'efficience et de performance médico-économique ainsi que dans le respect des règles de

⁷⁴ [LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 51](#)

transparence comprenant notamment l'évaluation des expérimentations basée sur des indicateurs objectifs et mesurables.

De plus, les expérimentations, pilotées au niveau national, ont fait l'objet d'un traitement régional ou interrégional, favorisant les retours d'expériences et le partage de bonnes pratiques entre les différents groupements impliqués.

Ainsi, trois expérimentations ont été mises en place via l'AMI national, inspirées de modèles étrangers, et reflétant une nouvelle dynamique de travail dans les territoires.

Chapitre 1. Trois AMI mis en place au niveau national

Trois appels à manifestation d'intérêt ont été mis en place au niveau national. Issus d'un travail ayant vu la collaboration des équipes ministérielles avec les professionnels de santé et la CNAM, ces AMI sont trois dispositifs distincts poursuivant le même objectif, à savoir l'innovation sur le plan organisationnel et/ou de financement du système de santé.

Le premier AMI est l'épisode de soins (EDS). Il a pour but d'organiser la prise en charge d'un patient dans sa globalité lors d'un acte chirurgical. Pour le moment, cet acte chirurgical peut concerner l'orthopédie avec la prothèse totale de genou et la prothèse totale de hanche, ainsi que la chirurgie colorectale avec la colectomie après cancer. L'objectif est, pour ces chirurgies programmées, de coordonner le parcours patient de 45 jours avant son opération à 45 à 90 jours -selon le type de chirurgie- après son hospitalisation entre la ville et l'hôpital. Lors de l'épisode de soins, l'ensemble des acteurs est rémunéré sur la base d'une enveloppe gérée par l'établissement dans lequel l'opération a lieu. Cet établissement est chargé ensuite de redistribuer à chaque acteur, en fonction de son intervention dans le parcours du patient, la rémunération adéquate. Cela permet, outre une rémunération basée sur les bonnes pratiques rationalisées et de qualité tout au long du parcours, de verser un bonus aux acteurs lorsque le parcours a été sans complication et qu'ainsi il reste une partie du montant de l'enveloppe forfaitaire pour l'épisode de soins du patient.

Le second AMI est l'incitation à la prise en charge partagée (IPEP). Cet AMI vise à organiser une prise en charge partagée entre des professionnels de santé autour d'une patientèle commune entre la ville et l'hôpital. Cette prise en charge partagée peut faire l'objet d'un focus sur une pathologie spécifique⁷⁵ si la population du territoire où sont établis les professionnels inclus est caractérisé par une de ces pathologies. Autrement, l'équipe de professionnels peut prendre en charge au sein de cette expérimentation la patientèle globale.

⁷⁵ Diabète de type 2, obésité, bronchopneumopathie chronique obstructive, maladie cardio-vasculaire,...

Cette prise en charge partagée fait ensuite l'objet d'une rémunération basée sur des indicateurs qui viennent témoigner de la qualité ou de l'efficacité des soins prodigués. L'objectif est de renforcer l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins tout en promouvant la transversalité au sein d'une prise en charge complète dans l'idée d'un parcours de santé adapté aux besoins du patient, en renforçant le lien ville-hôpital et en favorisant les actions de prévention.

Enfin, le paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) propose une rémunération forfaitaire en ville pour une équipe de professionnels de santé en valorisant les temps de coordination des prises en charge, ainsi que la qualité des soins et l'accès aux soins. Ces professionnels sont des médecins et des infirmiers qui s'associent pour prendre en charge la patientèle soit du médecin traitant en entier soit les patients relevant d'une pathologie spécifique (+ de 65 ans, diabète,...).

Ces trois AMI font l'objet d'un rapport annuel du conseil stratégique de l'innovation en santé au Parlement pour en voir les évolutions, tant en termes de porteurs, que d'indicateurs sélectionnés, que d'évolutions et d'adaptations proposées pour améliorer les systèmes. Les porteurs engagés sont ainsi une phase test des modèles, avec des retours d'expériences, des modifications et des améliorations, y compris des clés de répartition et des indicateurs en vue d'une généralisation à terme des modèles ayant prouvé leur efficacité.

Ces trois AMI ont fait l'objet d'une écriture du cahier des charges collective, au niveau national, associant professionnels de santé, Assurance maladie et Direction Générale de l'Offre de Soins. Ils ont ensuite fait l'objet d'un appel à projet pour des expérimentations en région.

Ces AMI ne sont pas issus du législateur français, mais sont l'objet d'application étrangère préexistante ayant inspiré ces modes d'innovation en France.

Chapitre 2. Des AMI issus de l'expérience étrangère

Les Appels à Manifestation d'Intérêt portés par la Direction Générale de l'Offre de Soins ne sont pas des créations originales mais sont des innovations proposées sur la base d'expériences étrangères ayant fait leur preuve dans la réforme ou la rationalisation des

systèmes de santé dont le fondement idéologique est similaire au nôtre. Aux Etats-Unis, la même démarche a été opérée avec le Bundled Payment for Care Improvement.

Parmi ces expériences étrangères, ont été retenus l'Accountable Care Organization venu des Etats-Unis, la prise en charge forfaitaire basée issue de Belgique et enfin le Quality and Outcome Framework britannique.

Section 1. *Bundled payment for care improvement* (capitation ajustée et *shared savings*)⁷⁶

Le *Bundled Payment for Care Improvement* (BPCI) a été initié par *Medicare*, le système de santé fédéral américain. Cette expérimentation avait pour objet de tester quatre modèles de financement à l'épisode. Un financement de parcours à l'épisode est compris comme étant la prise en charge financière de tous les actes concernant un patient sur une prise en charge. L'entité de financement est le patient. Les soins de ville et hospitaliers sont rémunérés via une enveloppe commune. L'incitation réside dans la recherche d'une meilleure efficacité et qualité du soin par tous les acteurs impliqués afin de limiter des surcoûts. De plus, une incitation financière permet de s'assurer que les différents producteurs de soins respecteront cette recherche de qualité et de performance puisque la somme restante après la prise en charge du patient est divisée entre les différents acteurs (*shared-savings*).

Leur expérience testait quatre modèles, dont la philosophie était la même mais où le spectre de la rémunération était différent. Ainsi, un modèle ne finançait que le séjour hospitalier court et une rémunération classique était maintenu pour les médecins. Dans deux autres modèles étaient pris en charge également, de manière différentes, les soins post-opératoires sur une période donnée. Pour le dernier modèle, les patients étaient sélectionnés au dernier moment lorsqu'un séjour hospitalier de courte durée était déclenché.

Si cette expérimentation a été transformée en un autre modèle, faute de réelles économies pour *Medicare*⁷⁷, il en résulte néanmoins un apport sur l'impact des différents éléments composant la prise en charge dans les économies et les surcoûts des différents systèmes. Ainsi, une expérimentation française de l'épisode de soins a pu se baser sur ce retour d'expérience américain afin de créer un modèle solvable. A noter que le système de santé américain souffre de grandes différences comparé au système français, autant dans son mode de financement, son accessibilité et la culture du travail qui impacte directement la manière de rémunérer les praticiens.

⁷⁶ Voir [Bundled Payments for Care Improvement \(BPCI\) Initiative: General Information](#)

⁷⁷ Voir le rapport *Findings at a Glance*, [Bundled Payments for Care Improvement \(BPCI\) Initiative, Models 2-4](#), Center for Medicare and Medicaid Innovation

Section 2. *Accountable Care Organizations* de Medicare aux Etats-Unis⁷⁸

Tout d'abord l'*Accountable Care Organization* américain est l'outil mis en place par *Medicare*, le système de protection sociale fédéral américain. Motivée par les mêmes enjeux de croissances des dépenses dans la part de dépenses publiques nationales, le modèle de l'*Accountable Care Organization* (ACO) est créé par l'*Affordable Care Act* en 2010 sous la présidence de Barack Obama.

