

T H I N K T A N K

ÉCONOMIE SAN+É

LA RECOMMANDATION

2 0 2 5

**Quatre mesures
concrètes, engageantes et motivantes
pour sortir enfin le système de santé de l'impasse**

**PRÉVENTION - ORGANISATION TERRITORIALE
PERTINENCE - FINANCEMENT**

March April May June July August September October November December

#thinktankeconomiesante

UNE PUBLICATION

**Les Echos
Le Parisien**
ÉVÉNEMENTS

LE THINK TANK **ÉCONOMIE** SAN+É

Le Think Tank Économie Santé, développé par Les Échos-Le Parisien Événements, en collaboration avec Philippe Leduc, publie chaque année une recommandation issue de ses travaux.

Ce groupe de réflexion dédié à l'économie de la santé s'inscrit dans le prolongement des conférences des Échos-Le Parisien Événements.

LES OBJECTIFS DU THINK TANK **ÉCONOMIE** SAN+É

Apporter une contribution concrète et pragmatique en s'appuyant sur une démarche originale et transversale. En se focalisant sur le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs et opérateurs pour une meilleure qualité des soins, un réel accès aux soins pour tous et une optimisation des dépenses.

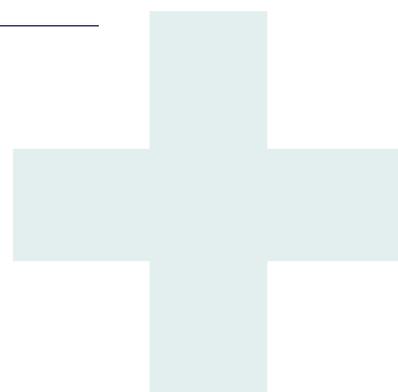
L'originalité du Think Tank Économie Santé repose sur la qualité des membres de son comité. Ils sont, bien sûr, experts du système de soins, mais aussi, et surtout, d'horizons différents, ce qui garantit la qualité et l'indépendance de la démarche.

LE THINK TANK **ÉCONOMIE** SAN+É

- Est indépendant et ouvert sur la société ;
- S'appuie sur des travaux de recherche ;
- Se situe dans une perspective d'intérêt général, ce dernier ne se réduisant pas à une alliance d'intérêts particuliers ;
- Produit des recommandations ;
- S'inscrit dans le temps ;
- Médiatise largement ses conclusions, notamment lors des conférences des Échos Le Parisien-Événements et sous différentes formes, papier et électronique.

Pour accéder à la Recommandation 2025 et aux précédentes :

<https://event.lesechosleparisien-evenements.com/think-tank-sante-2025/content/les-recommandations>



SOMMAIRE

LES MEMBRES DU THINK TANK 4

Personnalités invitées et remerciements 6

**Quatre mesures
concrètes, engageantes et motivantes
pour sortir enfin le système de santé de l'impasse**
**PRÉVENTION - ORGANISATION TERRITORIALE
PERTINENCE - FINANCEMENT 7**

▶ **PRÉVENTION EN SANTÉ : SORTIR DES INCANTATIONS 9**
Références 12

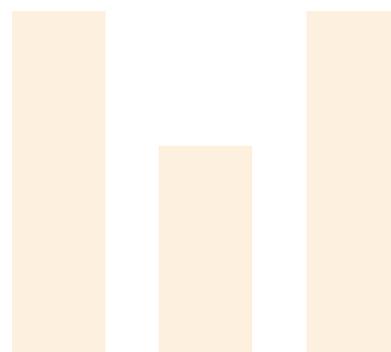
▶ **LA RÉVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ 13**
Références 16

▶ **PERTINENCE DES SOINS : NE PLUS TOURNER AUTOUR DU POT 17**
Références 20

▶ **FINANCEMENT DE LA SANTÉ : INTERDIRE LES COUPS DE RABOT 21**
Références 26

CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ 27

LES RECOMMANDATIONS 2012-2025 DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ 36





Jean-Philippe ALOSI
 Directeur associé,
PERGAMON



Marie-Olivia AMÉDÉE-MANESME
 Directrice des Affaires
 publiques et gouvernementales,
NOVARTIS FRANCE



Christian ANASTASY
 Ancien Directeur général,
ANAP ; Président, **ALLIANCE**
VOLTAIRE



Martine Aoustin
 Ancienne Directrice générale,
ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON



Guillaume BAILLY
 Ancien Président,
INTERSYNDICALE NATIONALE
DES INTERNES (ISNI)



Michel BALLEREAU
 Mission coopérations
 internationales Santé,
MINISTÈRES SOCIAUX



Sophie BEAUPÈRE
 Déléguée générale,
UNICANCER



Daniel BENAMOZIG
 Responsable Chaire Santé
SCIENCES PO



Anne-Françoise BERTHON
 Conseillère Une seule Santé / One
 Health,
AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ
SANITAIRE (ANSES)



François BLANCHECOTTE
 Président,
SYNDICAT DES BIOLOGISTES
(SDBIO)



Jean-Yves BLAY
 Président,
UNICANCER



Gilles BONNEFOND
 Ancien Président délégué,
UNION DES SYNDICATS DE
PHARMACIENS D'OFFICINE
(USPO)



Jean-Baptiste BONNET
 Endocrinologue ;
 Ancien Président,
INTERSYNDICALE NATIONALE
DES INTERNES (ISNI)



Gaetan CASANOVA
 Expert en santé publique,
CNAM ; ancien Président,
INTERSYNDICALE NATIONALE
DES INTERNES (ISNI)



Michel CAZAUGADE
 1^{er} Vice-Président,
GRUPE PASTEUR MUTUALITÉ



Jean-Michel CHABOT
 Professeur émérite
 de santé publique



Laurence COMTE-ARASSUS
 Présidente non opérationnelle
 France, Directrice des affaires
 gouvernementales zone FBFA,
GE HEALTHCARE



Christophe COSIO
 Directeur exécutif accès au
 marché et Affaires publiques,
AMGEN FRANCE



Quentin DECKER
 Directeur Affaires publiques
 aire thérapeutique,
NOVARTIS FRANCE



Guillaume DEDET
 Senior Health Economist,
OCDE



François DOLVECK
 Directeur médical,
SAMU 77



Claude ÉVIN
 Avocat ; ancien Ministre des
 Affaires sociales et de la
 Solidarité



Felix FAUCON
 Inspecteur général des
 affaires sociales honoraire ;
 Président,
EIT HEALTH



Pascale GELIN
 Affaires publiques et
 relations institutionnelles
 secteur de la Santé

Quatre mesures concrètes, engageantes et motivantes pour sortir enfin le système de santé de l'impasse



Olivier GOÉAU-BRISSONNIÈRE
Ancien Président,
**FÉDÉRATION DES SPÉCIALITÉS
MÉDICALES (FSM)**



Stéfán GOUZOUQUE
Vice-Président,
MGEN



David GRUSON
Fondateur,
ETHIK-IA



Daniel GUILLERM
Président,
**FÉDÉRATION NATIONALE DES
INFIRMIERS (FNI)**



Élisabeth HUBERT
Présidente, **FÉDÉRATION
NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION À DOMICILE
(FNEHAD)** ; ancienne Ministre
de la Santé



Katharina JANUS
Présidente et CEO,
ENJOY STRATEGY



Christophe LANNELONGUE
Expert senior en organisation et
régulation de système de santé ;
ancien Directeur général,
AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)



Maëla LE VAGUERESSE
Experte en organisation territoriale
de santé



Jacques LUCAS
Ancien Président,
**AGENCE DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ (ANS)**



Bertrand MAS-FRAISSINET
Président,
GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ



Valentin MASSERON
Porte-parole,
**ASSOCIATION NATIONALE DES
ÉTUDIANTS EN PHARMACIE DE
FRANCE (ANEPF)**



Ludovic MOY
Médecin spécialiste (Rennes)



Béatrice NOËLLEC
Directrice des relations
institutionnelles et de la veille
sociétale, **FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)**



Jean-Paul ORTIZ
Ancien Président,
**CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS
MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)**



Benoît PÉRICARD
Expert



Gérard RAYMOND
Président,
FRANCE ASSOS SANTÉ



Isabelle RIOM
Médecin urgentiste



Erika SAILLANT
Strategy and Marketing
Director France Belgium
GE HEALTHCARE



Samuel TERRIER
Vice-Président chargé des
perspectives professionnelles
et du numérique en santé,
**FÉDÉRATION NATIONALE
DES ÉTUDIANTS EN SCIENCES
INFIRMIÈRES (FNESI)**



Marc VILLACEQUE
Ancien Président,
**CONSEIL NATIONAL
PROFESSIONNEL
CARDIOVASCULAIRE (CNPCV)**



Corinne VOLTZ
Regional Sales Director, Strategic
Partnership, E-Health, Clinical
Solutions,
ELSEVIER



Direction et animation :
Philippe LEDUC
Directeur,
THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

PERSONNALI+ÉS INVITÉES



François BRAUN
 Ancien Ministre de la Santé
 et de la Prévention
 (4 juillet 2022 - 20 juillet 2023)



Agnès BUZYN
 Ancienne Ministre des Solidarités
 et de la Santé
 (17 mai 2017 - 16 février 2020)



Franck CHAUVIN
 Haut Conseil de la santé publique



David DJÂIZ
 Ancien Rapporteur général
**CONSEIL NATIONAL DE LA REFOUNDATION
 (CNR) SANTÉ** ;
 Essayiste et enseignant, **SCIENCES PO**



Benoît ELLEBOODE
 Directeur général,
**AGENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ (ARS),
 NOUVELLE-AQUITAINE**



Jean-Carles GRELIER
 Député « Les Démocrates » de la Sarthe



Jérôme GUEDJ
 Député « Socialistes et apparentés »
 de l'Essonne



Céline LECLERC
 Présidente, **FÉDÉRATION DES OBSERVATOIRES
 GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ (FNORS)** ;
 Directrice générale, **OBSERVATOIRE RÉGIONAL
 DE LA SANTÉ CENTRE-VAL DE LOIRE**



Dominique LIBAULT
 Président,
**HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT
 DE LA PROTECTION SOCIALE**



Antoine MALONE
 Responsable pôle Prospective, Europe,
 International,
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



Annabelle YON
 Directrice adjointe,
**OBSERVATOIRE RÉGIONAL
 DE LA SANTÉ NORMANDIE**



Igor ZABALA REMENTERIA
 Service public de santé basque espagnol,
OSAKIDETZA

REMERCIEMENTS

Merci aux personnalités invitées à nos réunions mensuelles tôt le matin, de juin 2024 à mars 2025, au siège des Échos-Le Parisien, avec lesquelles les discussions furent d'un rare enrichissement et qui nous ont permis, nous semble-t-il, de sortir des discours convenus et de proposer des mesures à la fois originales et concrètes.

Merci également aux Echos Études, pour leur remarquable documentation, et à Hospimedia, source d'informations aussi précieuses qu'exhaustives.

Quatre mesures concrètes, engageantes et motivantes pour sortir enfin le système de santé de l'impasse

PRÉVENTION – ORGANISATION TERRITORIALE PERTINENCE – FINANCEMENT

Cette année, face à une situation assez désespérante du système de santé en France, nous nous sommes concentrés sur quatre blocages parmi les plus importants et les plus handicapants pour lesquels la levée des obstacles pourrait avoir un effet décisif.

Les solutions proposées ici, qui se veulent concrètes, engageantes et motivantes, ont l'énorme avantage de donner des marges de manœuvre en particulier d'ordre financier au système de santé pour innover, accroître l'attractivité des métiers, investir et engager des réformes structurelles.

Le poids de la dette des dépenses publiques (les seuls intérêts à payer sont de 62 Md€ cette année et devraient être de plus de 70 Md€ en 2027) et le renforcement du budget de la Défense imposent d'être vigilant en matière de dépenses supplémentaires.

Le système de santé est « l'enjeu » qui préoccupe le plus les Français⁽¹⁾, devant le pouvoir d'achat. Car la santé est à la fois un bien individuel et collectif et aussi un ferment du vivre-ensemble qui caractérise la société dans laquelle nous vivons. C'est un choix de société. Or, les difficultés bien connues et précisément décrites s'accumulent. L'organisation de la santé n'a jamais paru aussi fragilisée. Et cela va continuer de s'aggraver. La pérennité du système de santé solidaire est en jeu. Les nombreuses mesures et les initiatives prises au cours des vingt dernières années ne permettent pas d'inverser la tendance. Elles ne suffisent pas à contrebalancer l'intensification des facteurs de tension bien connus : le vieillissement de la population, la croissance des maladies chroniques, la pénurie de professionnels de santé, le déficit de l'Assurance maladie, les inégalités sociales et territoriales de santé, etc.

La situation est pour le moins paradoxale. Les causes sont connues, et les remèdes aussi. Les investissements sont importants. Chacun y va de ses préconisations et recommandations sans que l'on ne voie le bout du tunnel à court ou moyen terme. Où sont les blocages ?

D'autres pays en Europe sont confrontés aux mêmes difficultés et certains ont engagé de longue date des démarches de transformation du système de santé, comme le Pays basque espagnol, le Danemark, la Suède, etc., qui portent leurs fruits. Soulignons d'entrée de jeu le lien entre l'amélioration de

la réponse aux besoins de la population et le bien-être des soignants, le premier facteur de motivation est en effet la conscience de l'efficacité.

Comment sortir de cette situation, alors que l'instabilité gouvernementale (huit ministres de la Santé en un peu plus de deux ans) est un facteur délétère en ce domaine où les pouvoirs publics jouent un rôle déterminant ? Face à ce constat, nous nous sommes attachés, en épluchant les rapports, en relisant nos précédentes Recommandations et surtout en écoutant les acteurs et les experts de terrain, à tenter de déterminer quelles pourraient être les quelques actions fortes, forcément novatrices et faisant fi des forces conservatrices, qui puissent vraiment débloquer la situation. La situation étant si inquiétante, pour mettre toutes les chances de conviction de notre côté, nous avons fait le choix non pas de la caricature, mais, pour aller à l'essentiel, de la simplification des problématiques qui appelle une clarification des enjeux et des choix et préconisations forts et tranchés.

En fait, nous nous sommes posé les questions suivantes :

- **Pourquoi la prévention**, que tout le monde appelle de ses vœux dans un bel unanimité, est-elle toujours le parent pauvre ?
- **Pourquoi la révolution de l'organisation territoriale de la santé**, plébiscitée par tous, n'arrive-t-elle pas à prendre forme ?
- **Pourquoi la pertinence des soins**, dont chacun se plaît à rappeler l'importance, ne voit-elle pas de réelles traductions dans la réalité ? Le gaspillage concerne au bas mot 20 % des dépenses de santé (soit 50 Md€ pour l'Assurance maladie).
- **Pourquoi le financement** est-il inadapté ? L'Assurance maladie est en déficit sans perspectives d'amélioration et les organismes complémentaires aussi globalement sur leur activité santé en 2023.

Pas de grand soir ni de réforme globale vaine, car il y a urgence. Et encore moins de baguette magique, mais un regard nouveau. En essayant d'être sans concessions en posant le bon diagnostic sur les blocages qui sont les plus frappants et handicapants. Et enfin en tirant toutes les conséquences avec un fil rouge :

- La nécessité d'un portage politique fort ;
- Et la recherche de l'intérêt à agir de chacun.



(1) Sondage Ipsos pour *Le Monde* (11-12 décembre 2024).

► **QUATRE MESURES CONCRÈTES, ENGAGEANTES ET MOTIVANTES POUR SORTIR ENFIN LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'IMPASSE (suite)**

La situation n'est en effet pas banale. Le système de santé ne traverse pas une crise de plus. Non, c'est à une vraie mutation qu'il est soumis. Ce qui impose d'aller jusqu'au bout des logiques pour arrêter, en fait, de tourner en rond.

