Commission pour la Libération de la Croissance Française

Atelier sur l'économie de la santé
15 Novembre 2007

Libérer le secteur de la santé pour en faire un secteur porteur d'avenir pour l'économie française

1. Mettre en place une politique sectorielle volontariste pour faire de la santé un moteur de la croissance
2. Redéfinir les modalités du financement de l'accès aux soins
3. Promouvoir les modes de vie mettant l'accent sur la prévention
4. Optimiser l'organisation et améliorer la performance de l'offre de soins
5. Relever le défi des besoins spécifiques du 4ème âge

Libérer le secteur de la santé pour en faire un secteur porteur d'avenir pour l'économie française

Périmètre du secteur de la santé :

- Services (soins à domicile, transports, cabinets médicaux, cliniques, hôpitaux, paramédicaux, centres de remise en forme, maisons de retraite médicalisées, mutuelles, assurances, …)
- Equipements médicaux (instrumentation, imagerie et robotique médicale)
- Industrie pharmaceutique
- Biotechnologies
- Agroalimentaire

L'augmentation générale du niveau des dépenses de santé (plus de 2% par an) est une formidable opportunité pour les entreprises du secteur (entreprises pharmaceutiques, établissements de soins publics et privés). Toutefois, la part importante des **dépenses socialisées** (**76% des dépenses totales**) représente un risque important pour la pérennité du système actuel de financement, en raison des contraintes pesant sur les finances publiques.

L'institut Health Consumer Power House[1] publie chaque année une étude comparative des systèmes de santé de 29 pays européens. L'indice publié, l'Euro Health Consumer Index montre que le système de santé français est universellement reconnu pour sa qualité (1er sur 29 pays du classement Euro Health Index en 2006, 3ème en 2007) : l'accès large aux soins s'accompagne d'une très bonne qualité des prestations. A titre d'exemple, les files d'attente sont limitées en comparaison d'autres pays européen (en particulier Espagne et Royaume-Uni). Toutefois, la pérennité de cette situation est actuellement discutée :

- Les dépenses socialisées progressent plus vite que la richesse nationale, entrainant un un déficit et à terme un endettement difficilement supportable pour la Caisse d'Amortissement de la Sécurité Sociale (CADES). Les dépenses de santé, qui atteignent aujourd'hui 10% du PIB, devraient continuer à augmenter (elles ont plus que doublé depuis 1960 et devraient progresser d'autant d'ici 2050). Le financement public des dépenses de santé pourrait ainsi être remis en question.
- Le système est confronté au double défi de l'accroissement des attentes des patients et des difficultés rencontrées par les hôpitaux publics (impact des 35 heures sur la disponibilité du personnel, frustration du personnel et explosion des heures supplémentaires, demande croissante de maintien à domicile pour les personnes dépendantes).
- La dernière enquête Euro Health Index révèle des déficiences pour les délais de mise sur le marché de nouveaux médicaments, la diffusion du dossier électronique et de l'accès à l'information sur les soins 24/7.

Au-delà de ces trois défis, les pouvoirs publics doivent s'organiser pour permettre aux acteurs français du secteur de capter le potentiel de croissance. Pour atteindre cet objectif, tout en optimisant la qualité de service rendue aux usagers, la France dispose de nombreux atouts (qualité des infrastructures, de la formation des médecins). Toutefois, pour aller plus loin et devenir un leader du secteur de la santé (en termes d'innovation, de qualité de service, d'attractivité pour les investissements étrangers), les pouvoirs publics doivent non seulement initier une réforme en profondeur du système de soins et de son financement mais également s'engager dans un plan volontariste de soutien.

[1] Principal institut européen d'information sur les soins de santé (basé à Stockholm)

1. Mettre en place une politique sectorielle volontariste pour faire de la santé un moteur de la croissance

1) Objectif

Créer les conditions propices au développement d'acteurs de taille mondiale pour faire de la France un pôle majeur d'innovation dans le secteur de la santé
Le taux de croissance des secteurs de la santé sont supérieurs à 3% en France et dans le monde.

2) Description

➔ **Mesures proposées**

Mesure 1 : promouvoir un alignement des règles entre pays européens pour la mise sur le marché, le remboursement et les tarifs de médicaments et thérapies nouvelles

Mesure 2 : mettre en place un outil de planification stratégique moyen-long terme de la politique de soins
Le Plan de Financement de la Sécurité Sociale a un horizon limité à une année. En donnant une meilleure visibilité aux acteurs du secteur, les pouvoirs publics leur permettraient de concentrer leurs efforts de recherche sur les domaines les plus porteurs.

Mesure 3 : Améliorer l'attractivité du site France pour le développement des tests cliniques
Le développement de la recherche clinique est un enjeu fondamental pour les sciences du vivant et la vitalité du système de santé.
Les activités de recherche clinique, notamment de pharmacologie clinique, ont d'abord un impact en termes d'emplois et d'investissement dans les services hospitaliers et les structures sanitaires qui participent aux recherches biomédicales.
De plus, les essais cliniques accélèrent l'accès des patients aux traitements médicaux innovants, ceux-ci étant disponibles parfois plusieurs années avant leur validation définitive. De plus, les essais cliniques permettent une assimilation rapide des évolutions thérapeutiques et techniques par les équipes soignantes et de recherche. Les essais cliniques initient un cercle vertueux d'innovation.
Les pouvoirs publics devraient constituer des centres d'excellence pour la recherche clinique, sur la base des Centres Hospitaliers Universitaires reconnus pour la qualité de leur personnel et développer les formations aux méthodologies de la recherche clinique.

Mesure 4 : favoriser l'émergence de 4-7 grandes fondations avec des moyens et des ambitions significatives (type AFM, ARC)
L'ARC dispose d'un budget annuel d'environ 40 millions d'euros, l'AFM de près de 100 millions d'euros. La majorité des ressources provient de dons.