L'idée de ce modèle est de rendre les professionnels de santé, inclus dans le parcours, responsables ensemble de la dépense investie dans le parcours d'un patient. La rémunération à l'acte est maintenue pour chacun et le patient n'est pas impacté négativement par cette recherche de rationalisation collective par la création d'un bonus. Ce bonus est attribué sur la base d'une évaluation quantitative sur le niveau de dépenses de soins investis dans la prise en charge du patient et d'une évaluation qualitative basée sur une trentaine d'indicateurs. L'idée est de permettre un équilibre entre la rationalisation de la dépense engagée dans la prise en charge d'un patient et la qualité des soins qui lui sont prodigués. Ces deux indicateurs conjugués forment le concept de performance dans lequel le soin apporté permet d'atteindre un objectif thérapeutique, qualitatif, sécurisé, le tout évitant un surcoût sur le long terme par un moindre recours postopératoire à une nouvelle hospitalisation.

Ce modèle se base sur la recherche d'une amélioration des pratiques, tant durant la période opératoire que dans la coordination entre les différents acteurs, libéraux ou hospitaliers, afin d'assurer un meilleur suivi et à terme une meilleure prise en charge en amont, pendant et en aval de l'opération. La démarche investie est qualitative et vise au-delà de la soutenabilité de la pratique, la recherche d'une meilleure expérience du soin pour le patient et du travail coordonné pour les équipes investies. Cela nécessite également une modification des pratiques, tant sur la communication ville-hôpital que sur les outils pour communiquer ou le partage de protocoles et de méthodes de travail permettant à tous d'être efficient dans cette démarche et de contribuer à l'amélioration collective des bonnes pratiques.

D'après les chiffres de *Medicare* à l'issue des trois premières années de mise en place de l'ACO, l'intéressement versé aux professionnels qui sont rentrés dans le modèle représente 1,3 milliards de dollars et une amélioration a été visible sur 80% des indicateurs qualité.

⁷⁸ Ce paragraphe est basé sur l'analyse faite par le pilotage national des Agences Régionales de Santé qui est responsable de la délégation des crédits nationaux et interrégionaux pour les porteurs d'expérimentation issue d'AMI couvrant un territoire ne rentrant pas dans l'échelle de gestion régionale d'une ARS.

Ce modèle est à la base de la conception de l'Épisode de Soins en France au sein de l'article 51 LFSS 2018.

Section 3. La prise en charge forfaitaire en Belgique

L'expérience belge de la prise en charge forfaitaire des patients a également fait l'objet d'une attention particulière. La prise en charge forfaitaire mise en place en Belgique s'est faite en appui des Maisons médicales. Ces dernières, sont issues des grèves de 1964 ayant fait suite à la loi Leburton obligeant les médecins à signer avec les mutuelles un contrat réglementant leurs honoraires⁷⁹. En 1971, un groupe de travail publie un livre blanc posant les jalons d'une organisation médicale⁸⁰. Ce même Groupe d'Etude pour la Réforme de la Médecine appuiera ainsi par la suite les différentes avancées concernant les soins primaires et notamment les maisons médicales. Les Maisons médicales sont le terreau propice au développement d'une rémunération forfaitaire, avec notamment l'idée d'une prise en charge globale de la patientèle, tant sur un versant curatif que préventif.

La prise en charge forfaitaire en Belgique prend en charge tous les soins du patient. Au sein d'une maison de santé volontaire, ayant passé un contrat avec un organisme assureur, tous les soins dispensés au patient par l'équipe pluridisciplinaire sont pris en charge. Un forfait est alloué par patient chaque année. Ainsi, l'idée est d'inciter à une prise en charge globale de qualité, en anticipant les possibles problèmes de santé. En effet, plus le patient aura recours à des soins, plus le coût des actes sera réduit car l'enveloppe divisée par le nombre d'actes⁸¹. Ce forfait couvre les soins de médecine générale, les soins infirmiers et les soins de kinésithérapie⁸². Cette rémunération est au choix pour les maisons médicales avec la tarification à l'acte, malgré une application large du tiers payant chez la plupart des maisons médicales ayant fait le choix de la tarification à l'acte.

Ce mode de financement a inspiré le mode de prise en charge partagée en équipe de professionnels de santé (PEPS) où la rémunération forfaitaire s'applique entre les différents médecins d'une structure sur une patientèle totale ou sur la patientèle d'une pathologie. L'expérience belge a pour avantage d'intégrer à la prise en charge jusqu'ici très médicalisée

⁷⁹ Paul Delforge, "1er avril 1964 : grève des médecins et réforme Leburton", [Connaitre la Wallonie](#)

⁸⁰ Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine (G.E.R.M). in La Revue Nouvelle, 1971.

⁸¹ [Maison médicale : Une prise en charge forfaitaire des soins de santé](#)

⁸²Fédération maisons médicales solidarité santé, *Les maisons médicales, vous connaissez?*, Brochure, version août 2019

de l'usager un versant prévention avec une place plus importante donnée à l'éducation thérapeutique du patient. De plus, la prise en charge se doit d'être coordonnée et globale afin d'assurer à chacun des professionnels que les actes ne soient pas exponentiels, ce qui engendrerait une baisse du prix de l'acte pour le professionnel (et non de son coût). Enfin, ce modèle promeut la démocratie sanitaire sur deux versants. Tout d'abord sur le versant usager acteur de sa santé puisque la prévention devient partie intégrante de la prise en charge. Ensuite car il permet un meilleur accès aux soins puisque le reste à charge pour le patient est nul ou quasi⁸³.

Section 4. *Quality and Outcome Framework* (Grande-Bretagne)

En Grande-Bretagne, chaque patient a un médecin généraliste attiré en fonction de son lieu d'habitation⁸⁴, couvert par le système national (*National Health Service*, NHS). Le système anglais, reposant comme en France sur les cotisations sociales, assure une couverture universelle pour les plus précaires, dans l'esprit beveridgien. Ce système, coûteux, s'est retrouvé confronté aux mêmes questions de soutenabilité et de pérennité que le système français. La solution pour y pallier a été la mise en place du *Quality and Outcome Framework* autrement dit indicateurs de performance pour la prévention de certaines pathologies.

Dans un esprit d'efficacité et de qualité, ce *QOF* met en place une série d'indicateurs permettant l'évaluation des pratiques et de la prise en charge. Ces indicateurs s'intéressent autant aux soins, leur quantité, leur qualité, qu'à l'expérience patient et l'efficacité des dépenses engendrées lors de la prise en charge. C'est un dispositif incitatif focalisé sur les médecins généralistes qui sont récompensés lorsque les soins primaires offerts sont de qualité pour l'ensemble du système⁸⁵.

⁸³ En Belgique, les maisons de santé pratiquant le paiement forfaitaire ont l'autorisation d'une intervention personnelle (participation du patient) plafonné à 2,50€ par patient inscrit et par an et 12,50€ pour un ménage. ([Maison médicale : Une prise en charge forfaitaire des soins de santé](#), Institut national d'assurance maladie-invalidité, mise à jour 25 novembre 2019)

⁸⁴ [Le système de santé britannique](#) , Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS), mise à jour 2020

⁸⁵ "The QOF is a voluntary reward and incentive programme. It rewards GP practices, in England for the quality of care they provide to their patients and helps standardise improvements in the delivery of primary care.", [NHS Digital](#), *Quality and Outcomes Framework (QOF), enhanced services and core contract extraction specifications (business rules)*, consulté le 26 août 2020.

Ce *QOF* s'applique à un ensemble de pathologies et contient un certain nombre de critères d'inclusions permettant de rendre le système attractif et pertinent en excluant des calculs les patients considérés comme aberrants⁸⁶⁸⁷.

Ce modèle a inspiré la création du modèle d'incitation à la prise en charge partagée en France, dont la rémunération forfaitaire basée sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs incite à la coordination ville-hôpital et à une prise en charge graduée entre le premier et le second recours.

On constate ainsi que ces quatre modèles ont largement inspiré les Français dans la conception des AMI. Il est également à noter la forte part d'évaluation et ainsi de la pertinence des indicateurs dont chaque modèle a fait l'objet dans son pays d'origine, mettant en exergue l'importance prise par une évaluation tangible dans la conception des politiques publiques et notamment celles relatives à la santé.

