

## La santé en 2030 : ce qui va changer

Quel sera notre système de santé en 2030 ? Il sera assurément différent de celui que nous connaissons aujourd'hui, parce qu'il aura relevé les défis du vieillissement, de l'épidémie des maladies chroniques, de la rareté du temps médical. Il sera profondément transformé par l'apport de nombreuses innovations organisationnelles, thérapeutiques, numériques. Nous proposons ici une vision intégrée de quelques ingrédients majeurs de ce changement. L'ambition est d'alimenter la réflexion des acteurs et spécialistes du monde de la santé, ainsi que celle des citoyens non spécialistes mais payeurs solidaires et utilisateurs responsables de ce système.

Commençons par évoquer, en deux tableaux, la nature des évolutions à venir, du point de vue du patient et de l'utilisateur du système de santé.

### **De la maladie vers le patient**

En premier lieu, la santé en 2030 sera centrée sur... le patient, son parcours de soin personnalisé, sa prise en charge dans son ensemble. Cela paraît évident. Mais il n'en n'est pas ainsi aujourd'hui.

Si l'on se projette quelques décennies en arrière, notre système n'a pas été construit avec cet objectif. Pendant les trente glorieuses, un système de santé hospitalo-centré s'est structuré pour prendre en charge les grands événements et accidents de la vie qui constituaient les priorités de cette époque : naissances, accidents de la route, crises cardiaques. On allait à l'hôpital pour venir à la vie ou pour rester en vie.

Depuis 40 ans nous avons moins de naissances, et fort heureusement moins d'accidents de la route, moins d'infarctus du myocarde. Dans le même temps, la prise en charge de nombreuses maladies s'est progressivement développée quantitativement et qualitativement : cancer, diabète, sida, insuffisance rénale... Aujourd'hui, le système de santé prend en charge ces pathologies avec des diagnostics, des actes et des soins de grande qualité et de haute technicité pour des succès remarquables. Dans de nombreux cas, des maladies mortelles pour la génération précédente sont devenues chroniques (le patient vit avec sa maladie plusieurs décennies, avec une espérance de vie normale) ou curables (le patient guérit totalement et définitivement de sa maladie). Conséquence logique de ce développement formidable, la maladie constitue l'axe dominant de notre système de santé : actes et rémunération des acteurs, disciplines et spécialités, services et fonctionnement de l'hôpital sont tous organisés et structurés par maladies. Même les associations de patients se sont constituées par maladies.

La prochaine évolution, d'ici à 2030, conduira à la prise en charge du patient dans sa globalité, de manière coordonnée, sécurisée et suivie tout au long de son parcours, même -et surtout- lorsque plusieurs maladies ou problèmes de santé l'affecteront. Le patient polypathologique représente aujourd'hui un défi majeur et une source d'échecs pour notre système de santé. Pris en charge par plusieurs spécialités travaillant en silos, par des professionnels et établissements de santé mal coordonnés, il est, au mieux, un consommateur de soins, mal pris en charge dans la durée, et dans de trop nombreux cas en risque majeur d'interaction dangereuse de ses différents traitements (iatrogénie). D'ici 2030, les professionnels de santé partageront l'information, la décision thérapeutique et le suivi du patient polypathologique dans le cadre de nouveaux protocoles. Le patient informé deviendra acteur de ses maladies et de son parcours. Des outils connectés faciliteront ces nouvelles pratiques. Ce nouveau paradigme générera à la fois un parcours de qualité pour le patient, une pratique satisfaisante et motivante pour les acteurs et une performance accrue pour le système.