- **Jamais la population n'a été aussi âgée.** Même le nombre de centenaires explose, passant de 31 644 au 1^{er} janvier 2024 à 42 116 au 1^{er} janvier de cette année, soit 10 472 de plus (+ 33 %). La part des 65 ans et plus devrait passer de 21 % de la population en 2021 à 29 % en 2070 (Insee, « Projections de population 2021-2070 », 2021).
- **Jamais les pathologies chroniques n'ont été aussi nombreuses et complexes.**
- **Jamais les professionnels de santé n'ont perdu autant le sens de leur métier.**
- **Jamais la formation initiale et l'accès aux études de santé n'ont été aussi peu adaptés aux besoins et aux aspirations des étudiants.**
- **Jamais une telle crise sanitaire** (la pandémie de Covid-19), qui risque de se répéter, **n'a bloqué l'activité à ce point et n'a mis en péril le système de santé.**
- **Jamais le numérique et l'intelligence artificielle n'ont été aussi prometteurs.**
- **Jamais l'innovation n'a été aussi dynamique et n'a développé de nouveaux concepts, de nouveaux champs** (ARN, cellules CAR-T, immunothérapie, etc.).
- **Jamais la santé mentale n'a été un tel sujet de préoccupation.**
- **Jamais les patients n'ont autant revendiqué la nécessité d'une codécision tout en étant, de plus, impatientes.**
- **Jamais les citoyens n'ont eu autant le sentiment de ne pas comprendre l'organisation du système de santé.**
- **Jamais les dépenses de santé n'ont été aussi importantes :** l'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) est de 265,9 Md€ dans la LFSS 2025 du gouvernement Bayrou. Le déficit pour l'ensemble de la Sécu est de 22,1 Md€ contre 16 Md€ dans le PLFSS qui a été censuré le 4 décembre 2024 et qui a provoqué la chute du gouvernement Barnier. Le déficit de l'Assurance maladie prévisionnel est de 15,4 Md€ en 2025 et s'aggrave les années suivantes : 16 Md€ en 2026, 16,1 Md€ en 2027 et 16,8 Md€ en 2028. Il n'y a donc aucune perspective de redressement.

Ce que propose cette année le Think Tank Économie Santé, c'est de renouveler le débat concernant quatre thèmes clés qui sont bien connus pour leur importance et à la fois pour leur blocage. Et de défendre l'idée qu'il est possible d'avancer franchement par une nouvelle méthode et en se focalisant sur ces quatre leviers.

Ces quatre axes sont en fait étroitement liés et synergiques. La déclinaison d'une stratégie nationale de prévention ne peut s'effectuer sans une profonde transformation de l'organisation territoriale qui permettra d'autant plus de progrès que les acteurs pourront s'appuyer sur de bonnes pratiques de pertinence des soins, et ceci dans le cadre de règles de financement qui ne soient pas un frein à ces évolutions, mais qui soient transformées pour intégrer la recherche de résultats en matière d'amélioration de la santé de la population.

► **PRÉVENTION EN SANTÉ : SORTIR DES INCANTATIONS**

► **LA RÉVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ**

► **PERTINENCE DES SOINS : NE PLUS TOURNER AUTOUR DU POT**

► **FINANCEMENT DE LA SANTÉ : INTERDIRE LES COUPS DE RABOT**

LA RECOMMANDATION 2025

► PRÉVENTION EN SANTÉ : SORTIR DES INCANTATIONS

La prévention, c'est la clé. C'est une évidence. Tout le monde en convient. Et pourtant, en dépit des rapports, préconisations, feuilles de route et recommandations, celle-ci est à la peine. Comment insuffler un renouveau décisif? Comment ne pas considérer la prévention comme un passage obligé ou un simple onglet dans la stratégie nationale de santé publique pleine de bonnes intentions, mais comme l'axe cardinal pour sauvegarder et renforcer l'architecture de la santé en France?

La Cour des comptes note que les résultats de la prévention en France sont « médiocres malgré un effort financier important ». Les dépenses de prévention sont estimées à 15 Md€, mais leur gestion est fragmentée et il y a peu de coordination et de synergie entre les acteurs, les professionnels de santé et les institutions.

La récente feuille de route parlementaire animée en particulier par le député Cyrille Isaac-Sibille fait un constat réaliste, « pas de pilotage national, une multiplicité d'acteurs, une gouvernance éparpillée, un manque de coordination, pas d'objectif, de priorité et d'indicateur, des financements dispersés, pas d'évaluation des actions », et réclame « un pilotage politique fort ». La Haute Autorité de santé (HAS), plus récemment dans son projet stratégique 2025-2030, « souhaite réaffirmer la nécessité d'accélérer et de concrétiser le virage préventif en France » et appelle à un « changement culturel indispensable ». Le succès de ce virage préventif « implique la mobilisation de nombreux acteurs » et la HAS de rappeler que l'espérance de vie sans incapacité à la naissance – indicateur clé en la matière – ne situe la France qu'au 10^e rang européen en 2022.

Une récente étude de la Drees insiste sur les marges de progrès quant à la prévention des maladies cardiovasculaires dont la morbidité, la mortalité et le poids financier sont particulièrement élevés (1,2 million d'hospitalisations et 140 000 décès chez les adultes, soit plus de 1 décès sur 5 en 2022). « Près d'un quart des adultes fument encore quotidiennement, présentent des niveaux de sédentarité et d'inactivité physique élevés, et 3 hommes et plus de 1 femme sur 10 ont une consommation d'alcool dépassant les repères à moindre risque. Près de la moitié des femmes et un tiers des hommes n'atteignent pas les niveaux recommandés d'activité physique. S'agissant des recommandations alimentaires, plus de 70 % des adultes ne consomment pas assez de fruits et légumes et plus de 80 % avaient une alimentation trop salée. »

Le constat est clair et n'est contesté par personne. La seule solution pour assurer la soutenabilité financière, c'est... qu'il y ait moins de malades. Mais en fait le système est organisé comme un marché qui, comme tout marché, doit être en expansion et reposer sur la croissance de la consommation. Tout le monde a un intérêt objectif (sauf les financeurs et les citoyens) à ce qu'il y ait de plus en plus de malades.

Est-ce qu'on veut produire de la santé ou produire des soins? En France, dans les années 1970, ont été développées des usines à produire des soins – les hôpitaux – où ont été incorporés tous les concepts de l'industrie (démarche qualité, check-list, déclaration des événements indésirables, etc.). Pour faire simple : si on produit des soins, on ne produit pas de la santé, ce qui explique que l'espérance de vie en bonne santé en France soit inférieure à 65 ans. Un Français sur deux seulement arrive en bonne santé à 65 ans, contre 72 % des Suédois. Dans l'Hexagone, à la naissance, en 2023, les femmes peuvent espérer vivre 64,2 ans sans incapacité, et les hommes 63,6 ans. Les espérances de vie sans incapacité à la naissance diminuent de 4 mois depuis 2008 pour les femmes ; pour les hommes, elles augmentent de 10 mois.

On sait depuis les années 1990 que tous les pays qui augmenteront plus vite l'espérance de vie que l'espérance de vie en bonne santé se verront saturer par les maladies chroniques. Mais « on ne veut pas croire ce que l'on sait ».

Les principes de la prévention sont pourtant bien connus :

- **Intensifier la prise en compte des déterminants de santé**

La notion de déterminant de santé progresse et il faut continuer en ne se trompant pas de combat. On ne le dira jamais assez : le système de soins contribue pour environ 20 % à la santé d'une population. Il a un très faible retour sur investissement. Dans les pays de l'OCDE, il n'y a pas de corrélation entre le nombre de médecins et l'espérance de vie, à l'inverse de celui des soignants. Ce qui compte le plus (les 80 % en dehors du soin), ce sont : les conditions socio-économiques, l'habitat, l'éducation, l'alimentation (où les déterminants culturels et commerciaux pèsent très lourd), l'exercice physique, la mobilité, la lutte contre la pollution atmosphérique, sans oublier le tabagisme et l'alcool, etc.

Un nouveau concept – la prévention primordiale – ouvre de nouvelles perspectives. Il a pour objectif la modification des déterminants sociaux, qui sont en quelque sorte les



► **PRÉVENTION EN SANTÉ : SORTIR DES INCANTATIONS (suite)**

déterminants des déterminants, très en amont des personnes. Changer les environnements est plus efficace que de modifier les comportements et de culpabiliser les individus. Les collectivités territoriales ont un rôle clé en ce domaine.

• **Fixer des objectifs stratégiques au système de santé**

Il faut se fixer comme objectif non pas l'augmentation de l'espérance de vie, mais de l'espérance de vie en bonne santé, par exemple de 10 % en 10 ans, soit 5 ans. Le principal levier, c'est la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il y a une différence de 13 ans d'espérance de vie entre le vingtile (5 %) inférieur et le vingtile supérieur. Ce gradient est le plus fort de tous les pays européens.

• **Prendre en compte le retour sur investissement**

Cela paraît être une évidence, mais ce n'est pas une réalité : il faut investir là où c'est le plus efficace, donc introduire plus systématiquement le calcul du retour sur investissement (ROI) dans le choix des interventions à développer. Le National Health Service (NHS) britannique a bien exploré le sujet. Parmi les mesures les plus efficaces en matière de ROI, la moitié est en dehors du système de santé et pratiquement toutes sont d'ordre territorial (à proximité des individus au niveau des collectivités territoriales), et l'autre moitié liée au système de santé. Les 20 interventions les plus rentables en matière de retour sur investissement sont toutes communautaires, avec un rendement compris entre 6,90 et 34,75 £. La plus efficace, c'est d'adapter les logements (ROI : 35). En toute logique, les interventions sur les populations les plus jeunes en matière d'éducation sont les plus rentables. Pour les professionnels de santé, les former aux interventions brèves pour inciter à l'activité physique fait un bon score (ROI : 25).

Le récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) « La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et de promotion santé » insiste justement sur « la construction (peu développée en France) de telles preuves scientifiques pour fonder les actions de prévention et promotion de la santé ».

• **Développer la responsabilité populationnelle des offreurs**

L'approche populationnelle a pour objectif de caractériser la population d'un territoire, la segmenter (espérance de vie, mortalité évitable, mortalité prématurée) et d'adapter les actions en fonction des sous-populations. C'est une manière efficace de réduire les inégalités sociales.

L'implication des professionnels, cela dit, reste primordiale en développant en particulier le principe du « *making every contact count* », qui consiste à mettre à profit les millions

de contacts des individus avec le système de santé quel qu'en soit le motif, pour aborder le sujet de la prévention en fonction des spécificités de chacun. Le mode de rémunération des professionnels est à cet égard déterminant : ainsi, la capitation est bien plus propice à la prévention (primaire ou secondaire) que le paiement à l'acte. En insistant bien sur le fait que la prévention n'est pas l'affaire que des médecins.

• **Impliquer les collectivités territoriales**

Les collectivités territoriales ont bon nombre des leviers pour agir sur les déterminants de santé : logement, transports, aménagement de la ville, école, cantine scolaire, etc. Et les maires sont de plus en plus convaincus de l'importance de leur rôle en la matière.

Certes, des résultats ont, en matière de prévention, été obtenus au cours des dernières années.

Le tabagisme reflue un peu. Santé publique France révélait récemment qu'après une période de stabilité pendant le Covid-19, la part des fumeurs quotidiens est repartie à la baisse. En 2023, la France comptait 23,1 % de fumeurs quotidiens parmi les 18-75 ans, 20,9 % chez les femmes et 25,4 % chez les hommes. Un niveau aussi bas n'avait jamais été atteint depuis 2000, année à partir de laquelle ce type d'étude a été réalisé avec une telle méthodologie. Mais le tabagisme occasionnel progresse : 8 % en 2023, contre 7,4 % en 2022 et 6,6 % en 2021 avec le risque que ceux-ci deviennent des fumeurs quotidiens.

La campagne « Mois sans tabac » est un bon exemple d'action couronnée d'un certain succès. Elle permettrait, selon ses promoteurs, d'éviter à l'horizon 2050 : 241 000 cas d'infections respiratoires basses, 210 000 cas de troubles musculo-squelettiques, 44 000 cas de bronchopneumopathies chroniques obstructives, 28 000 cas de cancers imputables au tabac, 18 000 cas de maladies cardiovasculaires, 8 000 cas de démence et 4 000 cas de diabète. Elle permettrait de gagner 107 000 années de vie et 149 000 années de vie corrigées de l'incapacité, d'économiser en moyenne 94 millions d'euros par an en dépenses de santé et d'augmenter l'emploi et la productivité du travail de 2 800 équivalents temps plein par an pour une valeur estimée à 85 millions d'euros (contre un coût moyen annuel de « Mois sans tabac » de 12,5 millions d'euros sur la période 2016-2021). Le retour sur investissement de l'opération « Mois sans tabac » est largement favorable, de l'ordre de 7 euros économisés en dépenses de santé pour 1 euro investi. Ces résultats incitent à poursuivre le déploiement de cette importante opération de santé publique.



Quatre mesures concrètes, engageantes et motivantes pour sortir enfin le système de santé de l'impasse



De même, la vente et la consommation quotidiennes et hebdomadaires d'alcool tendent doucement, sur une longue période, à diminuer en dépit des alcoolisations ponctuelles importantes qui se développent dans certaines populations.

L'exercice physique également semble sur une bonne pente avec en particulier les plans vélo.

Mais il n'en demeure pas moins que ces progrès sont très insuffisants. La problématique est d'une tout autre ampleur. Elle est multifactorielle et concerne tant les politiques, les pouvoirs publics, les institutions que les acteurs et professionnels de santé et les citoyens. Il faut changer de braquet. C'est pourquoi nous proposons une démarche mobilisatrice pour sortir des cénacles spécialisés, de l'éparpillement et des demi-mesures en s'appuyant sur les citoyens.

Organiser une Convention citoyenne d'un genre nouveau sur la prévention en santé pour faire pression sur les responsables politiques nationaux et territoriaux

La prévention en France, on l'a vu, est éparpillée, sans pilotage national, ni coordination, ni objectifs ou priorités clairs et partagés. Elle n'est pas évaluée et ses financements sont dispersés. Il faut sortir de cette gangue d'inefficacité. En prenant l'opinion publique à témoin et en la mobilisant. *La prévention en santé ne mérite-t-elle pas un effort comparable à celui pour le climat et la fin de vie ?*

La prévention, on l'a vu, est multiple, concerne tout le monde et toutes les politiques publiques. Le système de soins, essentiel, ne compte que pour 20 % dans les actions de prévention. Il s'agit d'un changement de société qui doit s'appuyer sur l'ensemble des citoyens et des parties prenantes. *L'enjeu est majeur et mobilisateur : réduire les maladies, vivre mieux et plus longtemps en bonne santé physique et mentale sans invalidité.*

La Convention citoyenne doit être organisée pour permettre :

- **Une prise de conscience** de l'importance de la prévention ;
- **D'informer les Français et de débattre** concernant les enjeux et les outils de la prévention ;
- **De déterminer les moyens d'y arriver** par l'implication de toutes les parties prenantes. Soulignons un thème peu connu qui apparaît pourtant de plus en plus majeur : le développement en France de démarches sur les compétences psychosociales, en particulier en direction des enfants et des adolescents – celles-ci, encore trop timidement engagées en France, sont efficaces en matière de santé mentale et de lutte contre les addictions ;
- **Et surtout de faire pression sur les pouvoirs publics** tant nationaux que locaux et sur les professionnels et les acteurs.

Les Conventions citoyennes pour le climat et sur la fin de vie ont eu un retentissement très important. Elles ont suscité le débat. Elles ont permis une prise de conscience. Elles ont été un moyen de pression majeur. Fort des acquis de ces deux Conventions citoyennes, quant à la méthode, il est possible en gommant les quelques ratés de l'appliquer à la prévention en santé.

Pour les 150 membres de la Convention citoyenne pour le climat, le bilan est riche : « Nous avons vécu ensemble, pendant neuf mois, une expérience humaine inédite et intense, qui nous a amenés à prendre conscience de l'impérieuse nécessité d'un changement profond de l'organisation de notre société et de nos façons de vivre. » Chacun est devenu un ambassadeur : « En dehors des sessions de travail qui nous ont réunis, beaucoup d'entre nous se sont fortement investis dans leur territoire pour partager notre mission, notre prise de conscience et nos ambitions. Nous avons souhaité le faire, car c'est à nous de faire vivre et protéger l'endroit où nous vivons. Nous avons ainsi écouté nos amis, voisins, concitoyens, des associations, des élus et des institutions locales et nationales. Ces rencontres nous ont permis de recueillir toute l'expérience et tous les ressentis de nos interlocuteurs, et ainsi confronter nos réflexions collectives à la réalité quotidienne, mais aussi aux enjeux économiques, géographiques, politiques et sociaux de chaque territoire. »

Quant à la Convention citoyenne sur la fin de vie, les 184 citoyennes et citoyens « tirés au sort, riches d'une diversité d'origines, d'expériences et d'opinions » insistent sur la méthode développée au Conseil économique,





social et environnemental (CESE) : « Nos constats et nos propositions sont issus d'un exercice collectif et démocratique. Pendant 27 jours, nous avons croisé nos regards et confronté nos points de vue... » Là aussi, le retentissement a été majeur dans la société.

Il s'agira en formant un panel de citoyens de déterminer les actions à mener dans chaque secteur ainsi que de mettre les pouvoirs publics, les élus, les industriels, les urbanistes, les professionnels et acteurs de santé, les patients et les citoyens eux-mêmes, etc., devant leurs responsabilités.

RÉFÉRENCES

Prévention en santé. Créer un choc de cohérence et d'efficacité au plus près des citoyens en clarifiant le partage des responsabilités, Think Tank Économie Santé 2022.

