Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Rapport du HCAAM

Les leviers d'action pour un système de santé efficient et solidaire

Contribution du HCAAM à la saisine conjointe des

Hauts Conseils concernant l'état des comptes sociaux

Juin 2025

Préambule 7
1. Les principes portés par le Hcaam 9
1.1. Les valeurs et principes guidant les travaux du Hcaam 10
1.1.1. Garantir l'équité et la solidarité dans l'accès à la santé 10
1.1.2. Lutter contre les inégalités sociales de santé..... 10
1.1.3. Améliorer l'accessibilité des soins pour tous..... 12
1.1.4. Promouvoir les services à rendre en santé dans une approche globale 12
1.1.5. Mettre en œuvre des principes de gradation, de juste orientation et de continuité..... 12
1.1.6. Rappeler les responsabilités de tous les acteurs..... 13
1.2. Des principes réalistes pour des propositions mesurables et atteignables dans leur mise en œuvre, à court ou moyen terme 15
1.2.1. Retrouver une trajectoire d'équilibre et de désendettement..... 15
1.2.2. Élaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé..... 15
1.2.3. Valoriser les logiques de parcours et la cohérence des prises en charge..... 16
1.2.4. Fonder les décisions sur l'évaluation médico-économique..... 16
2. Le diagnostic porté par le Hcaam.....17
2.1. La dégradation des comptes depuis 2018-2019..... 17
2.1.1. Les facteurs conjoncturels 18
2.1.2. Les facteurs structurels 20
2.1.2.1. Les évolutions démographiques et épidémiologiques ont un impact à la hausse sur le volume des dépenses de santé 20
2.1.3. Une accélération des dépenses depuis la crise, à laquelle tous les secteurs contribuent 27
2.1.3.1. Le rythme de croissance de l'Ondam s'est accéléré..... 27
2.1.3.2. La dynamique s'observe dans tous les secteurs 29
2.1.4. Retour sur le rétablissement des comptes dans la décennie 2010 32
3. Les leviers permettant d'agir sur les volumes de soins 33
3.1. La pertinence et le bon usage des soins..... 33
3.1.1. Un levier vertueux par excellence, dont l'ampleur et les effets peuvent être débattus 33
3.1.2. Une problématique qui est au cœur de la stratégie de maîtrise des dépenses depuis de nombreuses années..... 34
3.1.3. Des impacts réels des actions, mais parfois difficiles à maintenir dans le temps..... 34
3.1.4. Une palette d'instruments existants, une démarche renouvelée par la convention médicale de 2024 37
3.1.5. Mobiliser ce levier de la pertinence et du bon usage au-delà de ce qui est déjà fait depuis des années : quelles pistes ? 39

3.1.5.1. Le champ des actions de pertinence 40
3.1.5.2. Les leviers 40
3.1.6. Le déploiement d'outils numériques rénovés peut accélérer les démarches de pertinence..... 42
3.1.6.1. Mon Espace Santé : une illustration des défis liés à l'interopérabilité et à l'utilisation par les usagers 42
3.1.6.2. L'ordonnance électronique, selon sa trajectoire future, pourrait enrichir considérablement la connaissance des prescriptions 44
3.1.6.3. Une évolution des logiciels d'aide à la prescription (LAP) permettant d'en faire davantage des outils en faveur de la pertinence 45
3.2. Développer la prévention et davantage prioriser ses interventions vers les cibles et leviers présentant le plus fort impact 45
3.2.1. Un levier à l'efficacité largement démontrée pour réduire la prévalence des maladies chroniques 45
3.2.2. Le bilan économique de la prévention emporte plusieurs dimensions d'appréciation..... 46
3.2.3. Mieux structurer le champ de la prévention 47
3.2.3.1. Mieux connaître la prévention 48
3.2.3.2. Mieux coordonner les interventions 48
3.2.3.3. Reconnaître et soutenir les rôles des différences acteurs..... 49
3.2.4. Déployer les interventions probantes et les recommandations de bonnes pratiques..... 49
3.2.4.1. Développer les évaluations d'efficience 49
3.2.4.2. Distinguer les rôles et les priorités des effecteurs..... 50
3.2.4.3. Aller-vers les populations, utiliser davantage les contacts entre les patients et le système de soins pour réaliser des interventions de prévention 51
3.2.5. La prévention suppose d'agir sur des déterminants qui se situent largement en dehors du champ de la santé, et donc une prise en compte dans l'ensemble des politiques publiques 52
3.2.6. Créer des incitations plus fortes pour les professionnels comme pour les usagers à l'amélioration de leur impact pour la santé 53
3.2.6.1. Du côté des professionnels 53
3.2.6.2. Du côté des usagers 54
3.2.7. L'outil des taxes comportementales 56
3.3. Organisation et gradation des soins et des prises en charge 58
3.3.1. L'importance d'une offre de services et d'une prise en charge au bon niveau..... 58
3.3.2. Soins aux personnes hébergées en Ehpad et soins en santé mentale, deux domaines où l'enjeu de la gradation des prises en charge est majeur 61
3.3.3. Faire évoluer les logiques de financement pour accompagner ces transformations organisationnelles..... 65

3.3.4. A court terme, la mobilisation des ressources existantes peut déjà produire des effets tangibles et générer des économies 65
3.3.4.1. Inciter aux pratiques qui réduisent le besoin d'hospitalisation 65
3.3.4.2. Utiliser plus systématiquement l'hospitalisation et la prise en charge à domicile 66
3.3.4.3. Renforcer le SAS, la PDSA et les modalités de réponse en ville aux situations d'urgence . 67
3.3.5. A moyen terme, les dispositifs de structuration des soins primaires doivent être simplifiés..... 68
3.4. Mobiliser les innovations organisationnelles et techniques 69
3.4.1. Organisationnelles 69
3.4.1.1. Des expérimentations et des partages de compétences qui se développent 70
3.4.1.2. Ces expérimentations soulignent l'intérêt d'aménager le partage des compétences entre professionnels pour améliorer les services rendus à la population, libérer du temps médical et faciliter l'accès aux soins 72
3.4.2. Techniques 79
3.4.2.1. Le cadrage général 79
3.4.2.2. Les innovations médicales peuvent représenter des gains d'efficience du système mais supposent de renforcer les capacités d'évaluation de ces innovations. 81
3.4.2.3. La priorisation 82
3.5. La question des arrêts maladie 83
3.5.1. Rappel de l'architecture de prise en charge du risque d'incapacité temporaire de travail..... 83
3.5.2. Une dépense structurellement plus soutenue que l'ensemble des dépenses de santé, du fait de déterminants démographiques et économiques 84
3.5.3. Le reste de la hausse des IJ résulte d'effets variés dont les rôles respectifs sont difficiles à évaluer 86
3.5.4. Les enjeux financiers se concentrent sur les arrêts de longue durée 87
3.5.5. Améliorer l'efficacité des contrôles notamment par le partage d'informations entre acteurs.. 89
3.5.6. Agir en direction des entreprises atypiques 89
3.5.7. Agir en direction des prescripteurs 90
3.5.8. Une clarification des responsabilités entre employeur et assurance-maladie 90
3.5.9. La question des jours de carence 91
3.6. Lutter contre la fraude 93
3.6.1. La mobilisation par l'assurance-maladie de moyens supplémentaires importants a permis des progrès tant dans l'évaluation que dans les résultats obtenus 93
3.6.2. Cette évaluation gagnerait toutefois à être complétée 93
4. Les leviers permettant d'agir sur les prix et les coûts des soins.....98
4.1. Payer les produits et prestations au juste prix 98

4.2. Le prix des médicaments a contribué de façon significative à l'inflexion récente de la dynamique des dépenses d'assurance-maladie 102

4.3. L'efficience hospitalière..... 109

4.4. L'efficience de l'organisation hospitalière territoriale..... 112

4.5. L'efficience de l'offre libérale 116

5. Les mesures de périmètre 118

5.1. Les mesures de périmètre doivent être abordées en tenant compte de l'articulation entre AMO et AMC 118

5.1.1. La question du périmètre de prise en charge est souvent conçue sous le seul angle du périmètre de prise en charge par l'AMO 118

5.1.1.1. La stabilisation du taux de prise en charge par l'AMO impliquerait des transferts réguliers de l'AMO vers l'AMC ou les patients..... 118

5.1.1.2. Toutefois, dans la durée, cela conduirait à une remise en cause profonde de notre mode de financement et de régulation des dépenses de santé 119

5.1.2. Une approche de maîtrise du périmètre de prise en charge réduite à l'AMO présente d'importantes limites notamment en raison de l'articulation entre AMO et AMC 120

5.1.2.1. Une hausse de ticket modérateur présente des propriétés économiques comparables à une hausse de prélèvements obligatoires 120

5.1.2.2. Le rendement net d'une telle mesure pour les finances publiques est inférieur de près de 10% au rendement brut de la hausse de ticket modérateur 122

5.1.3. Les mesures d'évolution des périmètres de l'AMO et de l'AMC doivent être examinées de façon commune..... 123

5.1.3.1. Sortir du périmètre de l'AMO des prises en charge à service médical rendu faible ou non démontré 124

5.1.3.2. Sortir du périmètre de l'AMC des prises en charge ne bénéficiant pas d'un niveau de preuves 125

5.1.3.3. Modérer le coût des prises en charge du panier 100% santé 126

5.2. La concentration croissante des dépenses de santé sur les affections de longue durée rend nécessaire de réexaminer les différentes modalités d'articulation entre AMO et AMC..... 132

5.2.1. Dans le cadre de l'architecture actuelle AMO/AMC, les réflexions tournent autour des évolutions possibles du régime ALD..... 133

5.2.1.1. Le dispositif des ALD rencontre d'importantes limites..... 133

5.2.1.2. Créer un double régime d'ALD 133

5.2.1.3. Plusieurs options alternatives au régime ALD actuel peuvent être envisagées pour répondre aux objectifs de limitation des restes à charge élevés 134

5.2.2. Remplacer le mode de couverture des restes à charge élevés que représente le régime ALD par un dispositif de bouclier sanitaire..... 134

5.2.3. Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée 136

5.2.4. Accroître les taux de remboursement de la sécurité sociale 137
5.2.5. Décroisement entre les domaines d'intervention de l'AMO et de l'AMC 138
5.3. Conclusion 141

Préambule

Il n'y a pas de fatalité à ce que les comptes de l'assurance maladie soient dégradés. Le niveau de déficit actuel est certes inédit en ce qu'il survient en dehors d'un choc économique ou d'une crise sanitaire. Selon les projections pluriannuelles annexées à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, même en limitant la progression annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) à 2,9 %, le déficit de l'assurance maladie s'établirait à 19,4 Mds€ en 2029.

Mais l'histoire de notre protection sociale depuis les lois sociales de 1928-1930, montre que, quelles que soient les difficultés rencontrées (problèmes de financement, déséquilibre démographique, instabilité économique, complexité administrative, etc.), nous avons su résoudre les crises financières qu'a pu rencontrer l'assurance-maladie.

La France n'est d'ailleurs pas le seul pays à connaître un tel déséquilibre et l'aphorisme attribué à Talleyrand « *quand je me regarde, je me désole ; quand je me compare, je me console* » pourrait illustrer tout à fait le contexte international. En effet, en comparaison avec d'autres pays de l'OCDE, la France présente un niveau de dépenses de santé qui n'est pas exceptionnel même s'il se situe dans le groupe des pays à niveau de dépenses élevé. Ainsi, en 2022, en termes de dépenses courante de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat, elle occupe la 7ème place au sein de l'OCDE[1] ; elle est en revanche à la 3ème place en termes de part de la dépense courante de santé dans le PIB (11,8 % contre 16,7 % pour les Etats-Unis et 12,6 % pour l'Allemagne) : l'écart entre ces deux classements montre que le poids relatif de la dépense de santé dans la richesse nationale résulte au moins autant de l'écart de PIB entre la France et d'autres pays que du niveau de la dépense de santé.