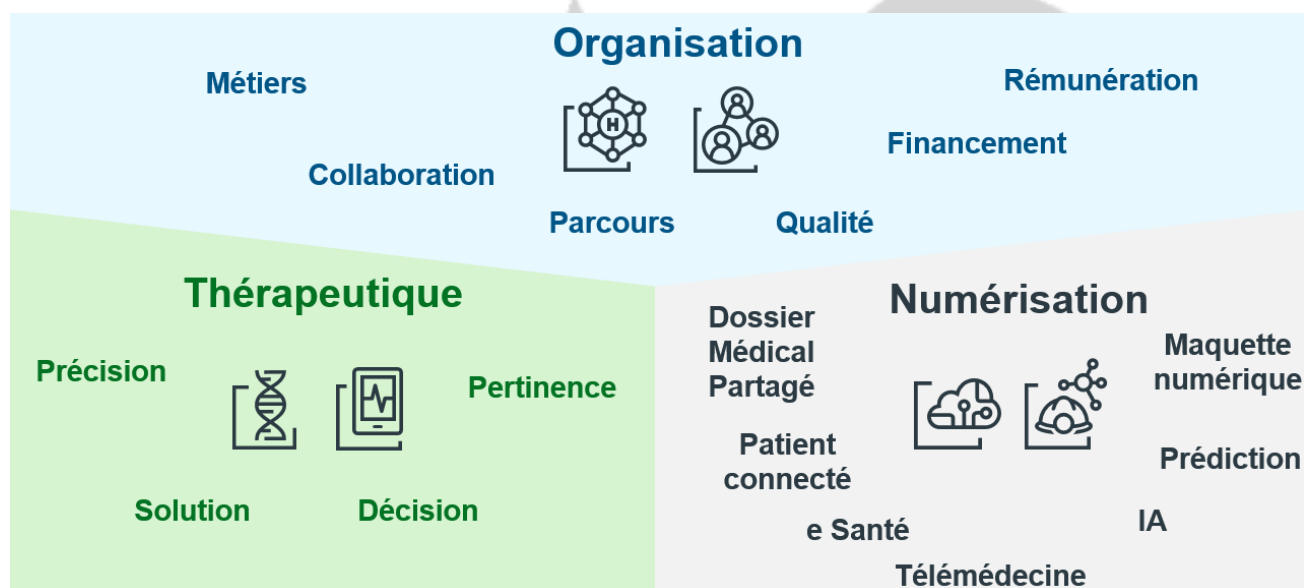
### **Du soin vers la santé**

L'autre évolution majeure des prochaines années concernera les patients (malades), mais aussi et surtout, les citoyens et usagers en bonne santé. L'émergence de la prévention en santé et de la gestion du capital santé renouvèlera et régènera le paradigme de notre système vers un rééquilibrage bienvenu entre soin et santé : éviter la survenue de maladie deviendra aussi important que de la soigner. Plus que l'espérance de vie -la France occupe déjà le premier rang en Europe et pointe dans le groupe de tête au niveau mondial-, l'espérance de vie en bonne santé peut et doit être améliorée : ajouter de la vie aux années, plutôt que des années à la vie. Cette évolution sera collective, dans le cadre de programmes nationaux<sup>1</sup>. Les professionnels de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles et les établissements de santé seront formés et mobilisés pour cette nouvelle mission. Les entreprises et les collectivités prendront également leur part, avec des programmes de prévention focalisés sur les spécificités en santé de leurs publics respectifs. Enfin et surtout, la gestion de son capital santé deviendra une activité et une préoccupation importante pour le citoyen, premier acteur et responsable de sa santé. Des nouveaux outils connectés de prévention et de suivi favoriseront et accompagneront ce mouvement.

### **Organisation, thérapeutique et numérique : les grands axes de la transformation**

La transformation du système de santé passera par des chantiers de natures très différentes, dont l'organisation du système constituera le premier pilier avec plusieurs travaux fondateurs à mener en parallèle : métiers, collaborations et parcours, évaluation, financement et rémunérations. La thérapeutique évoluera fortement, rapidement et de manière continue, avec un flux d'innovations sans précédent en volume et en nature qui alimentera l'amélioration des pratiques et des prises en charge : médecine de précision, solutions globales, aide à la décision et pertinence des soins sont les quatre volets que nous évoquerons dans ce domaine. Enfin, le numérique catalysera et accélèrera le mouvement avec de nombreux apports majeurs pour le nouvel édifice : dossier médical partagé, patient connecté, e-santé, télémédecine, intelligence artificielle et maquette numérique.

