



HAL
open science

Prise en charge des personnes âgées : un révélateur des paradoxes de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie français

Pierre-Henri Bréchat, Didier Castiel

► To cite this version:

Pierre-Henri Bréchat, Didier Castiel. Prise en charge des personnes âgées : un révélateur des paradoxes de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie français. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2020, 27, pp.32-39. hal-04064307

HAL Id: hal-04064307

<https://hal.science/hal-04064307>

Submitted on 31 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pierre-Henri Bréchat*

Médecin spécialiste de santé publique et médecine sociale à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), membre du comité exécutif de la Chaire santé de Sciences Po, membre de l'Institut Droit et Santé (IDS) - Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Descartes, Université de Paris. Personnalité qualifiée de l'Institut Santé pour refonder notre système de santé. Fellow de l'Healthcare Delivery Institute du Kem C. Gardner Transformation Center d'Intermountain Healthcare et invité du Clinical Excellence Research Center (CERC) de l'Université Stanford, États-Unis d'Amérique

Didier Castiel

Économiste de la santé. Université Sorbonne Paris-Nord, UFR SMBH, membre du Centre d'Économie de l'Université Paris-Nord (CEPN) - UMR 7234 CNRS-UPL3,

Prise en charge des personnes âgées : un révélateur des paradoxes de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie français

Résumé

La prise en compte du vieillissement de la population ainsi que des pathologies chroniques est l'un des huit enjeux des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI^e siècle. Le système de santé et d'assurance maladie français n'est pas en passe de remporter ces défis alors qu'il en avait la possibilité. Si dans les années 1990-2000, une politique de santé publique en faveur de la santé des personnes âgées et d'un système de santé et d'assurance santé ont été rendus possibles, les années 2000 à 2010 ont vu l'échec de la prise en charge des personnes âgées et du modèle de l'hôpital-entreprise. Des systèmes de santé et d'assurance maladie arrivent pourtant à remporter ces enjeux en adoptant le modèle d'un système de santé et d'assurance santé intégré basé sur l'atteinte des 3 objectifs du « Triple Aim » (améliorer l'état de santé de la population ; accroître la qualité des soins ; et réduire les coûts) au sein d'une politique de santé publique en faveur de la santé des personnes âgées. Il serait possible

d'en tirer des enseignements pour notre système de santé dans le contexte de la prise en charge du vieillissement.

Summary

Taking into account the population's aging as well as chronic pathologies is one of the eight challenges of the health and health insurance systems of the 21st century. The French health and health insurance system is not on track to overcome these challenges when it had the chance. If in the years 1990-2000, a public health policy in favor of the health of the elderly and a health and health insurance system were made possible, the years 2000 to 2010 saw the failure of the care for the elderly and the profit hospital model. However, health and health insurance systems manage to overcome these challenges by adopting the model of an integrated health and health insurance system based on the achievement of the 3 objectives of the "Triple Aim" (improving the health status for population; increasing the quality of care; and reducing costs) within a public health policy in favor of health for the elderly. It would be possible to draw lessons for our health system in the context of aging management.

Le vieillissement de la population, un enjeu des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI^e siècle

Les paragraphes 25 de l'Observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint - article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels - élaborée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, concerne la réalisation du droit à la santé des personnes âgées².

La prise en compte du vieillissement de la population ainsi que des pathologies chroniques est l'un des huit enjeux des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI^e siècle³. En effet, nos sociétés occidentales connaissent un vieillissement

2 - Le Paragraphe 25 réaffirme « l'importance d'une démarche concertée, associant la prévention, les soins et la réadaptation en matière de traitement médical ». Il est précisé que ces mesures doivent être fondées sur des examens périodiques, la préservation des capacités fonctionnelles et l'autonomie des personnes âgées par des soins de rééducation physique et psychologique, une attention et des soins aux personnes souffrant de maladies chroniques et aux malades en phase terminale pour leur épargner des souffrances inutiles et leur permettre de mourir dans la dignité.

3 - Avec : « la réduction des gaspillages ; l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; le développement de la prévention dans un secteur ambulatoire intégré au secteur hospitalier ; la réduction des inégalités ; la diminution des préjudices pour l'utilisateur ; la santé environnementale ; et l'exigence de démocratie », cité dans : Bréchat PH. Sauveons notre système de santé et d'assurance maladie. Rennes, Presses de l'EHESP 2016 : 14.

* - Diplômé de l'Advanced Training Program (ATP) in Health Care Delivery Improvement de l'Institute for Health Care Delivery Research d'Intermountain Healthcare des États-Unis d'Amérique.

qui va encore s'accroître dans les années à venir. En raison de la baisse de la fécondité et de l'allongement de la durée de vie, l'âge moyen et médian de la population et le pourcentage des personnes âgées augmentent, surtout en Europe. C'est ainsi que selon les données de l'INSEE, en 2020, 20,5 % de la population sont âgés de plus de 65 ans, dont 9,5 % de 75 ans et plus. L'âge moyen de la population est passé de 36,87 ans en 1991 à 41,97 ans en 2020. Les projections démographiques prévoient que les 75 ans et plus représenteront 12,2 % de la population en 2030 et 17,9 % en 2070, sous l'hypothèse d'un flux migratoire constant fixé à 70 000 par an.

Développer des actions de prévention pour les personnes âgées⁴ afin de leur permettre d'augmenter leurs capacités fonctionnelles et leur permettre de retarder, voire de diminuer les conséquences des maladies chroniques, tout en assurant des soins ambulatoires et hospitaliers de qualité qui peuvent être accompagnés d'actions sociales nécessaires, est devenu un défi qui doit être relevé⁵. En effet, les plus de 65 ans demandent aux pouvoirs publics de tout mettre en œuvre pour bénéficier d'une politique de santé en faveur de la santé des personnes âgées favorisant un « bien-vieillir »⁶ ou « vieillissement réussi ».