Chapitre 3. Trois AMI déployés au niveau national pour impulser une dynamique et expérimenter sur des territoires divers

Les trois AMI françaises ont été mises en place en France en 2018. Elles font suite à un constat du Conseil Stratégique pour l'innovation⁸⁸, qui pointe quatre éléments mettant en exergue les difficultés rencontrées pour assurer la pérennité du système : la transition épidémiologique, le cloisonnement des organisations et des financements, le cadre budgétaire contraint et les modalités de financement ne correspondant pas toujours à la réalité du terrain. Ces éléments ont motivé la création d'un cadre expérimental permettant des dérogations réglementaires. Cette incitation à proposer d'aller au-delà du cadre correspond notamment à la stratégie nationale de transformation de l'action publique⁸⁹.

⁸⁶ On considère une donnée aberrante lorsque celle-ci est éloignée de manière disproportionnée du gros de la cohorte. Dans le cas d'un patient, cela s'entendra comme un patient poly-pathologique entraînant de nombreuses comorbidités. Dans ces cas-là, le patient ne pourra pas faire l'objet d'un suivi avec une idée de minimisation des dépenses, chacune de ses pathologies influençant négativement les autres.

⁸⁷ "QOF business rules supporting information v1.1", *Quality and Outcomes Framework (QOF), enhanced services and core contract extraction specifications (business rules)*, [NHS Digital](#), Consulté le 26 août 2020.

⁸⁸ [Expérimentations d'innovations pour le système de santé Article 51 LFSS](#)

⁸⁹ "Ce chantier vise à tirer toutes les conséquences de la décentralisation en respectant les compétences des collectivités locales, à réinsuffler sens, cohérence et efficacité aux missions de l'Etat sur les territoires et à redonner des leviers d'action à ceux qui les exercent." Edouard Philippe, Premier ministre, Conférence nationale de l'administration territoriale de l'Etat (CNATE), 25 juillet 2018.

Ces expérimentations sont prévues pour se dérouler sur cinq ans. Elles sont pilotées par différentes équipes nationales, tantôt spécifiques à un AMI, tantôt plus générales sur le dispositif, issues du Ministère des Solidarités et de la Santé, de la Direction Générale de l'Offre de Soins, et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie⁹⁰.

Section 1. Un ensemble de dérogation au financement et à l'organisation réglementaire

Le cadre permet de déroger à une quarantaine de points réglementaires concernant les modes d'organisation et de financement. Concernant les dérogations de financement, elles peuvent déroger à certains articles du code de la sécurité sociale et du code de l'action sociale et des familles tels que la facturation, la tarification, le remboursement, la prise en charge des produits de santé ou encore le paiement direct des honoraires par le malade. Côté organisation, les dérogations concernent l'offre de soins et notamment : le partage d'honoraires entre professionnels de santé, la limitation des missions des établissements de santé (permettant les prestations d'hébergement non médicalisées), l'autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds (groupements), la dispensation à domicile des dialysats. Tous ces éléments sont habituellement contraints et font l'objet d'autorisations délivrées par les organisations centrales ou décentralisées de manière à s'assurer d'une cohérence, d'une pertinence et d'une égalité dans l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire⁹¹. De plus, ces différents éléments sont pris en compte de manière à assurer des soins de qualité et répondant à une obligation de sécurité. Ainsi, la mise en place de ces dérogations remet en cause l'organisation stricte mise en place depuis 70 ans basée sur une organisation centralisée de l'offre de soins. Si cette organisation est de plus en plus décentralisée depuis 1996 avec notamment les agences régionales de l'hospitalisation puis les agences régionales de santé qui ont permis de mettre en place un cadre plus proche du terrain et des spécificités de chaque territoire, il n'en reste pas moins que la DGOS reste une administration centralisée gardant la décision finale quant aux crédits alloués et limitant les marges de manoeuvre des ARS dans l'organisation de l'offre de soins.

Section 2. Un lancement national après une adaptation des modèles étrangers

Les AMI mises en place font l'objet d'un travail particulier dans l'ensemble que représentent les innovations issues de l'article 51 LFSS 2018. En effet, la conception de ces AMI et leur

⁹⁰ On compte ainsi le Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé, des équipes dédiées aux questions techniques de financement, les équipes projet nationales PEPS, IPEP et EDS.

⁹¹ [Expérimentations d'innovations pour le système de santé Article 51 LFSS](#)

mise en place fait l'objet d'un travail coordonnant les acteurs de terrain et les équipes issues des administrations centrales. Leur choix a été fait sur la base de l'étude des modèles et des expérimentations mises en place à l'étranger⁹². Ces modèles, expérimentés à l'étranger avec plus ou moins de succès, se sont développés dans des contextes économiques, démographiques, sociologiques et culturels particuliers. De plus, ils sont fortement impactés dans leur développement par l'offre de soins préalablement existante. Ainsi, des adaptations ont dû être faites afin d'adapter ces modèles aux conditions particulières de la France. En effet, au-delà du simple fait de déroger à la réglementation, ces modèles doivent répondre à plusieurs critères. Ils doivent s'adapter à la démographie et aux contraintes budgétaires et économiques spécifiques à la France, s'adapter aux particularités territoriales françaises regroupant à la fois un territoire métropolitain et une multitude de territoires ultra-marins aux spécificités diverses. Le choix a ainsi été fait de faire une première co-construction associant différents professionnels médicaux et administratifs dans la définition des critères de chacun des modèles, permettant un premier travail de faisabilité. Puis, les AMI ont été lancés à l'échelle nationale, invitant les professionnels de santé, les établissements de santé, les structures médicales, mais également les industriels et les associations d'usagers à se joindre.

Section 3. La *Bottom-up approach* comme outil d'une création itérative consciente des enjeux de terrain

L'enjeu de ces AMI est de créer une méthode de travail itérative permettant un dispositif cohérent au vue de la stratégie nationale et des besoins de rationalisation des dépenses et de soutenabilité du système de santé. Ainsi la procédure ayant conduit à la mise en place des expérimentations article 51 ont fait l'objet d'un travail en deux étapes. Tout d'abord, une lettre d'intention était communiquée par le porteur potentiel à l'ARS dont dépend sa structure ou son inscription ou au rapporteur général lorsque le projet porté est interrégional ou est porté par un groupement intervenant sur tout ou plusieurs parties du territoires. Ensuite, lorsque la lettre d'intention est sélectionnée par l'ARS et validée par le niveau nationale, un cahier des charges est proposé, basé sur la lettre d'intention et les échanges entre le porteur, l'ARS et éventuellement le rapporteur général⁹³. Dans le cadre des AMI, cet échange s'est principalement fait avec le rapporteur général et la construction du cahier des charges a fait l'objet d'échanges entre tous les porteurs sélectionnés bien que cela est abouti à un cahier des charges par porteur. Les grandes lignes sont similaires, certaines clés de rémunération et certains indicateurs sont les mêmes mais chaque porteur a gardé une part d'individualité dans ses protocoles. Des différences persistent volontairement. En effet, basé sur une conception d'essai-erreur et une dynamique de bottom-up en termes de gestion de l'expérimentation, ces

⁹² Voir Partie 3 / Titre 3 / Chapitre 2

⁹³ [Expérimentations d'innovations pour le système de santé Article 51 LFSS](#)

différences permettent de voir quels sont les éléments forts, de s'adapter aux particularités territoriales et de permettre une avancée plus rapide sur les éléments qui fonctionnent et ceux qui sont à l'origine d'échecs.

Section 4. La collaboration comme support d'amélioration

Cette organisation, à l'échelle nationale, est typique de la volonté d'un travail touchant l'ensemble du travail, confrontant les différentes expériences, et faisant émerger de la coopération des différents acteurs des avancées liées à l'expérience de terrain. En effet, en dehors de ce cadre très technique, les réunions sont régulières, permettant de faire se rencontrer les différents porteurs investis sur les mêmes AMI. Les partages d'expériences et les échanges formels et informels permettent aux différents porteurs de partager leurs difficultés, apprendre de l'expérience des autres et permettent un vivier de solutions nouveaux par les perspectives extérieures. Cela permet une analyse comparée entre les territoires, une adaptation à chacun et un apprentissage collectif.