Mesure 5 : lancer 2-3 grands programmes à dimension scientifique et industrielle avec une nette portée européenne (ex : Plan Alzheimer)
La proposition du rapport Cordier-Ménard de lancer un grand plan de recherche sur la maladie d'Alzheimer doté d'un financement annuel de 60 millions d'euros. Le gouvernement pourrait se poser la question de mutualiser les moyens et de coordonner ces recherches avec d'autres pays européens.

Mesure 6 : renforcer les organismes de valorisation de la recherche, en faisant de celle-ci un métier à part entière
La valorisation de la recherche pâtit d'un manque de reconnaissance. Les chercheurs sont peu sensibilisés à la valorisation de leurs travaux. En outre l'accompagnement de celle-ci est déficient : les unités de valorisation manquent de compétences juridiques, de gestion et connaissent peu le monde industriel. Pour la renforcer, les pouvoirs publics devraient :

- Recruter des professionnels qualifiés (compétences juridiques, de gestion, connaissance du monde industriel)
- Regrouper les unités de valorisation afin d'atteindre une masse critiques de laboratoires/chercheurs par unité
- Clarifier les bénéfices (royalties) pour les inventeurs et les institutions ayant contribué au développement d'innovations
- Simplifier les conditions d'utilisation et de test d'innovation pour les industriels (licence)
- Intéresser significativement les chercheurs publics aux retombées financières de leurs découvertes (50% leur revenant directement).
- Assouplir les modalités de mise en œuvre du principe de précaution dans ces secteurs.
- Faire évoluer la fiscalité des « business angels » pour encourager les contribuables fortunés à abonder les fonds d'amorçage notamment dans les biotechnologies.

2. Redéfinir les modalités du financement de l'accès aux soins

1) Objectif

Assurer le financement du développement du système de santé tout en garantissant une égalité d'accès à tous les citoyens

- Le système de financement doit garantir que les règles de financement, la conception des prestations et les critères d'éligibilité aboutissent à un transfert de richesses approprié.
- Il doit également définir le panier des soins et services auxquels tous les assurés doivent souscrire.
- Il appartient à la collectivité de mettre en place les moyens de financement appropriés pour garantir à tous un accès équitable aux soins.

2) Description

➔ **Mesures proposées**

Mesure 12 : mettre en place la gratuité des soins dispensés à l'hôpital
La Commission souhaite examiner l'opportunité de proposer la gratuité pour les soins dispensés à l'hôpital. L'hôpital est en effet une économie d'offre plutôt que de demande : le ticket modérateur (proche de 20%) n'a donc que peu d'effet limitatif de la demande. De plus, les dépenses sont concentrées sur un nombre réduit d'actes (5% des actes représentent 60% des dépenses). La régulation des flux se fait au niveau du médecin qui oriente le patient, et non à travers des désincitations financières. En outre, le reste à charge dans le cas d'une hospitalisation peut se révéler élevé pour les patients qui n'ont pas de mutuelle. Cette mesure irait donc dans le sens d'un accès aux soins plus égalitaire.

Mesure 13 : mener une réforme d'ensemble de l'assurance maladie
La Commission pourrait également examiner la proposition de restructuration de l'assurance maladie :

- **Réaffirmer le principe d'une Assurance Maladie Universelle :** le panier de soins est déterminé par les pouvoirs publics et sa composition est révisée régulièrement en fonction de l'évolution démographique et des pratiques cliniques. Les actes compris dans ce panier sont remboursés s'ils sont réalisés par un prescripteur agréé et si le protocole thérapeutique est respecté. Toutes les personnes résidentes en France et en situation régulière sont couvertes par l'Assurance Maladie Universelle.

- **Créer, à titre expérimental, de nouveaux organismes de remboursement concurrentiels**
  Chaque individu a l'obligation de souscrire un contrat auprès d'une Institution d'Assurance Santé de son choix (caisse d'assurance maladie, mutuelle, compagnie d'assurance). Ces Institutions d'Assurance Santé doivent répondre à un cahier des charges défini par l'Etat, sont soumis à concurrence et pratiquent des tarifs libres. Elles accréditent les professionnels de santé, en tenant compte de la répartition géographique de leurs assurés et de la qualité des soins et services fournis. En supplément de leur offre d'Assurance Maladie Universelle, elles peuvent proposer des offres d'assurance santé supplémentaires. L'enquête CSA révèle une acceptation croissante de la privatisation du financement des soins (47% des Français pensent que l'augmentation des dépenses de santé doit être financée par un supplément au cas par cas).

- **Modifier le mode de financement de l'assurance maladie**

  La Commission pourrait considérer la réforme du système de santé néo-zélandais.

La réforme néo-zélandaise du système d'assurance-maladie

L'assurance-santé est **obligatoire** pour tous les citoyens. Chacun est **responsable** de souscrire un contrat auprès de l'assurance de son choix, parmi les cinq sociétés concurrentes issues de la privatisation de l'ancien système d'assurance publique. Les tarifs sont **libres**, **déterminés par les lois du marché**, et **différenciés** selon les catégories de risque identifiés pour chaque assuré. Le financement en est assuré par l'attribution de crédits d'impôt ou de coupons pour les plus modestes.
En amont, chaque compagnie d'assurance sélectionne des fournisseurs de soins (médecins et hôpitaux) et peut demander une seconde opinion avant de valider un traitement proposé.
Les coûts de fonctionnement du système assurantiel ont diminué considérablement (près de 40%). De plus, la concurrence a incité les compagnies d'assurance à développer des actions de prévention. Toutefois, l'exemple américain est plus mitigé (analyse à approfondir).