Le système de santé et d'assurance maladie français est-il en passe de remporter ces défis ? Des dynamiques globales sont-elles identifiables pour appréhender cela ? S'il pouvait être montré que le système français n'avait pas tendance à se mettre en capacité de pouvoir remporter ces défis, et si d'autres systèmes y arrivaient mieux, serait-il alors possible de s'en inspirer afin de progresser ?

Une première partie développera l'élaboration et la mise en place d'une politique de santé publique en faveur de la santé des personnes âgées au sein du modèle de système de santé et d'assurance santé intégré dans les années 1990-2000. Une deuxième partie montrera que dans les années 2000-2010 cette dynamique a été remplacée par quelques actions de soins au sein du modèle de l'hôpital-entreprise⁷.

Les années 1990-2000 : la possibilité d'une politique de santé publique en faveur de la santé des personnes âgées et d'un système de santé et d'assurance santé

Dès le XIX^e siècle, la vieillesse est vue comme une maladie,

la plus grave de toute, puisque son issue est toujours fatale⁸. D'emblée, il est posé que la première condition pour vivre longtemps est la possession d'un logement sain, bien aéré et lumineux. Les conditions environnementales de vie sont donc reconnues comme indispensables à prendre en considération en vue d'augmenter l'espérance de vie, qui tarde elle-même à être prise en compte faute de travaux portant sur les conditions sociales de son amélioration. C'est ainsi, qu'au XVI^e siècle, à Genève, la moyenne de vie était de 18 ans et 5 mois, pour passer à 38 ans et 10 mois en 1850. La question de la prise en compte de l'alimentation est également posée : la quantité et la qualité des aliments sont à considérer, notamment lorsqu'on avance en âge. Une alimentation qualitative en quantité limitée est le secret du bien vieillir. Tel est le constat posé dès 1852 : la tempérance est d'autant plus nécessaire que l'on est plus avancé en âge. Enfin, l'exercice physique est aussi considéré comme un moyen de se protéger contre le vieillissement. La gymnastique aurait même été inventée dans l'intérêt de préserver la santé⁹. Il est clair qu'avec les hygiénistes du XIX^e siècle, les gains d'espérance de vie reposent avant tout sur l'amélioration des conditions d'hygiène et des conditions environnementales, avant même les progrès de la médecine. Les progrès médicaux n'ont eu qu'un faible impact sur l'espérance de vie comme le soulignait d'ailleurs le rapport Soubie¹⁰ en 1993, le premier à reconnaître que seuls 10 % des gains d'espérance de vie reposent sur les progrès des techniques médicales.

Plus surprenant encore est le constat suivant : la médicalisation de l'accouchement - le bien naître favorise l'allongement de l'espérance de vie -, antérieurement dévolu aux matrones (nous les appellerions aujourd'hui sages-femmes) n'a pas fait baisser favorablement la mortalité périnatale et n'a donc pas eu un impact significatif sur l'espérance de vie à la naissance. Il a fallu attendre le programme périnatalité de 1969, qui partait du constat d'un retard important vis-à-vis des pays nordiques comme la Suède, pour qu'enfin il soit décidé de mettre en place des actions visant à diminuer la mortalité périnatale, comme l'apprentissage des gestes de désobstruction en salle de travail (programme de formation des intervenants) et surtout l'extension de la surveillance de la grossesse avec la mise en place de 5 consultations de suivi prises en charge par la collectivité.

La gérontologie, étude du vieillissement dans toutes ses dimensions, et la gériatrie, médecine des personnes âgées, se sont développées plutôt lentement. Elles sont maintenant

4 - Cet article prend en compte les « personnes âgées » (qui ont plus de 60 ans, comme selon l'Organisation Mondiale de la Santé, et après 65 ans pour la France), les populations des seniors (plus de 50 ans), des jeunes retraités, des aînés jusqu'aux personnes du grand âge.

5 - Henrard JC, Ankri J. Vieillesse, grand âge et santé publique. Rennes, Editions ENSP, 2003.

6 - Tubiana M. Le bien-vieillir : La révolution de l'âge. Paris, Éditions de Fallois, 2006.

7 - Castiel D, Bréchat PH. La qualité des soins, un nouvel outil de régulation de l'hôpital sous contrainte budgétaire ? Un modèle pourtant proposé par Feldstein dès 1977. *Marché et organisations* 2019 ; 36 : 205-230.

8 - Turck L. De la vieillesse étudiée comme maladie et des moyens de la combattre. Paris, JB Baillière, 1852..

9 - Lévy M. Traité d'hygiène publique et privée. Tomes 1 et 2. 4^{ème} édition. Paris, JB Baillière, 1862.

10 - Soubie R. Santé 2010. Rapport du groupe « Prospective du système de santé ». Commissariat Général du Plan. Paris, La Documentation Française, 1993 : 151.

reconnues au niveau international¹¹. Une politique de santé publique en faveur du vieillissement et du grand âge est proposée¹². La dépendance étant notamment devenue un problème majeur de société à cause du vieillissement démographique et des réponses à y apporter¹³. Une proposition de politique spécifique de prise en charge des personnes âgées est même poursuivie par le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP)¹⁴.