La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies, communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, Cour des comptes, novembre 2021.

La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et de promotion santé, Inspection générale des affaires sociales (Igas), octobre 2024.

Prévention en santé. Feuille de route 2023-2027, Cyrille Isaac-Sibille, député du Rhône, Franck Chauvin, professeur en santé publique, et Xavier Iacovelli, sénateur des Hauts-de-Seine, juillet 2023.

Épidémiologie des maladies cardiovasculaires en France. Santé cardiovasculaire, de nombreux défis à relever!, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Santé publique France, hors-série, 4 mars 2025.

Paving a new pathway to prevention : leveraging increased returns on our collective investment, Michael Wood, Asha Patel et Ben Richardson, NHS Confederation, octobre 2024.

Projet stratégique 2025-2030, Haute Autorité de santé (HAS), janvier 2025.

Rapport final de la Convention citoyenne. Les propositions, Convention citoyenne pour le climat, janvier 2021.

Rapport de la Convention citoyenne sur la fin de vie, Conseil économique, social et environnemental (CESE), avril 2023.



► LA RÉVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ

L'organisation de la santé au niveau de chaque territoire, c'est un peu comme la prévention en santé, tout le monde s'accorde pour dire que c'est la solution.

C'est logique. C'est au plus près des besoins de santé de la population dans chaque territoire ou bassin de vie que pourront être adaptées les solutions disponibles, à partir d'un diagnostic partagé. Mais, là aussi, on bute sur une sorte de nébuleuse qui fait que les choses n'avancent pas. Des rapports sont publiés, des ministres sont mobilisés, des lois sont votées, des expériences lancées, des outils de coordination inventés (groupements hospitaliers de territoire [GHT], communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS], etc.).

La loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) de juillet 2009

de Roselyne Bachelot, qui a instauré les ARS (agences régionales de santé) réunissant sept administrations, avait déjà pour objectif une meilleure coordination et donc efficacité. Dix ans plus tard et après une nouvelle loi (celle de Marisol Touraine), la commission des Affaires sociales du Sénat déplore l'inefficacité des mesures prises. Dans une note de synthèse, elle fait un premier « bilan des outils destinés à organiser la coordination entre les acteurs de santé au niveau des territoires, en particulier les CPTS et les GHT ». Les sénateurs rappellent l'exigence de développer des coopérations en partant des besoins des territoires et notent qu'à cette époque le chemin tant pour les CPTS que pour les GHT paraît encore long.

En 2022, le Sénat, dans son impressionnant rapport « Hôpital : sortir des urgences »,

consacre un chapitre au titre explicite : « Fédérer les acteurs locaux de santé pour mieux répondre aux besoins sur les territoires ». Les sénateurs insistent sur « la nécessité absolue d'un décroisement de l'organisation des soins ». Les outils sont là, en particulier le projet régional de santé et le projet territorial de santé. Mais ce dernier n'est pas obligatoire et est peu utilisé. Déjà, il est martelé que ce sont « tous les acteurs d'un territoire qui doivent se coordonner et répondre ensemble aux besoins de santé d'un territoire sous la forme d'une responsabilité populationnelle partagée. Les modalités de réponse pourront varier selon les ressources disponibles de chaque secteur. Ce projet territorial doit définir un projet de santé avec de réelles priorités, adapté aux besoins du territoire et contractualisé financièrement avec les ARS ».

En 2024, la Cour des comptes indique que « le contraste est important

entre l'ambition des mesures annoncées et le « sentiment d'abandon » que peuvent connaître les habitants des territoires les plus fragilisés ». La Cour analyse en détail le cas de l'Aveyron et note que « le seul soutien aux projets établis par les professionnels de santé libéraux, même regroupés sur une base interprofessionnelle, ne suffit pas, car subsistent des territoires carencés, privés de relais ou de « locomotives » ». Et appelle à « l'identification d'une chaîne de décision, depuis le repérage des difficultés jusqu'à la définition de plans d'action prioritaires par territoire, puis à des bilans périodiques et des réajustements en fonction des premiers retours ». Tout en soulignant qu'un « partenariat avec les professionnels libéraux » est indispensable : « Lorsque les interventions peuvent s'appuyer sur les projets de santé élaborés par les professionnels, elles se révèlent efficaces. »

Une nouvelle ministre (Agnès Firmin-Le Bodo, 2022-2023) a même été chargée de « l'organisation territoriale et des professions de santé ».

Elle ne ménagera pas sa peine et déclarait en janvier 2023 que c'est en effet mieux de « s'organiser à l'échelle départementale, des bassins de vie pour définir, territoire par territoire, les besoins de santé et les solutions les plus adaptées... par une mobilisation et une responsabilisation de tous : État et collectivités, ville et hôpital, privé et public pour un pacte territorial ».

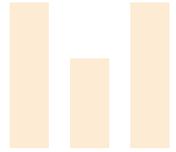
Le Think Tank Économie Santé exhortait en 2023 à créer des « coalitions de santé territoriales »

en impliquant et en responsabilisant globalement toutes les parties prenantes, avec un financement dédié et une obligation de résultat.

Force est de constater que, malgré toutes ces initiatives, il y a loin de la coupe aux lèvres.



► LA RÉVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ (suite)



Donner vraiment la capacité aux territoires de s'organiser par des synergies d'intérêt et la régulation de la concurrence

En fait, l'organisation territoriale de la santé a, au cours des dernières années, buté sur une difficulté majeure et très ancrée. Celle qui fonde les relations entre professionnels et acteurs de santé : la concurrence. Qui entrave toute synergie.

Certes, la concurrence peut participer à la qualité, mais elle ne doit pas empêcher la complémentarité et la solidarité.

L'enjeu, le but (et la condition sine qua non) de la révolution de l'organisation territoriale de la santé, c'est que les professionnels et acteurs travaillent ensemble, en synergie et solidarité et non plus en concurrence et chacun de son côté. Or, c'est encore trop souvent le cas aujourd'hui, car les fondements du modèle économique actuel reposent sur la concurrence. On peut mettre tous les outils et modèles de coopération en place (et ils sont nombreux), cela ne sera pas très efficace tant que les professionnels ne coopéreront pas et auront un intérêt à agir en quelque sorte l'un contre l'autre, tant les libéraux et les hospitaliers entre eux, les libéraux avec les hospitaliers et les publics avec les privés.

Prenons un exemple : les médecins n'ont pas de responsabilités populationnelles

(sauf pour les urgences, mais cette obligation repose sur le volontariat). Au Québec, le Code de déontologie inscrit dans les devoirs des médecins une responsabilité populationnelle : « Le médecin doit collaborer avec les autres médecins au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès » (chapitre II, 3,1). En France, un code de déontologie comparable induirait une obligation déontologique de participer à une CPTS, de respecter les règles et les préconisations de la CPTS. En France, un médecin est responsable uniquement des patients qu'il choisit et pas d'une population. Au Québec, le médecin a aussi une responsabilité relative aux ressources du système de santé : « Le médecin doit utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé » (chapitre II, 12). Il doit collaborer avec les autres professionnels de la santé et les autres personnes habilitées dans la prestation de soins de santé à un patient, c'est une obligation déontologique. En France, le Code de déontologie précise dans son article R.4127-8 simplement que le médecin « doit, sans

négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ». En outre, toujours en France, la régulation de la médecine libérale passe surtout par la négociation conventionnelle avec l'Assurance maladie, donc par le financement et la rémunération, ce qui corsete et limite les possibilités. Ne faudrait-il pas revoir les missions déontologiques de chacun pour sortir de l'impasse ? La réponse est dans la question. L'enjeu est important.

Dans ce même ordre d'idées, le rapport public thématique de la Cour des comptes d'octobre 2023, peu remarqué et pourtant capital, enfonce bien le clou. Son titre est explicite : « Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité ».

La Cour constate que les offres hospitalières publiques et privées « continuent à évoluer de manière séparée. La concurrence sur les courts séjours s'intensifie depuis 2014 dans les métropoles tandis que le secteur public assure de plus en plus, et presque exclusivement, la couverture des besoins sur l'ensemble du territoire ainsi que les soins pour les pathologies les plus sévères ou dans les contextes sociaux les plus difficiles », même si une analyse fine, précise l'institution, impose de nuancer ce constat dans certains cas. « L'analyse territoriale fine fait ressortir des différences significatives. Les prises en charge au titre de la chirurgie sont majoritairement privées et, dans certains territoires défavorisés, des établissements privés accueillent plus de bénéficiaires de l'assurance complémentaire santé solidaire (pour les plus défavorisés) que les établissements publics. » Les différences de statut et de modèles économiques sont déterminantes et expliquent cette situation. « La conception historique du service public hospitalier s'est progressivement brouillée. » La Cour appelle ainsi à une « clarification sur l'ensemble du territoire national au regard de la nécessité pour les usagers de pouvoir accéder aux soins dans des conditions financières, géographiques et temporelles correspondant à leurs besoins, quel que soit le statut de l'établissement en mesure de les prendre en charge ». C'est une petite révolution. Car la Cour préconise que les ARS puissent « contraindre les opérateurs et les praticiens à coopérer



d'avantage à partir d'un contenu revitalisé du service public hospitalier » en utilisant l'arme des autorisations délivrées. « Un principe simple pourrait prévaloir : tout établissement de santé autorisé et financé par la solidarité nationale doit participer à la mise en place effective d'un service public hospitalier performant à l'échelle du territoire considéré, en fonction de sa capacité d'accueil, des spécialités qu'il exerce et en réponse aux besoins concrets des patients. » En veillant à un traitement équitable des demandes d'autorisations de matériel lourd et/ou d'activités, de même pour la rémunération des gardes effectuées, quel que soit celui qui la fait.

Quelle méthode ? Une organisation territoriale, ne nous y trompons pas, sert à répartir les contraintes.

Il faut créer des synergies d'intérêt dans un cadre clair :

- **Première étape : établir un diagnostic précis.** Ce constat doit engager en toute transparence toutes les parties prenantes dans les 450 à 480 bassins de vie, avec les données de l'Assurance maladie et des observatoires régionaux de santé (ORS). Ces derniers, mal connus et sûrement pas assez sollicités, ont justement pour mission l'aide à la décision au sein des territoires par l'analyse de l'état de santé des populations, l'apport d'une expertise aux partenaires et acteurs régionaux dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé et des actions adaptées aux besoins de la population. Ces données territoriales de santé doivent être bien évidemment structurées et surtout lisibles par les non-spécialistes. Les ARS disposent aussi de nombreuses informations recueillies dans le cadre de l'élaboration des projets régionaux de santé.
- **Prioriser les plans d'action** avec un ciblage des territoires les plus en difficulté.
- **Mettre le marché dans les mains des professionnels et acteurs de santé de chaque territoire**, ce qui suppose une vraie implication de tous (libéraux et hospitaliers, publics et privés) et un recours aux nouvelles compétences confiées à d'autres professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, etc.) en fonction des besoins du territoire, la création de véritables parcours de soins visibles par la population incluant les professionnels de ville et des établissements avec l'espace numérique en santé comme outil de coordination autour de l'équipe de soins choisie par le patient. L'organisation d'un « conclave » dont les participants ne retrouveront « la liberté » qu'à partir du moment où un plan d'action aura été décidé est une

solution, comme proposé dans la Recommandation du Think Tank Économie Santé 2019. Cette problématique se pose d'ailleurs avec acuité pour la permanence des soins (les gardes) en ville comme à l'hôpital. Des solutions sont proposées, les esprits se rapprochent. Pour les établissements hospitaliers, la Fédération hospitalière de France (FHF) a appelé début 2025 de ses vœux à une organisation responsable, solide et équilibrée et surtout à sortir de « la logique de concurrence » entre le public et le privé. Six syndicats de médecins libéraux et la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ont indiqué en réponse qu'ils étaient prêts à travailler sur une « responsabilité territoriale ».

- **Confier aux agences régionales de santé la responsabilité et l'obligation** de créer les conditions de l'émergence de ces synergies d'intérêt et de veiller à leur application. Elles doivent jouer le rôle de facilitateurs, car il y a sur le terrain des contradictions parfois vives entre les acteurs. Pour cela, il est indispensable que le droit de dérogation des ARS soit accru, car le système actuel repose sur un enchevêtrement de réglementations sédimentées au cours du temps qui entravent les acteurs de terrain.
- **Établir des indicateurs** pour mesurer les résultats concrets.
- **Ne pas saupoudrer** les financements.
- **Associer les collectivités territoriales et l'opinion publique** de chaque territoire.

Du concept à la réalisation

La question est de savoir comment, en France, passer du concept à la réalisation d'un système de santé territorial et populationnel à une large échelle et faire en sorte que chaque territoire s'immerge et navigue avec aisance dans cette nouvelle façon d'organiser la santé. Pour cela, de nombreuses expérimentations existent dans le monde. En particulier au Pays basque espagnol, mais aussi en France. Depuis 2019, la FHF développe et expérimente, avec l'aide au départ de 5 territoires (bientôt 20) pour deux pathologies (le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque), un modèle d'intégration clinique fondé sur le principe de la « responsabilité populationnelle ». De riches et nombreux enseignements peuvent déjà en être tirés, sans craindre de tomber dans un hospitalo-centrisme débridé. Les premiers résultats montrent une augmentation de la qualité et de la quantité des services, un coût par patient moindre et un plus grand nombre de patients pris en charge. Les systèmes d'information sont bien évidemment essentiels, de même que l'interopérabilité. Ce programme dispose d'une expérience et d'un acquis assez impressionnants, tant





en matière de méthode que de mobilisation des acteurs. Comment ça marche ? Une « coalition territoriale d'acteurs de santé » élabore, en fonction de la segmentation de la population pour chaque pathologie, une prise en charge clinique correspondant aux caractéristiques des patients dans chaque strate. Chaque profil de patient est relié à des actions appropriées en fonction des ressources du territoire. Les réunions cliniques permettent de développer un programme de santé intégré à l'échelle territoriale. L'objectif, c'est de développer un modèle d'intégration clinique suffisamment flexible pour tenir compte des spécificités territoriales, mais suffisamment robuste pour être généralisable. Et aussi un modèle qui soit également utilisable pour d'autres populations cibles.

La France doit sans tarder engager la bascule vers un système de santé préventif, territorialisé et populationnel. Et pour cela, le rôle de chacun doit bien être défini.

L'État doit affirmer l'échelle territoriale et la nécessité du travail en commun des acteurs de santé et en préciser les

attendus (programme clinique élaboré avec l'ensemble des acteurs en fonction de la stratification de la population, parcours territoriaux de soins). Il doit équiper les territoires : mobilisation des données de santé, système d'information.

Les ARS et les CPAM doivent contractualiser avec les territoires, les financer et les évaluer

Il s'agit bien de construire des coalitions territoriales d'acteurs de santé, qui doivent avoir intérêt à agir en ce sens sans alourdir les charges administratives et en se concentrant sur la clinique.

Il est grand temps aujourd'hui de se focaliser par souci d'efficacité sur cette révolution de l'organisation territoriale de la santé, d'en tirer toutes les conséquences et de ne pas s'arrêter au milieu du gué par frilosité ou crainte des corporatismes. Les pouvoirs publics doivent en faire une priorité affichée forte. C'est en outre une opportunité pour donner de nouvelles perspectives attrayantes aux soignants et sortir de la sinistrose actuelle.

RÉFÉRENCES

Une nouvelle méthode pour transformer le système de santé. Globale, impliquant et responsabilisant tous les acteurs simultanément sur chaque territoire avec un financement dédié et marquant une rupture, Think Tank Économie Santé 2023.

Organisation territoriale de la santé : accompagner les dynamiques locales sans imposer de modèles uniformes, note de synthèse, commission des Affaires sociales, Sénat, 15 mai 2019.

Hôpital : sortir des urgences, rapport de Commission d'enquête, Sénat, mars 2022.

L'organisation territoriale des soins de premier recours, cahiers territoriaux, rapport public thématique, Cour des comptes, mai 2024.

Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité, rapport public thématique, Cour des comptes, octobre 2023.



► PERTINENCE DES SOINS : NE PLUS TOURNER AUTOUR DU POT

Là encore, depuis des dizaines d'années, la pertinence des actes et des soins est brandie par tous (ou presque) comme l'une des solutions clés pour une meilleure médecine – sobre – au profit des patients avec moins d'effets secondaires indésirables et aussi et surtout avec l'espoir de supprimer les « gaspillages » de l'ordre de 20 % environ, soit 50 Md€ pour l'Assurance maladie. Une manne qui pourrait combler les déficits et surtout permettre d'investir là où les besoins sont aujourd'hui criants. Mais, là aussi, personne (ou presque) n'a intérêt à agir et à faire de la pertinence.