La dynamique récente des dépenses de santé constitue un phénomène mondial, et la dynamique observée en France se situe plutôt en-deçà de ce qu'on observe à l'étranger. Entre 2010 et 2022, la part de la dépense courante de santé dans le PIB a progressé de 0,7 point (intégralement entre 2019 et 2022), soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'Union européenne (+ 0,4 point) et nettement supérieur aux Etats-Unis (0 point), mais inférieur à ce qui a été constaté en Allemagne (+ 1 point) ou au Royaume-Uni (+ 1,1 point). La croissance en valeur de la dépense de santé entre 2019 et 2022 a été de 15,4 % en France, contre 18,2 % dans l'Union européenne, 26,7 % aux Etats-Unis, 27,9 % au Royaume-Uni, 20,1 % en Allemagne.

Ces comparaisons internationales indiquent que **le système de santé français n'est ni à la dérive ni hors de contrôle, mais présente des marges d'efficience :** aux niveaux de dépenses de santé que connaissent les pays riches, une variation marginale du niveau de dépenses ne se traduit pas nécessairement par une variation équivalente du niveau de santé de la population.

L'assurance-maladie finance des produits et des prestations qui permettent d'améliorer la santé de la population, d'allonger son espérance de vie et d'améliorer ses conditions de vie. Ces dépenses ne sont principalement pas des transferts entre ménages, mais contribuent à accroître le bien-être collectif et le potentiel productif de l'économie. On ne peut ni envisager la dépense d'assurance-maladie comme un coût sans prendre en compte son bénéfice collectif et individuel, ni en rester à l'affirmation que « la santé n'a pas de prix » en refusant de réexaminer le bien-fondé d'une dépense : le prix d'une intervention de l'assurance-maladie doit être en mis en relation avec leur impact sur la santé, et avec d'ailleurs l'impact que pourrait produire la même dépense affectée à un autre mode d'intervention en faveur de la santé. **La mise en relation de la dépense avec son impact sur la santé constitue le fil rouge de ce rapport**.

---

[1] OCDE, Health at Glance 2023 ;

Le constat que nous établissions en 2018[2] d'une crise affectant toutes les composantes du système de santé, accroissant les inégalités territoriales, créant une insatisfaction croissante de la population et la souffrance des professionnels, est toujours actuel. Pour y remédier, et parce que l'organisation de notre système de santé présentait des signes inquiétants d'inefficacité et/ou de mauvaise allocation des ressources collectives, nous appelions à des modifications profondes « *en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité aux besoins de la santé globale et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence.* » La structuration des soins primaires s'est depuis améliorée, avec le développement de cadres d'exercice coordonné, avec les élargissements successifs des compétences des professionnels, avec l'élaboration de nouveaux modèles et expérimentations de multiples innovations organisationnelles. Cette ligne de soins de proximité devra encore se développer pour devenir le pivot du système de santé.

Se pose alors la question du mode de tarification associé à ces nouvelles formes d'organisation et de coordination entre les professionnels. Aujourd'hui le système repose pour les soins primaires principalement sur le paiement à l'acte. Mais les modes de rémunération évoluent : paiement forfaitaire fondé sur la qualité, expérimentation du paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)3. La transformation des organisations appelle des évolutions de mode de rémunération. En ce qui concerne l'organisation hospitalière, la mise en œuvre de la gradation des soins qui va des hôpitaux de proximité aux établissements hospitalo-universitaires, la coordination soins de ville/soins hospitaliers, le développement de l'hospitalisation à domicile comme substitut de l'hospitalisation classique, il conviendra également d'en rechercher les gains d'efficience.

La saisine du Premier ministre nous invite, avec le HCFIPS et le HCFEA, à établir « un diagnostic partagé des causes des déséquilibres financiers de notre sécurité sociale » à identifier « les leviers possibles de rétablissement des comptes sociaux, à court et moyen terme, réglementaires et légaux, en analysant leurs avantages et leurs limites respectifs » et à proposer « des scenarii de redressement mobilisant tout ou partie de ces leviers ». Le Hcaam a consacré cinq séances à cette saisine : le 27 mars, le 10 avril, le 15 mai, le 22 mai et le 10 juin. Les membres du Hcaam ont montré leur esprit de responsabilité en s'inscrivant dans une logique de proposition, à travers les contributions nombreuses et documentées qu'ils ont adressées et qui permettent d'identifier près de 200 leviers, mesures ou objectifs à poursuivre. L'ensemble de ces contributions sont annexées à ce rapport.

Il n'appartient pas au Hcaam de proposer un plan d'économies détaillé de plus de 30 Mds€ pour les 4 projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) à venir et il n'est pas de son ressort d'en réaliser les arbitrages politiques. Par ailleurs, si certains sujets peuvent faire l'objet de recommandations consensuelles au sein du Hcaam, ce ne peut être le cas de nombre d'entre eux. **Les nombreuses pistes mentionnées dans ce rapport ne sont donc, par définition, pas partagées par l'ensemble des membres du Hcaam**. L'ambition de ce rapport est de réaliser un tour d'horizon large (à défaut d'une impossible exhaustivité) des leviers mobilisables pour rétablir les comptes de l'assurance maladie, d'en mentionner les avantages, les possibilités mais aussi les contraintes, les limites et les inconvénients. On ne peut produire un tel rapport en 2025 sans tenir compte de ce qui l'a précédé depuis 30 ans : 30 LFSS, une loi de réforme de l'assurance-maladie de 2004, une loi « Hôpital Patients Santé Territoires » en 2009, une loi de modernisation de notre système de santé en 2016, plusieurs lois relatives à l'organisation des soins intervenues depuis, les rapports annuels

[2] Avis du Hcaam, 24 mai 2018, sur la stratégie de transformation de notre système de santé.

[3] D'autres propositions ont été avancées, notamment dans le rapport de la Task Force Aubert de 2019 sur les « réformes des modes de financement et de régulation »

relatifs aux lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) de la Cour des comptes, près de 50 rapports du Hcaam, près de 20 rapports charges et produits de la Cnam, … Sa valeur ajoutée ne peut résider dans le recensement de mesures tant de fois déjà évoquées, mais dans une analyse critique nourrie de ce que les expériences passées ont pu nous enseigner sur leurs limites. L'ampleur inédite des efforts nécessaires impose de pouvoir aller au-delà de ce que chaque levier permet déjà, chaque année, pour contenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Dès lors, dans l'élaboration de ce rapport, notre souhait a été soit d'identifier des leviers nouveaux, soit d'identifier des éléments nouveaux permettant à des leviers connus d'aller plus loin en efficacité, ou encore de mieux tenir compte de leurs possibles limites. Le rapport ne reprend pas en tant que tel l'intégralité des propositions présentées par ses membres : certaines relèvent davantage des travaux réalisés dans d'autres hauts-conseils ; d'autres, qui mériteraient une instruction complémentaire, ou ne présentent qu'un rapport très indirect avec l'objet de la saisine, ont vocation à alimenter les travaux ultérieurs du Hcaam. Plusieurs mesures présentées par les membres constituent des déclinaisons de leviers que le rapport, à des fins d'intelligibilité, présente de façon plus transversale à un niveau plus général.

Dans cette partie introductive, le Hcaam souhaite tout d'abord rappeler les principes issus de ses différents travaux qui ont guidé l'approche retenue pour répondre à cette saisine.

Une deuxième partie porte sur le diagnostic de la situation financière de l'assurance maladie.

Trois parties présentent ensuite les différents ensembles de leviers mobilisables : les leviers relatifs aux volumes de la dépense de santé ; les leviers relatifs aux prix et aux coûts ; les leviers relatifs aux périmètres de prise en charge.

1. Les principes portés par le Hcaam

Le Hcaam a, dans ses rapports et notamment ceux de 2018 sur la stratégie de transformation du système de santé et de 2021 sur la régulation du système de santé, affirmé des principes et des valeurs qui guident les travaux de ses membres, comme le principe constitutionnel **d'égal accès aux soins pour tous** et **du droit à la protection de la santé**. Les mesures proposées dans la réponse à cette saisine seront analysées, au regard de ces valeurs et principes concernant l'avenir du système de santé et de son financement en France, souhaitables et soutenus par les membres du Hcaam. De ce fait, **les leviers et les mesures proposés concernent tous les acteurs et tous les segments de l'offre de santé**.

Penser un niveau de financement équilibré et optimal dans l'intérêt de la santé des usagers renvoie aux réflexions sur la quantification des besoins de soins et de santé (dont le Haut Conseil a montré dans plusieurs rapports les difficultés d'évaluation[4]) et conduit à interroger la qualité des services rendus à la population

[4] Rapport Hcaam. Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires. Février 2024. Page 59 : *« L'existence d'une demande pertinente non satisfaite, i.e. de défauts de recours à des soins de qualité dans des délais raisonnables, du fait de problèmes d'accessibilité géographique ou financière, d'organisation des parcours (écart aux recommandations de bonne pratique, défaut d'intégration des innovations…) doit conduire à augmenter l'offre des services concernés (via une meilleure organisation des soins, de nouvelles répartition des tâches entre professionnels, une augmentation du nombre de professionnels…) - un des critères pour considérer des délais comme déraisonnables réside dans les éventuelles pertes de chances qu'ils engendrent. Ces pertes de chances sont bien-sûr préjudiciables pour les patients, mais aussi pour le système de santé, lorsqu'elles se traduisent in fine par des recours accrus au système de soin, et donc une aggravation des tensions auxquelles ce système est confronté ».*

ainsi qu'à identifier les déséquilibres existants, tant ceux qui relèvent des besoins non couverts que des recours non pertinents[5].

En complément des facteurs (démographiques, épidémiologiques…) d'évolution à prendre en compte et à côté des impacts de l'innovation, **les questions environnementales, auxquelles le HCFEA présente des propositions dans son rapport, doivent être également prises en considération à un double titre** :

L'aggravation des conséquences de l'impact environnemental sur la santé des populations (risques liés à l'accroissement de la température et aux catastrophes naturelles, impact accru de la présence de polluants dans l'environnement, émergence et diffusion des maladies infectieuses, dégradation de la santé au travail pour un certain nombre de professions, etc.) ;

La conciliation entre l'amélioration de la santé et la préservation de l'environnement.

1.1. Les valeurs et principes guidant les travaux du Hcaam

Ces principes s'appuient sur l'ensemble des rapports du Hcaam et celui de 2018 sur la transformation du système de santé[6].

1.1.1. Garantir l'équité et la solidarité dans l'accès à la santé

Même dans un contexte de redressement financier, les mesures doivent garantir aux personnes les plus vulnérables (personnes âgées, malades, handicapées, etc.) une couverture sociale et maladie adéquate et adaptée au regard de leurs besoins spécifiques. Du fait de la mutualisation des risques entre tous les bénéficiaires, le principe de solidarité : « *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* » est réaffirmé.

1.1.2. Lutter contre les inégalités sociales de santé

En France, davantage qu'en Europe[7], l'état de santé de la population est marqué par des inégalités sociales de santé dès l'enfance et tout au long de la vie (cf. encadré ci-dessous).

---

[5] Hcaam | Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires | France Stratégie

[6] Avis et Rapport 2018 - Contribution du Hcaam à la Stratégie de transformation de notre système de santé.