Ces politiques commencent à être mises en œuvre, particulièrement entre 1992 et 2002. Une quarantaine de problèmes de santé publique ont été priorités par le ministère en charge de la santé. Il y a eu 40 Programmes Nationaux de Santé (PNS), dont 32 ont été mis en œuvre. Seize concernaient des pathologies, 7 des déterminants de la santé et 5 des populations. Ces PNS concernent moins les déterminants de la santé et les populations que l'approche par les soins. Il y a ainsi un « programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées », un « programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles » et un « programme fin de vie ». Dans les régions, 90 problèmes de santé publique sont traités lors des Conférences Régionales de Santé (CRS), lieux de débats entre les représentants de l'État et de l'assurance maladie, les professionnels et les acteurs de santé, les usagers et leurs représentants, les citoyens et les élus, pour l'établissement des priorités de santé régionales et la mise en œuvre de Programmes Régionaux de Santé (PRS). Chaque région a en moyenne défini 10 priorités et mis en œuvre 3 PRS. Trois régions ont mis en œuvre un PRS concernant la vieillesse et la dépendance¹⁵. D'emblée, malgré les travaux préparatoires, il n'a pas été possible de mettre en place un seul programme national mais trois, dont un concernant une seule pathologie, la maladie d'Alzheimer, essentiellement dans un but de recherche pharmaceutique. Cela a pu freiner une mise en œuvre régionale, puisque seulement 3 des 22 régions de l'époque – nous sommes passés à 13 régions depuis 2015 - s'y sont engagées. Par la suite, il n'y a pas eu de dynamique de mise en convergence en un seul programme de santé publique en faveur de l'ensemble des besoins de santé des personnes âgées, mais une prédominance des

seuls programmes concernant la maladie d'Alzheimer et la fin de vie. Pourtant, des réseaux et des filières gériatriques ont pu être développés de même que des parcours de santé.

Un tel parcours de santé exemplaire est celui mis en œuvre dès 1985, par le service de gériatrie et de médecine interne de l'hôpital local de Belfort en faveur de la santé des personnes âgées du département du Territoire de Belfort. Ce parcours de santé est composé d'un continuum d'offres et d'actions relevant de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers, du médico-social, ayant des effets sur les déterminants de la santé. Des ateliers « prévention des chutes » et « équilibre » préviennent la dépendance. Ce dernier est financé par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)¹⁶ et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Territoire de Belfort. Le ministère en charge des sports soutient l'embauche de moniteurs venant des formations sport étude. Les maisons de retraite fournissent des locaux. Des formations de gériatrie sont organisées avec les médecins spécialistes en médecine générale dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC). A l'hôpital, des formations sont réalisées pour les professionnels de santé afin d'accroître en continu la qualité des soins et des prises en soins globales. Le service de gériatrie et de médecine interne comprend des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, des secrétaires, une assistante sociale, une psychologue et un ergothérapeute qui se déplace à domicile pour adapter si nécessaire le logement lors du retour d'un usager hospitalisé. Une unité de gériatrie aigue de 12 lits est mise en œuvre pour prodiguer des soins aux personnes âgées qui ne peuvent être hospitalisées faute de place et pour ne pas rester sur un brancard au service des urgences. Elle est soutenue par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de Franche-Comté¹⁷. Une équipe mobile de gériatrie pionnière est mise en place pour contribuer à une meilleure prise en soins des usagers âgés hospitalisés dans les autres services de l'hôpital tout en pouvant intervenir à la demande aux urgences. Elle est soutenue par la DDASS. Une unité fermée (domicile protégé) pour la prise en soins des usagers violents atteints de la maladie d'Alzheimer et apparenté est développée avec le soutien des collectivités territoriales et de la DDASS. Un hôpital de jour pionnier réalise entre autres des « bilans mémoires » et une évaluation gérontologique globale pluri-professionnelle. Il y a une dynamique de coopération développée entre les court, moyen et long séjour de gériatrie. Des actions sociales et médico-sociales sont mises en œuvre, notamment par une association d'aide à domicile (association Colchique), en associant les professionnels de santé et les financements des collectivités territoriales. L'assurance maladie est partenaire. Des évaluations sont réalisées. Une « journée de rencontres gérontologiques », réunion annuelle des professionnels de la gérontologie du Nord Franche-Comté, permet pendant une journée des présentations, des échanges et de nouer des partenariats. Des enseignements

11 - Le docteur Réjean Hébert, ministre de la santé et des services sociaux ainsi que ministre responsable des aînés du gouvernement du Québec, déclarera qu'il est venu faire une des premières formations en gériatrie en France car elle n'existait pas dans la Province du Québec malgré les besoins, afin de la développer ensuite dans son pays. Ce qui fut fait. Cité dans : Hébert R. Les défis de transformer les systèmes de santé pour répondre au vieillissement. Communication orale. Paris, Sciences Po, le 22 janvier 2013.

12 - Henrard JC, Ankri J. Vieillesse, grand âge et santé publique. Rennes, Editions ENSP, 2003.

13 - Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques. Paris, La documentation Française, 1994 : 429-449.

14 - Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France 1994-1998. Paris, La documentation Française, 1998 : 267-279.

15 - Bréchat PH. Des ordonnances à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 : définition des politiques à partir des priorités. In : Henrard JC, Bréchat PH, (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». Actualité et Dossier en Santé Publique 2005 ; 50 : 21-27.

16 - Remplacée par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

17 - Remplacée par une délégation territoriale de l'ARS.

sont réalisés au sein de l'Institut Universitaire de Technologie (IUT) de Belfort-Montbéliard lors du Diplôme Universitaire de Technologie (DUT) « carrières sociales ». Il n'y avait pas de service de gériatrie au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) régional de Besançon, ni de formation ou d'enseignement. La « fédération de gérontologie » pilote le continuum des soins au sein du « conseil gérontologique » qui organise l'ensemble du parcours de santé. Ce « conseil gérontologique » fait le lien avec les services déconcentrés du ministère en charge de la santé (DDASS et DRASS) et de l'assurance maladie (CPAM). Ce parcours de santé permet de trouver des solutions pratico-pratiques, des partenaires et des financements à des problèmes rencontrés sur le terrain par des professionnels de santé engagés, qui relèvent des défis grâce à un esprit militant. Le but est de favoriser une prise en charge globale des besoins de santé de chaque usager par une offre complète interdisciplinaire et interinstitutionnelle visant à prévenir la dépendance, développer le maintien à domicile et à réduire les hospitalisations et leur durée. La clef de la réussite de l'adaptation des offres du continuum aux besoins de santé ainsi que des changements de pratique reposent sur l'écoute, le soutien et la valorisation des propositions qui remontent du terrain. Ces propositions sont le fruit de réflexions sur des problématiques quotidiennes qu'il convient de résoudre, qu'elles soient ambitieuses (hôpital de jour de gérontologie, équipe mobile de gérontologie, unité de gériatrie aigue, etc.) ou modestes (réunion quotidienne de partage d'information, écoute des professionnels, temps alloué à l'analyse des pratiques, etc.). Le rôle des responsables de services et de l'Administration (hôpital, services déconcentrés, collectivités territoriales, etc.) est, dans un climat de confiance et de reconnaissance mutuelle, de donner les moyens aux équipes d'analyser et de proposer des changements. L'échelle du service hospitalier et du territoire infra-régional est idéale pour favoriser ces bouillonnements d'idées et d'actions. Les CRS, PRS et PNS ont pu aider à cela. Depuis la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » et de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), ce n'est plus le cas, le volume d'activité et les pôles hospitaliers ayant prévalu sur la qualité des soins et des actions en faveur de la santé ainsi que sur l'adaptation des offres du continuum aux besoins de santé de la population au niveau infra-régional¹⁸.