Figure : La santé en 2030 : les changements pour les acteurs



### Le changement sera d'abord organisationnel

D'ici 2030, des nouveaux **métiers** de la santé émergeront, et des métiers phares du système (médecin, infirmier, pharmacien) verront leurs missions et leurs rôles changer. La gestion, la coordination et la sécurisation du parcours des patients chroniques, âgés ou en situation de dépendance nécessiteront par exemple le montage en puissance du gestionnaire de cas (traduction imparfaite du concept anglo-saxon de case manager), infirmier aux compétences étendues de prescripteur, de planificateur et aux prérogatives de coordination. La généralisation et la maturité du numérique dans la santé s'obtiendront grâce à des spécialistes qui accompagneront les soignants et les patients afin de tirer tous les bénéfices de ces outils. La délégation de tâche entre professionnels de santé sera la norme. La démographie médicale induira une rareté conjoncturelle<sup>ii</sup> et sérieuse du temps médical dans la prochaine décennie, qui forcera et accélèrera le mouvement. En particulier, il ne faut pas attendre des médecins généralistes, en fort renouvellement et moins nombreux dans cette période, qu'ils assurent seuls toutes les tâches et tous les actes qu'ils produisent encore aujourd'hui.

En 2018, la **collaboration** entre professionnels et établissements de santé reste limitée. Les acteurs de la santé font ce que le système demande, évalue et rémunère : ils produisent des actes de soins performants, de qualité, mais de manière isolée et non coordonnée. Demain, la collaboration entre acteurs sera la norme, parce qu'elle seule permettra de répondre aux défis à relever, parce qu'elle sera source de qualité, et d'efficacité pour le parcours global du patient, et parce qu'elle sera facilitée et encouragée par les outils de travail et les prises en charges.

Objectif principal des nouveaux métiers et du modèle de collaboration, le **parcours patient** deviendra l'unité d'œuvre principale du système (en lieu et place de l'acte de soin). Le parcours gagnera en transparence et en confiance entre acteurs de la ville et de l'hôpital. Les services et spécialités mobilisés autour d'un patient polypathologique interviendront de manière cohérente et pertinente. L'intervention des nombreux métiers et acteurs –médecin traitant, médecins

spécialistes, infirmier, pharmacien, laboratoire d'analyse, kinésithérapeute, psychologue, services sociaux, services à domicile- impliqués dans la prise en charge des parcours complexes sera optimisée et orchestrée. La protocolisation de ces parcours s'entendra en premier lieu pour les soins et l'accompagnement apportés au patient malade, et également pour la prévention et la vie en bonne santé.

La **qualité** prendra la place qu'elle mérite dans le pilotage des organisations et des pratiques : qualité des soins, des prises en charge, des parcours, qualité des actes et des produits de santé. Dans la dernière loi de finance de la sécurité sociale (LFSS), moins de 0,1% du financement total de l'hôpital (près 90 milliards d'euros) est lié et conditionné par des indicateurs de qualité. Il faut attendre et espérer une proportion nettement plus importante en 2030. Le pilotage par la qualité et l'évaluation continue des résultats des soins en vie réelle apporteront en outre des réponses pragmatiques pour appréhender le flux des innovations à venir. Seules ces approches permettront aux autorités sanitaires de repérer, de valider et de financer les innovations qui le mériteront. Enfin la qualité deviendra également l'affaire des patients. Que leurs avis sur leurs soins et leur parcours soient directement sollicités par les professionnels et les établissements de santé, ou qu'ils s'imposent via les communautés de patients et les réseaux sociaux, l'évaluation de la qualité, la mesure de la satisfaction et l'identification des pistes d'amélioration auprès des patients deviendront fondamentales et redoutables.

A partir de la prochaine décennie notre système de santé devra relever le défi du vieillissement des baby-boomers. Les niveaux de prise en charge actuels de certaines dépenses par la solidarité nationale seront remis en cause, afin de focaliser l'effort de **financement** sur les vrais risques. Avec le contrat responsable en assurance complémentaire santé, tout est déjà en place pour procéder à des transferts de financement entre régime obligatoire et régime complémentaire, ce qui imposera en cascade des arbitrages sur les risques couverts par les complémentaires santé. Dans un proche avenir, les besoins de financement pluri-annuels et le temps long de la prévention vont percuter le financement annuel de la santé et le rituel de la LFSS. De même, les parcours de soins et la nécessaire collaboration entre acteurs vont remettre en cause le principe des enveloppes de financement séparées et étanches de la ville et de l'hôpital.