La temporalité marquant les différents échanges est prévue à l'avance, régulière, et marquée de temps fort. Les AMI sont soutenus et suivis par des réunions de travail en groupe de travail, en points d'étape individuels ou collectifs et en séminaires par AMI. Ces différents points permettent de rythmer la vie des expérimentations tout en basant des échéances précises de retour pour chacun des porteurs. Cela permet d'instaurer différents paliers dans les développements des trois AMI. Ces paliers servent notamment à instaurer une progression dans la modification des modes de financement afin de ne pas chambouler les habitudes de rémunération et éviter une rupture ou un échec du mode de rémunération. De plus, cela permet d'ajuster progressivement les rémunérations, les bonus et les indicateurs utilisés dans les différents modèles afin que lors de la mise en place finale, le modèle soit viable à la fois pour le système et pour les professionnels. La généralisation sera ainsi facilitée par une expérience précédente, vérifiée, améliorée, et expérimentée par plusieurs professionnels sur plusieurs territoires afin de faciliter l'acceptation par les autres professionnels de mettre en place ces modèles.

De même, tout au long de la démarche d'expérimentation, des indicateurs de réussite et des objectifs sont mis en place afin de contrôler l'évolution de chaque groupement. Les relais régionaux et locaux, incarnés par les ARS et les CPAM, ont un rôle de veille et d'alerte dans le processus d'accompagnement. En effet, plus proche du terrain et ayant une relation, notamment côté CPAM, privilégiés avec les différents porteurs, ces derniers ont plus de facilité à se tourner vers eux lorsqu'une difficulté survient. De même, les équipes projet nationales de chaque AMI sont clairement identifiées dans les liaisons avec les différents

acteurs. Ce lien de confiance qui s’instaure permet un échange continu. L’ajout des objectifs et des indicateurs permet une vision plus claire du déploiement. Il est surtout utile à l’évaluation à la fois du processus d’expérimentation et des expérimentations en elles-mêmes. L’évaluation, sujet central depuis 30 ans dans les politiques publiques françaises, est au centre de toute la démarche entourant les AMI. Cet intérêt explique la construction des modèles et la prépondérance des échéances et indicateurs dans chacun. De plus, cette évaluation est pertinente dans des expérimentations ayant pour but d’assurer la soutenabilité du système de santé⁹⁴. Elle permet de vérifier l’efficacité médico-économique ainsi que le coût pour le système, en prenant à la fois en compte des variables quantitatives et qualitatives.

Section 5. Les outils, moyens d’innovation annexes et centraux

Enfin, un élément central de ces nouvelles méthodes de travail et de la transformation publique par l’innovation est le développement des outils. Le développement de nouveaux outils a une place prépondérante dans l’ensemble du dispositif, qu’ils soient dans la conception des modèles ou dans l’organisation des expérimentations. Ainsi, les outils numériques mis en place au niveau national permettent de faciliter le suivi et la gestion des différentes expérimentations ainsi que la coordination entre les équipes nationales, les porteurs, et les différents référents en région. Un des outils principaux développés par le Ministère est le SharePoint des innovations AMI Article 51 LFSS 2018. Ce SharePoint est un outil permettant le partage de nombreuses informations entre des partenaires identifiés. Ainsi, le Ministère peut graduer la communication en fonction des interlocuteurs ayant besoin d’avoir accès à ces informations. De plus, il facilite le transit d’information, le reporting et permet de centraliser l’ensemble des informations concernant les modèles, y compris dans les aspects techniques tels que le montage financier ou les clés de répartition des indicateurs dans le calcul des rémunérations. En dehors des outils nationaux, les outils développés par les différents porteurs sont nombreux. Tous visent à améliorer la coordination et ce notamment entre les secteurs ville et hôpital, afin de fluidifier la prise en charge des patients. Ces outils ont l’occasion de se développer voire de se déployer dans le cadre des innovations articles 51 et notamment des AMI grâce aux différents crédits d’amorçage, conçus pour aider à la mise en place et au développement des projets. Ces outils, pensés pour transmettre l’information plus facilement et décloisonner les outils jusqu’ici en place, montrent une volonté de la part des différents acteurs de sortir d’un système cloisonné séparant ville et hôpital afin de s’intégrer ensemble dans une démarche parcours autour du patient. Cependant, ces outils ne sont actuellement pas la référence et ne pourront faire l’objet de crédits supplémentaires dans le cadre des AMI article 51 LFSS 2018 afin de connaître des versions ultérieures pour les

⁹⁴ [Expérimentations d’innovations pour le système de santé Article 51 LFSS](#)

améliorer et notamment pour les interfacer avec d'autres outils afin de ne pas démultiplier la retranscription d'informations.

Ainsi, les AMI déployés poursuivent un objectif de dynamiser et d'expérimenter sur l'ensemble des territoires. La conception, basée sur de nombreuses dérogations et l'expérience de modèles étrangers, encouragent les acteurs à expérimenter des systèmes hors du cadre habituel afin d'en faire émerger des idées nouvelles correspondant aux besoins sur le terrain. Ils prennent pour base une conception itérative, permettant d'intégrer les acteurs de terrain tout au long de la démarche alors même que le portage du projet se veut relativement centralisé. Cette conception itérative permet de s'assurer que les dispositifs expérimentés seront implémentables sur le territoire, quelles que soient les spécificités puisque suffisamment fluides et ajustés tout au long des expérimentations.

En effet, ces critères sont fondamentaux pour atteindre l'objectif final de ces expérimentations. L'objectif final affiché pour les AMI et l'ensemble des expérimentations entrant dans le cadre de l'article 51 LFSS 2018 est en effet de pouvoir être généralisable et reproductible sur l'ensemble des territoires. L'innovation réside ici en une réforme en profondeur du système porté et expérimenté par les porteurs issus du terrain.

Il est à souligner cependant que ces innovations issues des AMI article 51 LFSS 2018 présentent tout à la fois des perspectives et des limites nécessitant de prendre du recul et de ne pas prendre cette avancée dans la gestion de la réforme comme une réussite probante.

Titre 4. Limites et perspectives

Ces expérimentations ont pour ambition de réformer en profondeur les méthodes de travail et le fonctionnement de l'organisation et de la rémunération. Comme toute grande réforme, même si elle est mise en place progressivement, testée et imaginée en partenariat avec les acteurs de terrain, elle met en lumière certaines difficultés tout comme elle présente des réussites probantes.

Chapitre 1. Acculturation des acteurs

Une difficulté majeure à surmonter est l'acculturation des acteurs. En effet, comme tout système, les habitudes de pratique et de fonctionnement sont ancrées dans le quotidien des différents acteurs. Ces habitudes constituent un premier socle de travail puisqu'il faut amener chaque acteur à modifier ses habitudes. Deux moyens principaux ont été sélectionnés pour implémenter cette réforme en ayant l'aval des acteurs de terrain.

Tout d'abord l'incitation. Chaque modèle d'expérimentation présente un dispositif d'incitation, principalement financière, basée sur un bonus. Pour l'expérimentation IPEP, ce bonus est pérenne et constitue la base de fonctionnement du modèle. Pour les deux autres expérimentations, la compensation financière est plus limitée dans le temps. Cependant ces moyens contribuent à implémenter progressivement et à convaincre les professionnels de les rejoindre, tout d'abord sur un plan financier, afin de les acculturer progressivement à ces méthodes de travail pour qu'elles deviennent leurs.

Ensuite, le second élément réside dans la conception de ces expérimentations. Celle-ci, si elle s'est opérée sur la base des expériences étrangères, repose dans la rédaction des cahiers des charges sur la participation active des acteurs de terrain. En amont des AMI ou lors des AMI, ils ont contribué, avant de s'engager, à la rédaction d'expérimentation, de protocoles et de rémunération qui étaient cohérentes avec la réalité de la pratique, tout en étant confrontés aux obligations de la DGOS et de la CNAM quant à certaines contraintes. Ce travail entre les équipes de terrain et les instances représentatives du pouvoir ont permis un échange et une meilleure compréhension des contraintes rencontrées par les différents acteurs, facilitant d'un côté la mise en place et de l'autre l'acceptation et l'acculturation à des modèles cohérents.