Pourtant, lorsque les représentants d'associations d'usagers proposent des priorités concernant la santé, la prise en charge des personnes âgées en fait partie. Ils proposent aussi des actions pour le niveau régional qui doivent être soutenues par le niveau national : « si la personne âgée devient dépendante ou malade, elle doit pouvoir être prise en charge par des gériatres et un service de gériatrie hospitalo-universitaire régional [certaines régions n'ont pas un tel service] et le maintien à domicile doit être privilégié. L'entraide générationnelle ainsi que des formations pour les

aidants et les professionnels de santé sont à promouvoir, ainsi qu'un secteur médico-social de qualité qui doit pouvoir être proposé à toute personne âgée quels que soient ses revenus. Ces actions doivent faire partie d'une politique de santé de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et des collectivités territoriales menée en partenariat avec les assurances maladies obligatoires et complémentaires ainsi qu'avec les caisses de retraites »¹⁹. Ces propositions n'ont pas été prises en compte ni par l'ARS et ni par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) successeur de la CRS : c'est un « déficit de démocratie »²⁰.

Afin d'augmenter les capacités fonctionnelles pour retarder, voire diminuer les conséquences des maladies chroniques, des dispositifs et des actions de prévention innovants de la dépendance ont été mis en place. La démarche santé active et ses centres développés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ont concernés les personnes âgées^{21,22}. Dans la Sarthe, cette démarche et ses centres ont permis aux usagers de consommer moins de médicaments tout en ayant un moindre recours aux médecins spécialistes en médecine générale²³. La CNAMTS a ainsi pu faire une économie estimée à 1,3 million d'euros un an après l'adhésion des usagers à cette démarche et à ses centres²⁴. Pour lutter contre la sédentarité, la consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS) a été développée pour favoriser la pratique d'activités physiques et sportives et le « bien vieillir ». La CAPS permet une amélioration de 62 % de l'endurance pour 407,77 euros, d'où un excellent rendement médico économique de 1 % d'amélioration pour 6,57 euros d'investissement, d'autant plus que les bénéficiaires sont prêts à auto financer le dispositif à hauteur de 36,9 % des coûts et à le recommander à leurs proches²⁵. Ces arguments n'ont permis qu'une intégration de la CAPS dans les actions proposées dans des centres de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco de certaines régions comme ceux d'Alsace,

19 - Bréchat PH, Jeunet O, Attard A, Romagnan B, Lajoux M, Magnin-Feysot C et al. Représentants d'associations d'usagers et priorités de santé : Un déficit de démocratie. *Journal d'Économie et de Gestion Médicales* 2012 ; 30 (6) : 351-366.

20 - Bréchat PH, Jeunet O, Attard A, Romagnan B, Lajoux M, Magnin-Feysot C et al. Représentants d'associations d'usagers et priorités de santé : Un déficit de démocratie. *Journal d'Économie et de Gestion Médicales* 2012 ; 30 (6) : 351-366.

21 - Negaret P. Comment l'assurance maladie opère sa mutation vers l'assurance santé. *Ressources technologiques et innovations* 2013 ; 1 (99) : 8-15.

22 - Negaret P. La démarche Santé Active de l'Assurance maladie. Communication orale. Colloque international « La prévention au moment de la mise en œuvre de la loi Touraine : bilan et perspectives » organisé par Bréchat PH et Negaret P. Paris, Université Paris 5 (Paris Descartes), le premier février 2017.

23 - Maunoury F, Derouineau J, Farinetta C, Brouste A, Koutoyants Y, Engler JY. Évaluation économique du Club Santé Active proposé par la Caisse primaire d'Assurance maladie de la Sarthe. *Journal d'Économie Médicale* 2011 ; 29 (8) : 409-421.

24 - Maunoury F, Derouineau J, Farinetta C, Brouste A, Koutoyants Y, Engler JY. Évaluation économique du Club Santé Active proposé par la Caisse primaire d'Assurance maladie de la Sarthe. *Journal d'Économie Médicale* 2011 ; 29 (8) : 409-421.

25 - Lonsdorfer J, Bréchat PH (dir). Consultation de l'aptitude physique du senior. Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

18 - Bréchat PH, Rymer R, Grenouilleau MC, Jourdain A. Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. *Santé publique* 2008 ; 20 (6) : 611-621.

Franche-Comté ou Midi-Pyrénées²⁶. Force est de constater que la démarche santé active et ses centres ont disparu et que les centres de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco se développent peu alors qu'ils représentent une des rares offres nationales de bilan préventif personnalisé dans les domaines médicaux, psychologiques et social, réalisé par une équipe pluridisciplinaire professionnelle à partir de Recommandations de Bonne Pratique (RBP). Il y a un déficit de dispositifs et d'actions de prévention de la dépendance.