Il y a cinq ans, en 2019, nous avons proposé une Recommandation sur la pertinence des soins avec huit préconisations. L'historique brossé à l'époque, à partir de 1992 et le rapport Béraud, montrait bien le cortège impressionnant à la fois d'initiatives et de freins et difficultés bien ancrés dans le système. Si bien qu'on a peu progressé en ce domaine.

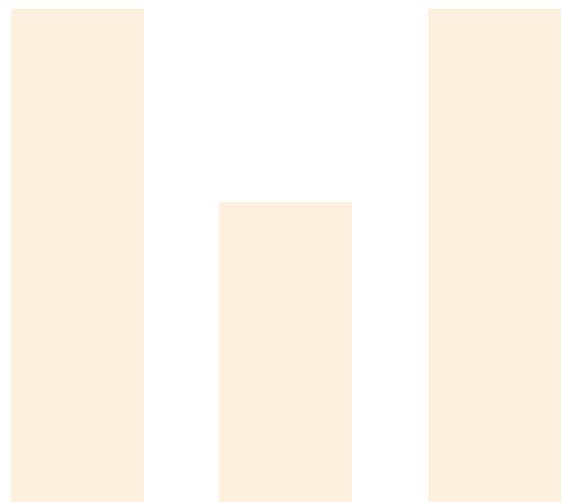
Nous recommandons en particulier :

- **De mobiliser les professionnels** en leur donnant les moyens d'analyser leurs pratiques et de partager les informations ;
- **D'investir résolument** sur les données de santé ;
- **De sommer les Conseils nationaux professionnels (CNP)** de produire chaque année au moins cinq recommandations « pertinentes » de pertinence de soins et de veiller à leur appropriation par les professionnels de santé ;
- **Et enfin et surtout de diminuer la tarification à l'activité** dans les établissements et d'augmenter les rémunérations forfaitaires face aux paiements à l'acte pour les libéraux.

Des déclarations, en particulier du président de la République, ont marqué les esprits et des initiatives ont été prises. Le mouvement est lancé. Il faut maintenant l'amplifier résolument. En associant vraiment les professionnels de la santé, car rien ne pourra se faire sans leur participation.

L'Assurance maladie s'investit aussi pour la pertinence des soins. La convention médicale qui s'applique à partir de janvier 2025 vise à favoriser le bon usage des soins et la prescription raisonnée. L'Assurance maladie précise que « plusieurs dispositifs d'intéressement encouragent des pratiques médicales optimisées : la prescription de biosimilaires, la déprescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Ces dispositifs

permettront un partage financier des économies générées entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux. Les 15 programmes d'actions autour de la pertinence et la qualité des soins, reposant sur des recommandations scientifiques reconnues, entrent également en vigueur et concernent notamment : la prescription d'arrêts de travail, la juste prescription des dispositifs médicaux du quotidien, la lutte contre l'antibiorésistance, la limitation de la polymédication, le bon usage des analgésiques, des IPP ou encore la réalisation de dépistages précoces. Chaque programme inclut des objectifs chiffrés cibles et des engagements réciproques ». Un Observatoire dédié à la pertinence et à la qualité des soins sera également mis en place pour assurer le suivi des objectifs fixés. La convention prévoit aussi la mise en place, avec les praticiens, de groupes d'amélioration des pratiques pour que ceux-ci s'approprient l'objectif de réduction des prescriptions inadéquates. Reste à savoir si cette belle organisation et ce dispositif d'amélioration des pratiques seront cette fois-ci réellement efficaces. Des syndicats libéraux dénoncent une usine à gaz. Un syndicat de médecins généralistes a déjà annoncé début 2025 qu'il allait en quelque sorte entrer en résistance au motif qu'un seul organisme de formation sera retenu pour l'ensemble d'une région... et qu'en conséquence son organisme de formation ne participera pas à l'appel d'offres, bloquant ainsi le système. Ce type de guérilla est fréquent depuis des années tant pour la pertinence des soins que pour la formation continue et l'obligation de certification périodique des professionnels de la santé. C'est bien là la difficulté.





Impliquer fortement et clairement les professionnels de santé en créant une *task force*, en multipliant les registres et en augmentant les rémunérations forfaitaires

La pertinence des soins ne peut être organisée que par les professionnels eux-mêmes, car on est au cœur de l'activité de soins et seul le soignant est à même avec son patient d'appréhender correctement et précisément la situation.

Par quel mécanisme les soignants pourront-ils inclure la pertinence dans leurs pratiques quotidiennes? Et sans réinventer une nouvelle usine à gaz. Nous avons donc proposé en 2019, entre autres, de « sommer les Conseils nationaux professionnels (CNP) de produire chaque année au moins cinq recommandations "pertinentes" de pertinence des soins et de veiller à leur appropriation par les professionnels ». Cinq ans après, force est de constater que cela n'a pas été un succès. En partie sûrement, car ce n'est pas simple. Il s'agit de remettre en cause ses habitudes, de convaincre ses patients (« Docteur, pour mon genou, c'est une IRM qu'il me faut »), de revoir pour chaque soignant son modèle économique, etc.

Pourtant, la notion de pertinence des actes et des soins continue de faire son chemin.

L'un des plus importants syndicats de médecins libéraux, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), dans son magazine lançait début 2025 un mot d'ordre sans équivoque : « Engageons-nous dans la pertinence. » À défaut, son président, lucide, alertait : « Les médecins mais aussi tous les acteurs de notre système de santé continueront à subir des coûts de rabot budgétaires. Imaginer, comme le clament certains, que la part de la santé dans le PIB va croître est un leurre et un mensonge. La France est en retard sur la culture de la pertinence des soins. » Il détaillait les pistes : indicateurs de résultats intégrés dans les autorisations des activités de soins et de certification des praticiens, augmentation de la part de la rémunération à la qualité, transparence et accessibilité des données de santé pour que les patients puissent s'orienter dans le système de santé et que les professionnels de santé puissent comparer leurs pratiques.

La mise en œuvre des actions de pertinence suppose que les acteurs soient fortement incités à se coordonner au double niveau clinique et territorial. Un des enseignements de la démarche menée au Pays basque espagnol est l'importance du dialogue en proximité avec les acteurs du

soin ; ainsi, outre-Pyrénées, sont organisées des rencontres régulières entre la structure de coordination de proximité et chaque médecin du territoire.

Les CNP et la Fédération des spécialités médicales (FSM) qui les regroupent ne sont pas restés les deux pieds dans le même sabot. Les CNP, structures fédératives médicales, ont un poids et un intérêt majeurs.

Ils rassemblent au sein d'une même entité toutes les composantes d'une spécialité médicale : sociétés savantes, collèges, syndicats, associations de FMC et d'évaluation des pratiques. Les CNP et la FSM préconisent la création d'une task force et la multiplication des registres. C'est assurément une opportunité à saisir. La structuration des CNP médicaux permet en effet de contribuer à la réflexion sur la pertinence des soins et des parcours. Il est urgent que les CNP s'emparent du sujet. Mais la pertinence ne relève pas strictement des missions des CNP, donc rien ne les y oblige. De plus, sans accès aux données, aucune pertinence ne pourra être effectuée pour mesurer les indicateurs avant et après les changements de pratique.

Pour enfin avancer :

- **Charger officiellement les CNP de la pertinence.** Deux possibilités : soit les autorités de santé saisissent les CNP pour effectuer de véritables documents de pertinence, soit la loi est changée pour que la pertinence fasse partie des missions des CNP ;
- **Autoriser l'accès des CNP au Système national des données de santé (SNDS)** pour pouvoir évaluer les données et voir l'évolution à travers des campagnes de sensibilisation ;
- **Demander aux CNP de faire du « public reporting »** (diffusion publique des actes de soins) à partir de registres ou du SNDS (pratique courante dans les autres pays) ;
- **Que la FSM promeuve la pertinence** auprès de ces 41 CNP.

Sur les parcours de soins, le constat que font les CNP est que les initiatives prises dans ce domaine par les différents intervenants (CNAM, HAS et ministère de la Santé) ne sont pas coordonnées, voire sont parfois concurrentes et reposent sur des méthodologies très différentes. Il est nécessaire, soutiennent-ils, d'harmoniser

Quatre mesures concrètes, engageantes et motivantes pour sortir enfin le système de santé de l'impasse



la façon de travailler sur ces sujets, de redéfinir ensemble la méthodologie de construction des nouveaux modes de financement – financement au parcours, financement à la qualité – avec une implication plus forte des médecins de manière à restaurer un climat de confiance, seul susceptible de permettre de parvenir à des résultats. Le fait que les CNP réunissent dans chaque spécialité l'ensemble des structures représentatives avec une parité entre les deux modes d'exercice (libéral et hospitalier) est un élément clé permettant d'aboutir à des positions communes.

Une proposition issue des réflexions associant l'ensemble des CNP serait de créer une task force pluridisciplinaire FSM/CNP/CMG (Collège de médecine générale) et associations de patients bien identifiée, dédiée à la définition des *indicateurs de résultats* en s'appuyant sur ceux développés en France par les spécialités et à l'international (initiatives ICHOM, PREMs, PROMs, DICA, Choosing Wisely, etc.). Les indicateurs qualité sont aujourd'hui centrés sur les processus et pas sur les résultats des soins en matière de qualité de vie et de résultats cliniques. Les indicateurs tels que les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) ont permis de faire des avancées, mais les attentes des associations de patients sont clairement de disposer d'indicateurs prenant davantage en compte les résultats.

Dans son rapport d'avril 2019, « Système de santé : soyez consultés ! », l'Institut Montaigne constatait qu'« en France la qualité des soins est plus une affaire de processus et de moyens que de résultats réels ». Il plaide pour « rendre accessible aux patients l'information sur la qualité et la sécurité des soins ». Il propose également la mise en œuvre d'une task force pluridisciplinaire associant le ministère, l'Assurance maladie, la HAS, France Assos Santé et la FSM, qui aurait pour mission de définir un set d'indicateurs par pathologie (selon neuf groupes de prise en charge), en se fondant sur les indicateurs développés au niveau international.

Les registres de pratiques que la FSM et les CNP ont mis en place d'abord dans les spécialités chirurgicales, puis dans d'autres spécialités permettent de mettre en évidence ces indicateurs et constituent certainement un outil important pour contribuer à la pertinence des actes, à leur évaluation et, d'une manière générale, à l'amélioration des pratiques. C'est une des raisons pour lesquelles de nombreux CNP prévoient une participation aux registres dans le cadre de

leur référentiel de certification. La FSM se réjouit également que le renseignement des registres devienne obligatoire pour les établissements dans la réforme des autorisations de chirurgie en cours de déploiement. Ces registres peuvent également accueillir des études post-inscription de DM, des PHRC (programmes hospitaliers de recherche clinique) ou d'autres études mises en place par les spécialités. Plus récemment, le Haut Conseil des nomenclatures (HCN) de la CNAM a choisi de confier aux CNP et à la FSM les registres qu'il souhaite voir créés pour l'évaluation des nouveaux actes.

Ces registres, sous l'égide d'un comité dédié de la FSM au sein duquel siège France Assos Santé, devraient contribuer à renforcer l'autorégulation des pratiques médicales par les CNP, qui auraient comme mission de veiller à l'application des bonnes pratiques en construisant des programmes d'amélioration de la qualité à partir des indicateurs de résultats. Ils doivent également permettre de développer la notion d'une amélioration constante des pratiques par une actualisation des indicateurs qu'ils procurent et par la formation qui en découle. On peut ainsi imaginer une roue de Deming des registres, avec des référentiels « en auto-actualisation ».

Dans leur rapport « Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants » de février 2024, les membres de l'Igas Isabelle Benoteau, Véronique Guillermo et Pierre Ricordeau notent que : « **La qualité doit être mesurée au plus près de l'activité de soins, ce qui requiert un suivi régulier des indicateurs qui soient restituables à l'échelle des services ou unités.** Le dispositif doit inclure des indicateurs de résultats des soins par pathologie pour les patients, tant du point de vue clinique que du point de vue des patients. » Ils relevaient également qu'en complément du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), le développement des registres de pratiques portés par les professionnels pourrait être encouragé si cette option s'avérait la plus efficace ». Ils notent enfin que ce développement « fortement encouragé par la Fédération des spécialités médicales » soulève toutefois des enjeux importants.

Cette culture des registres va certainement, en effet, nécessiter des financements dédiés. Mais ces outils vont vraiment contribuer à l'amélioration de la pertinence des soins.



► **PERTINENCE DES SOINS : NE PLUS TOURNER AUTOUR DU POT (suite)**

Une autre voie doit être renforcée : l'utilisation de la certification périodique, qui a le mérite d'exister après des années de palabres. Celle-ci concerne les professionnels de santé à ordre (chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinés, médecins, pédicures-podologues, pharmaciens et sages-femmes). Elle repose sur « le choix d'un programme individuel de formation. Les actions menées doivent notamment permettre l'amélioration des compétences et des connaissances, contribuer au renforcement de la qualité des pratiques et améliorer la relation avec les patients ». Le praticien devra « se référer aux référentiels de certification élaborés par les Conseils nationaux professionnels (CNP), conformément à la méthodologie définie par l'arrêté ministériel du 9 février 2023 proposée par la Haute Autorité de santé. Le contrôle du respect de l'obligation de certification périodique est confié aux ordres professionnels : tous les 6 ans, avec une exception à 9 ans pour la première période de certification pour les professionnels de santé déjà en exercice au 1^{er} janvier 2023 ».

Faudra-t-il attendre 2032? La pertinence est une telle priorité qu'il faut manifestement réduire ces délais.

Un versant important de la pertinence, c'est l'intérêt à agir. Ce qui revient à aborder la rémunération des professionnels en ouvrant la voie à une part de rémunération forfaitaire par rapport au

paiement à l'acte en ville ou à la tarification à l'activité à l'hôpital, tous deux inflationnistes en ce qui concerne les actes. Cette tendance prend corps, même si certains y sont très opposés. La récente convention médicale fait une timide percée. Elle permet depuis le début de cette année aux médecins volontaires exerçant en groupe et travaillant avec d'autres professionnels d'être rémunérés sous une forme intégralement forfaitaire.

N'oublions pas pour autant, comme les études le montrent, qu'aucun dispositif de rémunération ne permet de réaliser tous les objectifs contenus dans l'efficience : qualité, pertinence, rendement (ce dernier en particulier pour éviter les files d'attente et les pertes de chance). C'est pourquoi une rémunération mixte est le plus souvent préconisée, avec des dosages différents selon la dimension prioritaire (beaucoup de paiement à l'acte = priorité à la productivité; forfait ou capitation = priorité à la prévention, mais ne convient que pour les patients chroniques ou polyopathologiques, comme les personnes âgées). À cet égard, d'ailleurs, l'Allemagne démontre que les médecins peuvent avoir une part forfaitaire assez élevée et un niveau global de rémunération enviable, supérieur à celui des médecins français.

En matière de pertinence des soins et des actes, là encore, le portage politique est déterminant.

RÉFÉRENCES

Huit préconisations pour améliorer la pertinence en santé, Think Tank Économie Santé 2019.

Système de santé : soyez consultés!, rapport, Institut Montaigne, avril 2019.

Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants, Inspection générale des affaires sociales (Igas), février 2024, publié en juillet 2024.



► FINANCEMENT DE LA SANTÉ : INTERDIRE LES COUPS DE RABOT

La situation a ceci d'original et d'inquiétant, du jamais-vu en quelque sorte : les prévisions des comptes de la Sécurité sociale et de l'Assurance maladie en particulier ne laissent pas entrevoir de perspectives d'amélioration dans les années à venir. Le déficit de l'Assurance maladie, à un niveau très élevé en dehors de toute crise financière ou sanitaire, devrait continuer à se dégrader, passant de 15,4 Md€ en 2025 à 16,8 Md€ en 2028. Les données concernant l'assurance maladie complémentaire ne sont guère plus enviables. Malgré une forte hausse des cotisations, les organismes complémentaires sont globalement en déficit sur leur activité santé en 2023, notait la Drees en décembre 2024. La machine s'emballe. La croissance des dépenses liées au vieillissement de la population arrive à son comble. Le papy-boom du baby-boom de l'après-guerre est vraiment là. Si bien que les recettes du passé ne sont plus suffisantes. Le Covid-19 et les tensions géopolitiques avec l'inflation qui en a résulté ont fortement accentué la tendance de fond. La politique de l'autruche n'est plus possible. Les coups de rabot non plus.

L'inertie décisionnelle risque de conduire à une fragilisation sans précédent de la Sécurité sociale française, notait en janvier de cette année le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS).