Enfin, un autre élément à mettre en avant serait la démarche apprenante des expérimentations qui permet de limiter les freins liés à l'acculturation à ces nouvelles pratiques. En effet, les différentes équipes nationales animent de nombreux événements, qu'ils soient sur la

présentation des modèles, des points techniques ou des rencontres, permettant aux différents expérimentateurs de se rencontrer, d'échanger et de se confronter aux difficultés rencontrées par des porteurs plus avancés dans l'expérimentation. Cette démarche de partage et de retour d'expérience contribue à éviter l'écueil de l'acculturation et à favoriser une dynamique parmi les acteurs.

Chapitre 2. La généralisation des expérimentations : la difficile question des territoires ultra-marins

Les expérimentations mises en place au niveau national affichent l'ambition d'une généralisation sur l'ensemble du territoire. En effet, un des critères de sélection de son projet est la généralisation et la reproductibilité de son modèle. C'est ainsi que chaque projet fait l'objet d'une lettre d'intention et d'un cahier des charges. Cependant, certaines expérimentations, portées par les territoires ultra-marins ne peuvent être généralisées. Les problématiques qu'ils portent sont de manière quasi-systématique considérées comme spécifiques et leurs expérimentations non reproductibles. De même, dans le cadre des AMI, certains territoires d'Outre-Mer ne peuvent répondre aux Appels à Manifestations d'Intérêt ni prendre part aux expérimentations, les territoires n'ayant pas été considérés comme représentatifs dans le cadre de la mise en place de ces projets.

En effet, s'il est souvent admis que les territoires d'Outre-Mer sont relativement homogènes dans leurs structures populationnelles et donc épidémiologiques, il n'en est rien⁹⁵. 4% de la population nationale réside en Outre-Mer, territoires ultra-marins qui représentent 17,8% du territoire métropolitain⁹⁶. Si la santé des habitants des territoires ultra-marins est souvent meilleure que celle des pays alentour, les disparités entre l'état de santé des ultra-marins et celui des métropolitains est inquiétant sur certains territoires et trouvent son origine dans des

⁹⁵ Haut-Conseil de Santé Publique, "La santé en outre-mer", [Actualité et dossier en santé publique n° 91](#), juin 2015, p.18

⁹⁶ Haut-Conseil de Santé Publique, "La santé en outre-mer", [Actualité et dossier en santé publique n° 91](#), juin 2015, p.10

causes diverses⁹⁷. Les territoires d'Outre-Mer font également l'objet de statuts très divers quant à la législation sanitaire dont ils dépendent⁹⁸.

Les départements d'Outre-Mer profitent du même cadre d'organisation qu'en métropole, à savoir une organisation de l'offre sanitaire gérée par une ARS, à la différence des autres territoires d'Outre-Mer qui connaissent des fonctionnements disparates et souvent centralisés en métropole. Cependant, « *tout en tenant compte de certaines particularités ultramarines (infrastructures et équipements obsolètes, précarité répandue, secteur libéral déficitaire, etc.), les investissements hospitaliers dans les départements d'outre-mer doivent répondre aux critères de qualité et d'efficience nationaux* »⁹⁹. Cette obligation est contraignante dans des territoires où la précarité est importante et les ressources moindres. De plus, s'adapter aux critères nationaux est une condition difficilement atteignable en ce que les territoires d'Outre-Mer font l'objet de territoires géographiquement et démographiquement différents, par rapport à la métropole et entre eux. Ainsi la généralisation et la reproductibilité, dans un sens ou dans l'autre, n'est pas un critère des plus abordables. Pour reprendre l'exemple de PEPS, qui se base sur une équipe pluridisciplinaire effectuant une prise en charge coordonnée des patients, cela semble compliqué étant donné que l'offre libérale est déjà déficitaire en amont.

Chapitre 3. La co-construction acteur-Etat : un modèle plébiscité

Une des expériences tirées de ces AMI est la coopération entre les instances décisionnelles et les professionnels de terrain dans la construction des cahiers des charges des appels à manifestation d'intérêts. Ce mode de fonctionnement, calqué sur la théorisation du modèle bottom-up approach, valorise l'expérience et les propositions des acteurs intervenant à un échelon infranational pour créer des modèles cohérents et pertinents vis à vis des besoins locaux. Ce travail de proposition provenant du terrain est un des éléments forts de la

⁹⁷ “ *La précarité, la pauvreté, les pathologies chroniques (obésité, hypertension, diabète), les addictions entraînent une vulnérabilité des femmes enceintes, raison pour laquelle la Cour des comptes a préconisé un effort particulier les concernant en matière de prévention. Les départements et collectivités d'outre-mer sont également exposés à des risques naturels particuliers, supérieurs à ceux rencontrés dans l'Hexagone : risques sismiques, climatiques mais également environnementaux ou infectieux, dont l'amplitude ou la nature sont différentes de celles prévalant dans l'Hexagone.*” Haut-Conseil de Santé Publique, “La santé en outre-mer”, [Actualité et dossier en santé publique n° 91](#), juin 2015, p.12

⁹⁸ *ibid.*

⁹⁹ Haut-Conseil de Santé Publique, “La santé en outre-mer”, [Actualité et dossier en santé publique n° 91](#), juin 2015, p.14

décentralisation des décisions et est intimement lié aux différents processus de régionalisation, notamment initiés en premiers lieux en Suède. En effet, il permet de rapprocher les décisions et les choix de la réalité du travail local, évitant l'implémentation, toujours interprétative, de décisions nationales mises en place selon les possibilités et les capacités des acteurs sur le terrain. Les modèles ascendants, conçus par le terrain, sont réputés plus souples à l'adaptation, car opérant une synthèse provenant de sources fines, qui si elles divergent dans le détail, présentent souvent des similitudes dans les grandes lignes de fonctionnement.

Les expérimentations article 51 ont permis ce travail, en permettant la coopération d'acteurs divers dans leurs professions et leurs origines géographiques, lors de la création des cahiers des charges. Ceux-ci, proposés ensuite à une envergure nationale lors d'appels à projet, ont permis aux acteurs sur le terrain d'adapter plus facilement le modèle. De plus, cette co-construction a permis la fluidification des échanges entre les différents niveaux. Ainsi, les professionnels du milieu sanitaire engagés rapportent une meilleure compréhension des contraintes connues par le niveau national dans l'exercice de leurs missions. De même, le niveau national semble plus compréhensif à la nécessité de flexibiliser certains processus de décisions et à envisager de manière plus souple les aléas médicaux, notamment en termes de financement et de rémunération en envisageant des marges plus larges concernant certains forfaits.

Ainsi, les porteurs rapportent une expérience favorable de cette construction valorisant la réalité de leur activité et des enjeux auxquels ils sont confrontés. De même, les modèles sont construits dans l'idée d'apprentissage et de partage d'expérience. Ainsi, les AMI article 51 s'inscrivent dans la démarche de transformation de l'action publique en proposant à la fois des modèles innovants et des méthodes de travail innovantes. En effet, la construction et l'amélioration des modèles se basent sur les retours d'expérience de chacun et une place majeure est faite à l'échange de bonnes pratiques, de supports et de protocoles entre les acteurs, qu'ils soient à des stades différents de l'expérimentation ou qu'ils aient été intégrés en même temps.

Ainsi la coopération et les méthodes de travail, au-delà des modèles innovants de financement et d'organisation, sont sans doute les vraies innovations pour améliorer les pratiques et le système, au-delà des enjeux de santé.

Conclusion

La recherche de la soutenabilité du système de santé est ainsi une question aux multiples facettes. Elle s'explique par un système de valeurs profondément ancré justifiant cette recherche de pérennité d'une couverture maladie universelle pour la population française.

Ce système, construit dans le contexte de la Libération, s'est focalisé sur la protection des individus dans un contexte de reconstruction nationale. Ce contexte particulier a formaté la construction puis la gestion du système de santé français. Construit après de premières avancées sociales et sanitaires au 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème}, il est le fruit de deux modèles opposés dans l'idéologie et combinés pour obtenir une couverture universelle et responsabilisante dans son financement en partie par les cotisations sociales. Le contexte idéologique particulier de cette période a permis l'émergence de systèmes promouvant les droits sociaux. Les attentes de la population française sont grandes alors que deux guerres mondiales ont laissé le pays détruit et la population fragmentée.