Une politique de santé publique en faveur des personnes âgées et du grand âge a été possible²⁷. Elle aurait pu être soutenue par une dynamique de mise en place d'actions innovantes au sein de programmes nationaux et régionaux de la santé répondant démocratiquement, via les conférences nationale et régionales de santé, aux besoins de santé de la population. Cela n'a pas été le cas, ces conférences ne permettant notamment pas au représentant d'association d'usager et à l'usager d'être co-constructeur du système de santé et d'assurance maladie²⁸. La prise en charge des personnes âgées par le système de santé et d'assurance maladie a fait l'objet d'une réorientation stratégique radicale. L'approche basée sur la santé publique, l'économie de la santé, le droit de la santé et la démocratie sanitaire a été remplacée par la maîtrise des dépenses de santé et le management hospitalier.

Les années 2000 à 2010 : l'échec de la prise en charge des personnes âgées et du modèle de l'hôpital-entreprise

Avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et sa généralisation à partir de 2004, ce mode de financement ne permet plus de budgétiser la prise en charge globale des soins qui tend en plus à être aussi exclue du reste du continuum : prévention, secteur ambulatoire et secteur médico-social et social²⁹. En effet, la notion de maîtrise des dépenses de santé apparaît très rapidement dès les années 1960 aux États-Unis d'Amérique et dès les années 1970 en France. Elle est apportée par le planificateur français mais elle restera lettre morte jusqu'aux années 1980, quand, suivant la mode venue des États-Unis, la maîtrise des dépenses concernera d'abord celle des dépenses hospitalières. C'est ainsi que dès 1973, Robert Fetter obtient un contrat avec la Sécurité sociale américaine (Programme

Medicare) afin de classer les séjours hospitaliers en fonction de la nature de l'activité de l'hôpital. C'est la véritable consécration de la fonction de coûts à l'hôpital, avec le développement des DRG ou Diagnosis Related Groups. Cette mode traversera rapidement l'Atlantique sous l'impulsion de Jean de Kervasdoué et donnera naissance au Programme de Médication des Systèmes d'Information (PMSI) en France dès 1984. Ce système mettra 20 ans à s'appliquer (2004 donc) avec pour objectif de financer 100 % de l'activité hospitalière. A cette occasion, le PMSI deviendra la Tarification À l'Activité (T2A). Cette mise en œuvre pratique, longue à venir, est d'autant plus surprenante qu'elle vise à financer 100 % des prises en charge hospitalières, alors qu'aux États-Unis, les DRG ne concernent que le financement des prises en charge des soins pour les personnes âgées (programme Medicare) ou les personnes pauvres (programme Medicaid) et tels que prévus par le panier de soins défini dans le cadre fédéral du programme Medicare. Avec la T2A, la France a un outil qui décrit 30 % de l'activité hospitalière, alors qu'il en finance 100 % ! Il y a comme une erreur que les médecins en particulier peuvent avoir du mal à comprendre. En un mot, les politiques de régulation menées sous couvert des approches économiques en santé, n'ont eu de cesse de démobiliser les professionnels de santé, notamment au regard de la maîtrise des dépenses : l'effet obtenu a donc été contre-productif à celui attendu. Il y a d'autres conséquences à ces choix : cela a pu exclure les usagers « complexes », comme les personnes âgées³⁰, les usagers atteints de pathologies chroniques ou de handicaps, qui ne peuvent se les offrir, ainsi que les activités ou les services³¹ dont ces usagers ont particulièrement besoin : gériatrie, psychiatrie, médecine interne, santé publique, prévention de la dépendance, secteur ambulatoire, réseau sanitaire et social. Les services hospitaliers de gériatrie et de gérontologie ont pu ne devoir s'occuper que de la gestion des autres services de court séjour afin de les rentabiliser au maximum et ne développer des recherches que pour les usagers atteints de la maladie d'Alzheimer. L'activité de soins des CHU s'est centrée sur l'excellence ultra spécialisée³² et au détriment des hôpitaux locaux³³. De plus, le nombre d'établissement de santé diminue depuis 2003, particulièrement dans le public³⁴. Ainsi, malgré la mise en place des gérontopôles, réseau d'acteurs au service du bien-vieillir, ou des Établissements

26 - Lonsdorfer J, Bréchat PH (dir). Consultation de l'aptitude physique du senior. Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

27 - « Santé et grand âge » est le quatrième but « selon les groupes d'âge » de la « stratégie pour une politique de santé du Haut Comité de la Santé Publique. Cité dans : Haut Comité de la Santé Publique. Stratégie pour une politique de santé. Rennes, Editions ENSP, 1993 : 39-41.

28 - Bréchat PH. [Dépasser cinq paradoxes pour davantage de démocratie sanitaire](#). Chronique 1 - Organisation sanitaire, politiques de santé. Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2017 ; 16 : 55-61.

29 - Batifoulier P, Castiel D, Bréchat PH. La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations. SÈVE : Les tribunes de la santé. Paris : Editions de Santé et Presses de Sciences Po 2017 ; 54 : 61-78.

30 - Bréchat N, Besnier M, Vogel T, Berthel M, Castiel D, Labalette C, Lonsdorfer J, Mathieu-Grenouilleau MC, Rymer R, Bréchat PH. Personnes âgées, précarité, handicap social et durée de séjour : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de Paris. La Presse Médicale 2010 ; 39 (4) : e86-e96.

31 - Daudigny Y (président), Le Menn J, Milon A (rapporteurs). Refonder la tarification hospitalière au service du patient. Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale, Sénat, 2011-2012, rapport d'information n°703 : 66.

32 - Bizard F (dir) Et alors ! La réforme globale de la santé c'est pour quand ? Plaidoyer pour une refondation de notre système de santé, Paris, Fauves Editions 2019 : 206-208.

33 - Delas A. L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. Hérodote ; 2011 (143) : 89-119.