[7] Les inégalités sociales en matière de santé sont un peu plus marquées en France qu'en Europe – France, portrait social | Insee. Par exemple *« La part de fumeurs quotidiens de tabac parmi les personnes en emploi est assez proche dans les pays d'Europe de l'Est (26,0 %), du Sud (23,5 %) et de l'Ouest (21,7 %), et nettement plus faible dans les pays d'Europe du Nord (9,5 %) (…). Le comportement des fumeurs quotidiens diffère également selon les pays. Dans la population en emploi, la part de grands fumeurs (au moins 20 cigarettes par jour) est plus élevée en Europe de l'Est (9,8 %) qu'en Europe de l'Ouest (5,3 %) ou du Nord (1,8 %). En Europe de l'Ouest, la plus grande part de grands fumeurs parmi les personnes en emploi est atteinte en Autriche (10,1 %). La France arrive en deuxième position avec 5,5 % de grands fumeurs ».*

ENCADRE : INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN FRANCE

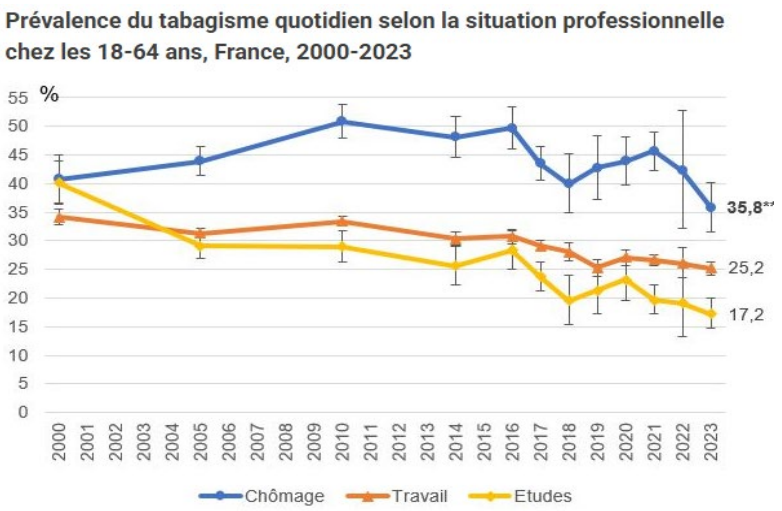
- En 2021, selon l'enquête nationale périnatale, en France hexagonale, le taux de petits poids de naissance (inférieur à 2 500 g) était de 15,5 % chez les mères appartenant à des ménages avec des revenus mensuels inférieurs à 1 000 € vs 9,4 % pour les ménages avec des revenus mensuels supérieurs à 3 000 €. Ce taux était globalement plus élevé pour La Réunion, la Martinique et la Guadeloupe (entre 10,5 % et 12,4 %) contre 7,1 % en France hexagonale.

- Concernant la consommation de tabac et selon 3 indicateurs (niveau de diplôme, revenu et situation professionnelle) :

° La prévalence du tabagisme quotidien reste en 2023 nettement plus élevée lorsque le niveau de diplôme est plus faible : elle varie de 28,9 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat à 16,7 % parmi les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat ;

° Plus le revenu est élevé, plus la prévalence du tabagisme quotidien est faible : de 28,9 % parmi le tiers de la population qui a les revenus les plus bas à 17,3 % pour le tiers avec les revenus les plus élevés ;

° Parmi les 18-64 ans, la prévalence du tabagisme quotidien reste nettement plus élevée parmi les personnes au chômage (35,8 %), que parmi les actifs occupés (25,2 %) ou les étudiants (17,2 %) – figure ci-dessous.



Sources : Baromètres de Santé publique France, enquête EROPP 2023 OFDT- exploitation Santé publique France

- La prévalence du diabète est deux fois plus élevée dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) que dans l'hexagone, où elle est également plus élevée dans les départements du Nord-Est alors qu'elle diminue dans les départements de l'Ouest.

Source : Santé Publique France Les inégalités sociales selon les âges et les périodes de vie | Santé publique France et Tabagisme et santé | Santé publique France.

Ces inégalités sociales de santé se retrouvent également pour l'espérance de vie[8] : les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers sont en moyenne de 5,3 ans chez les hommes et de 3,4 ans chez les femmes. Entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés, l'écart d'espérance de vie à 35 ans est en moyenne de 8,0 ans pour les hommes et de 5,4 ans pour les femmes.

Ces constats invitent à **prioriser les mesures** dans le champ de la prévention et de l'amélioration des conditions de vie des plus jeunes.

1.1.3. Améliorer l'accessibilité des soins pour tous

Les réformes financières ne doivent pas conduire à la dégradation de l'accès aux soins des populations les plus précaires. « Ce principe engage à rechercher une disponibilité adaptée des services à rendre sur l'ensemble du territoire, en évitant des délais d'attente excessifs et en organisant un recours adéquat pour les malades, en particulier les personnes âgées ainsi que les personnes handicapées et toutes les populations fragiles. Il implique également l'accessibilité financière. »[9]

Selon ce principe de justice sociale, le respect du principe **d'universalisme proportionné**[10] doit être recherché.

1.1.4. Promouvoir les services à rendre en santé dans une approche globale

L'approche de gradation des services en santé a été reprise par le Hcaam[11] pour la prévention de l'obésité. Ce modèle a été conçu pour la prévention des pathologies chroniques. Les deux premiers niveaux, qui représentent la quantité de services rendus la plus importante, ne sont pas assurés par le système de soins. Le premier niveau correspondant aux soins : les autosoins que chacun peut mettre en œuvre par lui-même sont amenés à se développer ; le second aux soins informels prodigués par l'entourage, des aidants professionnels ou non, d'autres professionnels d'autres secteurs (éducateurs, auxiliaire de vie, médiateurs, assistants sociaux, etc.). **La promotion de l'*empowerment* des patients notamment dans le cadre des maladies chroniques, de la pair-aidance, la diversification de l'accompagnement - par d'autres professionnels ou par d'autres patients** (patients experts par exemple) - ainsi que la **prise en compte des besoins sociaux et éducatifs** devraient également être soutenues dans **des logiques intersectorielles**.

1.1.5. Mettre en œuvre des principes de gradation, de juste orientation et de continuité

« Dans un cadre où les ressources de l'assurance maladie sont limitées, l'obligation de ne pas négliger la prise en charge de certains exige de travailler à la mobilisation optimale des ressources, humaines, techniques et financières du système de santé lui-même. Dans cette démarche, il est nécessaire de réaffirmer le principe de gradation des soins. »[12]

Ce principe interpelle tous les acteurs de la santé et renvoie à des objectifs de pertinence, de qualité et de sécurité des prises en charge : **la délivrance à chacun selon son besoin, au bon moment, du « juste soin »,**

---

[8] Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes - Insee Première - 2005. 2024.

[9] « Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé ». Avis et Rapport Hcaam 2018.

[10] Pour aplanir les effets des inégalités sociales de santé, les actions et les mesures doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle à la défavorisation sociale.

[11] Rapport Hcaam « Prévention et promotion de la santé 2017-2018 ».

[12] *Ibid.*

de la « juste réponse ». Les évolutions de l'organisation du système de santé doivent par ailleurs permettre la **continuité des soins** et des prises en charge.

Le Hcaam recommande par ailleurs une **priorisation explicite des services à rendre et des modalités de régulation de la demande** pour gérer au mieux, les moyens disponibles[13] :« si cette priorisation restait, comme c'est le cas aujourd'hui, implicite, elle bénéficierait alors aux patients déjà les mieux lotis, accroissant ainsi les inégalités. Ainsi par exemple, les nouvelles formes d'accès aux soins non programmés mentionnées dans la partie 1 (plateformes de téléconsultation notamment) (…), risquent de répondre avant tout aux besoins ponctuels de patients qui sont en bonne santé ou bénéficient par ailleurs d'un bon suivi, détournant la ressource médicale des patients qui en ont le plus besoin ».

1.1.6. Rappeler les responsabilités de tous les acteurs

« *Notre système de santé est un bien commun dont nous devons tous prendre soin. Assurés, professionnels de santé, établissements de santé, employeurs, collaborateurs de l'institution… Chacun en est dépositaire et porte une part de responsabilité dans son fonctionnement et son avenir* »[14].

L'incitation à la responsabilisation des patients et des professionnels représente un levier important dans la gestion et dans le financement du système de santé[15] :

Chacun est invité à questionner ses pratiques et ses comportements :

- pour les professionnels, les offreurs de soins et les industriels : répondre aux services à rendre à la population, le juste soin, le juste prix, le respect des recommandations, et plus globalement la qualité des pratiques, etc. ;
- pour les organisations et les structures de soins : faciliter le travail des professionnels, éviter le gaspillage, limiter les charges administratives qui éloignent les professionnels de santé du temps médical, donner du sens au travail en collectif, s'articuler avec les autres secteurs, etc. ;
- pour les patients : s'informer, devenir acteur de sa santé, prendre part aux décisions, etc. ;
- pour les organismes complémentaires d'assurance maladie : accompagner les objectifs de santé publique, participer à l'efficience du système de santé, prendre part aux décisions, etc. ;
- pour les institutionnels, les politiques et tous ceux qui sont en responsabilité : définir une stratégie, faire des choix, créer un cadre de confiance et associer l'ensemble des parties prenantes dans les décisions, décider de mesures ayant montré leur efficacité sur la base d' évaluation médico-économique, prévoir les ressources et les financements utiles[16] aux soins et nécessaires pour les mettre en œuvre, et évaluer et contrôler la bonne utilisation des financements publics.

Responsabiliser nécessite de la pédagogie et de l'accompagnement des professionnels, des organisations comme des patients. La demande de soins est largement prescrite : les prescripteurs jouent un rôle

---

[13] Rapport Hcaam. « Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité ». Septembre 2022.

[14] Nos valeurs | L'Assurance Maladie

[15] « Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé ». Avis et Rapport Hcaam 2018. Page 42. Le tableau de la page 44 détaille selon différents niveaux d'organisation de l'offre, les responsabilités politiques de chaque acteur.

[16] A titre d'exemple, le NHS britannique recueille l'expérience des patients et la qualité de vie pour les prothèses hanche / genou depuis 2014, une manière vérifier l'utilité des soins.

déterminant dans la formation de la demande de soins. Vouloir responsabiliser le patient – au sens de le rendre responsable de la dépense de santé – est une approche trop réductrice. Le schéma prospectif proposé par le Hcaam en 2018 « *suppose de donner aux patients aussi bien qu'aux professionnels une autonomie et des capacités leur permettant d'être concrètement les acteurs du changement. Le processus doit s'inscrire dans une démarche démocratique associant l'ensemble de ses parties prenantes et notamment les partenaires sociaux aussi bien que les élus des collectivités territoriales* »[17].

[17] Hcaam. Rapport 2018. Page 49.

1.2. Des principes réalistes pour des propositions mesurables et atteignables dans leur mise en œuvre, à court ou moyen terme

1.2.1. Retrouver une trajectoire d'équilibre et de désendettement.

La recherche de l'équilibre et d'une trajectoire de désendettement est un impératif partagé par les membres du Hcaam.

Le Hcaam[18] partage par ailleurs avec le HCFiPS la nécessité d'un **rééquilibrage sur plusieurs années** comme ce fut le cas dans la sortie de crise de 2010.

1.2.2. Élaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé

Vouloir infléchir l'évolution des dépenses de santé impose de **s'intéresser à des déterminants de la santé qui se situent majoritairement en dehors du système de santé**. Pour améliorer l'état de santé, réduire les inégalités, et *in fine* réduire la mortalité et la morbidité, il convient de mobiliser aussi des leviers extérieurs au système de santé : éducation, logement, conditions de travail, environnement, etc. Agir en amont, par la prévention, permettra de réduire une partie des maladies chroniques évitables et réduira les dépenses de santé liées à ces pathologies.