2. Promouvoir les modes de vie mettant l'accent sur la prévention

1) Objectif

Améliorer le système de prévention des risques

2) Description

➔ **Mesures proposées**

Mesure 7 : améliorer le financement public de la prévention
La prévention est actuellement une priorité secondaire dans le système français. Moins de la moitié des personnes interrogées ont réalisé un dépistage au cours des cinq dernières années et seuls 23% l'ont fait à leur propre initiative. Toutefois, la perception de la médecine préventive évolue : une enquête récente de l'institut CSA montre que 60% des Français sont intéressés par la mise en place d'un programme de surveillance tout au long de la vie. Toutefois, seuls 18% sont prêts à financer eux-mêmes ce programme. L'exploitation du potentiel de développement de la médecine préventive devrait donc s'appuyer sur un financement en grande partie public.

Mesure 8 : lancer des campagnes de communication axées sur la prévention, notamment dans les écoles, collèges et lycées
Pour compléter l'effort de financement de la prévention, les pouvoirs publics devraient accélérer la promotion de comportements sains à travers des campagnes de communication ciblées (pratique sportive, régime alimentaire : consommation de fruits à l'école, tabagisme). Pour augmenter leur efficacité, ces campagnes devraient être ciblées sur les groupes à risque. Cette mission pourrait être confiée aux médecins traitants et infirmières à domicile.

Mesure 9 : financer directement les frais de cantine scolaire des élèves issus de milieux défavorisés
Garantir le financement des frais de cantine scolaire des élèves de milieux défavorisés en redirigeant vers les élèves les aides auparavant distribuées directement aux parents.

Mesure 11 : favoriser le développement de l'agriculture bio par la commande publique, notamment dans les cantines
Donner au niveau de chaque établissement la préférence aux produits issus de l'agriculture bio.
La mise en place de franchise initiée par le gouvernement devrait responsabiliser davantage les consommateurs dans leurs décisions de consommation (suite à une réforme similaire en Allemagne, le nombre de cas ambulatoires par an a diminué de 49 millions).
La maîtrise des dépenses passent également par l'éducation des patients-consommateurs, en mettant en avant l'enjeu social de la dette de la Sécurité Sociale (prise de conscience du financement des consultations médicales d'aujourd'hui par les cotisations sociales sur le travail de nos petits enfants).

4. Optimiser l'organisation et améliorer la performance de l'offre de soins

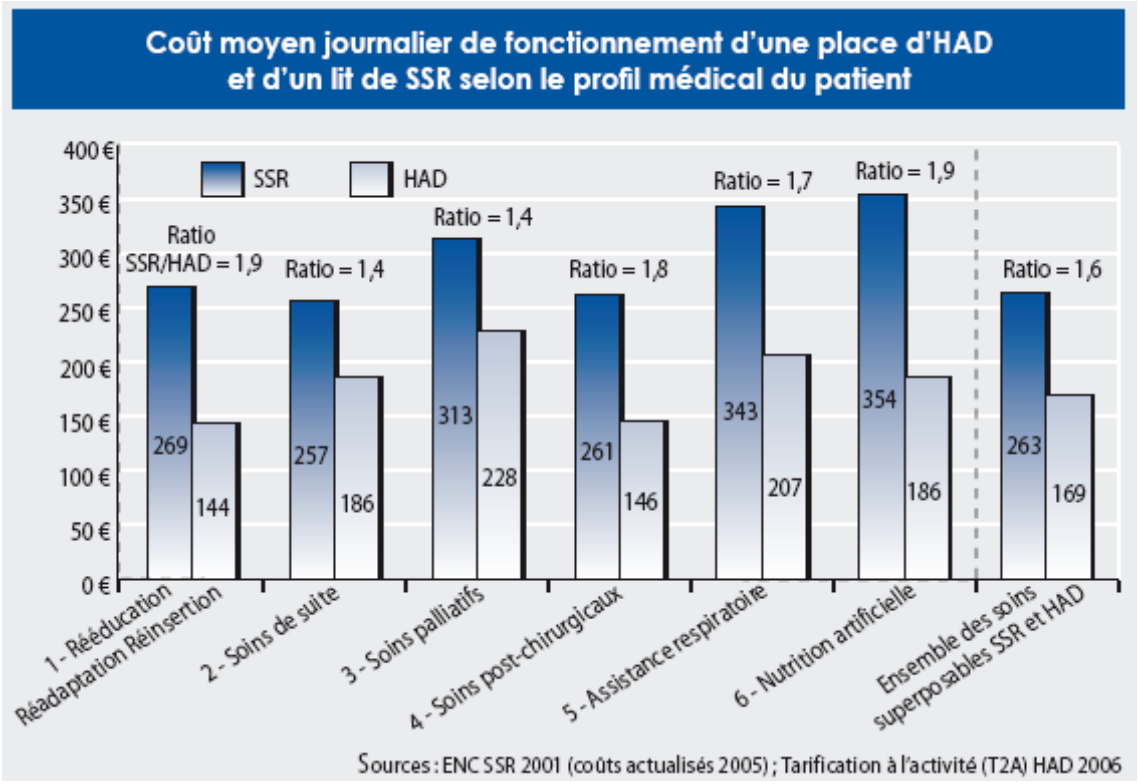
1) Objectif

Améliorer l'accès de tous à des soins de qualité, prodigués à moindre coût
Les mesures mises en œuvre jusqu'à présent ont cherché à remédier aux problèmes les plus urgents (rallonges budgétaires). Donner à la France un système de santé performant nécessite d'adopter une approche holistique de la transformation.

2) Description

➔ **Mesures proposées**

Mesure 14 : promouvoir l'Hospitalisation à Domicile (HAD), en particulier pour les patients atteints d'Affections de Longue Durée
Les prestations les plus souvent proposées en HAD concernent la rééducation orthopédique ou neurologique et les soins de suite ou post-chirurgicaux. Pour la plupart des soins proposés, le coût de l'Hospitalisation à Domicile est moins élevé que l'accueil en structure hospitalière classique, comme le montre l'exemples des Soins de Suite et Réadaptation (SSR – qui représentent près de 60% des cas d'HAD).