34 - APM news. Baisse du nombre d'établissements de santé depuis 2003, surtout dans le public (Drees). Le 3 juillet 2020.

d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), 30 % des personnes âgées qui y accèdent y décèderaient après 3,7 mois de présence et 50 % au bout de 9,3 mois et prendraient en moyenne 8,8 médicaments dont la plupart ont des effets négatifs sur la mémoire ou l'équilibre³⁵. Pourtant 81 % des Français souhaitent finir leurs jours chez eux³⁶. Les investissements privilégient des services curatifs coûteux, qui sont souvent uniquement accessibles à une petite frange fortunée de la population, plutôt que des actions de prévention sanitaires susceptibles de bénéficier à une forte proportion de la population, notamment aux personnes âgées. Les paragraphes 25 de l'Observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint des Nations Unies, qui concerne la réalisation du droit à la santé des personnes âgées est remis en cause³⁷.

La reconnaissance particulière en France du concept de l'« Accountable Care Organization (ACO) » est à considérer. L'ACO est connu depuis au moins 2014, pour avoir été introduit aux États-Unis d'Amérique par la législation Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) du 31 mars 2011 et être un mode d'organisation des offreurs sur un territoire donné qui permet d'en accroître l'efficacité pour un système de santé et les économies pour une assurance santé. L'ACO repose sur la promotion du travail en équipes pluridisciplinaires et interprofessionnelles, une meilleure coordination entre secteurs ambulatoires et hospitaliers, l'utilisation de RBP électroniques, ce qui permet des économies qui sont ensuite redistribuées aux membres de l'ACO. Un groupe de publications montre que l'ACO est mise en œuvre par des systèmes de santé et d'assurance santé intégrés, comme Intermountain Healthcare, système de santé et d'assurance santé intégré laïc à but non lucratif américain considéré comme l'un des plus efficaces et durables, où ces économies sont redistribuées aux professionnels de santé sous forme d'augmentation de salaires (primes), aux usagers sous la forme de moyens supplémentaires en vue de renforcer la solidarité et réduire les inégalités de santé, et aux entreprises par des primes d'assurance maladie moins élevées pour leur permettre d'accroître leur compétitivité³⁸.

35 - Blochet C, Vétel JM, Vial A. Étude d'usage des médicaments en EHPAD entre 2011 et 2013. La Revue de Gériatrie 2015 ; 4(4) : 209-224 ; Vial A. Santé, le trésor menacé. Nantes, L'Atalante Essais 2017 : 136-142.

36 - Rapport de l'Observatoire national de la fin de vie, mars 2013, cité dans : Vial A. Santé, le trésor menacé. Nantes, L'Atalante Essais 2017 : 136-142.

37 - Bréchat PH, Guillod O. [Simulation d'un « test de résistance » ou d'un « crash test » des systèmes de santé et d'Assurance maladie français et suisse par la Cour Européenne des Droits de l'Homme](#). Dossier thématique : droit international et tendances internationales des réformes des systèmes de santé et d'Assurance maladie. Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2014 ; 1 : 9-18.

38 - Bréchat PH, Briot P, Foury C, Teil A, Bréchat N. [Remporter les défis des systèmes de santé et d'Assurance maladie au XXI^e siècle : l'expérience de la France et de l'Utah des États-Unis d'Amérique](#). Dossier thématique : droit international et tendances internationales des réformes des systèmes de santé et d'Assurance maladie. Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2014 ; 4 : 19-30 ; Bréchat PH. Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie. Rennes, Presses de l'EHESP 2016 : 138-139.

Un autre groupe de publications traite uniquement du développement aux États-Unis d'Amérique de l'ACO par Medicare, programme qui permet aux personnes âgées de bénéficier d'une assurance maladie universelle et obligatoire, et Medicaid, programme qui permet aux personnes et aux familles à faible revenu de bénéficier d'une assurance maladie³⁹. Le premier groupe a publié entre 2014 et 2016 et le second entre 2017 et 2020⁴⁰. Une autre particularité réside dans le fait que seul le premier groupe promeut le passage d'une assurance maladie à une assurance santé⁴¹ qui soit intégrée au système de santé⁴² alors qu'il y a une diminution du taux de remboursement des soins courants par les assurances maladies obligatoires⁴³. Le deuxième, sous couvert de l'ACO, tend à promouvoir des programmes Medicare et Medicaid, ce qui irait dans le sens du développement du Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions et des Ruptures (PLANIR) de la CNAMTS devenue Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) depuis le premier janvier 2018. Ce plan permet à l'Assurance maladie de favoriser l'accès aux droits, notamment des usagers précaires⁴⁴. Il vient en complément du maintien des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dont le développement a été imposé aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés assurant des missions de service public, par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Ces PASS doivent aider les personnes en situation de précarité à avoir accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. Cela, alors que le développement insuffisant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) coïncide avec celui

39 - Castiel D. Economie de la santé. L'émergence d'une discipline. Paris, Ellipses Édition Marketing 2020 : 23.

40 - Mousquès J, Lenormand MC. L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ? Questions d'économie de la santé 2017 ; 227 : 1-8 ; Lemaire N. Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux États-Unis. Secrétariat général des ministères sociaux. Les Ministères sociaux, novembre 2017 ; Lemaire N, Singer SJ. Do independent physician-led ACOs have a future? NEJM Catalyst 2018 ; February 22 ; Lemaire N. Accountable Care Organizations (ACO) : quelle pertinence pour le système de santé français ? Dossier « Les médecins ». SÈVE : Les tribunes de la santé. Paris : Editions de Santé et Presses de Sciences Po, 2019 ; 59 : 99-107 ; Raimondeau J (dir). Manuel de santé publique. Rennes, Presses de l'EHESP 2020 : 531-535 ; 541-542.

41 - Negaret P. De l'assurance maladie à l'assurance santé. Paris, Fondation pour l'innovation politique, février 2017.

42 - Bréchat PH. [Moderniser et transformer un système de santé et d'assurance maladie : Conseils de ceux qui y arrivent](#). Chronique 1 - Organisation sanitaire, politiques de santé. Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2020 ; 25 : 92-105.