Le tendanciel des dépenses est supérieur au tendanciel des ressources

Ce qui est caractéristique de la situation actuelle, c'est que, du fait du vieillissement sans précédent de la population, les dépenses croissent beaucoup plus vite que les recettes et ainsi les colmatages du passé ne sont plus efficaces. Ce n'est en effet pas la première fois que le trou de la Sécu et celui de l'Assurance maladie en particulier alertent. En 2010, après la crise financière, le déficit de la Sécu est de 30 Md€ ; le retour à un quasi-équilibre est atteint dix ans après, en 2019. En 2020, le déficit lié au Covid-19 est de 40 Md€ ; une réduction à 10 Md€ du déficit est obtenue en 2023. Mais cette fois-ci les causes sont différentes et d'une tout autre ampleur dans l'intensité et la durée prévisible. Il ne s'agit pas d'un événement extérieur (une crise financière ou un virus), mais d'un phénomène intrinsèque à notre civilisation.

Il faut donc certes agir rigoureusement sur les dépenses (prévention, pertinence, prescriptions, parcours de soins, fraudes, innovation, réformes structurelles, etc.)

mais aussi sur les recettes, donc sur le financement du système de santé pour que soit préservé le principe fondateur de la Sécurité sociale : « Cotiser selon ses moyens, recevoir selon ses besoins. » Le déficit actuel et à venir est si important que toutes les mesures de réduction des coûts, même les plus drastiques, ne pourront pas permettre de retrouver l'équilibre.

Se pose aussi le problème de l'Ondam, voté chaque année par le Parlement. Celui-ci est beaucoup trop mécanique et coupé des besoins de chaque territoire, et sa gestion est beaucoup trop centralisée. Certains proposent de mettre les acteurs sous contrainte en leur faisant gérer une enveloppe fermée avec des objectifs d'amélioration de la santé de la population. Ne faudrait-il pas tester l'idée d'un Ondam réparti en dotations régionales (Ordam) qui seraient définies à partir des dépenses passées corrigées par des indicateurs de démographie et de revenus de façon à mieux répondre aux besoins ? Ces Ordam seraient ensuite gérés dans un cadre territorial en répartissant l'Ordam en dotation départementale (Odam) et en associant les acteurs institutionnels et professionnels à cette répartition. L'objectif serait de procéder, comme au Pays basque espagnol, à une allocation de ressources par bassin de vie fondée sur une analyse précise des besoins de santé.

Il faut bien reconnaître que le financement de la Sécurité sociale et de l'Assurance maladie a été mis à rude épreuve depuis de nombreuses années.

Les allègements de cotisations sociales et exemptions d'assiette se sont emballés dans le louable but de réduire le chômage et de renforcer la compétitivité en baissant le coût du travail. Rien que pour le régime général, le montant des exonérations a doublé entre 2013 et 2022. Cette dernière année, il a augmenté de 14,5 % à un peu plus de 73 Md€ et il est désormais de plus de 80 Md€. La logique était que la croissance et la baisse du chômage devaient in fine accroître les cotisations. Si bien que ces réductions de cotisations sont souvent assimilées à la notion péjorative de « charges » qu'il faut absolument réduire en feignant d'oublier que ce sont aussi des recettes pour l'Assurance maladie.

En outre, la Cour des comptes a estimé en mai 2024 à 18 Md€ le manque à gagner pour la Sécu en 2022 du fait des nouvelles formes de rémunération sans charges (heures supplémentaires, aides



► **FINANCEMENT DE LA SANTÉ : INTERDIRE LES COUPS DE RABOT (suite)**



directes, partage de la valeur). Les compléments de salaire se sont élevés à 87,5 Md€ en 2022 et ont complété le salaire de base en moyenne de 13,2 %, « qui ont pris depuis 2018 une ampleur sans précédent » pour augmenter le pouvoir d'achat des salariés. L'augmentation de ce manque à gagner, insiste la Cour des comptes, a été supérieure à l'aggravation du déficit hors Covid-19. Il s'agit de « dispositifs dérogatoires nombreux aux objectifs imprécis ».

Autre financement défaillant : le Ségur de la santé. La revalorisation des rémunérations des soignants au décours du Covid-19 n'a pas été financée à hauteur des sommes engagées : de l'ordre de 9 Md€ au départ, puis 13,5 Md€. Tout le monde a salué avec enthousiasme cette décision des pouvoirs publics, arguant que ce rattrapage était nécessaire, mais les recettes supplémentaires n'ont pas été clairement fléchées. Cette dépense devait être absorbée en routine. Alors qu'il y avait une opportunité politique, comme en 2003 au moment de la canicule et de la création de la journée de solidarité, journée de travail supplémentaire non rémunérée. Une évaluation du manque de financement du Ségur de la santé est en cours. De même pour l'inflation, qui a touché tous les établissements de santé et médico-sociaux comme tous les secteurs d'activité. L'augmentation du taux de l'Ondam ne permet pas d'étaler ces besoins nouveaux de financement.

La situation est en outre d'autant plus tendue que le déficit des établissements hospitaliers publics, qui ne cesse de s'aggraver depuis 2019 et qui est estimé par la FHF à 2,8 Md€, constitue une véritable bombe à retardement.

AMO, AMC et RAC

L'Assurance maladie est le principal financeur de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : en 2023, elle prend en charge 79,5 % de la CSBM. Les organismes complémentaires constituent le second financeur, à hauteur de 12,4 % de la dépense. Le reste à charge (RAC) des ménages, de nouveau en baisse en 2023, s'élève à 7,5 % de la CSBM.

L'Assurance maladie finance principalement les soins hospitaliers. Les organismes complémentaires et les ménages financent plus particulièrement les biens médicaux, moins pris en charge par l'Assurance maladie, ainsi que les dépassements d'honoraires des professionnels de santé.

L'Assurance maladie a quatre grandes sources de financement

La part du travail a diminué et celle de la CSG a augmenté, depuis l'introduction de celle-ci. En 2023 :

- Les cotisations sociales : 39 %, soit 80 Md€;
- La CSG : 25 %, 51,3 Md€;
- La TVA : 23 %, 48,4 Md€;
- Les taxes tabac : 7 %, 13,6 Md€.

Cette diversité est considérée comme un atout pour la stabilité du système.

Face à cette situation jugée « hors de contrôle » par la Cour des comptes, les idées et propositions de réformes ne manquent pourtant pas. Voici une liste non exhaustive bien fournie. La régulation de la dépense n'est pas abordée ici à proprement parler, tant il s'agit d'un domaine spécifique qui nécessiterait un chapitre particulier (voir plus haut la construction de l'Ondam et la création d'un Ordnam en responsabilisant les acteurs).

Là aussi il va falloir en débattre et trancher pour ne pas laisser filer le déficit qui conduira inéluctablement à l'effondrement de l'Assurance maladie. Il y a urgence, mais celle-ci n'est pas perçue comme telle par l'opinion publique et les politiques, qui sont focalisés sur la problématique des retraites dont le risque de financement est à moyen terme, alors que celui de la santé est immédiat. Une fois de plus, « notre maison – celle de la santé – brûle et nous regardons ailleurs ».

Vingt et un sujets de débat

La potion magique

- **Faut-il faire en sorte, par une politique beaucoup plus volontariste, d'augmenter le taux d'activité et d'emploi, ce qui conduirait ipso facto à accroître fortement les cotisations sociales et donc le financement de la santé ?**

Le Conseil d'analyse économique (CAE), dans une note récente, « met en lumière plusieurs constats factuels. Premièrement, la France a effectivement un déficit d'heures travaillées par habitant de l'ordre de 100 heures annuelles par rapport à ses voisins européens et de 300 heures par rapport aux États-Unis. Cette divergence historique date de la fin des années 1970 et a été maximale au milieu des années 1990. Deuxièmement, cet écart avec l'Allemagne et le Royaume-Uni s'explique entièrement par un taux d'emploi plus faible en France et pas du tout par un nombre plus faible d'heures en emploi. Troisièmement, le taux d'emploi plus bas de la France se concentre entièrement sur les jeunes et les seniors : l'insertion sur le marché du travail des jeunes est beaucoup plus lente en France, et les sorties du marché du travail sont plus précoces ». Donc : les actifs ne travaillent pas moins (« La productivité horaire est élevée en France »), mais il y a moins d'actifs qui travaillent. Les jeunes intègrent

Quatre mesures concrètes, engageantes et motivantes pour sortir enfin le système de santé de l'impasse



difficilement et trop tard le marché du travail. « L'insertion professionnelle des jeunes et, en particulier, des peu qualifiés est problématique en France. Deux ans après la fin de leurs études, les jeunes sortant d'études à 18 ans ont un taux d'emploi plus faible en France de 15 points de pourcentage par rapport à l'Allemagne, de 30 points par rapport au Royaume-Uni. » À l'autre bout, les plus âgés en sortent trop tôt. À cela il faut rajouter que « le nombre total d'heures de travail des peu qualifiés a reculé de 40 % en 30 ans. Cette évolution est très spécifique à la France et ne provient pas d'effets de composition par âge ».

Ainsi, 450 000 postes resteraient vacants. Il faut donc mieux former les jeunes aux métiers et compétences dont l'économie a réellement besoin. Pour les plus de 60 ans qui ont un taux d'activité nettement moindre, il convient donc d'amplifier les mesures engagées pour inverser la tendance. « Pourquoi se poser la question du niveau de travail total en France ? », s'interroge faussement naïvement le CAE, qui fait des propositions. Parce que le travail de chaque individu a des effets sur l'ensemble des autres acteurs du fait du « rôle prépondérant des prélèvements sur le travail dans le financement des dépenses de l'État et de la protection sociale », et donc de la santé.

Les sommes ainsi collectées par une augmentation du taux d'activité et d'emploi pourraient se monter en plusieurs dizaines de milliards d'euros.

• Faut-il revoir la ventilation entre la CSG, la TVA et les taxes pour être moins dépendant de l'activité et de la croissance ?

Même s'il est illusoire d'imaginer que la progression du coût de la santé peut durablement être supérieure à celle de la richesse nationale ? Faut-il donc choisir entre ce qui est financé par le travail et ce qui l'est par des prélèvements plus universels ?

• Faut-il créer une TVA sociale tout en réduisant les cotisations sur le travail, comme le préconise le président du Medef ?

Une hausse d'un point « rapporterait environ 10 Md€ à l'État... et la TVA s'applique aux importations mais pas aux exportations, ce qui favorise la compétitivité française ».

• Faut-il instaurer une CSG progressive en fonction des revenus chez les salariés comme pour les retraités ?

Un retraité ayant plus de 4000 euros de pension a un taux de CSG inférieur à celui d'un smicard ! Le taux de CSG des retraités varie en fonction du revenu fiscal de référence : 8,30 %, 6,60 % ou 3,80 %. Faut-il revenir sur ce taux de CSG de 8,3 % contre 9,2 % chez les salariés ? Et aussi faut-il

revoir l'abattement pour frais professionnels dont les retraités bénéficient (4 Md€ par an) ?

• Faut-il revoir le niveau des exonérations de cotisations sociales de l'ordre de 80 Md€ ?

Ce dispositif a-t-il une réelle efficacité économique ? Ne faudrait-il pas mieux cibler ces allègements ? L'impact sur le marché de l'emploi, les marges des entreprises et la compétitivité d'un tiers de ces exonérations est contesté.

• Faut-il revisiter les exemptions d'assiette, par exemple les compléments de salaires exemptés, les avantages en nature non soumis à cotisation ?

Comme précisé plus haut, la Cour des comptes a estimé en mai 2024 à 18 Md€ le manque à gagner pour la Sécurité en 2022 du fait des nouvelles formes de rémunération sans charges : heures supplémentaires, aides directes, partage de la valeur ?

• Faut-il revoir l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire ?

Pour éviter les doublons et les transferts de charges de la première vers la seconde en augmentant par exemple en catastrophe, comme cela était prévu en octobre 2024, le ticket modérateur des consultations médicales et du médicament, ce qui ne fait que déplacer le problème ?

• Faut-il taxer davantage le tabac et l'alcool ? Et aussi la drogue ?

Il n'y a pas de dispositif adapté aux activités illicites et notamment au trafic de stupéfiants dans le corpus des règles « sociales », déplore le HCFiPS, qui indique que « la valeur ajoutée au titre de la contrebande de tabac et de commerce de stupéfiants est estimée à 5 Md€, augurant de revenus dissimulés de la même ampleur. Une situation à faire évoluer rapidement. Le vendeur de stupéfiants qui tire des revenus de son activité illégale n'acquiesce pas de prélèvements et, faute de déclaration de ressources, peut obtenir des minima sociaux. Une situation évidemment inacceptable tant en matière d'image que de capacité des organismes à la prendre en charge ». Le HCFiPS recommande de « créer une base de taxation des activités illicites et systématiser la transmission par la justice et l'administration fiscale aux organismes sociaux des revenus évalués au titre de ces activités ».

• Faut-il encore augmenter la fiscalité nutritionnelle ou comportementale en santé, les taxes environnementales ?

• Faut-il taxer les détenteurs d'un patrimoine élevé, en particulier au moment des successions ?



► **FINANCEMENT DE LA SANTÉ : INTERDIRE LES COUPS DE RABOT (suite)**

• **Faut-il taxer les machines et l'IA qui se substituent à la masse salariale ?**

• **Faut-il faire contribuer les retraités les mieux lotis pour financer la branche autonomie ?**

• **Faut-il instaurer un plafonnement du reste à charge, comme proposé dans une récente proposition de loi ?**

« Il apparaît qu'en conjuguant AMO et AMC, le reste à charge (RAC) représente 2,8 % des revenus des Français les plus modestes et 0,6 % des revenus des Français les plus aisés. La part des dépenses de santé, qui est payée directement par les ménages, est en France la plus faible de l'Union européenne et il faudrait l'augmenter encore pour réduire le déficit abyssal de l'Assurance maladie. Mais, dans cette hypothèse, le RAC des ménages les plus modestes serait excessif et pousserait nombre d'entre eux hors du soin.

Les dispositifs actuels visant à l'atténuer (ALD, tickets modérateurs, franchises, complémentaire santé solidaire [C2S], etc.) sont devenus trop complexes et aux effets notoirement insuffisants.

La proposition de loi vise à instituer et mettre en œuvre le plafonnement du reste à charge des dépenses de santé des ménages (PRAC) en fonction des revenus.

Ses principes de construction sont les suivants :

- Les tickets modérateurs, forfaits et franchises actuels sont remplacés par un ticket modérateur à taux unique en médecine de ville et une franchise journalière à l'hôpital.
- Les dispositifs destinés à en atténuer l'impact social (ALD, panier "100 % santé", etc.) sont supprimés et remplacés par le PRAC laissé par l'AMO sur une année qui ne peut être supérieur à un pourcentage du revenu annuel de l'assuré, fixé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale.
- Si le PRAC vient à être dépassé en cours d'année, les dépenses de santé ultérieures seront remboursées à 100 % jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.
- Le revenu de chaque assuré social sera transmis par les services fiscaux aux caisses d'assurance maladie, à l'instar du dispositif existant pour les allocations familiales. »

• **Faut-il instaurer un bouclier sanitaire avec une franchise (proportionnelle aux revenus) en deçà de laquelle l'assuré paye ses dépenses de santé ?**

Cet outil de pilotage pourrait être vertueux en incitant tous les acteurs à faire des efforts.

• **Faut-il revoir le financement des affections de longue durée (ALD), dispositif créé en 1947, dont le coût, en toute**

logique, ne fait que progresser du fait du vieillissement de la population ?

En 2021, 13,7 millions de personnes, soit 20 % de la population, étaient reconnues en ALD par l'Assurance maladie et bénéficiaient à ce titre d'une couverture sociale renforcée. Le coût spécifique du dispositif ALD pour les finances publiques a été estimé à 12,3 Md€ en 2021. Faut-il, comme le préconisent l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), mieux assurer le respect de l'ordonnancier bizonne par une imputation automatique, harmoniser les contrôles d'admission et de renouvellement ? Ou encore engager une réforme structurelle en introduisant deux niveaux de reconnaissance en ALD avec la création d'un cadre pour les pathologies de moindre sévérité avec une exonération ciblée sur certains actes ? Ou bien encore tout simplement sa suppression pour le remplacer par un bouclier sanitaire plafonnant l'ensemble des restes à charge (ALD et hors ALD) ? Cela permettrait plus d'équité en ALD et non ALD mais est-il noté dans ce rapport pour un reste à charge plafonné à 1 000 euros par an, cette réforme serait défavorable à 82 % des assurés en ALD avec une économie de près de 1 Md€.