L'augmentation de la capacité d'accueil en HAD suppose une réorganisation de l'offre de soins locale et une coopération accrue entre médecins généralistes, spécialistes et infirmer(e)s. Le gouvernement soutient le développement de l'HAD et a défini un objectif de 10 000 places à l'horizon 2010. L'investissement moyen est estimé à 16 000 euros par place, soit un budget total d'environ 160 millions d'euros pour ce plan de développement.

Gestion des Affections de Longue Durée – exemple du système anglais
Les patients de la région de North Bradford ont été répartis en groupes de risques (par exemple diabète, problèmes respiratoires, visites à l'hôpital fréquentes). Les médecins généralistes de la région ont été regroupées en unités de soins primaires comptant jusqu'à dix médecins avec deux médecins formés sur une maladie donnée. Ces unités travaillent en réseau avec des spécialistes locaux et un support infirmier disponible 24h/24 et 7 jours/7. Chaque patient est affecté exclusivement à un généraliste ou un(e) infirmier(e) exerçant au centre de soins primaires. La mise en place de ce système a permis de réduire la fréquence et la durée des hospitalisations (-25% d'admission aux urgences pour les patients atteints de diabète, réduction de 45% de la durée moyenne d'hospitalisation).

Mesure 15 : faire évoluer la structure de l'offre de soins pour répondre aux nouveaux besoins et mettre en place une carte globale de l'accès aux soins (médecine de ville + hôpital)
Cette réforme pourrait s'appuyer sur les Autorités Régionales d'Hospitalisation, sur la base de principes suivants :

- Equilibrage de la taille des structures hospitalières
- Alignement de l'offre locale sur les besoins
- Basculement hospitalier vers l'ambulatoire et la médecine de ville
- Spécialisation des hôpitaux

La mise en place d'une carte globale de l'accès aux soins permettrait, en élargissant l'accès à l'information pour les patients, d'améliorer l'équilibre entre médecine de ville et hôpitaux. C'est l'objectif de la mise en place prochaine d'Agences Régionales de Santé.

Mesure 16 : supprimer les numerus clausus
Cette évolution est fondamentale dans un monde ouvert où la médecine peut être exercée dans les 26 autres pays européens, mais aussi pour éviter une pénurie de médecins, à la fois sur le plan territorial et par spécialité.
Dans l'intervalle, la pénurie pourrait être traitée à travers une immigration « qualifiante » (formation en France de médecins étrangers). Le gouvernement Jospin avait mis en place une mesure similaire pour les infirmières : sur 10 000 infirmières espagnoles venues en France, environ la moitié est restée en France.

Mesure 17 : mettre en place des mécanismes de contrôle des effets de la Tarification à l'Activité (TAA)
Si elle entraîne initialement une augmentation des dépenses, la TAA permet à terme d'optimiser les dépenses de soins, en améliorant la transparence en termes de qualité et de coûts, et augmente la productivité globale du système en réduisant la Durée Moyenne de Séjour (à qualité de traitement égale).
Afin de profiter au maximum des effets positifs de la TAA et d'en limiter les effets négatifs, les pouvoirs publics devraient avoir à l'esprit les principes suivants :

- Contrôler les excès d'offre : au-delà d'un certain volume de soins délivrés par un établissement, le remboursement des soins pourrait être limité.
- Prendre en compte la qualité des soins et services en créant des mécanismes d'incitation financière pour améliorer la qualité des soins.
- Limiter les distorsions d'offre liées au rôle de prix joué par la TAA. La TAA n'est pas déterminée par le marché mais déterminée de manière centralisée. En jouant un rôle de prix de référence, elle peut créer des distorsions de l'offre de soins, en accroissant celle des soins les plus rentables au détriment d'autres soins et services pourtant indispensables à la patientèle. Les tarifs devraient donc être révisés à intervalles réguliers afin de corriger d'éventuelles distorsions.
- Reconnaître les limites de la TAA : elle ne devrait pas s'appliquer aux activités de recherche ainsi qu'aux actes pratiqués par les services d'urgences.

- Améliorer les processus de saisie des actes et de collecte des coûts afin de limiter le temps consacré par les médecins à cette activité peu créatrice de valeur pour les patients.
- Mettre en place des mécanismes mixtes associant Tarification à l'Activité et honoraires forfaitaires.

Mesure 18 : accroitre la concurrence entre établissements de soins
La Commission pourrait également s'interroger sur la levée des obstacles à la concurrence et les conditions de mise en œuvre de celle-ci, compte-tenu des spécificités de l'offre de soins.