43 - Le taux moyen de remboursement global par l'assurance maladie obligatoire pour les soins et les biens médicaux qui était de 82 % en 2009 ne dépasse pas les 55 % pour les soins courants qui comprennent les soins ambulatoires. Ce chiffre est issu de la base des données de l'échantillon EPAS 2006 dans l'étude de la DREES, cité dans Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). Note accompagnant l'avis « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? » du 27 janvier 2011 : 19. Ce taux de 55 % a dû baisser depuis 2006.

44 - Fatoux C, Serrano C, Maginot V, Casano JY. PLANIR, une démarche concrète de l'Assurance maladie pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et mieux accompagner les situations à risque. Regards 2014 ; 2 (46) : 99-106.

des assurances maladies complémentaires (AMC)⁴⁵ et de groupes internationaux de cliniques privées⁴⁶. Il pourrait y avoir l'émergence d'un Medicaid à la française. Avec la mise en place actuelle d'une 5^e branche de la protection sociale, il y a un risque d'émergence d'un Medicare à la française. En effet, après les personnes précaires, cette réforme risque de poursuivre une segmentation populationnelle, voire une discrimination, le remboursement des prises en charge pouvant porter sur les seules personnes âgées dépendantes tout en garantissant la prise en charge des frais en établissement spécialisés, qui sont souvent privés.

Ces quelques éléments pourraient poser l'hypothèse d'un intérêt de mettre en place en France une sorte de Health Maintenance Organization ou HMO⁴⁷ (groupes internationaux de cliniques, AMC) doublé de programmes s'inspirant de Medicare et de Medicaid⁴⁸ et soutenus par la mise en place d'une 5^e branche de la protection sociale⁴⁹ (PASS, PLANIR, CMU, ACO pour des programmes Medicare et Medicaid, 5^e branche de la protection sociale). Ce pourrait être le signe d'une tentation par l'État et son assurance maladie d'un renoncement de la mise en place d'un système de santé et d'assurance maladie solidaire, voire universel, trouvant des solutions aux problèmes rencontrés afin de remporter pour tous et partout sur le territoire, les défis liés au vieillissement de la population ainsi qu'aux pathologies chroniques.

Pourtant, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé est bien intégrée tant par les usagers que les professionnels du système de santé. La maîtrise médicalisée doit pouvoir signifier le juste soin adapté aux besoins de la personne, a fortiori aux besoins de la personne âgée. Par conséquent, une approche par les besoins est nécessaire : les ressources doivent être maintenant allouées en fonction de la diversité des besoins des personnes présentes sur un territoire de santé donné, territoire qu'il convient de circonscrire (définir) avec précision, tenant compte de l'âge et des besoins associés de la population du territoire. La décennie 2020 nous offrira-t-elle un changement de telle nature ? Et la volonté politique pour le changement sera-t-elle présente ? C'est aussi l'enjeu d'une réponse adaptée aux besoins particuliers d'une population âgée.

45 - Notamment par l'accord interprofessionnel - dit ANI - conclu le 11 janvier 2013 par le patronat (Medef, UPA, CGPME) et trois organisations syndicales (CFDT, CFE-CGC, CFTC), et la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

46 - Jacquin JB. La Générale de santé passe sous contrôle australien pour 945 millions d'euros. Ramsay rachète 83 % du capital du numéro un français des cliniques privées et lance une OPA. Le Monde, le 12 juin 2014 : 5.

47 - La HMO met en œuvre le concept du « managed care » développé aux États-Unis d'Amérique dans les années 1990 et qui avait pour objectif principal la réduction des dépenses de santé et l'attribution des éventuelles économies aux plans d'assurance.

48 - Aux États-Unis d'Amérique, le programme Medicare permet aux personnes âgées de bénéficier d'une assurance maladie universelle et obligatoire et le programme Medicaid permet aux personnes et aux familles à faible revenu de bénéficier d'une assurance maladie, cité dans : Castiel D. Economie de la santé. L'émergence d'une discipline. Paris, Ellipses Édition Marketing 2020 : 23.

49 - APM news. Financement de l'autonomie : la 5^e branche devrait piloter environ 74 milliards d'euros (Marie-Anne Montchamp). Le 16 juin 2020.

Conclusion : l'enjeu urgent des années 2020

La mise en place d'une politique de santé publique en faveur de la santé des personnes âgées au sein du modèle de système de santé et d'assurance santé intégré a été rendu possible dans les années 1990-2000. Elle a été remplacée dans les années 2000-2010 par quelques actions de soins et de recherche au sein du modèle de l'hôpital-entreprise. La gestion de la crise a prédominé sur la mise en œuvre d'une politique de santé publique⁵⁰. Cela est d'autant plus particulier que les systèmes ayant abandonné le modèle d'hôpital-entreprise avec son assurance maladie pour se transformer en système de santé et d'assurance santé intégré qui prennent en charge tout le monde, usagers âgés et précaires compris, ont de bien meilleurs résultats⁵¹.

Par exemple, le programme de prise en charge intégrée des déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer d'Intermountain Healthcare est basé sur 3 objectifs – appelés « Triple Aim » : améliorer l'état de santé de la population ; accroître la qualité des soins ; et réduire les coûts⁵². Les résultats sont les suivants⁵³ :

- améliorer la santé de la population : « le temps d'évolution de la démence légère à la démence avancée a été augmenté »,

- accroître la qualité des soins : « sur la base d'une évaluation des besoins internes d'Intermountain Healthcare, une majorité de médecins spécialistes ont identifié que le soutien des utilisateurs souffrant de troubles cognitifs est essentiel et que l'élaboration de RBP serait utile. Une RBP a été développée. Elle aide principalement les équipes de soins primaires à diagnostiquer la démence et à fournir un traitement et un soutien optimaux aux usagers et à leurs proches. Cette RBP est basée sur les connaissances scientifiques existantes et, le cas échéant, sur l'avis d'experts. Cela a amélioré le diagnostic et le traitement des usagers souffrant de troubles cognitifs. La détection de la démence a progressé pour atteindre plus de 50 % des usagers concernés »,

- la réduction des coûts : « représente une diminution des dépenses de 100 894 \$ pour la prise en charge des usagers dans le cadre de ce programme entre les 6 derniers mois de

50 - Bréchat PH, Leenhardt A, Mathieu-Grenouilleau MC, Rymer R, Matisse F, Baraille D, Beaufile P. Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. Santé publique 2010 ; 22 (5) : 571-580.