• **Faut-il encore renforcer la lutte contre les fraudes sociales, estimées à 13 Md€, même s'il ne s'agit pas d'une source d'argent magique, comme le soulignait le HCFiPS qui a proposé, en septembre 2024, 81 recommandations concrètes ?**

Il a évalué la répartition de la fraude par grande famille économique. Entreprises et travailleurs indépendants : 56 % (travail dissimulé : 6,9 Md€) ; assurés : 34 % ; et professionnels de santé : 10 %. Sachant que les abus réellement détectés atteignent un peu plus de 2 Md€ et que les sommes recouvrées s'élèvent à environ 600 M€.

L'Assurance maladie indiquait quant à elle le 20 mars 2025 qu'en 2024, 628 millions d'euros de fraudes ont été détectés et stoppés, montant en hausse de près de 35 % par rapport à 2023. Mais comme le faisait remarquer la Cour des comptes en avril 2025 « les résultats de la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie restent nettement en deçà des estimations des fraudes (4,5 Md€). » La détection des fraudes commises par les professionnels de santé a globalement augmenté (+ 26 %), le préjudice détecté et stoppé lié aux fraudes aux audioprothèses a bondi, multiplié par plus de 5 en un an pour atteindre 115 millions d'euros (contre 21 en 2023). L'Assurance maladie a durci les sanctions et multiplié les radiations et les refus de conventionnement de centres d'audioprothèses et a engagé des poursuites pénales. Les centres de santé, toujours sous surveillance, ont fait l'objet



Quatre mesures concrètes, engageantes et motivantes pour sortir enfin le système de santé de l'impasse



de contrôles qui ont permis de détecter 39 millions d'euros de fraudes et ont conduit au déconventionnement de 30 centres, contre 21 en 2023. Les fraudes commises par les assurés représentent également un axe majeur de vigilance, notamment sur les arrêts de travail, insiste l'Assurance maladie : les fraudes aux indemnités journalières (IJ) ont grimpé en 2024, représentant 42 millions d'euros contre 17 millions en 2023. L'intensification des contrôles en amont du paiement des arrêts de travail a permis de bloquer 60 % des montants frauduleux avant leur versement. Globalement, pour l'Assurance maladie, les montants des fraudes et activités fautives se répartissent ainsi : professionnels de santé, 68 % ; assurés, 18 % ; établissements, 14 % ; employeurs, 0,3 %.

En 2024, l'Urssaf a redressé près de 1,6 Md€ au titre de la lutte contre le travail dissimulé, contre près de 1,2 Md€ en 2023 et 0,8 Md€ en 2022. Les montants de fraudes détectées, toutes branches confondues, sont passés de 0,6 Md€ en 2012 à 1,2 Md€ en 2020, les fraudes détectées et redressées en 2024 sont estimées à 2,9 Md€ dans le champ des organismes de sécurité sociale d'après les dernières données du ministère présentées mi-mars 2025. L'objectif est d'atteindre 5,5 Md€ de redressement pour la période 2023-2027.

- **Faut-il créer un livret S comme « Santé » ou H comme « Hôpital » pour investir dans la santé ?**

Mais la Défense militaire a déjà préempté l'idée avec de forts arguments.

- **Faut-il étendre le recours contre tiers (en cas d'accident de la route) à d'autres domaines comme, par exemple, les violences sexuelles et sexistes ?**

- **Faut-il finalement revoir les risques que doit couvrir la Sécurité sociale ?**

Par exemple les lunettes ne sont pas un risque mais une certitude pour les adultes qui finiront tous par en porter, comme l'avait suggéré une ministre de la Santé il y a près de vingt ans.

- **Faut-il distinguer ce qui relève de la solidarité et ce qui relève de la responsabilité individuelle, et en tirer les conséquences en matière de financement solidaire, comme le martèle le président du CESE, Thierry Beaudet, ancien président de la Mutualité ?**

- **Faut-il, comme il y a 45 ans lorsque la CSG a été inventée, se montrer une nouvelle fois carrément plus innovant ?**

Les pistes de réforme du financement ne manquent pas.

À l'approche de la prochaine élection présidentielle, qui rythme les réflexions sur les grands enjeux du pays, il est essentiel de stopper la déliquescence actuelle en refondant le financement de la santé à l'aune des défis d'aujourd'hui : le vieillissement de la population, le déficit et la dette, et l'efficacité des dépenses publiques.

Organiser une grande Conférence du financement de la santé

Étonnamment, le débat sur le financement de la santé est confisqué. Alors qu'il y a, comme on l'a vu, matière à débat.

En parallèle des économies réalisées par la prévention et la pertinence, le financement du système de santé doit être revu pour y mettre davantage de cohérence et d'efficacité et aussi et surtout de recettes.

Il est urgent de s'arrêter et de sortir du court-termisme. Car se pose un vrai problème de méthode et de gouvernance. Les mesures sont prises trop souvent dans la précipitation à l'occasion d'une proposition de loi parlementaire ou du PLFSS. Le coup de rabot devenant la solution ultime pour faire tenir les budgets dans une épure irréaliste.

Comme le Premier ministre a annoncé en janvier 2025, à l'occasion de sa déclaration de politique générale, la nécessité d'avoir une vision et une approche pluriannuelles

des budgets, c'est l'occasion de donner du corps et du sens à ce projet.

On l'a vu, les sujets de clarification et les pistes de nouvelles recettes sont nombreux. Ils doivent être affinés et débattus.

Ne rien faire en matière de financement conduira inéluctablement face à cette mutation du système de santé à une dégradation progressive et, une fois le seuil de tolérance franchi quant au poids de déficit et de la charge de la dette de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), créée il y a bientôt 30 ans, un coup de barre brutal pour rétablir les comptes sonnera le glas de la Sécu et de l'Assurance maladie, 80 ans après sa création. Avec toutes les conséquences qu'on imagine, la pire étant le modèle américain très dispendieux et particulièrement inefficace.





RÉFÉRENCES

Rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales, rapporteurs : Marc Ferracci et Jérôme Guedj, Assemblée nationale, septembre 2023.

Proposition de loi portant création d'un plafonnement du reste à charge des dépenses de santé en proportion des revenus, n° 2594, présentée par Jean-Carles Grelier, Sacha Houlié, Lysiane Métayer, Béatrice Piron, Anne-Cécile Violland et Paul Molac, Assemblée nationale, déposée le jeudi 2 mai 2024.

La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, mai 2024.

Revue de dépenses relative aux affections de longue durée – Pour un dispositif plus efficient et équitable, Mathias Albertone, Émilie Fauchier-Magnan, Dr Emmanuelle Michaud (Igas), Pascale Dugos, Pierre Prady, Gabrielle Gauron, Marie Truffier-Blanc et Philippe Fontaine (IGF), Inspection générale des Finances (IGF), Inspection générale des Affaires sociales (Igas), juin 2024, publiée en septembre 2024.

Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, Antoine Bozio et Étienne Wasmer, rapport, octobre 2024.

Rapport 2024. Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, Drees, décembre 2024.

État des lieux du financement de la protection sociale – La Sécurité sociale fragilisée, Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), janvier 2025.

Objectif « plein emploi » : pourquoi et comment ?, Antoine Bozio (Paris School of Economics, EHESS, IPP, CAE), Jean Ferreira (CAE), Camille Landais (London School of Economics, CAE), Alice Lapeyre, Mariane Modena et Max Molaro (CAE), Conseil d'analyse économique (CAE), Focus n° 110, mars 2025.

CONTRIBU+IONS SPÉCIFIQUES

► VERS UN PARCOURS COORDONNÉ DE LA PRÉVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS SUR L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES



UNICANCER

- 1 **Sophie BEAUPÈRE**, Déléguée générale
- 2 **Jeanne BERTRAND**, Directrice de cabinet
- 3 **Sandrine BOUCHER**, Directrice stratégie médicale et performance

Avec près de 150 000 décès par an en France, le cancer est la première cause de mortalité par maladie. La mise en œuvre d'une stratégie de santé publique favorisant cette approche de parcours coordonné de la prise en charge du cancer est indispensable pour réduire l'incidence et la mortalité du cancer, lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins, améliorer l'efficacité des politiques de prévention et optimiser l'organisation du système de soins. En tenant compte de variables socio-économiques et des besoins en santé sur un territoire, cette dynamique renforce la pertinence et l'efficacité de l'ensemble des actions conduites sur tout le continuum allant de la prévention à la prise en charge.

Améliorer l'efficacité des initiatives de prévention

40 % des cancers pourraient être évités en agissant sur les comportements à risque tels que le tabac, l'alcool, les modes et habitudes de vie ou les expositions environnementales. Déployer des actions personnalisées sur les trois niveaux de prévention – primaire, secondaire et tertiaire – s'impose ainsi plus que jamais comme un impératif de santé publique. Grâce à leur maillage important du territoire métropolitain et ultramarin, les centres de lutte contre le cancer (CLCC) français sont considérés comme des experts de leur territoire, en tant que fins connaisseurs de leurs composantes épidémiologiques et des besoins en santé associés. Dans ce contexte, ils sont le lieu privilégié d'expérimentations et d'initiatives déployées dans une logique croissante d'aller vers les populations considérées comme étant à haut risque de cancer et les populations les plus éloignées des soins. Pour améliorer l'efficacité des initiatives de prévention et pallier les limites des programmes traditionnels, les récentes innovations technologiques, thérapeutiques et organisationnelles

constituent des leviers majeurs. Unicancer et Gustave Roussy ont ainsi développé le programme « Interception », déployé dans le cadre d'un dispositif article 51 par Unicancer, dont l'objectif est d'identifier au plus tôt les personnes à haut risque de cancer à l'aide d'un algorithme déployé en ville. Toute personne identifiée à risque augmenté de cancer est alors orientée vers des journées de sensibilisation, et bénéficie d'un suivi à distance renforcé par la coordination ville-hôpital et le télésuivi assuré par un questionnaire en ligne.

Qualité et pertinence des actes

La qualité et la pertinence des actes doivent être au cœur de cette stratégie de santé publique. Dans le cancer du sein, première cause de décès par cancer chez la femme, la précocité du diagnostic et de la prise en charge multiplient les chances de guérison. Une prise en charge rapide permet d'éviter que la maladie ne progresse vers des stades plus avancés, où elle devient plus difficile à traiter. Une détection tardive peut également nécessiter des thérapies plus lourdes (chimiothérapie, chirurgie plus invasive, radiothérapie intensive). Aujourd'hui, plusieurs référentiels de bonnes pratiques ont fixé des délais soit en matière d'accès au traitement soit entre les traitements. Ces référentiels ont été analysés par l'Institut national du cancer (INCa) en 2019, puis mis à jour en 2022. Trois indicateurs de délais ont été identifiés dans le cancer du sein non métastatique :

- La proportion de femmes ayant eu le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie) dans un délai inférieur ou égal à 6 semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement ;
- La proportion de femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique dont le délai entre la chirurgie et le premier traitement complémentaire (chimiothérapie ou radiothérapie) est conforme aux délais attendus ;
- Enfin, la proportion de femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique dont le délai entre la fin de la chimiothérapie adjuvante et le début de la radiothérapie est inférieur à 6 semaines.

Ces indicateurs sont tous les trois automatisables à partir des bases de données médico-administratives. Unicancer appelle ainsi de ses vœux à ce que les tarifs des séjours hospitaliers de la prise en charge des cancers du sein non métastatiques soient modulés sur le modèle d'IFAQ (incitation financière à l'amélioration de la qualité) en fonction du respect des recommandations de bonnes pratiques.



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

Approche pluriprofessionnelle et ville-hôpital

Par ailleurs, dans un contexte où 90 % du parcours de soins des patients atteints de cancer a lieu « hors les murs » de l'hôpital, l'approche pluriprofessionnelle et coordonnée ville-hôpital est au fondement de l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer et doit être érigée en priorité. L'un des exemples emblématiques de cette dynamique est le projet Onco'Link de suivi à domicile des patients traités par anticancéreux oraux porté par Unicancer et dont l'expérimentation s'est terminée cette année. Face à l'essor massif du recours aux traitements anticancéreux par voie orale pris à domicile dont la majorité est délivrée par les pharmacies d'officines en ville, l'expérimentation lancée en 2021 dans le cadre d'un article 51 vise à améliorer la qualité de suivi des patients traités par anticancéreux oraux et à réduire la consommation de soins liée aux complications et au suivi du traitement des patients via une détection précoce des éventuelles complications. La principale réussite de l'expérimentation réside dans la qualité de la remontée d'informations sur les traitements dont bénéficient les patients et permise par un outil commun de recueil de données.

Autre exemple, face à l'augmentation des prises en charge pour chimiothérapie injectable en hôpital de jour (HDJ) et aux délais croissants observés dans les CLCC, Unicancer et la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) ont développé un forfait d'adressage et d'expertise pour les patients bénéficiant de traitements en hospitalisation à domicile (HAD). Une initiative visant à alléger les services d'hospitalisation en journée tout en offrant une prise en charge plus confortable et accessible, particulièrement pour les patients résidant en territoires isolés. Un dispositif assurant une prise en charge optimale, en garantissant la continuité des soins et encourageant une réduction de la dépense publique liée à la diminution des hospitalisations de jour et du recours aux transports sanitaires. Un modèle d'adressage en HAD améliorant en

outre la qualité de vie des patients, et réduisant le temps de transport et le risque d'infections nosocomiales. Une approche intégrée, qui répartit mieux les soins selon les besoins cliniques et géographiques des patients et encourage le virage ambulatoire pour rendre les soins plus accessibles à l'ensemble de la population.

Inégalités d'accès aux soins et aux innovations et financement au forfait

Enfin, cette approche de parcours coordonné de la prévention et de la prise en charge du cancer ne pourra être mise en œuvre qu'en gardant en boussole une priorité majeure, celle de combattre les inégalités d'accès aux soins et aux innovations qui perdurent. À titre d'illustration, prenons l'exemple de la radiothérapie dont près de la moitié des patients atteints de cancer bénéficient. Depuis plusieurs décennies, cette spécialité a connu de nombreuses évolutions, permettant d'accroître la précision des traitements et de réduire les effets secondaires pour les patients. Parmi ces évolutions figurent la radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité (RCMI), la radiothérapie guidée par IRM, la protonthérapie ainsi que la stéréotaxie. Aujourd'hui, nous constatons l'essor de l'hypofractionnement, qui consiste à diminuer le nombre de séances tout en augmentant la dose par séance, améliore le confort des patients et réduit les contraintes liées aux déplacements, un enjeu majeur dans les territoires sous-dotés en infrastructures de soins. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoyait une réforme du financement de la radiothérapie pour janvier 2026 pour évoluer vers un financement au forfait favorisant la diffusion des techniques innovantes et tenant compte de la complexité des prises en charge. Unicancer plaide en faveur de ce financement forfaitaire, afin de garantir l'équité entre les acteurs de santé et permettre à tous les patients atteints de cancer, quel que soit leur lieu de prise en charge, de bénéficier de désescalades thérapeutiques et d'avoir accès aux dernières innovations.

▶ ALLÔ DOCTEUR BOBO : L'INDISPENSABLE RÉGULATION DES URGENCES



Jean-Paul ORTIZ
 Ancien Président,
**CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS
 MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)**

Alors que notre système de santé n'est pas sous-financé et que tous les experts sont conscients que la part du PIB consacrée à la santé est déjà très élevée, notre système de santé est en crise profonde et durable dans tous ses secteurs : hôpital, ville et médico-social. Les plans réguliers à coups de milliard n'y font rien. Il est temps de s'interroger à la lumière des exemples étrangers.

Les causes de cette crise sont certainement multiples, les solutions difficiles à mettre en œuvre ; et pourtant, une des raisons majeures de cette crise du système de santé vient certainement de la mauvaise organisation de celui-ci par les acteurs : un mésusage par les patients et citoyens et une dérive par les professionnels. Les offreurs de soins ont certainement une part de responsabilité dans cette désorganisation, mais ils ont su s'y adapter et en profiter très largement. Progressivement, chacun n'assume plus l'ensemble du rôle qui leur est attribué dans un système théoriquement organisé en cohérence par niveaux de prise en charge. Il est temps d'y venir.

Les urgences en crise

Comme un marronnier, les urgences hospitalières sont régulièrement citées comme étant le secteur en crise témoignant des difficultés du système de santé dans son ensemble. C'est la faute aux soins de ville qui n'assument plus, c'est la faute au manque de lits d'aval, c'est la faute aux moyens humains et financiers insuffisants... Bref, tout est prétexte pour réclamer à grands cris « des personnels et des sous » pour renforcer les urgences hospitalières, sans rien résoudre...

La presse s'en fait largement l'écho et, dans les territoires, le ressenti est celui d'un hôpital abandonné, d'une prise en charge dégradée, d'une population en danger, etc. Les politiques de tous bords s'en mêlent, mais personne ne s'interroge sur la cause !