Concernant les discussions sur l'Ondam, le rapport du Hcaam sur la régulation considérait qu'elles « *se trouvent assez déconnectées des réflexions sur la programmation associée aux objectifs de santé et de transformation de l'offre de soins, même si elles tiennent compte de certaines des mesures annoncées* » et a recommandé[19] de « ***passer d'une programmation pluriannuelle incantatoire à une programmation stratégique, qui ne soit pas seulement budgétaire*** » et d' « ***élaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé****. Les objectifs de santé et de transformation de l'offre de soins à l'horizon de cinq ans et la programmation des moyens humains, matériels et financiers pour atteindre ces objectifs doivent être présentés* ***dans un document unique, unifiant les textes existants****. Les autres textes dans le champ de la santé, dont la LFSS, en seraient la déclinaison ; ils devraient être radicalement* ***simplifiés*** *et fournir une information plus transparente et hiérarchisée. Ce document, élaboré via une véritable* ***place accordée à la démocratie politique, sociale et sanitaire****, au niveau* ***national et local****, porterait sur l'ensemble des dépenses de santé et déterminerait leur répartition entre financeurs (Etat, collectivités territoriales, assurances maladie obligatoire et complémentaire, ménages, employeurs), sur la base de principes cohérents. Il définirait des priorités transversales telles que : réduire les inégalités d'accès aux soins, structurer les soins de proximité, agir sur les déterminants de santé,* ***dans le cadre d'une trajectoire tenant compte du point de départ****. Il définirait également* ***les modalités de suivi (objectifs chiffrés et indicateurs) et d'évaluation de la programmation.*** »

Ce cadre stratégique et de régulation doit également permettre les investissements nécessaires en particulier pour les dépenses d'avenir (innovations, organisations nouvelles, systèmes d'information, prévention, recherche et transformation écologique). De même, toute nouvelle mesure devrait être accompagnée d'éléments concernant son financement.

---

[18] *Ibid* page 2.
[19] *Ibid page 14*

1.2.3. Valoriser les logiques de parcours et la cohérence des prises en charge

Tous les acteurs appellent de leur vœux **les logiques de parcours**. Le schéma prospectif proposé par le Haut Conseil dans son rapport[20] de 2018 souligne que *« l'enjeu n'est pas de créer des parcours types mais des organisations rendant possible des trajectoires « fluides » et individualisées, en « routine » en dehors des dispositifs expérimentaux ou dérogatoires, et ceci de façon généralisée (offre universelle). Il s'agit d'assurer une accessibilité adéquate à des soins dont la nature est peu prévisible et de placer le patient au centre. »*

1.2.4. Fonder les décisions sur l'évaluation médico-économique

Fonder les décisions sur des données probantes, sur l'efficacité d'une mesure d'une part et son efficience d'autre part constitue une approche largement partagée. Malgré cela, comme le soulignait de nouveau l'Igas en 2024 à propos des actions de prévention et de promotion de la santé21 « dès lors que l'on se situe dans un contexte de ressources limitées, le fait qu'une action soit efficace ne suffit pas à justifier sa mise en œuvre. Il convient aussi d'établir qu'elle est efficiente soit que le rapport entre les ressources engagées et les résultats obtenus est favorable ». Cette approche évaluative médico-économique a été soutenue dans le rapport[22] du Hcaam relatif à la régulation.

Au sein des outils de programmation (loi, plan, programme,…), les mesures proposées doivent être étayées par ce type d'évaluation dont la méthodologie doit être partagée avec l'ensemble des parties prenantes afin d'éclairer les décisions prises et leur compréhension ; et a contrario, celles à faible niveau de preuves scientifiques devraient pouvoir être écartées sans hésitation.

---

[20] Avis et Rapport 2018 - Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé. Page 73.
[21] Rapport Igas - Prise en compte preuves scientifiques dans prévention santé.pdf
[22] Avis régulation HCAAM avril 2021.docx

2. Le diagnostic porté par le Hcaam

2.1. La dégradation des comptes depuis 2018-2019

Au cours des années 2010, le déficit de l'assurance maladie, qui s'était creusé à la suite de la crise financière de 2008, jusqu'à atteindre 11,6 Md€ en 2010, a été progressivement résorbé. Les comptes ont été proches de l'équilibre en 2018 et 2019 (graphique 1).

Après la période exceptionnelle constituée par le Covid, qui s'est traduit par un déficit record en 2020 (30 Mds€), le déficit s'est établi en sortie de crise sanitaire à 11 Md€ en 2023, soit nettement plus haut qu'avant-crise.

Surtout, ce déficit a augmenté à nouveau en 2024 (13,8 Md€[23], et devrait continuer, même avec une progression de l'Ondam contenue à 2,9% par an, à s'aggraver, avec un solde prévu de 19,4 Mds€ en 2029[24], soit une dégradation supplémentaire de 5,6 Mds€. La Cour des comptes constate ainsi que *« 2024 est une année de rupture dans la résorption du déficit de la sécurité sociale* » et alerte sur « *une situation financière structurellement déficitaire* »[25]. A la différence du passé, cette dégradation de la situation financière n'est imputable ni à un choc économique ni à un choc affectant la santé publique.

La dégradation des comptes est encore plus forte si on prend compte celle du déficit des établissements hospitaliers (déficit de 2,8 Mds€ en 2024 selon la FHF, contre 0,6 Md € en 2018-2019, soit un creusement de 2,2 Mds€) : à un tel niveau, le creusement du déficit des établissements de santé constitue un point de fuite du déficit de l' assurance-maladie. Sur un périmètre intégrant les établissements de santé, la dégradation est donc de plus de 15 Mds€ entre 2018 et 2024.

Pour prendre la mesure de l'effort nécessaire, il est important d'analyser les causes du déficit actuel et de faire la part, dans les dynamiques de dépenses et de recettes, des facteurs structurels, des facteurs conjoncturels et des impacts des mesures prises.

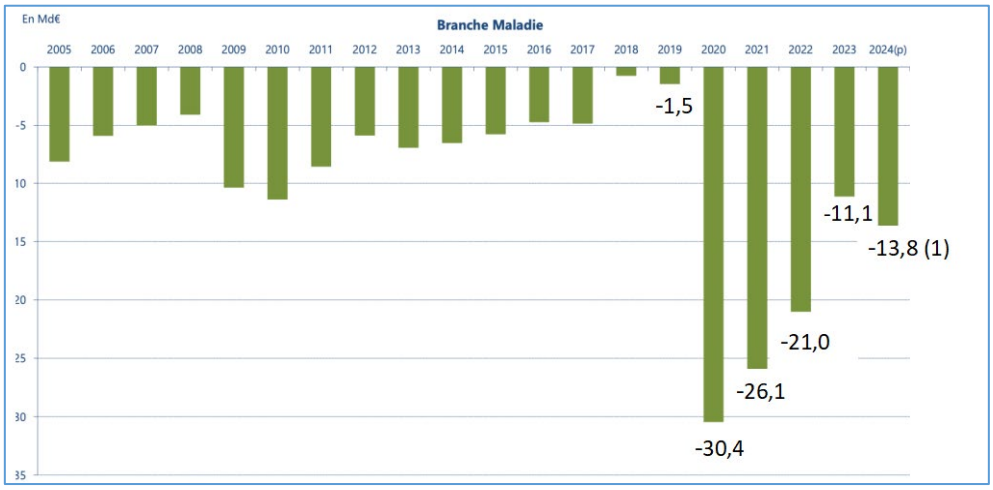
---

[23] Source : communiqué de presse de la direction de la sécurité sociale du 17 mars 2025. Résultats basés sur les comptes arrêtés par les organismes de sécurité sociale le 14 mars, en cours d'audit. L'avis des certificateurs - Cour des Comptes et commissaires aux comptes - sera rendu d'ici au 1er juin 2025.

[24] Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025.

[25] Cour des comptes. La situation financière de la sécurité sociale, novembre 2024. https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-situation-financiere-de-la-securite-sociale

GRAPHIQUE 1 I ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE DE 2005 A 2024



Source : Direction de la sécurité sociale 2025.

2.1.1. Les facteurs conjoncturels

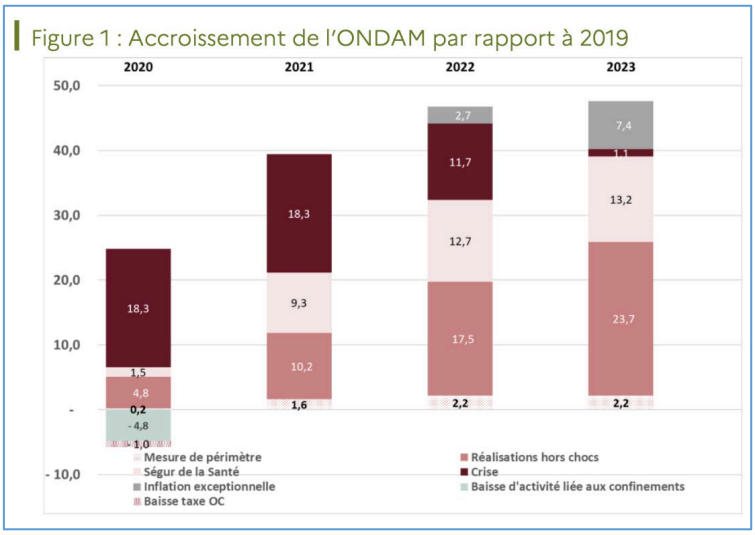
Entre 2019 et 2023, en dehors des effets temporaires de la pandémie (surcroîts de dépenses pour faire face à la pandémie, chute de recettes due à la récession), le système de santé a connu deux évènements exceptionnels :

- le Ségur de la santé (augmentation des salaires et plan d' investissements dans le système de santé), qui se traduit par un surcroît de dépenses pérennes, dont une petite fraction revient en recettes via le versement de cotisations et prélèvements[26] ;
- le choc inflationniste, avec une hausse des prix en moyenne de 5,3 % en 2022 et 4,8 % en 2023[27], contre une moyenne de 1,0 % par an sur 2010- 2021, a affecté tant les dépenses que les recettes de l'assurance-maladie.

[26] Pour la partie des dépenses relative aux revalorisations salariales. Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), pour 1€ de coût total pour l'employeur d'une hausse du salaire, un peu plus de 50 centimes reviennent dans les comptes publics, 11 centimes sont perçus *in fine* par la Cnam (source rapport CCSS de juillet 2022).

[27] Au sens de l'indice des prix à la consommation harmonisé / IPCH.

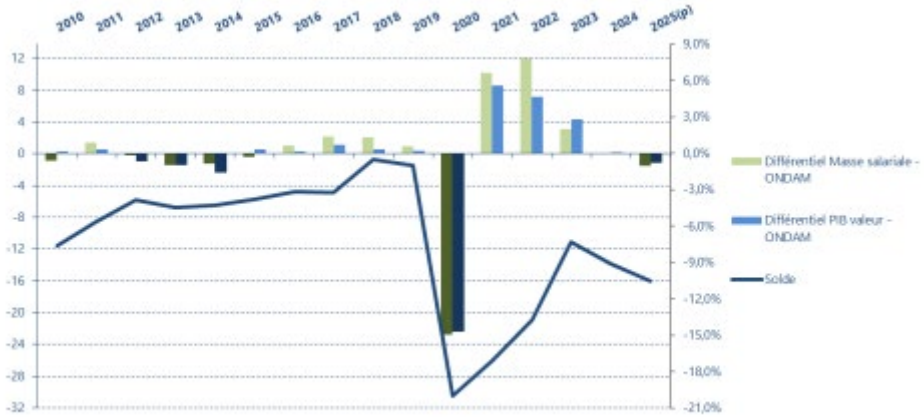
GRAPHIQUE 2 I ACCROISSEMENT DE L'ONDAM PAR RAPPORT A 2019



Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

Après les années de crise Covid marquées par un effet ciseau inédit entre recettes et dépenses et par des déficits records, la situation financière de l'assurance-maladie est nettement dégradée en sortie de crise par rapport à l'avant-crise (graphique 3).

GRAPHIQUE 3 I ÉVOLUTION DU DEFICIT DE LA CNAM AU REGARD DES PRINCIPAUX DETERMINANTS MACROECONOMIQUES.



Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025.

Le Ségur de la Santé représente une dépense pérenne à hauteur de 13 Mds€ annuels environ

Ce plan massif, qui vise à revaloriser les rémunérations des métiers de la santé et du médico-social et à soutenir l'investissement en santé, est monté en charge progressivement de 2020 à 2023, année où il représente une dépense d'environ 13 Mds€. On considère qu'elle comporte une composante de rattrapage d'évolutions salariales qui ont fait défaut au cours de la décennie 2010-2019.