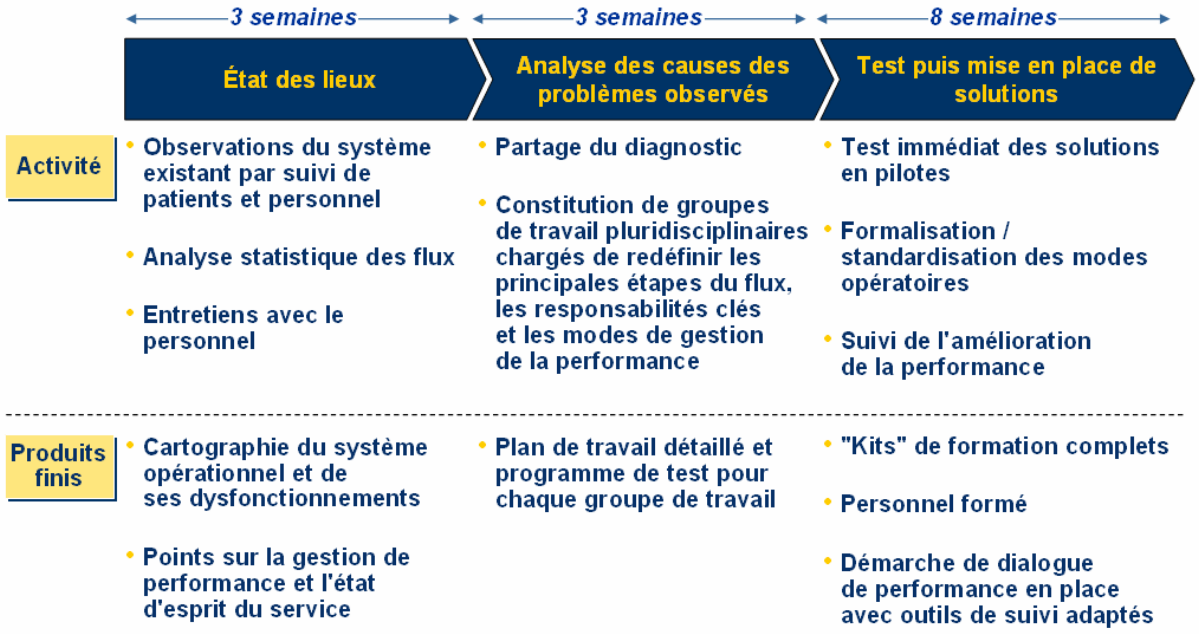
Mesure 19 : faire évoluer la gouvernance de l'hôpital vers plus d'autonomie et de responsabilité
Pour instaurer un cycle vertueux de la performance, il est fondamental d'accroître la responsabilité des directeurs d'hôpitaux et de leur donner les moyens d'exercer cette responsabilité. L'atelier pourrait considérer une modification du fonctionnement du Conseil d'Administration : celui-ci pourrait être transformé en Conseil de Surveillance, complété par un Directoire, présidé par le directeur de l'hôpital. Une telle réforme permettrait de déléguer considérablement la gestion de l'hôpital à son directeur. En outre, celui-ci devra bénéficier d'une formation approfondie à la gestion et favorisant le partage d'expériences étrangères réussies. L'ENSP de Rennes n'aurait plus le monopole de telles formations.

Mesure 20 : lancer un grand programme d'amélioration opérationnelle de l'hôpital
Les pouvoirs publics pourraient à ce titre s'inspirer de l'expérience menée par l'APHP à l'hôpital Beaujon. Ce type de programmes permet d'atteindre des résultats significatifs en termes de qualité de service et de coûts (réduction du temps d'attente aux urgences de 35%). Le soutien actif des pouvoirs publics à ces programmes est le corolaire de la fixation d'objectif d'amélioration de la performance (réduction du temps d'attente, réduction des coûts de traitement, amélioration de la satisfaction des patients et des résultats cliniques). Si ces initiatives sont encore rares en France, ils sont relativement courants au Royaume-Uni.

Exemple de programme de transformation opérationnelle dans un hôpital parisien

En 2005, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP) a lancé un programme de transformation opérationnelle « lean » dans le service des urgences de l'hôpital Beaujon. L'objectif était d'améliorer la qualité de service, la satisfaction des patients (principalement par la réduction du temps de passage moyen) et les conditions de travail **à effectifs et moyens constants**. L'APHP s'est inspiré de l'exemple du Royaume-Uni, où le National Health Service avait appliqué ces techniques de transformation utilisées ordinairement dans l'industrie à des services des urgences.
Une « équipe de transformation » a été mise en place, associant employés de l'hôpital et experts externes à l'hôpital choisis par l'APHP (McKinsey). Le programme a duré quatorze semaines suivant le séquencement décrit dans la **figure 1**.

Figure 1 : séquencement du programme



Quatre axes de travail ont été identifiés :

- **Simplifier et clarifier les procédures.** Le parcours des patients a été redessiné, les procédures d'accueil ont été standardisées et les ressources ont été allouées au plus près des besoins. En outre, un système de prévision de la demande de soins a été mis en place afin de diminuer la variabilité de la charge de travail, au sein des Urgences comme dans les services proches (laboratoires, radiologie …).
- **Redéfinir le rôle des acteurs clé du service.** Une personne (médecin ou infirmier) est maintenant responsable de chaque étape de la prise en charge du patient.
- **Mettre en place un dispositif de gestion de la performance.** Les indicateurs ont été définis conjointement avec leurs utilisateurs et un système de suivi quotidien a été instauré.
- **Faire évoluer l'environnement de travail**. Les équipes des urgences ont travaillé conjointement avec les équipes de support technique pour améliorer la disponibilité des outils et l'utilisation des espaces.

Les résultats observés montrent une amélioration de la satisfaction de toutes les parties prenantes :

- **Service aux patients :** le programme a permis, six mois après son lancement, de réduire de 35% le temps d'attente dans le Service d'Accueil des Urgences et de 63% le temps de séjour moyen en Zone de Surveillance de Très Courte Durée (ZSTCD). En outre, les progrès accomplis ont été pérennisés.
- **Conditions de travail des employés :** l'absentéisme a diminué et les enquêtes conduites auprès du personnel montrent une amélioration de leur satisfaction
- **Efficience économique** : la réduction du temps de séjour moyen en ZSTCD a permis au service des Urgences d'augmenter de ~30% les ressources de cette unité (dans le cadre de la tarification à l'activité) à structure constante.

Cette expérience permet de comprendre les facteurs clés de succès d'un tel programme :

- **Impliquer et former le personnel dès la phase initiale d'observation et de diagnostic**. L'équipe de transformation s'est attachée à comprendre les attentes du personnel médical et du personnel administratif, pour faire d'eux des acteurs du changement.
- **Concentrer les actions sur un nombre limité de problèmes** (mais qui sont responsables de la majorité de l'engorgement) et réaliser un questionnement systématique des causes profondes de ces problèmes, en recherchant le « pourquoi » plutôt que le « qui ».
- **Passer rapidement à une phase de tests**, et ne pas hésiter à essayer plusieurs solutions pour trouver celle qui convient le mieux.
- **Sensibiliser et associer les équipes locales à la logique de gestion de la performance**, ainsi qu'à l'importance d'une démarche de progrès continu.