La création de la Sécurité sociale se fait donc dans un contexte favorable à un modèle généreux et étendu puisqu'en poursuivant un but de reconsolidation de la population française dictée par les valeurs de la Libération, il s'inscrit par ailleurs dans un contexte économique et démographique favorable à son avènement. La Sécurité sociale de 1945, couverture protégeant le patriarche travailleur et sa famille contre les risques liés au salariat, se mue progressivement en différentes branches dont la branche maladie, financeur de soins. Cette dernière sera l'occasion d'une plus grande souveraineté et de la création d'une cohérence dans les politiques publiques sanitaires mais sera également l'occasion d'une autonomie et d'une indépendance financière pour cette branche. Détachées des autres branches, la branche maladie supporte seule les dépenses et l'équilibre de ses politiques. C'est cette indépendance financière qui conduira au questionnement concernant la pérennité du système de santé tel que conçu en 1945.

Le discernement permis par cette analyse contextuelle permet d'appréhender les différents enjeux ayant motivés le besoin d'une refondation du système de santé français. En effet, dès les années 1970, le système présente des caractéristiques de caducité, ce qu'on appellera notamment pour la partie financière, "le trou de la sécu". La caducité du système s'exprime dans sa conception et les lourdeurs administratives perçues par les différents acteurs. Cette bureaucratisation de la santé va faire l'objet d'une tentative de décentralisation, afin de rapprocher les politiques publiques, conçues et mises en oeuvre par un pilotage nationale, des

réalités et des spécificités des différents territoires. La bureaucratisation, au-delà de la complexification croissante du système et de l'inadaptabilité des politiques mises en oeuvre dans une approche ascendante, a contribué à la diminution du temps médical pour les professions médicales, ajoutant à chaque acte un ensemble de procédures allant de l'information du patient jusqu'au codage, de plus en plus précis à mesure de l'augmentation de la nomenclature, des actes. Cette charge administrative chronophage a rendu le personnel soignant méfiant et circonspect face aux réformes et aux innovations présentées accompagnant chaque déficit supplémentaire de la Sécurité sociale et de la branche maladie et chaque augmentation de la dette sociale française. Cette problématique d'un système inadapté aux évolutions tant démographiques, économiques que médicales ont de plus fait face à un changement de paradigme concernant la conception de la santé. Jusqu'ici sanitaire, relevant du soin et ne portant que sur l'individu engagé dans un colloque singulier avec son médecin généraliste, la santé est devenue un objet globale, prenant en compte tous les aspects de la vie et n'étant plus une démarche isolée mais un parcours ponctué d'actions de prévention et de prise en charge globale.

Cette évolution du contexte général inadapté aux besoins a amené le corps médical à évoluer dans ses interactions concernant les politiques publiques de santé. Les professionnels médicaux, dont le corporatisme a jonché les différentes évolutions des politiques liées aux soins et dont les revendications se sont longtemps cristallisées autour de la protection des intérêts des professions médicales, ralentissant les possibles réformes du système et contraignant le législateur à modeler des politiques publiques de santé selon les revendications médicales plutôt qu'en collaboration avec ces derniers. Cela a souvent donné lieu à des politiques publiques permettant une revalorisation des rémunérations des professions libérales dont les représentants détenaient une marge de négociation favorable. Ces dernières étaient cependant parfois inadaptés aux besoins de changement fonctionnel et organisationnel engrangé par les évolutions extérieures aux professions médicales. La prise de conscience des différentes professions médicales et notamment des médecins libéraux a permis un investissement croissant de ces dernières dans l'organisation sanitaire et dans la définition des modèles de santé.

Cette prise de conscience d'un besoin de réforme en profondeur du système de santé a permis au législateur, en collaboration avec les professions médicales, la mise en place d'innovations d'organisations et de financement dans le système de santé. Issus de la loi de Financement de la Sécurité sociale de 2018, ces Appels à Manifestations d'Intérêt ont pu émerger grâce à une modification du paradigme entourant la santé. Ce changement de paradigme, plaçant la santé comme un tout via l'émergence des parcours de santé, ont permis la mise en avant d'un

besoin de modifier l'organisation et le financement de certains éléments entravant la prise en charge des patients devenus usagers dans leur globalité, y compris en amont de toute maladie.

Ces évolutions ont créé un *background* conceptuel propice à mettre en place un ensemble de mesures législatives, progressivement depuis les années 1980, et ainsi une culture de l'innovation. Dans ce contexte, la LFSS 2018 a pu se développer progressivement et de cette loi ont émergé les AMI, dont l'objectif était de mobiliser les acteurs de terrain pour mener trois modèles d'expérimentations dans différents territoires de France en simultanée.

Les trois modèles novateurs mis en avant via ces AMI, EDS, PEPS et IPEP, sont différents dans leur fonctionnement mais présentent la similitude de vouloir renforcer la place du patient comme acteur central de la prise en charge tout en décloisonnant les secteurs ville et hôpital. Ces modèles sont issus d'expériences étrangères et adaptés en co-conception avec les acteurs de terrain français. Ces AMI ont ensuite été déployés au niveau national dans différents territoires afin d'impulser une dynamique dans les territoires liée aux innovations.

Ces innovations, si elles sont un pas encourageant dans la réforme nécessaire de notre système de santé, n'en restent pas moins soumises à certaines perspectives et limites. Il faut ainsi considérer la question de l'acculturation des acteurs extérieurs à l'expérimentation lors de la généralisation, la question des territoires ultra-marins dans ce même processus et la prise en compte des problématiques tant géographiques, démographiques que d'équipements. Il est aussi à souligner que ces expérimentations présentent une autre innovation, à savoir les méthodes de travail ascendantes, associant dans une relation itérative les acteurs de terrain et le niveau national dans la construction des politiques.

Ainsi, comme le montrait l'étude de Antoinette Catrice-Lorey et Monika Steffen en 2006, la question des acteurs clés dans les relations de pouvoir et la capacité de l'Etat à mener les réformes sont essentielles à l'évolution des modèles. Si l'Assurance Maladie garde une place de ressources techniques dans la gestion principalement du secteur ville, l'évolution du comportement des professions médicales et a fortiori des médecins libéraux dans la discussion réglementaire a permis une évolution probante. Ainsi, la relation entre l'Etat et les professions médicales, historiquement conflictuelle et basée sur la question des intérêts des médecins, tend à évoluer. En effet, la rémunération des médecins dépend de la capacité de la Sécurité sociale, et donc de l'Etat, à optimiser les dépenses pour répondre à la fois à la hausse constante de consommation de soins et aux coûts croissants de ces derniers. Ensuite, la modification de cette relation a également poussé l'Etat à modifier ses méthodes de travail concernant la construction des politiques publiques de santé. Longtemps centralisé, issu de

modèles créés à Paris et exportés tant bien que mal dans tous les territoires français, y compris ultramarins, l'article 51 de la LFSS 2018 a fait l'objet d'un traitement particulier en associant les acteurs de terrain à toutes les étapes du processus, de la conception des modèles à la rédaction du cahier des charges et à l'ajustement des modèles lors de l'expérimentation sur le terrain. Cette méthode de travail novatrice permet tout au long du processus de s'assurer de l'adhésion des différents acteurs tout en permettant au niveau national d'exprimer les contraintes qui leur sont données et aux acteurs de donner les clés de la réalité de terrain quant à la pratique.

Les expérimentations AMI issues de la LFSS 2018 ne permettront sans doute pas à elles seules d'assurer la soutenabilité du système. Cependant, elles auront permis de créer un terrain, parmi l'ensemble des professionnels, médicaux et administratifs, propice à l'innovation et à la réforme. En modifiant les habitudes de chacun, le législateur et les professionnels de santé s'offrent ainsi la possibilité de remédier à ce qui semble être une trajectoire d'effondrement du système de santé.

Bibliographie

2010 - L'emploi du temps des médecins libéraux.pdf, n.d.

adsp n° 91 - La santé en outre-mer [WWW Document], n.d. URL <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=148> (accessed 8.29.20).