Les dépenses au titre du Ségur n'augmentent plus en 2024 - 2025[28], mais d'autres mesures salariales ont été mises en œuvre post-Ségur.

Le choc d'inflation en 2022-2023 a impacté à la fois les recettes et les dépenses, avec un décalage temporel et au total un solde positif pour l'assurance maladie

Le choc inflationniste agit sur les produits et sur les dépenses.

L'inflation affecte les recettes de façon indirecte, mais rapide, via la croissance du salaire nominal. La progression des prix alimente celle de la masse salariale et donc les cotisations et contributions assises sur les revenus d'activité. L'inflation entraîne aussi mécaniquement un relèvement des recettes de TVA. Elle affecte également les prélèvements sur les revenus de remplacement, essentiellement la CSG prélevée sur les pensions de retraite, de préretraite et d'invalidité, dont la revalorisation est indexée sur l'évolution des prix.

L'inflation impacte aussi les dépenses à la hausse, mais de manière moins automatique, via la compensation des charges non salariales des établissements publics et privés, les mesures de hausses des salaires ou de rémunération des professionnels libéraux, ou de façon plus mécanique mais légèrement différée à travers la répercussion dans l'évolution des salaires, sur les prestations d'indemnités journalières.

A ce titre, les effets sur l'Ondam de l'inflation exceptionnelle (+5,3 % en moyenne annuelle en 2022-2023 contre 1,0 % sur la décennie 2010-2019) sont estimés en cumulé à 8,5 Mds€ en 2024. Ces dépenses ont financé des enveloppes supplémentaires aux établissements de santé pour couvrir leurs charges, des revalorisations du point d'indice, l'augmentation du prix des indemnités journalières (IJ).

Si le choc d'inflation a affecté le niveau des dépenses, on considère que, à horizon 2025, il y a eu plutôt un effet positif sur le solde : en effet, l'impact de l'inflation sur les dépenses n'étant ni immédiat ni intégral (à la différence des autres branches), il a contribué à une amélioration du solde à hauteur de 3,2 Mds€ à horizon 2025, selon les estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale (impact de 11,6 Mds€ sur les recettes, 8,5 Mds€ sur les charges).

2.1.2. Les facteurs structurels

Au-delà des évènements exceptionnels et des aléas de la conjoncture, des facteurs structurels pèsent sur les dépenses et sur les recettes de l'assurance maladie.

2.1.2.1. Les évolutions démographiques et épidémiologiques ont un impact à la hausse sur le volume des dépenses de santé

La population continue à augmenter, même si le rythme d'accroissement s'est ralenti (+ 0,3 % par an). Son vieillissement s'est accéléré depuis 2010 avec l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses nées après-guerre (les 65 ans et plus représentent en 2025 22 % de la population, contre 17 % en 2010), et devrait se poursuivre au moins jusqu'à 2040. Les besoins de soins augmentant avec l'âge, cette déformation de la structure de la population a un impact à la hausse sur le volume des soins, qui peut être estimé à environ + 0,7 % par an sur la période 2025 - 2030 ; si on ajoute les + 0,3 % d'augmentation de la population, l'effet global des évolutions démographiques est de + 1 %.

Il s'agit là de l'impact mécanique, c'est-à-dire calculé en supposant que la consommation de soins reste la même à chaque âge et que seule change la structure de la population.

[28] Prévision d'une légère diminution en 2024 (0,2 Md€) et en 2025 (0,4 Md€).

L'effet est minoré si, à âge donné, on est en meilleure santé et qu'on a moins besoin de soins ; il est majoré au contraire si on a de plus en plus de maladies au même âge. Une question importante est donc de savoir comment évolue, à âge donné, la prévalence des problèmes de santé et des besoins de soins associés.

Il est difficile d'estimer globalement l'impact de ces évolutions épidémiologiques, mais on peut penser qu'elles jouent aussi à la hausse sur la dépense de santé[29]. En effet, la fréquence des maladies ou des facteurs de risque augmente, à âge donné, pour des pathologies chroniques telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète ou les maladies mentales, qui représentent à elles seules 40 % des dépenses de l'assurance maladie (graphique 4). Près de la moitié de la progression de l'incidence des cancers chez les femmes est due à une augmentation intrinsèque du risque de cancer, 20 % chez les hommes (graphique 5). La progression de l'obésité dans pratiquement toutes les tranches d'âge (graphique 6) induit un sur-risque de maladies cardiovasculaires et de diabète, de maladie rénale chronique et de troubles musculo-squelettiques.

Les troubles de santé mentale progressent également, avec une accélération dans les années récentes, notamment chez les jeunes : 8 % des adultes ont eu un épisode dépressif en 2010, 10 % en 2017, 13 % en 2021, et jusqu'à 21 % chez les jeunes adultes[30].

Les évolutions épidémiologiques vont donc dans le sens d'un renchérissement par rapport à l'impact de la seule démographie (estimé à + 1 % par an, *cf. supra*), même s'il est difficile d'avancer un chiffre (cf. encadré 2 ci-dessous).

ENCADRE 2 I UN EXEMPLE D'IMPACT DES EVOLUTIONS EPIDEMIOLOGIQUES

Une étude menée en 2019 par l'Observatoire régionale de la santé de la région Provence- Alpes – Côte d'Azur a réalisé une projection des dépenses remboursées pour un ensemble de pathologies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, AVC, maladies respiratoires, cancers, maladies neurologiques et démences), selon deux scénarios :

1) un « scénario épidémiologique constant » (scénario 1), qui reconduit à l'identique les taux de prévalence par sexe, âge département entre 2016 et 2028, et ne prend donc en compte que l'évolution de la population et les modifications de la structure d'âge à l'horizon 2028 ;

2) un « scénario épidémiologique tendanciel » (scénario 2), qui prolonge l'évolution constatée sur la période 2013-2016 des taux de prévalence par sexe, âge et département, et conjugue ainsi des changements démographiques et épidémiologiques.

Entre 2016 et 2028, les dépenses relatives à l'ensemble de ces pathologies augmenteraient de 19 % selon le scénario épidémiologique constant, de 32 % selon le scénario épidémiologique tendanciel, soit une croissance annuelle de + 1,4 % et + 2,3 % respectivement. Les évolutions épidémiologiques ajoutent donc 0,9 point à la dynamique de croissance due uniquement à la démographie.

Ces chiffres ne concernent qu'une région et qu'un périmètre de pathologies et ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble du territoire national, mais ils montrent que l'impact de la progression des

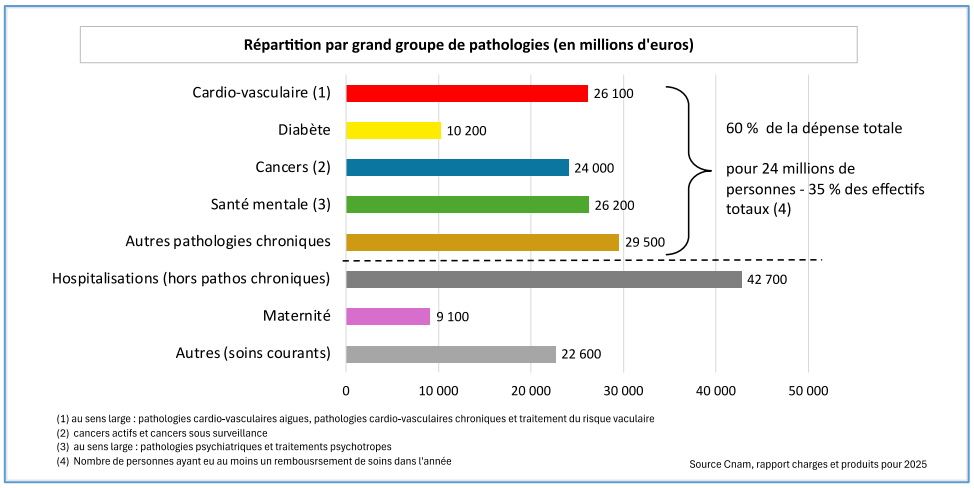
[29] Certes, l'espérance de vie en bonne santé augmente, mais cet indicateur n'est pas forcément représentatif des besoins de soins car il prend en compte les incapacités, qui peuvent être autant le résultat des soins que leur cause. Par exemple, on peut avoir une augmentation des arthroses de hanche et donc des opérations chirurgicales, et en même temps une amélioration de l'état fonctionnel dû précisément à ces interventions.

[30] Source : Santé publique France, 2023.

pathologies (qui peut être en partie due à une amélioration du diagnostic et des possibilités de traitements) est significatif, au-delà de la seule question du vieillissement.

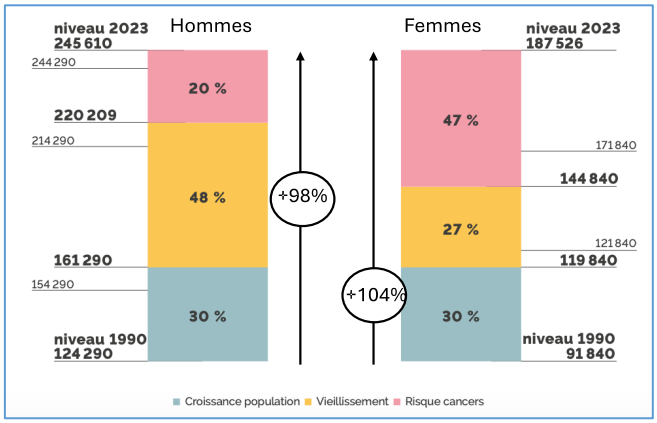
Cette évolution des pathologies et des facteurs de risque n'est pas une fatalité : elle peut être infléchie par une meilleure prévention, en tout cas à moyen et long terme : 40 % des cas de cancers sont jugés évitables, car liés en grande partie à des facteurs comportementaux modifiables (tabac, alcool, alimentation, activité physique).

GRAPHIQUE 4 I REPARTITION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE PAR PATHOLOGIE EN 2022 (SUR UN MONTANT TOTAL REMBOURSE DE 190,3 MDS€)



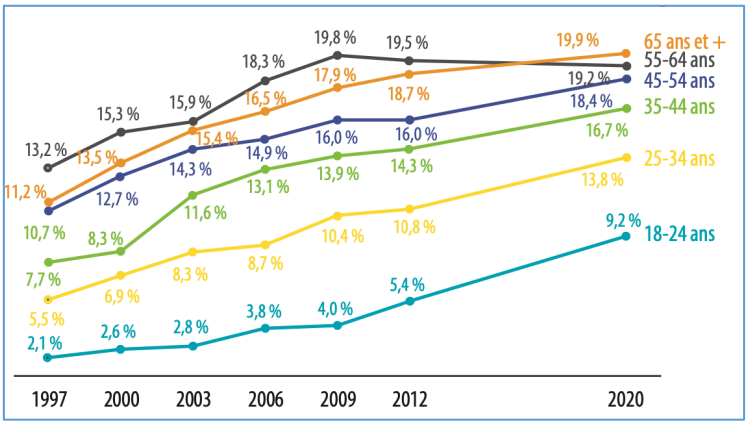
Source : rapport charges et produits de la CNAM pour 2025.

GRAPHIQUE 5 I AUGMENTATION DE L'INCIDENCE DES CANCERS ENTRE 1990 ET 2023



Source : INCa.

GRAPHIQUE 6 I ÉVOLUTION DE L'OBÉSITÉ EN FRANCE SELON L'AGE



Source : Fontbonne et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France. J. Clin. Med. 2023.

Dans la plupart des cas les innovations permettent des gains de santé au prix de dépenses supplémentaires ; certaines cependant génèrent des économies

Le progrès technique a permis d'accroître continûment le champ des possibles en matière de diagnostic et de traitement : il permet de mieux détecter les pathologies, de proposer des thérapeutiques pour des affections pour lesquelles aucun traitement n'existait antérieurement, d'améliorer la survie ou la qualité de la vie pour d'autres (et donc la durée pendant laquelle les pathologies chroniques sont prises en charge), d'intervenir à des âges de plus en plus élevés grâce à des techniques moins invasives, etc. L'augmentation de la propension à diagnostiquer et à traiter est un des facteurs structurels de croissance de la dépense de santé, dont on peut trouver de multiples exemples.