L'APHP étudie actuellement les modalités de déploiement de ce programme dans d'autres hôpitaux sous sa responsabilité. La méthodologie utilisée peut également s'appliquer aux autres services d'un hôpital ; elle a été testée avec succès dans de multiples environnements (publics et privés, en Europe ou sur d'autres continents) en blocs opératoires, plateaux techniques ou encore services d'hospitalisation.

Mesure 21 : mettre en place un système transparent et facilement accessible de comparaison de la performance des hôpitaux
La mise en place d'un système accessible permettant la comparaison des hôpitaux sur une base objective (indicateurs de coûts, de temps d'attente) sera un outil efficace d'aide à la décision des consommateurs

Comparaison des établissements : l'exemple norvégien
La Norvège a mis en place un système d'évaluation transparente des hôpitaux. Afin de déterminer le choix d'un hôpital, les futurs patients peuvent appeler un numéro vert ou consulter un site internet comparant les établissements sur la base de critères de temps d'attente et de qualité des soins. Ils peuvent ensuite réserver un traitement en ligne, la loi garantissant un traitement dans un délai donné. Le choix d'un établissement a été mis en place en 2001.

Mesure 22 : plafonner les remboursements pour les fournisseurs de soins et de services les plus couteux
Une telle mesure inciterait les établissements à améliorer leur performance.

5. Relever le défi des besoins spécifiques du 4ème âge

1) Objectif

Les projections à l'horizon 2040 montrent un quadruplement de la taille de la population du 4ème âge, actuellement de 1 million de personnes. Un tiers de cette population est considérée comme dépendante. Les structures d'accueil évoluent, la maison de retraite traditionnelle s'effaçant au profit d'établissements médicalisés et équipés pour l'accompagnement de la fin de vie et le traitement d'affections lourdes (Alzheimer). 60 à 70% des entrants sont des patients atteints de cette pathologie. En parallèle, le traitement à domicile de la dépendance s'accélère, créant des besoins de nouveaux métiers et technologies adaptées.

Afficher une politique prenant en compte le vieillissement est trop souvent considéré comme synonyme de déclin économique, de perte de vitesse, de léthargie. Il est fondamental de mettre en avant le potentiel de croissance économique que représente la demande liée au 4ème âge et la portée solidaire d'une telle politique.

2) Description

➔ Mesures proposées

Mesure 23 : Adapter le parc immobilier et le système de transport public au 4ème âge
Près de 70% des personnes très dépendantes déclarent vouloir continuer à vivre chez elles. Cette volonté doit par conséquent être prise en compte dans les politiques publiques de logement. Pour permettre le maintien à domicile, les logements doivent être aménagés (domotique, architecture et aménagement spécifiques des logements). De plus, l'adaptation de l'habitat existant permettrait également de pallier la répartition inégale des Etablissements pour Personnes Âgées dépendantes sur le territoire (pénurie dans la plupart des centres urbains). Les pouvoirs publics devraient lancer une campagne de mobilisation des professionnels concernés (architectes, artisans, bailleurs) et développer des labels, comme le label Habitat Senior Services, actuellement en phase d'expérimentation par le réseau de bailleurs sociaux DELPHIS.

Mesure 24 : Encourager le développement de technologies innovantes permettant le maintien ou le retour à domicile
En complément de sa politique de logements adaptés, les pouvoirs publics devraient encourager les projets identifiant des solutions innovantes permettant le retour et le maintien à domicile (conception et expérimentation d'assistants robotiques et d'équipements domotiques, développement de logiciels spécifiques). Ces technologies permettraient de mettre en place des plateformes d'accompagnement mobile.

Mesure 25 : créer des plateformes d'accompagnement mobile
Cinq besoins essentiels ont été identifiés :
- La détection des personnes âgées en difficulté
- La veille pour les personnes déjà suivies
- La gestion des situations de crise
- La coordination permanente des différents intervenants
- L'insertion des personnes âgées dans la vie locale

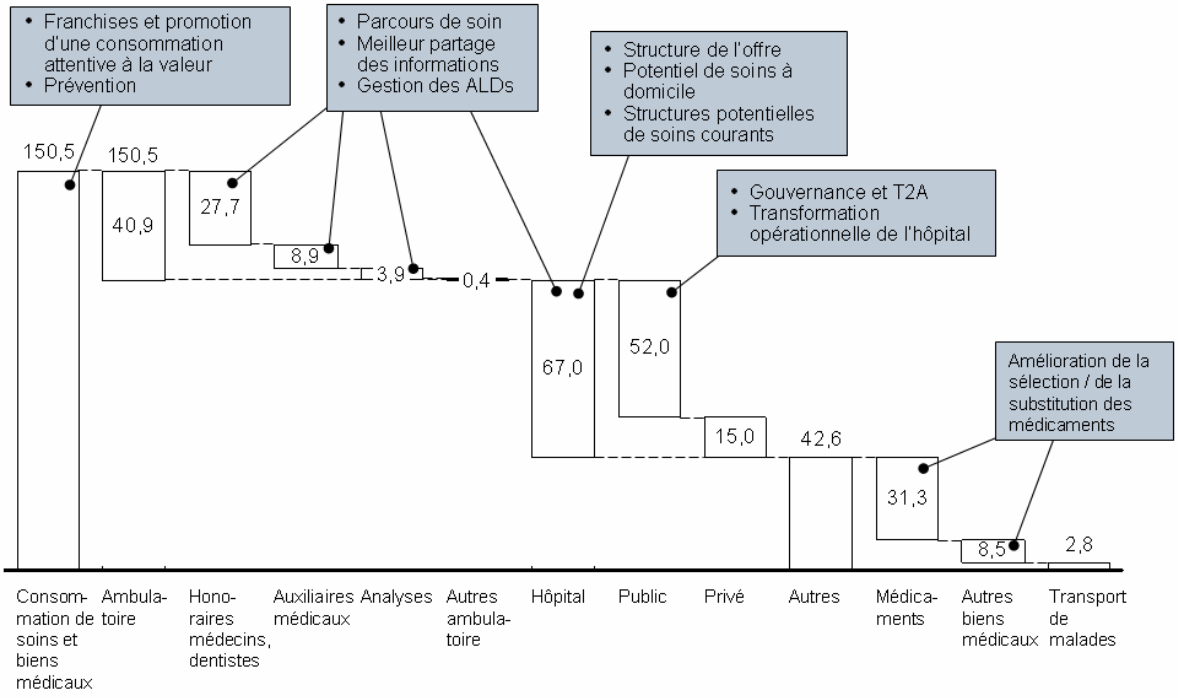
Pour répondre à ces besoins, un système original est en cours d'expérimentation : le système d'accompagnement mobile, offrant un bouquet de services accessibles 24h/24 et 7j/7 à partir d'un numéro unique :
- Détection des personnes en difficulté, effectuée par les facteurs, dans le cadre d'un partenariat avec la Poste
- Veille et suivi des personnes identifiées : également assurée par les facteurs, qui s'assurent que les différents intervenants autour de la personne âgée ont bien pu effectuer leur travail. Le voisinage peut aussi être sollicité dans ce but
- Gestion des situations de crise : prise en charge par une unité mobile, dans le cadre d'un partenariat avec EDF qui intervient 24h/24 au domicile de la personne âgée et coordonne la mise en œuvre des différentes prestations et services requis
- Participation à la vie locale : propositions d'activités à domicile ou à l'extérieur aux personnes âgées