Aujourd'hui la rémunération à l'acte (le « C<sup>iii</sup> » en Ville et la « T2A<sup>iv</sup> » à l'hôpital) constitue une barrière infranchissable pour le développement de la médecine de parcours. Elle conduit à une rémunération totale et une évaluation de la performance des acteurs de santé basées principalement sur une quantité d'actes isolés. La rémunération à l'acte génère implacablement une inflation d'actes, une insuffisante coordination des parcours et une asphyxie générale. La **rémunération** des acteurs doit redevenir l'oxygène du système de santé et favoriser le parcours coordonné des patients. En 2030, le mode de rémunération des professionnels de santé et des établissements encouragera leur collaboration et leur coordination dans le cadre de parcours patients de qualité, coordonnés, sécurisés, documentés. La rémunération au patient, au parcours, à la prise en charge, intégrera le temps nécessaire au colloque singulier, au suivi et à l'accompagnement du patient informé, acteur de sa pathologie chronique et de son capital santé. La rémunération comportera également une composante sur résultats : objectifs de santé publique sur une patientèle ou un territoire, objectifs mesurables de qualité. Par exemple, la rémunération générée par la prise en charge d'un patient diabétique ne sera plus liée uniquement au nombre total de consultations ou d'actes dans l'année, mais plutôt à la stabilisation de son taux de sucre dans le sang (Hb1Ac) et à l'absence de complications. Innovation largement commentée depuis

l'automne dernier, l'article 51 de la LFSS 2018 ouvre une voie vers des expérimentations qui préfigureront ce modèle.

### **La thérapeutique intégrera une plus grande précision dans une approche globale du patient**

D'ici 2030, nous assisterons à l'arrivée d'un flux d'innovations thérapeutiques sans précédent, quantitatif et qualitatif, qui marquera le passage à l'âge adulte de la médecine de **précision**, ciblée ou personnalisée. Plus de 2000<sup>v</sup> médicaments sont actuellement en phases de développement clinique avancé<sup>vi</sup>. Parmi eux, 600 adressent le domaine du cancer, dont par exemple 80 dédiés aux différentes formes de cancer du poumon. Même dans l'hypothèse réaliste où seul un cinquième à un tiers de ces développements conduiraient effectivement à un nouveau médicament disponible sur le marché, la volumétrie et le rythme des innovations seront exceptionnels. Ces nouveaux médicaments du cancer seront ciblés sur une mutation ou un mécanisme spécifique de développement ou de propagation de la tumeur. Des biomarqueurs et des tests compagnons permettront de repérer ces mutations afin de trouver pour chaque patient le traitement ciblé le plus efficace avec le minimum d'effets indésirables. A l'image du médicament, les thérapies cellulaires, les thérapies géniques, les dispositifs médicaux, les plateaux techniques, les actes chirurgicaux connaîtront la même révolution de la précision et des flux d'innovations similaires. Et comme dans le cancer, il faut attendre et espérer dans les quinze prochaines années une explosion analogue dans d'autres domaines thérapeutiques : dans les maladies infectieuses, la précision des diagnostics et des traitements limitera le développement de l'antibio résistance ; dans les maladies neurodégénératives<sup>vii</sup> des nouvelles solutions de prise en charge répondront -enfin- à des besoins devenus énormes.

Plusieurs traitements adressant chacun une caractéristique de la maladie d'un patient seront combinés avec des dispositifs médicaux et des applications connectées. Ce concept de produit de santé global et intégré, ou **solution** thérapeutique existe déjà. Dans le diabète, différentes insulines peuvent être associées, administrées par une pompe implantée dans le corps, pilotée par un système connecté de mesure du taux de sucre dans le sang, supervisé à distance par un système expert via le téléphone mobile, et auto-administré via une application par le patient. Le champ des possibles d'ici à 2030 paraît immense et augmente chaque jour. D'innombrables initiatives, projets, équipes, start-up s'y engouffrent, les idées et les innovations foisonnent.