Arrêté du 24 janvier 2020 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2020 publiée au JO n° 0030 du 05/02/2020 | Legifrance [WWW Document], n.d. URL https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000041529180 (accessed 8.15.20).

Barbot, J., 2018. Aux frontières de l'irresponsabilité médicale. Les médecins en procès au début du xix^e siècle. *Sciences sociales et santé* Vol. 36, 65–92.

Barbot, Janine, 2002. *Les Malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida, Voix et regards*. Balland, Paris.

Benamouzig, D., 2015. *La santé au miroir de l'économie: Une histoire de l'économie de la santé en France*. Presses Universitaires de France, Paris.

Boudier, F., Bensebaa, F., Jablanczy, A., 2012. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations* n°39, 13–25.

Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative: General Information, 2020.

Catrice-Lorey, A., Steffen, M., 2006. La mise en œuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales. *Revue française des affaires sociales* 171–189.

Chartier, Roger, 1982. *Figures de la gueuserie*. Montalba, Paris.

Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, n.d.

Cohu, S., Lequet-Slama, D., Volovitch, P., 2006. Pays-Bas, une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation. *Revue française des affaires sociales* 217–238.

Collectif, 2017. *Quand la Cnamts se livre, 50 ans d'Histoire racontés par ses collaborateurs*. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés.

COMITE_D-ALERTE-2020-AVIS_1-SUR_LE_RESPECT_DE_L-OBJECTIF_NATIONAL_DE_DEPENSES_DE_L-ASSURANCE_MALADIE.pdf, n.d.

conseil_strategique_de_l_innovation_en_sante_du_24_janvier_2019.pdf, n.d.

Contandriopoulos, André-Pierre, 1994. Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1, 8–26.

Damon, Julien, Ferras Benjamin, 2015. *La sécurité sociale*, Presse Universitaire de France. ed, Que sais-je. Paris.

Dossiers législatifs - Exposé des motifs - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance [WWW Document], n.d. URL https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do;jsessionid=37E7D35C8B7C1CC4BD44C8A62AFF2FC1.tplgfr27s_2?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=expose&typeLoi=&legislature=14 (accessed 8.15.20).

Dossiers législatifs - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance [WWW Document], n.d. URL <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=contenu&id=2&typeLoi=proj&legislature=14> (accessed 8.8.20).

Dufrenne, J., 2011. *Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la messagerie sécurisée de santé utilisée par les médecins généralistes* (These de doctorat). Antilles-Guyane.

Dumont, Jean-Pierre, 1981. *La sécurité sociale toujours en chantier*, Les Editions ouvrières. ed, Comprendre pour agir. Paris.

État de santé des Français et facteurs de risque Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014, n.d.

Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis [WWW Document], n.d. URL <https://www.ars.sante.fr/experiences-etrangees-de-coordination-des-soins-les-accountable-care-organizations-de-medicare-aux> (accessed 8.29.20).

Gibaud, B., 1986. *De la mutualité à la sécurité sociale: conflits et convergences*. Editions de l'Atelier.

Gwennaëlle BRILHAULT (DREES), Christelle MILLIEN (DREES), Denis RAYNAUD (IRDES), Thierry PROST (ATIH), 2017. *Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030 - Ministère des Solidarités et de la Santé* [WWW Document]. URL <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/projections-d-activite-hospitaliere-a-l-horizon-2030> (accessed 8.8.20).

Hartmann, L., Ulmann, P., Rochaix, L., 2006. L'accès aux soins de premier recours en Europe. *Revue française des affaires sociales* 121–139.

Helmlinger, Laurence, Martin, Dominique, 2004. « La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité ». Les Tribunes de la santé 5, 39–46.

Jean-Marie André, 2019. Les dépenses de santé sont-elles soutenables ?

Kitts, A., 2008. Mendicité, vagabondage et contrôle social du moyen âge au 19e siècle : état des recherches. Revue d'histoire de la protection sociale N° 1, 37–56.

La, V.-P., Pham, T.-H., Ho, Manh-Toan, Nguyen, M.-H., P. Nguyen, K.-L., Vuong, T.-T., Nguyen, H.-K.T., Tran, T., Khuc, Q., Ho, Manh-Tung, Vuong, Q.-H., 2020. Policy Response, Social Media and Science Journalism for the Sustainability of the Public Health System Amid the COVID-19 Outbreak: The Vietnam Lessons. Sustainability 12, 2931. <https://doi.org/10.3390/su12072931>

Laurent, Eloi, 2015. Un nouveau monde économique, Mesurer le bien-être et la soutenabilité au 20ième siècle, économie, Odile Jacob. ed. Paris.

Le Front populaire, n.d.

L'effondrement du système de santé rural - Persée [WWW Document], n.d. URL https://www.persee.fr/doc/perch_1021-9013_1998_num_47_1_2296 (accessed 8.8.20).

Lemaire - Expérimentations innovantes en santé.pdf, n.d.

Lemaire, N., n.d. Expérimentations innovantes en santé 28.

L'emploi du temps des médecins libéraux, 2010. . n L 15.

Les dépenses de santé en 2018 Résultats des comptes de la santé, n.d.

Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015, n.d.

Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée, n.d.

Les modèles de rémunération : un regard international Polton_Bousquet.pdf, n.d.

L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [WWW Document], n.d. URL <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017> (accessed 8.8.20).

Liaropoulos, L., Goranitis, I., 2015. Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health* 14, 80. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0208-5>

Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 RELATIVE AUX RAPPORTS ENTRE LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE ET LES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX., n.d.

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002. , 2002-303.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009. , 2009-879.

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016. , 2016-41.

LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 51, 2017. , 2017-1836.

LOI n° 2020-289 du 23 mars 2020 de finances rectificative pour 2020, 2020. , 2020-289.

Loi n°65-570 du 13 juillet 1965 PORTANT REFORME DES REGIMES MATRIMONIAUX, 1965. , 65-570.

Maison médicale : Une prise en charge forfaitaire des soins de santé - INAMI [WWW Document], n.d. URL <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-medicales/Page/s/default.aspx> (accessed 8.29.20).

Moradi-Lakeh, M., Vosoogh-Moghaddam, A., 2015. Health Sector Evolution Plan in Iran; Equity and Sustainability Concerns. *International Journal of Health Policy and Management* 4, 637–640. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.160>

N° 03.2018 - L'emploi des femmes en France depuis 1960 - IRES [WWW Document], n.d. URL <http://www.ires.fr/etudes-recherches-ouvrages/documents-de-travail-de-l-ires/item/5693-n-03-2018-l-emploi-des-femmes-en-france-depuis-1960> (accessed 8.15.20).

N° 2673 - Rapport de M. Olivier Véran, Mme Bernadette Laclais, M. Jean-Louis Touraine, Mme Hélène Geoffroy et M. Richard Ferrand sur le projet de loi , après engagement de la procédure accélérée, relatif à la santé (n°2302) [WWW Document], n.d. URL http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r2673.asp#P630_150225 (accessed 8.15.20).

Nos systèmes de santé sont-ils soutenables ? - Persée [WWW Document], n.d. URL https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2008_num_7_2_1299 (accessed 8.15.20).

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale., n.d.

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, n.d.

Palier, Bruno, 2004. La réforme des systèmes de santé, Presse Universitaire de France. ed, Que sais-je. Paris.

Parizeau M.-H., Hottois G., 1993. Consentement. Les mots de la bioéthique - un vocabulaire encyclopédique.

Pastureau, Guillaume, 2011. Le Mont-de-piété en France : une réponse économique aux problèmes sociaux de son époque (1462-1919). *Revue d'histoire de la protection sociale* 4, 25–40.

Peneff, Jean, 2005. La France malade de ses médecins, Les empêcheurs de penser en rond. ed. Le Seuil.

Pierre Rosanvallon, 2011. La société des égaux, Seuil. ed. Paris.

Pinell, P., 1992. Naissance d'un fléau. Éditions Métailié. <https://doi.org/10.3917/meta.pinell.1992.01>

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 | Légifrance, le service public de la diffusion du droit [WWW Document], n.d. URL <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946> (accessed 8.16.20).