Un autre facteur qui tire à la hausse les dépenses de santé est l'augmentation des coûts de traitement dans certaines pathologies, toutes choses égales par ailleurs. Le cancer est un exemple particulièrement marquant de la pression financière pour la soutenabilité du système, le coût des innovations, notamment médicamenteuses. La Cour des comptes a estimé la dépense nette pour l'assurance maladie (après remises versées par les industriels du médicament) à 2,4 Mds€ en 2022, en augmentation de 50 % par rapport à 2018[31]. Au global, les dépenses d'Assurance maladie pour les cancers en phase active sont passées de 13,7 Mds€ en 2015 à 24,6 Mds€ en 2022, soit une augmentation de près de 9 % par an, du fait de l'augmentation des effectifs de malades, mais plus encore de l'augmentation des coûts unitaires de traitement.

Il ne s'agit évidemment pas de remettre en cause le progrès apporté par ces innovations, qui permettent d'améliorer significativement la survie des patients. Ainsi entre 1990 et 2015, le taux de survie à cinq ans est passé de 71 % à 92 % pour le cancer de la prostate, de 79 % à 89 % pour le cancer du sein, de 51 % à 63 % pour les cancers du côlon et du rectum, de 12 % à 22 % pour le cancer du poumon. Mais l'augmentation des coûts de traitement pose un défi pour la soutenabilité du système.

[31] Source : Cour des comptes, RALFSS 2024. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240529-Ralfss-2024-Medicaments-anti-cancereux.pdf. Il s'agit des médicaments inscrits sur la liste en sus.

Ainsi pour l'essentiel, l'innovation génère des dépenses supplémentaires mais aussi des gains en santé, sans qu'on puisse réellement évaluer l'efficience (coût/gains en santé) de ce surcroît de dépenses.

Néanmoins certaines évolutions, soutenues par des innovations techniques mais aussi organisationnelles, peuvent être plus directement génératrices d'économies. Ainsi dans le passé, le raccourcissement spectaculaire des durées de séjour, le développement de la chirurgie ambulatoire permises par des techniques moins invasives, les autres alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile et plus largement soins à domicile) ont permis d'absorber une demande croissante en réduisant le coût unitaire des prises en charge à qualité égale. De la même manière, la diffusion des génériques et les biosimilaires permet de soigner les patients avec les mêmes traitements à moindre coût, la transformation technologique et organisationnelle de la biologie de baisser le coût de revient des analyses, la télémédecine d'éviter des déplacements de patients, etc.

Là encore, il est difficile d'estimer la résultante de ces évolutions. Ce que l'on peut dire, c'est que le système a été capable, dans les années 2010, d'absorber une demande croissante avec des évolutions de moyens limitées à 2,3 % par an en moyenne (taux moyen de croissance de l'Ondam 2010 – 2019). Néanmoins cette régulation stricte s'est accompagnée de tensions croissantes sur l'offre de soins.

La santé est une activité de services où les gains de productivité sont plus faibles que dans l'industrie, ce qui explique une augmentation de son coût plus rapide que dans d'autres secteurs de l'économie

Ce phénomène a été décrit pour la première fois en 1966 par les économistes américains William Baumol et William Bowen sous l'appellation de « maladie des coûts croissants ». Dans les secteurs tels que la santé ou l'enseignement, dont la « production » consiste en grande partie en travail humain, les gains de productivité sont beaucoup moins rapides que dans l'industrie.

Grâce à l'augmentation de la productivité du travail dans les secteurs dits « productifs », les produits industriels coûtent de moins en moins cher : il faut beaucoup moins de main-d'œuvre pour fabriquer une voiture qu'auparavant. Mais dans les secteurs très intensifs en main d'œuvre, les coûts ne baissent pas autant : par exemple, il faut toujours à peu près le même nombre d'enseignants pour éduquer une école remplie d'enfants. On a donc une baisse de la productivité relative dans ces secteurs, sans que pour autant on puisse diminuer les salaires, sinon on ferait fuir les professionnels vers d'autres secteurs. Les coûts salariaux augmentant à peu près au même rythme dans tous les secteurs, les services doivent forcément devenir plus chers à long terme que les produits industriels.

Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de gains de productivité dans le secteur de la santé, comme on l'a vu précédemment, mais seulement que ces gains sont moins rapides que dans l'industrie, car la production d'un soin de santé donné implique une mobilisation de temps humain au contact du malade que le progrès technique ne réduit pas ou peu (examen clinique, acte de soin)[32]. Ce différentiel de productivité (« effet Baumol »), démontré dans le secteur des soins de santé (plus encore dans les soins de long terme que dans

[32] Ce raisonnement ne tient pas compte de changements organisationnels pouvant conduire à remplacer un soin par un autre soin moins coûteux à produire (prise en charge ambulatoire en substitution d'une hospitalisation complète).

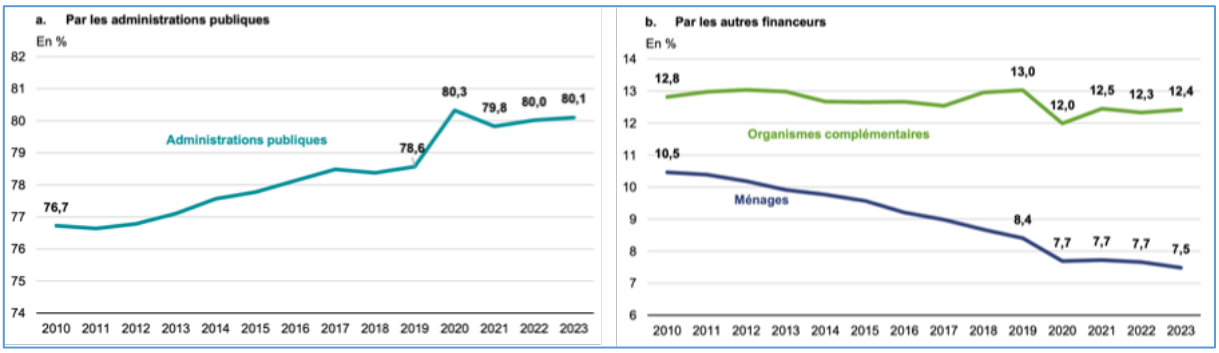
les soins aigus[33]), est pris en compte comme un des facteurs structurels de croissance des dépenses de santé par l'OCDE[34].

La part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) à la charge de l'assurance maladie augmente tendanciellement

Au-delà des facteurs structurels qui jouent sur les dépenses de santé, un facteur additionnel conduit à une augmentation plus rapide des dépenses financées par l'assurance maladie. La part des dépenses prises en charge par la solidarité nationale augmente en effet mécaniquement avec la déformation progressive de la consommation vers les soins les plus remboursés : progression des pathologies chroniques lourdes bénéficiant de l'ALD, de la part des médicaments pris en charge à 100 %...

Ainsi la part des dépenses de santé dans le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CBSM) couverte par les administrations publiques (assurance-maladie et Etat) est passée de 76,8 % en 2012 à 80,1 % en 2023[35], une augmentation de +3,3 points en 11 ans soit 0,3 point en moyenne par an, ce qui représente environ 750 M € en 2023 (graphique 7). Cette évolution a surtout conduit à réduire la part prise en charge par les ménages, qui a diminué de façon régulière (-2,5 points) ; la part prise en charge par les OCAM est restée plus stable (elle a faiblement diminué, de 0,6 point).

GRAPHIQUE 7 I PART DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET BIEN MEDICAUX PRISE EN CHARGE SELON LES FINANCEURS



Source : DREES, comptes de la santé, édition 2024.

La CSBM recouvre en comptabilité nationale les prestations de soins[36], elle ne comprend donc pas toutes les dépenses de santé. A ce périmètre s'ajoutent 3,2 milliards d'euros de prestations à la périphérie du système

[33] Celebi, K., Hartwig, J. & Sandqvist, A.P. Baumol's cost disease in acute versus long-term care: Do the differences loom large?. Int J Health Econ Manag. (2025). https://doi.org/10.1007/s10754-025-09392-9

[34] OECD (2024), Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/880f3195-en.

[35] Sur cette période il n'y a pas eu de mesures de transfert AMO-AMC, l'évolution est donc purement tendancielle.

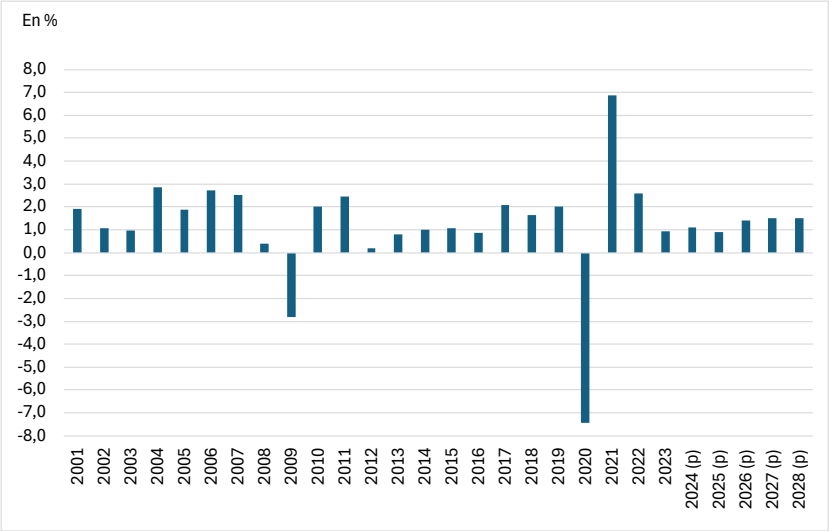
[36] Elle comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements). Elle inclut les soins remboursés, non remboursés et la liberté tarifaire pour ces soins.

de soins prises en charge par les OC (ostéopathie, etc.), dont 2,3 milliards d'euros de frais d'hébergement à l'hôpital (chambres particulières notamment). S'y ajoutent également d'autres frais non remboursés, pris en charge par les ménages (petit matériel médical, consultations de santé mentale, alimentation, activité physique, transports, etc.)[37].

L'évolution structurelle des recettes renvoie à celle de la croissance économique

Structurellement, sans mesures nouvelles, les recettes évoluent pour la plupart en fonction de la croissance économique (certaines peuvent présenter une dynamique spontanée plus faible, comme les droits sur les tabacs et alcools) (graphique 8). Les prévisions de croissance pour les années qui viennent sont de de l'ordre de + 1 % à + 1,5 % pour le volume du PIB. Sur la décennie précédente, après le rebond en 2010 – 2011 qui a suivi la récession de 2009, l'évolution moyenne du PIB a été de +1,1 % (Tableau 1).

GRAPHIQUE 8I ÉVOLUTION DU PIB EN VOLUME ET PREVISIONS LFSS JUSQU'A 2028



Source : INSEE de 2001 à 2023 ; LFSS 2025 pour les prévisions 2024 – 2028.

TABLEAU 1 I PREVISIONS D'EVOLUTION DU PIB EN VOLUME RETENUES PAR LA LFSS 2025

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
PIB en volume – prévision LFSS 2025	0,9%	1,1%	0,9%	1,4%	1,5%	1,5%

[37] La répartition des dépenses ici analysée est entendue comme la répartition des prestations prises en charge, et non comme celle du financement. Elle ne considère donc pas les différentes modalités de financement qui toutes, *in fine*, pèsent sur les ménages : CSG, impôts et taxes, primes d'assurance complémentaires (dont TSA).