L'émergence d'un arsenal thérapeutique de plus en plus riche, pointu, complexe, diversifié imposera le recours pour les professionnels de santé à des outils d'aide à la **décision** afin de prescrire la meilleure solution possible pour chaque patient en fonction de son examen clinique, de ses valeurs biologiques, des résultats de tests, de l'historique de son dossier médical. Ces outils aideront à poser un diagnostic précis, à trouver la meilleure réponse thérapeutique, à suivre et ajuster le traitement dans le temps. Cette évolution s'imposera dans de nombreuses spécialités où la complexité des algorithmes de décision dépassera la capacité des meilleurs cerveaux humains. A fortiori, ces outils d'aide à la décision deviendront incontournables pour les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes notamment) confrontés à la somme des complexités de chaque spécialité et responsables d'arbitrer, d'optimiser et de piloter la prise en charge globale de leurs patients polypathologiques<sup>viii</sup>. Les outils d'aide à la décision vont monter en puissance pour être les partenaires du professionnel non seulement pendant l'acte de consultation, mais aussi dans le développement d'un pilotage dynamique, proactif et permanent de la santé de sa

patientèle, pour programmer des actions de prévention (vaccination, dépistage), détecter des anomalies de parcours de soin et anticiper des risques de complications.

Les outils d'aide à la décision seront un des aspects d'un combat annoncé et nécessaire de la thérapeutique, celui de la **pertinence** des soins. La Ministre de la Santé a électrisé le sujet lorsqu'elle a assené en novembre 2017 que "30% des dépenses de santé ne sont pas pertinentes". Les faits sont là, à l'image des interactions médicamenteuses dangereuses. Aujourd'hui en moyenne 9 molécules différentes sont prescrites chaque semestre à un français de plus de 75 ans, et les 20% des seniors les plus médicamenteux reçoivent en moyenne 15 molécules différentes<sup>ix</sup>. Cette sur médication folle et dangereuse est une illustration cruelle du niveau actuel de non pertinence des soins. La bonne nouvelle est que cette situation résulte directement du système actuel : pas de dossier patient partagé, des actes de soins réalisés en silos, plusieurs spécialistes qui proposent chacun dans leurs domaines les traitements idéaux, pas de rôle reconnu au médecin généraliste par le système pour nettoyer les prescriptions et arbitrer le traitement global et pertinent (le plus de bénéfiques et le moins de risques possibles) pour son patient polypathologique, peu d'outils pour détecter et traiter ces situations. La pertinence des soins en 2030 sera le fruit et le grand bénéfice d'un système qui aura corrigé et ajusté chacun de ces points.

### **La numérisation catalysera et potentialisera la transformation du système**

En 2030, le médecin traitant visualisera en un clic le parcours complet de son patient polypathologique. A l'hôpital, le service des urgences prendra en charge un patient dans le coma avec un accès immédiat à l'information de ses pathologies et de ses traitements. Les patients qui le voudront auront tous un **dossier médical partagé** (DMP) qui rassemblera leur historique de prévention (vaccins, tests, antécédents familiaux, facteurs de risques) et de soins (résultats d'examens, imagerie, actes, diagnostics, traitements, résumés d'hospitalisation). Ce DMP sera géré avec et pour les patients, accessible et disponible pour eux-mêmes et pour les professionnels de santé impliqués dans leur parcours de vie et de soin. Le DMP est une vieille histoire française<sup>x</sup>, jalonnée de faux départs et de mauvais procès. Aujourd'hui ce n'est plus une option. Cet outil est la nécessaire fondation du parcours de soin coordonné, et constitue la base pour nombre d'innovations annoncées. Sans le socle du DMP, attendre des bénéfices de la e-santé ou de la télémédecine relève du fantasme, et en son absence, il n'est pas sérieux d'espérer l'émergence d'une médecine de parcours collaborative et pertinente.

Informé et équipé de solutions de **e-santé**, le **patient connecté**, acteur principal de sa santé, participera à la confirmation de son diagnostic, à la gestion de son traitement, à la surveillance de ses paramètres vitaux et à la détection d'éventuelles complications. Il pourra également partager expérience, soutien, conseil au sein de communautés de patients. Il aura accès à une offre variée et en perpétuel renouvellement de services d'accompagnement proposés par les fournisseurs de soins, les collectivités et par des prestataires de services.

La **télémédecine**, permettra aux professionnels de santé d'intervenir au quotidien en équipe et à distance pour réaliser un examen, poser un diagnostic, accompagner la réalisation d'un acte de soin, apporter une expertise. Elle favorisera l'égalité d'accès des patients aux compétences rares et aura contribué à répondre au défi des déserts médicaux. Elle génèrera des économies de transport et de séjours d'hospitalisation.