Car le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter : 10 millions de passages en 1996, et presque 22 millions en 2022. À noter une légère stabilisation en 2023 à plus de 21 millions toutefois, grâce aux multiples et coûteux efforts récemment développés. Tous les secteurs ont développé cette offre de soins d'urgences, le public comme le privé, ce dernier malgré les obstacles idéologiques. Mais

cela commence à être difficile sur le terrain par manque de professionnels, en particulier de médecins urgentistes. Nombre de services d'urgences, publics comme privés, sont contraints de fermer la nuit, certains jours de week-end ou certaines périodes.

Faut-il continuer cette spirale à coups de centaine de millions supplémentaires chaque année ? Faut-il poursuivre ce système « open bar » sans limites ? N'est-il pas temps de s'interroger et de s'inspirer des organisations développées dans d'autres pays scandinaves ou anglo-saxons ?

Réguler l'accès aux urgences

Dans l'immense majorité des pays européens, l'accès aux urgences hospitalières est régulé : ne vont à l'hôpital que des patients envoyés par la médecine de première ligne ou les systèmes de prise en charge des « vraies » urgences en amont, tels que pompiers, SAMU ou équivalent... On ne se présente pas aux urgences pour un mal à la gorge ou une petite fièvre, à 22 h, comme cela se fait tous les jours en France.

Mais comment en est-on arrivé là ? C'est le manque de médecins en ville ? Cela est facile à dire, cela est certainement vrai dans bien des endroits, mais la réalité est plus complexe et tout autre. Si la médecine de ville aujourd'hui voit cette mission non reconnue, on peut comprendre la tendance naturelle à mal l'assumer, voire à ne plus l'assumer.

Il serait plus judicieux de financer toute prise en charge en soins non programmés en ville dans des structures organisées de type cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire avec un cahier des charges prévoyant une infirmière d'accueil et d'orientation, un équipement minimal de proximité, une prise en charge au plus près des patients, le tout doté d'un financement et d'une large information du public en amont. Le cahier des charges pourrait prévoir des horaires d'ouverture plus larges qu'en cabinet médical habituellement. Il pourrait également prévoir un minimum de plateau technique de base permettant la réalisation de gestes techniques comme sutures, immobilisations par plâtre, biologie de proximité de base...

À chacun son métier

Ceci reviendrait finalement à sortir les petites urgences et les soins non programmés de la prise en charge hospitalière et à recentrer les urgences hospitalières sur les urgences vitales ou nécessitant une hospitalisation. On pourrait imaginer des systèmes coercitifs à l'échelon des territoires pénalisant financièrement les structures hospitalières qui ne respecteraient pas cette nouvelle graduation lorsqu'elle est mise en place.



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

Dans le même temps, ce recentrage gradué permettrait de répartir une partie du financement actuel des urgences vers les territoires en accompagnant ces structures de soins non programmés, ces centres d'accueil de première ligne au plus près des patients.

Tout le monde y gagnerait : l'hôpital verrait enfin son activité se recentrer sur ce qui est son rôle naturel – l'excellence, le recours, la référence. La médecine de ville retrouverait son rôle de réponse complète aux besoins de la population en proximité.

Ceci, bien sûr, ne peut se concevoir que dans des cabinets médicaux regroupés, des maisons de santé pluriprofessionnelles, organisés pour accueillir ces soins non programmés sur la base d'un cahier des charges garantissant la qualité de la prise en charge, le suivi coordonné du patient grâce à un financement spécifique.

Plutôt que de condamner les « centres de soins non programmés » qui fleurissent anarchiquement et dérèglent actuellement le parcours coordonné, ne faudrait-il pas plutôt organiser cette réponse aux besoins de la population sur la base du respect d'engagements sur la coordination, la qualité de prise en charge et le respect de la tarification adaptée ? Cela pourrait passer par une labélisation avec contractualisation en fonction des territoires et des besoins.

Repenser la spécialité de médecin urgentiste

Puisqu'on manque de médecins partout et dans toutes les spécialités, peut-être faut-il s'interroger sur ce saucissonnage de l'activité médicale qui la rigidifie en 42 spécialités ! Est-il vraiment indispensable d'avoir une spécialité d'urgence pour pouvoir exercer dans un service d'urgence ? Il faut bien reconnaître que faire des gardes de nuit ou travailler tous les week-ends est une perspective peu enthousiasmante jusqu'à la retraite. Une formation complémentaire à la spécialité de médecin généraliste (DU ou équivalent) devrait suffire pour avoir des médecins tout à fait compétents dans les services d'urgences ou dans les secteurs de soins non programmés. Cette activité enthousiasmante en début de carrière devient plus difficile les années passant. Un plan de carrière permettrait ainsi d'évoluer en allant de la médecine d'urgence vers la médecine générale au cours de sa vie professionnelle. Il faut remarquer que nombre de médecins urgentistes souhaitent avoir cette possibilité. Un peu de souplesse faciliterait ces nouvelles organisations de réponse aux urgences et attirerait plus facilement les jeunes générations.

Bien sûr, ces propositions en heurteront plus d'un ; elles seront critiquées ou rejetées ; mais espérons qu'elles susciteront un débat salutaire et sans *a priori*.

► L'IMAGERIE D'OPPORTUNITÉ, UNE NOUVELLE ÉTAPE DANS L'ACCÉLÉRATION DE LA PRÉVENTION



1 **Alain LUCIANI**

Professeur de Radiologie, Directeur médical, **DMU FIXIT – Fonctions images et interventionnel thérapeutique, GHU AP-HP, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES HENRI-MONDOR – UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL**

2 **Baptiste PERRIN**

Directeur R&D digital et Collaborations, **GE HEALTHCARE**

Principes de l'analyse des examens radiologiques par les médecins radiologues : que cherche-t-on dans l'image ?

Les actes de radiologie diagnostique font partie du cœur de métier de tout médecin radiologue, qu'il exerce dans un centre de radiologie libéral ou dans un établissement de santé public ou privé.

Ils reposent sur une suite de conduites indissociables combinant l'analyse et la validation ou non de la demande d'examen radiologique, l'adaptation de l'acte à la demande et aux informations recueillies et sa réalisation, l'analyse des résultats et leur interprétation, le rendu de l'interprétation

sous la forme d'un compte-rendu et l'orientation vers une conduite à tenir et le suivi du patient mais aussi son information directe. Dans le compte-rendu, désormais intégré dans le dossier numérique du patient, le radiologue peut fournir un ensemble d'observations qui dépassent la raison principale de l'examen. Cela peut concerner typiquement :

- Les « incidentalomes », néologisme initialement rapporté dans les années 1980 avec l'émergence des techniques de scanner⁽²⁾, et décrivant la découverte fortuite ou secondaire d'une maladie nécessitant une prise en charge spécifique et qui n'était pas anticipée sur la demande radiologique (par exemple, la découverte de la présence d'un anévrisme

(2) Berland LL, Silverman SG et Gore RM, et al., « Managing incidental findings on abdominal CT : white paper of the ACR incidental findings committee », *J Am Coll Radiol*, 2010 ; 7, p. 754-773.

aortique sur un scanner abdominal réalisé pour la recherche de calculs du rein, ou d'une embolie pulmonaire sur un examen corps entier de suivi d'un patient en cancérologie);

- Mais aussi la description de plusieurs anomalies sur les images exposant le patient à des facteurs de risque de développer une maladie – concernant à titre d'exemple la présence de calcifications coronaires sur un scanner thoracique recherchant un cancer broncho-pulmonaire.

L'optimisation des outils d'imagerie rend ces découvertes plus fréquentes, à l'image des médecins généticiens identifiant de manière secondaire dans les séquençages de génomes des anomalies prédisposant à un surrisque de développer des cancers⁽³⁾. C'est dans ce cadre qu'émerge la notion d'imagerie d'opportunité principalement appuyée sur les avancées technologiques des dispositifs scanner⁽⁴⁾.

L'imagerie d'opportunité, définition et potentiels en prévention

En France, environ 1 200 scanners produisent environ 12 millions d'examens chaque année.

Ces examens sont riches en informations. Ils apportent une vue en 3D de l'anatomie du patient. Les progrès technologiques des équipements et des logiciels de post-traitement rendent ces volumes toujours plus précis pour des doses et une qualité image toujours plus optimisées.

L'imagerie d'opportunité consiste à aller plus loin que la demande initiale d'interprétation d'examen et de systématiser la découverte de signes de présence ou d'anomalies précurseurs d'une maladie. Dans le cadre de la lecture d'un examen abdominal, un radiologue pourrait signifier systématiquement l'absence ou la présence de stéatose (surcharge en graisse) dans le foie, des signes d'hépatopathies ou de troubles métaboliques, et ce, indépendamment de la demande d'examen qui lui est faite.

Dans ce cas précis, il ne s'agit pas nécessairement de découvrir une maladie (comme pour un incidentalome), mais aussi d'évaluer l'état de santé du patient. L'imagerie d'opportunité ouvre ainsi la mission du radiologue vers des champs d'application de préventions au sens large.

L'imagerie d'opportunité et ses enjeux technologiques

Les domaines d'application des solutions existantes d'imagerie sont liés aux politiques de santé publique. Elles répondent donc généralement aux besoins de dépistage, de diagnostic et de suivi des maladies.

Mettre en œuvre l'imagerie d'opportunité à des fins de prévention, c'est construire des dispositifs adaptés à la détection de maladies sur des populations plus générales. Les échelles de prévalences sont bien inférieures à celles

observées sur des populations en diagnostic. Dans le cas de la cirrhose, la prévalence est de l'ordre de 0,5 %. Dans le cas de maladies dites « rares », les prévalences peuvent être de l'ordre de 10 cas par million.

Les dispositifs automatisant des détectations doivent ainsi veiller à minimiser le taux de faux positif au risque de venir indûment perturber le radiologue dans ses lectures. Les performances des IA (intelligences artificielles) doivent ainsi afficher des taux de performance dépassant les 99 % en spécificité et 90 % en sensibilité.

L'imagerie d'opportunité implique également une intégration renforcée des algorithmes dans l'environnement de lecture du radiologue (PACS) et s'adosser à des standards d'interopérabilité avec des systèmes tiers tels que les DPI (dossiers patients informatisés).

Au-delà des entreprises spécialisées dans les technologies d'IA, l'imagerie d'opportunité implique ainsi les acteurs de la filière du dispositif médical dans son ensemble.

Des parcours et des modèles médico-économiques à construire

Pour rencontrer leurs marchés, les dispositifs médicaux innovants doivent apporter la preuve de leur efficacité et de leur intérêt économique en vie réelle. Si l'on reprend le cas de détection opportuniste de l'hépatopathie chronique, la cirrhose est d'abord asymptomatique. Elle est généralement découverte suite à l'apparition de complications (rupture de varices œsophagiennes, présence d'ascite ou d'ictère, etc.). L'imagerie d'opportunité pourrait consister à trouver sur des examens abdominaux directement des signes de présence de ces hépatopathies chroniques dans leur état précoce pour alerter et mener des actions de prévention. Ces nouvelles pratiques doivent démontrer leur recevabilité vis-à-vis des patients, et démontrer l'impact de la prévention pour notre système de santé (meilleure orientation des patients vers une consultation en ville ou en centre de recours, réduction des hospitalisations dans les services de gastroentérologie, etc.). Leur avantage économique principal repose sur l'absence de nécessité de procéder à un examen spécifiquement pour enclencher la démarche de prévention. En lieu et place, c'est l'analyse poussée des données d'imagerie acquises pour une autre raison qui permettra d'enclencher le processus de prévention.

Débouchés et perspectives

Les champs d'application de l'imagerie d'opportunité sont a priori nombreux. Au-delà des hépatopathies chroniques, le risque cardiovasculaire peut par exemple être considéré pour ce type d'approche, notamment par l'évaluation de calcification dans les artères coronaires.

(3) Med Sci (Paris), novembre 2020, 36(11):1054-1058. doi: 10.1051/medsci/2020188. Epub 5 novembre 2020.

(4) Radiology, juin 2023, 307(5):e222044. doi: 10.1148/radiol.222044. Epub 13 mai 2023.



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

L'imagerie d'opportunité peut ainsi constituer un outil pour la mise en œuvre de politiques de santé publique à l'échelle de territoires, en reliant l'activité d'imagerie aux acteurs de la prévention.

La France, comme d'autres pays, fait face au vieillissement de la population et à la croissance des maladies chroniques. La prévention est la voie à suivre pour venir freiner cette tendance de fond. La France mise depuis plusieurs années sur l'innovation en santé. Elle présente tous les atouts pour s'emparer de la thématique de l'imagerie d'opportunité

et venir démontrer à l'échelle de territoires ses premiers bénéfices.

GE HealthCare croit aux perspectives de l'imagerie d'opportunité au sein de l'écosystème français et travaille à ouvrir la filière d'imagerie vers ces enjeux de prévention. GE HealthCare est d'ores et déjà associée à des projets territoriaux développant l'imagerie d'opportunité (Projet LUMINAL, faculté de santé de Créteil, CHU Henri-Mondor, ARS Île-de-France 77).

► UN ENJEU DE GOUVERNANCE ET DE MÉTHODE



FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)

1 **Béatrice NOËLLEC**

Directrice des relations institutionnelles

2 **Christine SCHIBLER**

Déléguée générale

Si tant de sujets stratégiques font consensus – la pluriannualité des financements du système de santé, la complémentarité des acteurs sur les territoires, le virage préventif –, c'est bien la preuve que le problème de nos politiques de santé n'est pas tant « que faire » que « comment faire »; pas tant la réforme que la manière de la conduire. Nos ambitions collectives butent, encore et toujours, sur l'enjeu de la méthode. De l'organisation territoriale à la prévention en passant par l'efficacité, tout concourt à le démontrer.

Première illustration, l'organisation dans les territoires, avec le sujet majeur de la permanence des soins, qui est au cœur des coopérations entre le secteur public et le secteur privé. L'Igas avait publié en 2023 un rapport dont les recommandations insistaient sur la nécessité, pour une telle ambition collective, « de modalités d'organisation et de pilotage renforçant la confiance et l'adhésion des acteurs ». Le rapport proposait « un pacte d'engagement collectif pour une PDES durable, qui pourrait être conclu avec les principales parties prenantes ». Il est clair que la responsabilité territoriale ne pourra émerger que d'une association et d'une concertation de tous les acteurs du

territoire, en toute transparence, au plus près des enjeux de santé des populations, sur la base d'un diagnostic partagé des besoins et des moyens et financements qui y sont liés. Les préconisations méthodologiques de l'Igas étaient très claires, et nous souhaitons qu'elles soient suivies : nous avons donc proposé concrètement au ministère la création d'un comité de coordination réunissant toutes les parties prenantes concernées, dont les patients, pour fluidifier les organisations et identifier rapidement les difficultés rencontrées sur le terrain afin de les résoudre au mieux; et la formalisation d'une charte signant l'engagement des acteurs à répondre collectivement à la mission de permanence des soins, dans le respect des principes posés par la loi et dans un cadre assurant méthode et transparence. De la méthode, encore de la méthode.

Deuxième illustration, le virage préventif, qui impose de mobiliser la société autour de quelques grandes priorités de santé publique, en nombre limité, avec un portage politique au plus haut niveau, une complémentarité d'action et une égale reconnaissance des acteurs publics et privés, une contractualisation sur le terrain autour d'objectifs partagés et régulièrement évalués, des financements dédiés, incitatifs et pérennes (comme préconisé dans le rapport de l'Igas de novembre 2024), des messages positifs qui donnent aux citoyens « l'envie d'agir » et une communication large à tous les publics sur les résultats et les cobénéfices induits. Aujourd'hui, l'absence de visibilité des actions menées dans les territoires et de mesure de leurs impacts nuit considérablement à l'imprégnation de tous par la culture préventive. Leur éparpillement appellerait utilement l'établissement d'une cartographie territoriale des actions et lieux de prévention. De même, les fonctionnements en silo portent préjudice au développement de démarches

collectives de prévention primaire, et l'intégration des hôpitaux et cliniques dans les programmes de prévention et de réduction des comportements à risque de la population devrait être facilitée dans le cadre d'espaces d'échanges entre porteurs de projets et établissements de santé. Aujourd'hui, cette fluidité n'est pas à l'œuvre et la dynamique collective autour de la prévention s'en trouve entravée. De la méthode, toujours de la méthode.

Dernière illustration, de même qu'il faut rompre avec une vision comptable fondée sur le rabot, il faut en finir avec les réformes qui s'enlisent en perdant de vue leur finalité : la réponse aux attentes des patients et l'amélioration des prises en charge. Les réformes du financement des soins médicaux et de réadaptation (SMR), et du financement de la psychiatrie, dont les acteurs subissent les soubresauts depuis des années, tournent à la caricature : non seulement leur élaboration est marquée par des « malfaçons » (pour reprendre les termes de la DGOS sur le SMR), mais leur construction va à rebours des besoins pourtant identifiés sur les territoires et pénalise les filières d'excellence. La finalité de toute réforme initiée en santé devrait être interrogée et ajustée en regard de la réalité de son impact sur l'offre de soins et du service effectivement rendu. La transparence des données d'impact, la concertation et l'évaluation a posteriori devraient être l'alpha et l'oméga de toute politique initiée : c'est ainsi que se bâtit la confiance.