2.1.3. Une accélération des dépenses depuis la crise, à laquelle tous les secteurs contribuent

2.1.3.1. Le rythme de croissance de l'Ondam s'est accéléré

La dégradation des comptes de l'assurance maladie depuis 2023 et pour les années suivantes ne s'explique pas par des facteurs conjoncturels liés aux évènements exceptionnels qui ont percuté le système dans la période récente : l'impact financier de la crise sanitaire est derrière nous, le Ségur de la santé est monté en charge et le choc d'inflation a plutôt un effet favorable sur le solde à l'horizon 2025. Des explications doivent plutôt être cherchées du côté de facteurs plus durables.

La direction de la sécurité sociale (DSS) a isolé l'impact des évènements exceptionnels sur la trajectoire de l'Ondam, pour dégager la tendance de fond sous-jacente (graphique 9) :

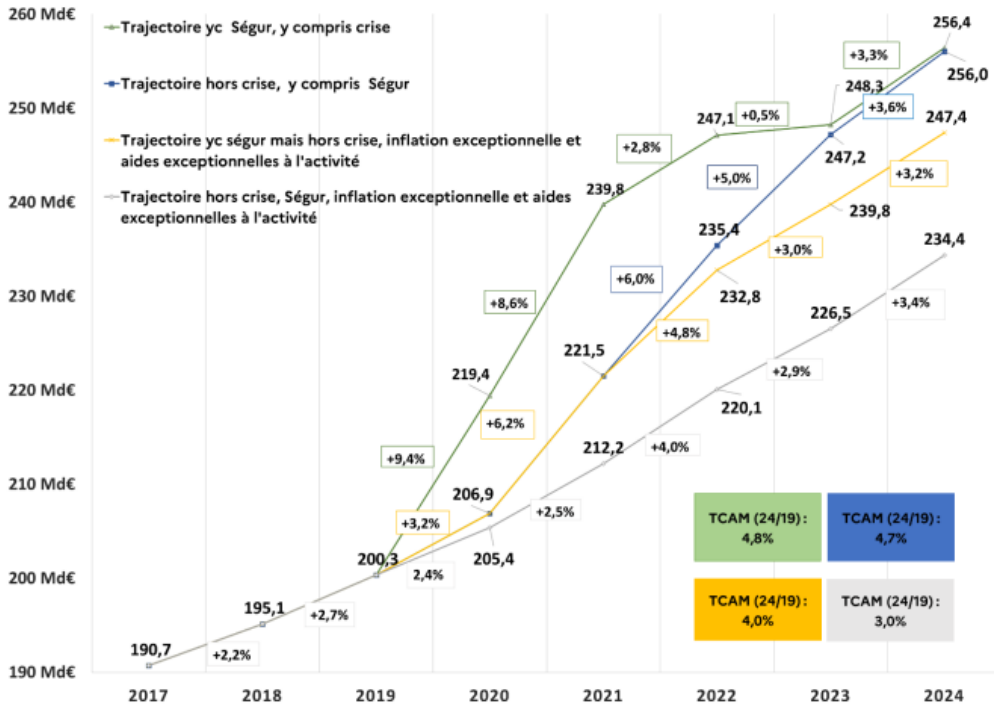
- Le rythme de croissance de l'Ondam est en moyenne de + 4,8 % par an sur la période 2019-2024 ;
- Hors crise, inflation exceptionnelle et plan Ségur[38], le rythme de progression s'établit à + 3,0 % par an en moyenne, ce que l'on peut donc considérer comme la tendance de fond sur cette première moitié de la décennie 2020.

Ce rythme est en accélération par rapport à la période précédente : entre 2010 et 2019, l'Ondam a progressé de + 2,3 % en moyenne annuelle à champ constant.

Cette accélération en valeur nominale est moindre si on raisonne en valeur réelle : en effet, l'inflation était de seulement 1 % au cours de la décennie 2010, contre 1,75 % retenu conventionnellement comme inflation à long terme.

GRAPHIQUE 9 I ÉVOLUTIONS DE L'ONDAM ENTRE 2017 ET 2024

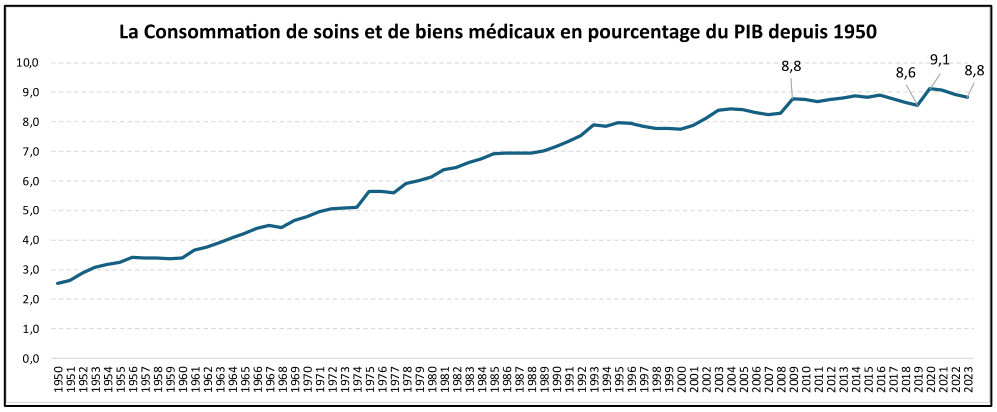
[38] Remarque : on pourrait considérer que l'impact du Ségur n'a pas à être soustrait, car si l'ampleur de ce plan est exceptionnelle, il s'agit pour une large part de revalorisations salariales pérennes qui doivent être intégrées. Cependant, on peut estimer qu'une part des dépenses du Ségur constitue un rattrapage par rapport à régulation très stricte qui a marqué la période précédente, et qui s'est traduite par un endettement croissant des hôpitaux et des rémunérations faiblement évolutives. Si on admet ce point, il faudrait lisser ces dépenses sur une période plus longue, ce qui renchérirait le taux de 2,3 % observé sur 2010 – 2019.



Source : CCSS juin 2025.
Note : Les montants sont présentés à champ courant mais les évolutions dans les bulles sont présentées à champ constant.

Une telle rupture de tendance s'observe pour la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB : après avoir légèrement baissé au cours de la décennie 2010 (passant de 8,8 à 8,6 % entre 2010 et 2019), elle se stabilise en sortie de crise sanitaire : à un niveau plus élevé qu'avant crise mais correspondant à son niveau de 2010 (8,8 %) (graphique 10).

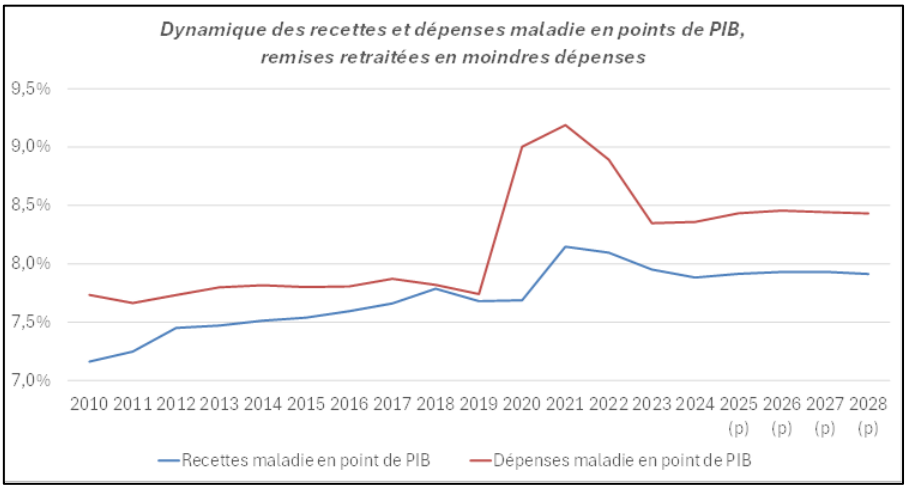
GRAPHIQUE 10 I LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX EN POURCENTAGE DU PIB DEPUIS 1950



Source : DREES, comptes de la santé, édition 2024.

L'accélération est plus marquée encore pour la dépense d'assurance maladie : selon la DSS, alors que les dépenses de la branche maladie[39] rapportées au PIB sont restées stables au cours de la décennie 2010 (7,7 % du PIB), elles ont progressé de 0,7 point de PIB entre 2019 et 2025 (cf. graphique 11). La différence de dynamique entre part la CSBM et les dépenses de la branche maladie s'explique à la fois par la tendance spontanée à l'accroissement du taux de prise en charge de la CSBM par l'AMO et par la dynamique des dépenses hors CSBM (IJ, médico-social).

GRAPHIQUE 11 I DYNAMIQUE DES RECETTES ET DES DEPENSES MALADIE EN POINTS DE PIB



Source : DSS document interne 2025.

2.1.3.2. La dynamique s'observe dans tous les secteurs

Entre 2019 et 2023, tous les secteurs du système de santé contribuent à la croissance (Tableau 2), avec des répartitions prix / volume variables selon les postes (graphique 12).

TABLEAU 2 I ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX ENTRE 2015 ET 2019 ET ENTRE 2019 ET 2023 PAR POSTE (EN %)

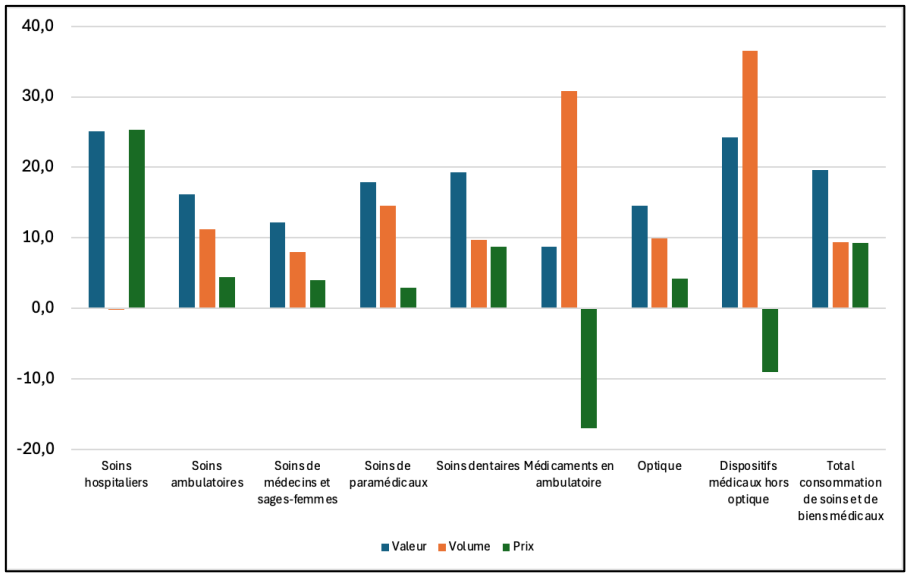
	Evolution 2015-2019	Evolution 2019-2023
Soins hospitaliers	3,0	11,0
• Soins hospitaliers publics	2,8	11,7
• Soins hospitaliers privés	3,9	8,9
Soins ambulatoires	5,6	3,1
• Soins de médecins et sages-femmes	4,5	-0,4
• Soins de paramédicaux	10,6	4,6
• Soins dentaires	3,6	5,9

[39] A champ constant donc en neutralisant les mesures de périmètre (création de la branche autonomie par exemple). Les remises sont ici traitées en moindres dépenses et non en recettes.

• Transports sanitaires	5,7	17,2
Médicaments en ambulatoire	-6,3	-3,5
Optique	4,1	1,7
Dispositifs médicaux hors optique	13,8	10,2
Total consommation de soins et de biens médicaux	2,8	6,1

Source : Drees, comptes de la santé, édition 2024. Calculs Hcaam. Valeur des prix en euros constants.