L'exploitation des données massives produites par la numérisation de la santé imposera l'**intelligence artificielle** (IA) comme le nouvel auxiliaire et partenaire des professionnels de santé. L'IA permettra d'améliorer le diagnostic, le soin, le parcours, le suivi de chaque patient en prenant les meilleures décisions possibles par la confrontation des données de son DMP avec le retour sur expérience accumulé auprès des patients ayant des caractéristiques similaires, dans la patientèle du médecin, dans celle de l'établissement de santé, ailleurs en France, et, pour des maladies rares, dans le monde entier.

L'enrichissement continu des bases de connaissance en vie réelle et la meilleure compréhension des mécanismes à l'œuvre dans la survenue des pathologies permettront de rentrer dans l'ère de la **prédiction** et de l'anticipation de la survenue des maladies. Un nouveau champ de la prévention sera largement ouvert, celui d'une médecine correctrice et réparatrice.

A l'image des avions qui volent sur ordinateur avant que la première pièce ne soit fabriquée, la **maquette numérique** humaine transformera l'étude du vivant, de la santé et des maladies. Elle refondera le développement et la mise au point des nouvelles solutions thérapeutiques. Paramétrée avec les caractéristiques biologiques et génétiques d'un patient, elle permettra de simuler in silicio, avant de les administrer, les différentes options thérapeutiques disponibles et d'identifier pour ce patient la solution personnalisée offrant le meilleur rapport bénéfice risque.

### **Un changement systémique**

Chacun de ces items est faisable. Mais chacun pris séparément ne livrerait qu'un faible bénéfice. Pas de parcours de soin coordonné à espérer dans les 12 ans sans refonte de la rémunération, sans DMP ou sans nouveaux métiers. Pas de pertinence des soins à l'horizon 2030 sans outils d'aide à la décision, sans collaboration et sans pilotage par la qualité. Seules la mise en place cohérente de ces différentes composantes et leur articulation dans un ensemble intégré livreront les progrès attendus. Le grand défi est systémique et il concerne tous les acteurs.

**Dominique Perrot**

Président **stanso**

[dominique.perrot@stanso.fr](mailto:dominique.perrot@stanso.fr)

[www.stanso.fr](http://www.stanso.fr)

## Notes et commentaires

<sup>i</sup> Voir la stratégie nationale de santé [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

<sup>ii</sup> Le numérus clausus définissant le nombre de nouveaux médecins formés chaque année a été fixé sous le seuil de 5000 par an de 1984 à 2003, avec un minimum à 3500 dans les années 90. Il était de plus de 8000 avant 1980 et il est revenu à ce niveau depuis 2016. L'effet de cette mesure sur la rareté du temps médical donne son impact maximum actuellement et jusqu'en 2025. A partir de 2030, il va commencer à s'estomper.

<sup>iii</sup> Pierre angulaire de la tarification de l'activité des médecins libéraux, le « C » correspond au tarif d'une consultation au cabinet

<sup>iv</sup> La Tarification A l'Activité, ou T2A, constitue le mode principal de rémunération des établissements de santé

<sup>v</sup> Source IQVIA Institute <https://www.iqvia.com/institute>

<sup>vi</sup> Développement clinique avancé c'est-à-dire en phase II du développement clinique, ou en phase III ou en pré-enregistrement avant mise sur le marché

<sup>vii</sup> Maladies de Parkinson et d'Alzheimer notamment, dont le nombre de cas va augmenter avec le vieillissement de la population

<sup>viii</sup> En 2030, un médecin généraliste gèrera une patientèle d'environ 1500 personnes. 300 auront au moins une pathologie chronique, et 200 en auront plusieurs.

<sup>ix</sup> Source IQVIA France

<sup>x</sup> Lancé en 2004 sous le nom de Dossier Médical Personnel et porté par l'ASIP, il tombe en déshérence, avant d'être relancé en 2016. Rebaptisé Dossier Médical Partagé, il est maintenant porté par la CNAMTS. Un premier déploiement sur 9 départements a été lancé fin 2016.