Annexe 1 : décomposition de la consommation française de biens et services médicaux

Un impact significatif pourrait être obtenu sur la dépense de Santé en actionnant l'ensemble des leviers disponibles

ANNEXE
TRES SIMPLIFIE

Consommation de soins et biens médicaux, milliards d'€, 2005

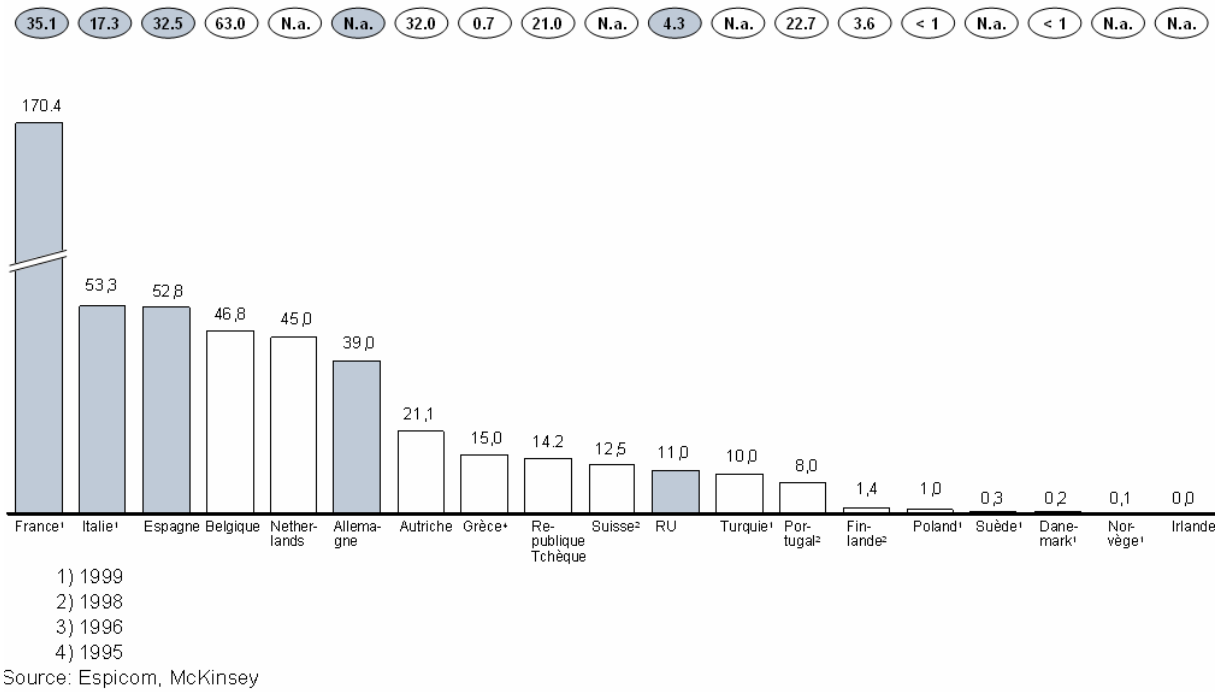


Source : DREES, Comptes sociaux 2005

Annexe 2 : part du secteur privé dans l'offre de soins hospitaliers

La pénétration du privé dans l'offre de soins hospitaliers est très inégale entre pays

2000 ; '000 lits



1) 1999
2) 1998
3) 1996
4) 1995

Source: Espicom, McKinsey

Annexe 3 : comparaison de coût de certaines prestations entre les secteurs public et privé

Des disparités importantes existent en termes de coût et de productivité en France– Exemples de différence public-privé