L'acmé de la défiance est évidemment la logique de rabot, au lieu d'identifier les leviers d'efficience, nombreux – dont la pertinence fait partie – permettant de concilier les économies indispensables dans un contexte économique contraint, et le maintien voire la progression de la qualité prodiguée aux patientes et aux patients. À ce titre, s'emparer des pistes d'efficience identifiées dans le rapport « Charges et Produits » de la CNAM semblerait un bon début... De la méthode, toujours et enfin.

L'avènement d'une nouvelle méthode pour transformer notre système de santé est aujourd'hui rendu possible par une stabilité politique retrouvée dont nous espérons qu'elle sera pérenne. Il n'y a pas de temps à perdre. La signature du Protocole de pluriannualité des ressources entre l'État et les fédérations hospitalières de tous statuts, dont nous souhaitons qu'elle intervienne le plus rapidement possible, serait une illustration tangible d'une méthode fondée sur la confiance et la logique de contractualisation. L'émergence d'un service public de santé associant le public et le privé participerait de la même méthode, avec, comme le préconisait le rapport de 2023 de la Cour des comptes, la nécessité de passer d'une culture de l'offre à une culture de la réponse aux besoins des patients, avec davantage d'évaluation du service rendu. Cela suppose que les acteurs de tous statuts puissent partager les missions de service public.

► LA BIOLOGIE MÉDICALE EN FRANCE : SIMPLE PRESTATAIRE DE DONNÉES DE SANTÉ OU VÉRITABLE ACTEUR DE SANTÉ ?



SYNDICAT DES BIOLOGISTES (SDBIO)
1 Dr François BLANCHECOTTE
 Président
2 Dr Geraldine JACOB
 Vice-Présidente

Grâce au développement de technologies innovantes et, à terme, de l'apport de l'intelligence artificielle (IA), médecins et pharmaciens biologistes vont pouvoir proposer à chacun de leurs patients une médecine préventive et un diagnostic d'une pertinence et d'une efficacité bien plus élevées et personnalisées qu'auparavant.

Prévention, pertinence, exploitation des données de santé et IA sont des éléments profondément liés, susceptibles d'optimiser les dépenses de santé.

La prévention : un exercice collectif

Investir dans la prévention, dès le plus jeune âge, est l'affaire de tous, des professionnels de santé comme des pouvoirs publics et c'est la clé pour assurer l'avenir du financement de notre système de santé, sa pérennité et son équilibre financier. La mise en place d'une prévention efficace nécessite une approche coordonnée et un financement efficient. Il est important de s'inspirer de modèles comme les dotations populationnelles, mesurant le besoin de santé de proximité, en fonction de différents critères démographiques. Il faut par ailleurs absolument veiller à ce que la limitation des ressources financières et l'apport du numérique ne viennent pas aggraver les inégalités d'accès aux soins : il est crucial de maintenir des ressources humaines pour « aller vers » les patients éloignés du système de santé en impliquant et valorisant les professionnels de santé, comme les infirmières libérales et les laboratoires qui aujourd'hui encore peuvent



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

se faire le relais d'une offre de prévention et de dépistage ciblé au niveau des territoires ruraux ou des populations fragiles.

Actuellement, une méconnaissance des lieux, des compétences et des horaires de soins existe entre les différentes professions. La cartographie réalisée lors de la crise Covid-19 a permis d'améliorer cet aspect, mais reste inaboutie et insuffisamment exploitée.

L'échange entre professionnels de santé est également essentiel pour le suivi des patients, en particulier lorsqu'il s'agit de coordonner les actions avec le secteur médico-social. Les ESCAP (équipes de soins coordonnés avec le patient) devraient permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de santé.

La biologie médicale peut jouer un rôle clé dans la prévention

En médecine, la difficulté réside à repérer précocement les patients en bonne santé apparente qui vont gagner à bénéficier d'une intervention précoce permettant de leur éviter des complications, coûteuse individuellement en matière d'espérance de vie et collectivement à l'échelle des dépenses de santé afférentes.

- **Maladies cardiovasculaires** : systématiser le recours aux scores prédictifs d'événements cardiovasculaires (comme le SCORE2) pour repérer les patients à risque.
- **Maladie rénale chronique (MRC)** : la détermination du RAC (ratio albuminurie/créatininurie) et le calcul du SRR (score de risque rénal) pour les populations cibles (notamment diabétique et/ou hypertendue) sont des examens peu coûteux permettant de repérer les patients dont la fonction rénale risque de progressivement s'aggraver et d'intervenir précocement avec la mise en place d'une néphroprotection afin d'éviter le recours à la dialyse.
- **Dépistage des infections urinaires** : le dépistage par bandelette peut être réalisé dans des situations déterminées, afin d'éviter de réaliser un examen cytobactériologique complet. Les biologistes devraient pouvoir être un recours de première intention, capable de prescrire la prise en charge la plus adaptée à la situation, des examens plus poussés dans les situations le nécessitant et uniquement lorsque cela est nécessaire, la prescription d'une antibiothérapie ciblée adaptée afin d'épargner les molécules les plus à risque de générer de l'antibiorésistance.
- **Dépistages organisés des cancers (col de l'utérus, cancer du côlon)** : ouvrir l'accès aux biologistes aux bases de données « amelipro » de statut de dépistage organisé permettrait d'optimiser l'efficacité de ce programme en faisant du laboratoire un lieu de promotion de ces actions. Cela pourrait être par ailleurs utilement intégré dans les

bilans de prévention aux âges clés de la vie, en plus des examens biologiques éventuellement nécessaires, liés aux facteurs de risque individuels.

- **Vaccination** : l'échec des campagnes de vaccination a montré que l'accès aux vaccins doit être facilité pour les professionnels de santé, y compris les biologistes médicaux. Ils disposent déjà de la formation et de l'environnement nécessaires pour mener à bien cette tâche, mais l'accès au stock de vaccins reste compliqué d'un point de vue administratif et logistique.

Pertinence et gouvernance des données de santé sont les clés de l'optimisation des dépenses de santé

Garantir que les examens réalisés soient réellement nécessaires et adaptés aux besoins est la condition *sine qua non* à une optimisation des dépenses de santé tout en préservant la qualité des soins. Cela réside dans une approche rigoureuse qui combine efficacité diagnostique, au travers de la constitution et application de référentiels et recommandations HAS, et gestion responsable des ressources. Le potentiel d'exploitation des données de santé de biologie vers le pilotage d'une politique de suivi individuel efficiente devient une évidence.

Cela pourrait prendre la forme d'une mise en place d'algorithmes de prescription par pathologie (diagnostic, suivi) dans les logiciels médecins, d'alerte sur les anomalies critiques non prises en charge, d'alerte sur l'absence de suivi biologique lié à certaines pathologies (suivant les recommandations actualisées HAS), offrant la possibilité de faire de chaque patient un acteur de sa propre santé au travers de leur « Espace santé ».

Parallèlement, la limitation des actes inutiles ou redondants commence à être implémentée avec le concours des biologistes médicaux mais sans intéressement financier prévu à ce jour pour le travail accompli de révision des prescriptions : une proposition avancée par le SDBIO était un partage des économies générées entre les laboratoires et l'Assurance maladie. Une approche gagnant-gagnant dans la gestion des risques du fait de l'expertise et de l'engagement des biologistes médicaux.

Un parcours de soins plus lisible

Le parcours de santé devient de plus en plus complexe pour les patients. Bien qu'il apparaisse nécessaire de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé, il est très important de garder une cohérence et lisibilité dans le parcours pour le patient : la biologie médicale n'a pas sa place en officine, les tests rapides ne sont pas le strict équivalent d'un examen de biologie médicale accrédité. Il est important de ne pas

confondre l'interprofessionnalité et la délégation d'acte, savoir ne pas céder au clientélisme. Au contraire, afin d'assurer la meilleure prise en charge, il est primordial que le bon soin soit apporté par le professionnel adéquat, au bon moment. Cela passe par une coordination efficace entre tous les acteurs du système de santé, une gestion des données de santé optimisée et la mise en place de parcours de soins personnalisés. La biologie, au travers de ses 4 300 sites et ses 4 500 biologistes libéraux, doit être un maillon essentiel dans cette chaîne.

C'est en plaçant l'ensemble du système de santé sur cette voie que nous pourrions assurer une prise en charge précoce et de qualité pour chaque patient, tout en maîtrisant les coûts de manière durable.

Il est essentiel d'avoir confiance dans les biologistes médicaux, de leur permettre de gagner en productivité, en autonomie et en reconnaissance afin qu'ils puissent au mieux jouer l'ensemble de ces rôles au service de la collectivité. C'est à ce prix que notre système de santé pourra non seulement répondre aux défis actuels, mais aussi pérenniser son avenir.

► VALUE-BASED CARE : POURQUOI LA PERTINENCE DES SOINS RESTE UN DÉFI MALGRÉ SON IMPORTANCE RECONNUE



Corinne VOLTZ

Regional Sales Director, Strategic Partnership,
 E-Health, Clinical Solutions,
ELSEVIER

Le concept de « *value-based care* » (VBC) émerge de la nécessité d'intensifier les soins préventifs, comme le souligne le rapport « *Clinician of the Future 2023*⁽⁵⁾ » réalisé par Elsevier et Ipsos. 74 % des cliniciens estiment qu'il faut aller plus loin dans cette démarche. La VBC se définit comme un modèle de soins de santé où les prestataires (hôpitaux, médecins) évaluent les résultats de santé par rapport aux coûts de la prestation, favorisant une approche holistique, efficace et centrée sur le patient, en opposition à une rémunération à l'acte.

L'expérience du patient est cruciale dans la VBC; une intervention est jugée utile si elle répond aux besoins du patient. Selon 51 % des cliniciens, la VBC pourrait réduire les dépenses de santé en misant sur les résultats plutôt que sur les services fournis. Cependant, ce modèle présente des défis, notamment en matière de mesure des performances, des coûts des actes et de l'intégration aux dossiers informatisés. Les outils d'aide à la décision médicale sont essentiels pour optimiser la prise en charge des patients. Des plateformes comme ClinicalKey fournissent aux professionnels de santé un accès à des connaissances fiables et fondées sur des preuves, contribuant à la qualité et à la rapidité des soins. Parmi les fonctionnalités clés de ClinicalKey, on trouve des synthèses cliniques, des revues médicales, des outils d'aide au diagnostic, des contenus de référence exclusifs comme l'EMC, l'Encyclopédie médico-chirurgicale, ainsi que des recommandations thérapeutiques et des informations médicamenteuses.

Dans un contexte de croissance incessante des informations, ces outils s'avèrent d'autant plus nécessaires. 83 % des cliniciens estiment que leur formation doit s'adapter aux nouvelles technologies, et une majorité pense qu'ils devraient devenir experts en technologies de santé numérique pour améliorer leur prise de décision. L'étude « *Clinician of the Future 2023* » a interrogé 2607 cliniciens de 116 pays, qui ont unanimement reconnu l'impact positif de l'adoption de ces outils sur l'efficacité des soins. Ils évoquent des gains de temps, de ressources, de coûts et de meilleurs résultats pour les patients.

Il est aussi crucial d'améliorer la formation continue des cliniciens. 49 % des interrogés dans l'enquête pensent que c'est une priorité pour les deux ou trois prochaines années, et 83 % reconnaissent que leur formation doit être mise à jour régulièrement. Les outils d'aide à la décision comme ClinicalKey permettent cette mise à jour constante grâce à des articles disponibles en texte intégral, des ouvrages de référence, des traités EMC et les dernières recommandations de bonnes pratiques.

En conclusion, les soins fondés sur la valeur, accompagnés par des outils de décision médicale, peuvent non seulement améliorer les pratiques individuelles des professionnels de santé, mais aussi renforcer l'ensemble du système de santé en France.

Pour plus d'informations
 concernant ClinicalKey,
 scannez ce QR Code :
[join.elsevier.com/CK-product](https://www.elsevier.com/CK-product)



(5) Le rapport « *Clinician of the Future 2023* » est disponible pour plus de détails ici : <https://www.elsevier.com/fr-fr/promotions/clinician-of-the-future-2023>

LES RECOMMANDATIONS 2012-2025 DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

2012

POUR AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SOINS

- Faire de la santé et de son financement un grand débat public
- Impliquer et responsabiliser les professionnels
- Anticiper la mutation stratégique des établissements hospitaliers
- Mieux gérer les maladies chroniques
- Organiser et financer la prévention

2013

UNE NOUVELLE ORGANISATION DES SOINS ET UNE PLATEFORME TERRITORIALE DE COORDINATION

- Pour améliorer la qualité de vie des plus de 75 ans vulnérables
- Pour optimiser les dépenses sanitaires et sociales, publiques et privées

2014

COORDINATION DES SOINS

QUATRE MESURES POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS, CONDITION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICACITÉ

- Identifier et rémunérer sans ambiguïté le coordonnateur des soins, et faire de la rémunération des professionnels et de la facturation des établissements deux leviers majeurs
- Développer une politique territoriale contractuelle et donner aux agences régionales de santé les moyens d'agir
- Recenser les initiatives, labéliser et promouvoir les plus efficaces, informer les patients
- Développer des solutions technologiques appropriées à cet objectif : le dossier informatisé de coordination des soins

2015

DONNER AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS LES MOYENS DE FAIRE DES ÉCONOMIES

- Le pouvoir politique ne doit pas entraver la recherche d'efficacité des établissements hospitaliers
- Les équipes de direction générale et médicale doivent être mobilisées par une réelle autonomie de gestion
- Le public doit être informé en transparence totale

2016

QUE LA SANTÉ FASSE PARTIE DES DÉBATS DE L'ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE DE 2017

2017

POUR DES SOINS DE QUALITÉ, AGIR EFFICACEMENT SUR LES TARIFS

- Comment faire en sorte que chacun ait intérêt à se mobiliser ?

2018

MOBILISONS L'INNOVATION, POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS

2019

HUIT PRÉCONISATIONS, POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE EN SANTÉ

2020

TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

LA GOUVERNANCE DOIT ÊTRE PLUS EFFICACE ET PLUS LISIBLE

2021

LA PROSPECTIVE EN SANTÉ

POUR NE PAS SUBIR, MAIS PRÉPARER L'AVENIR DE LA SANTÉ EN FRANCE

UN LIVRE BLANC RÉGULIÈREMENT ACTUALISÉ COORDONNÉ PAR LE HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN

2022

PRÉVENTION EN SANTÉ

CRÉER UN CHOC DE COHÉRENCE ET D'EFFICACITÉ AU PLUS PRÈS DES CITOYENS EN CLARIFIANT LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

2023

UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ

Globale, impliquant et responsabilisant tous les acteurs simultanément sur chaque territoire avec un financement dédié et marquant une rupture

2024

CINQ MESURES POUR QUE LA RÉVOLUTION DE L'IA RENFORCE RÉELLEMENT LE SYSTÈME DE SANTÉ

2025

QUATRE MESURES CONCRÈTES, ENGAGEANTES ET MOTIVANTES POUR SORTIR ENFIN LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'IMPASSE

PRÉVENTION EN SANTÉ

- Organiser une Convention citoyenne d'un genre nouveau sur la prévention en santé pour faire pression sur les responsables politiques nationaux et territoriaux

ORGANISATION TERRITORIALE

- Donner vraiment la capacité aux territoires de s'organiser par des synergies d'intérêt et la régulation de la concurrence

PERTINENCE DES SOINS

- Impliquer fortement et clairement les professionnels de santé en créant une task force, en multipliant les registres et en augmentant les rémunérations forfaitaires

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Organiser une grande Conférence du financement de la santé

THINK TANK
ÉCONOMIE
SAN + É

TÉLÉCHARGEZ LA RECOMMANDATION 2024 SUR
www.thinktank-economiesante.fr

CONTACT :

Kaina CHEROUAK • 01 87 39 78 24
kcherouak@lesechosleparisien.fr

#thinktankeconomiesante

Réalisation : Pascale MILLAN • www.milpak-infographie.fr • 2025 • Photo de couverture : Adobe Stock / © ipopba

NOS PARTENAIRES

AMGEN



Ethik - IA
Garantie Humaine de l'


GE HealthCare

 GROUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ

 mgen*
GROUPE vyv

 NOVARTIS

pergallion

UNE PUBLICATION

LesEchos
Le Parisien
ÉVÉNEMENTS