51 - Castiel D, Bréchat PH. La qualité des soins, un nouvel outil de régulation de l'hôpital sous contrainte budgétaire ? Un modèle pourtant proposé par Feldstein dès 1977. Marché et organisations 2019 ; 36 : 205-230.

52 - Soit l'application du concept du « Triple Aim », créé par Donald Berwick et l'« Institute for Healthcare Improvement (IHI) », et adopté aux États-Unis d'Amérique comme le fondement absolument nécessaire de la transformation du système de santé et d'assurance maladie, cité dans : Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Affairs. 2008;27(3):759-769.

53 - Skibitsky MD, Poll J, Garrett KD, Obray CM, Hoesch RE. Support for Cognitively Impaired Patients is a Top Primary Care Need. Poster session presented at the Alzheimer's Association International Conference, Toronto, Canada, July 2016.

2017 et les 6 derniers mois de 2019 ».

De plus, les usagers sont satisfaits, tout comme les professionnels de la santé. Ceci est démontré par l'adoption continue de ce programme par de plus en plus de professionnels de santé et d'établissements de santé d'Intermountain Healthcare chaque année. Une quinzaine d'autres indicateurs sont régulièrement suivis pour évaluer en continu ce programme. Pour arriver à ces résultats, les responsables de ce système de santé et d'assurance santé intégré ont soutenu, aidé à évaluer et à mesurer des résultats par objectifs du « Triple Aim », diffusé et valorisé des dynamiques comme celle qu'a pu avoir le service de gériatrie et de médecine interne de l'hôpital de Belfort dans les années 1990-2000. C'est ce qui leur a aussi permis de passer du modèle d'hôpital-entreprise au modèle de système de santé et d'assurance santé intégré. Il serait possible d'en tirer des enseignements pour notre système de santé dans le contexte de la prise en charge du vieillissement.

« Dans 10 ans, la croissance sans précédent du nombre de personnes âgées, issues de la génération du baby-boom, va modifier en profondeur notre manière de vivre ensemble. Pourtant, aujourd'hui en France, la question du vieillissement n'est abordée qu'à travers le prisme de la dépendance et de son financement⁵⁴. Pour réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme⁵⁵, il est urgent de mettre enfin en place une politique de santé publique⁵⁶ comprenant un programme en faveur de la santé des personnes âgées au sein du modèle de système de santé et d'assurance santé⁵⁷ intégré⁵⁸ ayant pour objectifs ceux du « Triple Aim »⁵⁹. Cela répond à l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies.

Comme pendant les années 1990-2000, des professionnels de santé engagés ont relevé des défis en 2020 pour trouver des solutions pratico-pratiques à des problèmes rencontrés sur le terrain pour prendre en soins des malades atteints du Covid-19. Cette dynamique peut venir renforcer cette mise en place. C'est une chance historique à saisir, d'autant plus que des systèmes de santé et d'assurance santé intégrés montrent que des résultats probants existent déjà pour cela.

Pierre-Henri Bréchat & Didier Castiel

54 - Berrut G. Les papys qui font boom. La longévité, une chance pour tous. Paris, Éditions Solar, 2018 : quatrième de couverture.

55 - Dufeu-Schubert A. Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme. Rapport réalisé à la demande de Monsieur Édouard Philippe Premier Ministre. Société Française de Gériatrie, décembre 2019.

56 - Bizard F (dir). Et alors ! La réforme globale de la santé c'est pour quand ? Plaidoyer pour une refondation de notre système de santé. Paris, Fauves Éditions 2019 : 75-93.

57 - Negaret P. De l'assurance maladie à l'assurance santé. Paris, Fondation pour l'innovation politique, février 2017.

58 - Castiel D, Bréchat PH. La qualité des soins, un nouvel outil de régulation de l'hôpital sous contrainte budgétaire ? Un modèle pourtant proposé par Feldstein dès 1977. *Marché et organisations* 2019 ; 36 : 205-230.

59 - Bréchat PH, Lopez A. Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation. *SÈVE : Les tribunes de la santé*. Paris : Éditions de Santé et Presses de Sciences Po 2017 ; 55 : 75-87.

Remerciements

Gérard Simon, Véra Brezovski et Nathalie Bréchat* du service de gériatrie et de médecine interne du centre hospitalier général de Belfort des années 2000 ; Anne Saint-Laurent, promotrice des centres de prévention Bien Vieillir et Directrice de l'action sociale de l'Agirc-Arrco ; Patrick Negaret, promoteur de la Démarche Santé Active et Directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie des Yvelines ; Todd L Allen* de l'Healthcare Delivery Institute d'Intermountain Healthcare et du Department of Emergency Medicine, Stanford University School of Medicine de l'Université Stanford, États-Unis d'Amérique ; Jonathan Anderson de l'Healthcare Delivery Institute d'Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique ; Julie Martinez* de l'Executive Clinical Director, Neurosciences Clinical Program d'Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique ; Kristy Veale de l'Executive Clinical Director, Neurosciences Clinical Program d'Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique ; Cory McCann* de l'Executive Clinical Director, Neurosciences Clinical Program d'Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique ; Cathleen Obray de l'Executive Clinical Director, Neurosciences Clinical Program d'Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique ; et Megan D Skibitsky* du Department of internal medicine, school of medicine de l'Université de l'Utah, États-Unis d'Amérique ; qui nous ont soutenus.