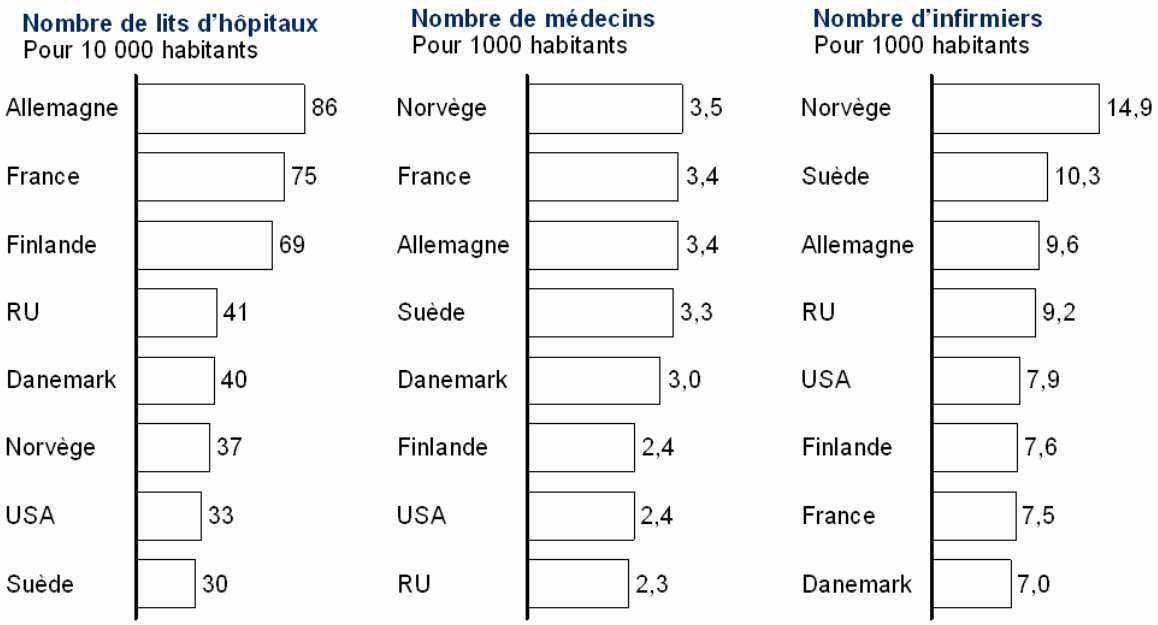
Activités	Public ou PNL		Privé				
	Pourcentage d'activité (%)	Tarif €	Pourcentage d'activité (%)	Tarif* €	Pourcentage du coût médical dans le tarif (%)	Différence de tarif public / privé (%)	Nombre de cas totaux
• Diagnostic endoscopie	19	784	81	563	33	**28**	1 178 533
• Accouchement sans complication	67	2,168	33	2,108	32	**3**	547 032
• Gastroentérite	58	1,605	42	908	30	**43**	91 671
• Cholécystectomie	44	3,464	56	2,290	31	**34**	77 693
• Arthroscopie	24	2,008	76	1,602	47	**20**	55 318
• Opération du genou	30	3,504	70	2,516	29	**28**	49 444
• Opération de la hanche et du fémur	77	6,262	33	4,090	29	**35**	37 854
• Accouchement avec complications	79	3,404	21	2,933	39	**14**	27 055
• Bronchites et asthme	86	1,903	14	1,305	44	**31**	11 742
• Artériosclérose coronarienne	80	2,077	20	1,148	33	**45**	11 406
• Pontage aorto-coronarien	62	8,349	38	11,735	33	**-41**	5 474
• Remplacement de valve cardiaque	68	8,628	32	11,274	33	**-31**	3 004

* Somme du tarif clinique privée et du coût moyen du médecin ou chirurgien
Source : Annexe 1B du PLFSS 2006, SCS, ATIH

Annexe 4 : comparaison de l'offre de soins

Comparaison de l'offre de soins

2003 / 2004

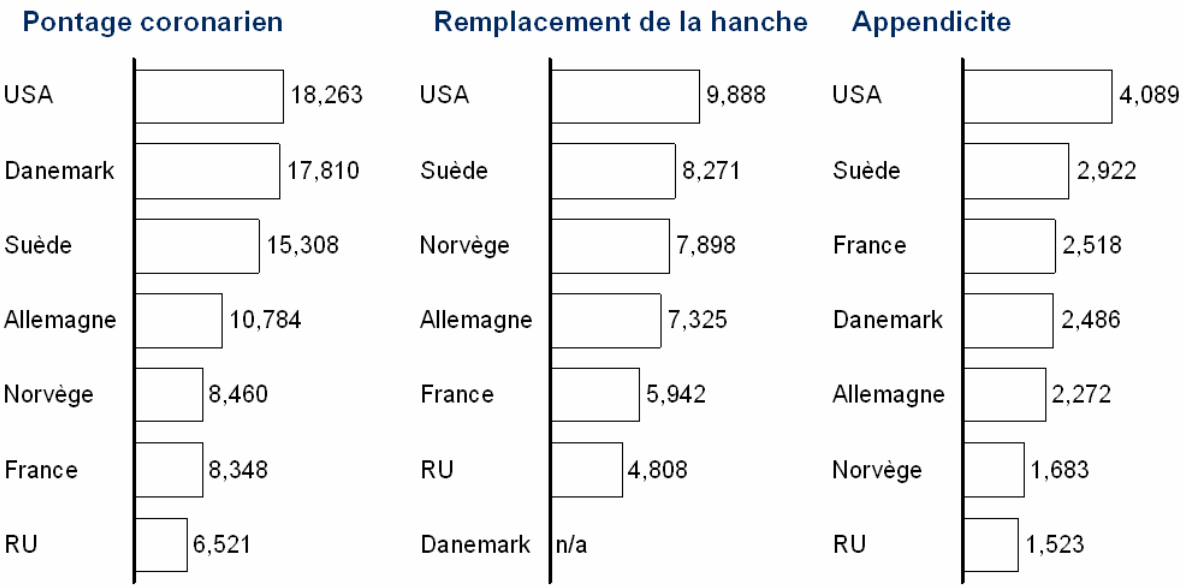


Note: Informations de la dernière année disponible pour chaque pays
Source: OMS; OCDE Health Data 2006

Annexe 5 : comparaison des coûts d'intervention

Comparaison des coûts d'intervention

Coût par activité ; 2003 ; EUR



Note: Informations de la dernière année disponible pour chaque pays
Source: OMS; OCDE Health Data 2006