Prost, A., 1990. Les premier mai du front populaire en province (1936-1939). *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* 27, 61–76. <https://doi.org/10.3406/xxs.1990.2263>

Rapport Brundtland, n.d. 349.

Smith, Peter C. ; Mossialos, E ; Papanicolas, I, n.d. Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives 28.

Stratégie nationale de santé 2018-2022, n.d.

The Tallin Charter : Health Systems for Health and Wealth, n.d.

Vlayen J., Van De Water G., et al., 2006. Indicateurs de qualité cliniques (No. KCE reports 41B). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brussels.

Vlayen J, Vanthomme K, et al., 2010. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system (No. KCE Reports 128B). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brussels.

Võrk, Andres, Thomson, Sarah, Rooväli, Liis, Evetovits, Tamas, Habicht, Triin, Habicht, Jarno, 2010. Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system. World Health Organization, Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium.

Vrijens, F., Renard, F., Walckiers, D., Meeus, P., Léonard, C., 2014. Évaluer la performance du système de santé : l'expérience de la Belgique. Reflets et perspectives de la vie économique Tome LIII, 83–102.

ZÖLLNER D., 1982. République fédérale d'Allemagne, in: Un Siècle de Sécurité Sociale 1881-1981 : L'évolution En Allemagne, France, Grande-Bretagne, Autriche et Suisse. Nantes.

Annexe 1. Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AC	Aide à la Contractualisation
AMI	Appel à Manifestation d'Intérêt
BPCI	Bundled Payment for Care Improvement
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CNR	Conseil National de Résistance
Drees	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
EDS	Épisode De Soins
GIP	Groupe d'Intérêt Public
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
IPEP	Incitation à une prise en charge partagée
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MIG	Mission d'Intérêt Général
NHS	National Health Service
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
OQN	Objectif Quantifié National
OCDE	Organisation de Coopération et Développement Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

PEPS	Paiement forfaitaire en Équipe de Professionnels de Santé en ville
PIB	Produit Intérieur Brut
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'information
PRS	Programme Régional de Santé
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
QOF	Quality and Outcome Framework
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SRS	Schéma Régional de Santé
SIH	Syndicat interhospitalier
T2A	Tarification à l'activité

Annexe 2 : Graphiques et tableaux

Figure 1. Consommation moyenne par tranche d'âge et sexe, en 2011 et 2015

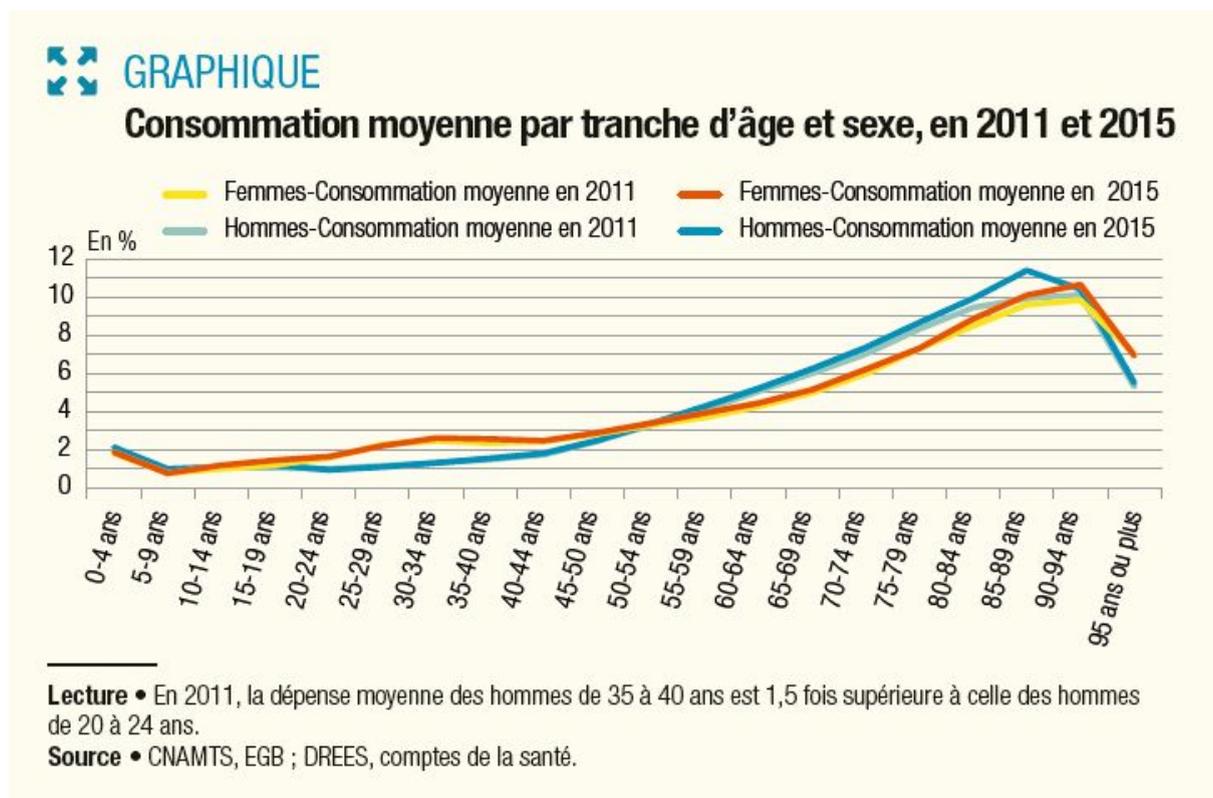
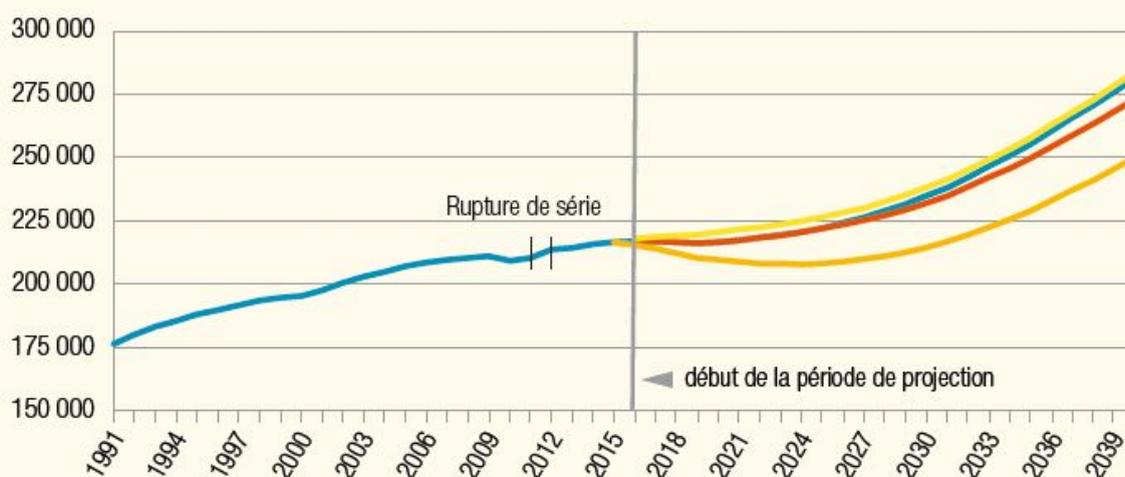


Figure 2. Effectifs de médecins en activité à l'horizon 2040 selon le scénario tendanciel et les différentes variantes

GRAPHIQUE

Effectifs de médecins en activité à l'horizon 2040 selon le scénario tendanciel et les différentes variantes

- Scénario tendanciel
- Variante 2 - Sans diplômés à l'étranger
- Variante 1 - Baisse du *numerus clausus* à 7 500
- Variante 3 - Allongement de carrière



Note • Le passage du répertoire ADELI au RPPS en 2012 occasionne une rupture de série.
Lecture • À partir de 2016, selon le scénario tendanciel, les effectifs de médecins baisseraient légèrement, puis augmenteraient régulièrement à partir de 2020 pour atteindre 281 000 en 2040.
Champ • France entière, médecins actifs de moins de 70 ans.
Sources • ADELI, RPPS, Projections DREES 2015.