GRAPHIQUE 12 I TAUX DE CROISSANCE DES PRINCIPAUX POSTES DE LA CSBM ENTRE 2019 ET 2023, EN VALEUR, VOLUME ET PRIX



Source : DREES, comptes de la santé, édition 2024

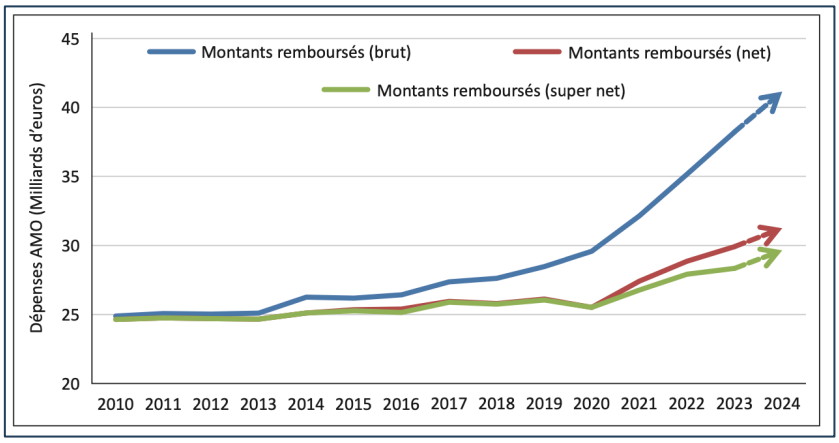
ENCADRE 3 I L'EVOLUTION RECENTE DES DEPENSES DE MEDICAMENTS

Les données des comptes de la santé ne rendent compte qu'imparfaitement de l'évolution du marché du médicament. Ne sont individualisées que les dépenses de médicaments en ambulatoire (officines ou rétrocession hospitalière), le coût des médicaments délivrés dans le cadre d'hospitalisations (y compris liste en sus) étant inclus dans l'agrégat « soins hospitaliers ». Par ailleurs, le partage prix-volume ne renseigne pas sur l'évolution des prix des traitements : par construction l'indice de prix n'enregistre que les évolutions de prix de produits existants (qui sont le plus souvent des baisses). L'impact sur la dépense des traitements innovants mis sur le marché ces derniers se retrouve dans l'effet volume, qui est moins lié aux quantités (nombre d'unités) qu'à des effets de structure (substitution de produits anciens par des produits nouveaux plus coûteux).

Les dépenses de produits de santé sont également éclatées dans l'Ondam, entre le sous-objectif soins de ville et le sous-objectif établissements de santé, ce qui rend le suivi et l'analyse moins immédiats. Mais si on reconstitue l'enveloppe budgétaire globale relative aux médicaments, on voit qu'après une quasi-stabilité dans la décennie 2010, l'enveloppe budgétaire relative aux médicaments augmente sensiblement depuis 2020 (*Graphique 1*3).

En 2023 et en 2024, sur le marché officinal, la croissance du CAHT est davantage portée par la poursuite de la montée en charge de médicaments innovants arrivés en 2021, par les nouveaux médicaments arrivés en 2023 et en 2024. Sur le marché hospitalier, hors GHS, la croissance du CAHT est très soutenue depuis plusieurs années et même en accélération depuis 2021 sans doute en raison de l'accroissement des accès précoces (AP), anciennement autorisation temporaire d'utilisation (ATU), tant en volume qu'en valeur[40].

GRAPHIQUE 13 I ÉVOLUTION DES DEPENSES DE MEDICAMENTS REMBOURSEES PAR L'AMO



Source : Von Lennep, F. (2024). La régulation des dépenses de santé : l'impossible défi ? Les Tribunes de la santé, 81(3), 13-28. https://doi.org/10.1684/seve1.2024.28.

Au total, entre 2019 et 2024 (prévision CCSS), l'Ondam a progressé de 56 Mds€, dont 34 Mds€ d'évolution tendancielle, 13 Mds€ d'impact du Ségur, 8 Mds€ de l'inflation ; les dépenses liées à la crise sont résiduelles, de l'ordre de 0,5 Md€.

[40] Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2024. Éclairage : le marché du médicament en 2023. Pp. 104-109.

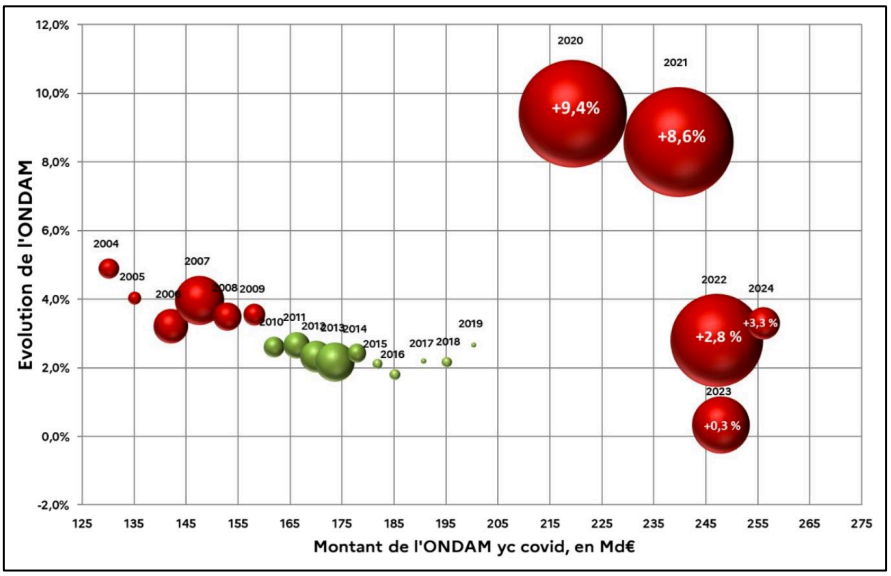
Le retour à l'équilibre de l'assurance-maladie à l'horizon 2029 suppose un effort de 35 Md€. En effet, 3 à 4 Md€ d'économies par an sont nécessaires, par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses, pour respecter l'Ondam à 2,9 %, soit environ 14 Mds€ sur 4 ans. Mais, avec l'hypothèse d'un respect de l'Ondam à 2,9 %, le déficit s'établirait à 19,4 Mds€ en 2028. Il faut donc un effort supplémentaire à ce niveau, majoré de l'ampleur des déficits hospitaliers, pour redresser les comptes à l'horizon 2029, soit un effort de 21 Mds€ à ajouter aux 14 Mds€ pour tenir l'Ondam à 2,9%. Le total s'élève donc à 2,9%.

2.1.4. Retour sur le rétablissement des comptes dans la décennie 2010

Spontanément, on l'a vu, la dépense de santé a tendance à augmenter sous l'effet de multiples facteurs structurels : évolutions démographiques et épidémiologiques, élargissement des possibilités diagnostiques et des options thérapeutiques lié aux progrès médicaux, augmentation du coût des traitements.

Au regard de ces tendances de fond, le fait que dans la décennie 2010, après la crise financière, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB se soit stabilisée puis ait même décru (de 8,8 % à 8,6 %) témoigne des efforts déployés pour maîtriser des dépenses. Des objectifs de plus en plus stricts d'évolution de l'Ondam ont d'ailleurs été respectés dans cette période (graphique 14).

GRAPHIQUE 14 I ÉVOLUTION DANS LE CHAMP DE L'ONDAM DEPUIS 2004



Source : PLFSS 2025.
Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euros et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert), par rapport à la LFSS initiale. Ainsi, en 2024, les dépenses totales dans le champ de l'Ondam atteindraient 256,1 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 3,3 %.

Cette modération des dépenses a contribué au redressement des comptes : dans la deuxième moitié de la décennie, l'Ondam a augmenté moins vite que le PIB en valeur et que la masse salariale. Néanmoins, cette régulation stricte des dépenses n'a pas suffi, à elle seule, à réduire le déficit de près de 12 Mds€ en 2010 à environ 1 Md€ en 2018-2019. La maîtrise de la dépense s'est doublée d'une augmentation significative des recettes, de 0,5 point de PIB entre 2010 et 2019 (graphique 11).

3. Les leviers permettant d'agir sur les volumes de soins

3.1. La pertinence et le bon usage des soins

3.1.1. Un levier vertueux par excellence, dont l'ampleur et les effets peuvent être débattus

L'idée selon laquelle une partie des dépenses de santé finance des soins inutiles ou à faible valeur ajoutée, voire source d'effets indésirables s'est imposée dans tous les systèmes de santé développés à mesure que le progrès des connaissances a permis d'identifier de mieux en mieux des variations de pratiques difficilement explicables, des écarts aux recommandations, des surconsommations de médicaments ou d'actes, des évènements iatrogènes, etc. Réduire ces gaspillages de ressources permet tout à la fois d'améliorer la qualité, la disponibilité des soins et de redonner au système des marges financières, ce qui en fait évidemment un objectif prioritaire.

Les « gaspillages » dans les systèmes de santé ont été évalués en 2017 à un cinquième des dépenses par l'OCDE[41], et d'autres évaluations avancent des chiffres encore plus élevés[42]. Il est toutefois à noter qu'elles s'appuient sur peu d'études (trois ont été répertoriées par le rapport de l'OCDE, aux Pays-Bas, en Australie et aux Etats-Unis), dont aucune pour la France, et surtout les « gaspillages » ainsi évalués dépassent largement le champ de la non-pertinence. L'OCDE distingue en effet trois catégories de gaspillage en fonction des acteurs et des causes :

- Le gaspillage dans les soins cliniques (soins inefficaces et inappropriés (de faible valeur), évènements indésirables évitables, redondances) ;
- Le gaspillage opérationnel (prix excessif des intrants, recours à des solutions organisationnelles coûteuses) ;
- Le gaspillage dans la gouvernance (dépenses administratives inefficaces).

La pertinence des soins *stricto sensu* (soins inefficaces, inappropriés, redondances, événements indésirables) ne relève que du premier type de gaspillage. Son ampleur est débattue, et l'ampleur de ce gaspillage réductible par une amélioration des pratiques encore plus.

La difficulté d'identifier la non-pertinence et de lutter contre elle réside dans le fait que la médecine relève non de l'ingénierie biochimique déterministe, mais d'un art d'application à un cas clinique singulier marqué par l'imbrication de caractéristiques biologiques (âge et sexe, mais aussi multiples composantes de l'état de santé : pathologies existantes ou passées, antécédents…) et socio-culturelles (conditions de vie – travail, logement, entourage familial et social, habitudes de vie ; éducation, lieu de vie, cadres de référence culturels…). Un acte ou un produit n'est pas non-pertinent en soi – ou s'il l'est, il doit être sorti du périmètre des prises en charge et l'enjeu ne relève plus de la pertinence – mais il l'est au regard du contexte clinique. Or, si l'on a toujours à l'esprit quelques exemples de non-pertinence sans équivoque (l'examen est refait car le résultat du précédent n'est pas disponible), dans beaucoup de cas les interventions diagnostiques et thérapeutiques ne peuvent être classées sans ambiguïté comme bénéfiques, inutiles ou nocives pour tous les patients : elles sont dans une « zone grise », c'est-à-dire que le rapport bénéfice/risque est mal documenté, ou variable selon les individus. Comme le souligne la Cnam, « *il est relativement aisé de (…) définir [la pertinence] d'un point de vue*

---

[41] OCDE (2017). Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé.

[42] En 2013, l'Institute of Medicine a évalué que 30 % de chaque dollar investi dans la santé aux États-Unis pourrait être économisé sans produire aucun rationnement, dont 8 % (plus du quart) pour des soins inutiles ou non pertinents.

théorique, en revanche, il est bien plus difficile de la distinguer en pratique courante, en dehors de quelques cas typiques évidents »[43].

Par ailleurs, la pertinence est vue la plupart du temps sous l'angle de la surmédicalisation (examens ou de traitements inutiles) et elle est traitée comme telle dans le débat public, alors qu'elle recouvre aussi des problématiques de sous-utilisation des soins. Cette ambiguïté est illustrée par les variations géographiques de fréquence des actes, par exemple chirurgicaux. Cette hétérogénéité persistante que l'on observe maintenant depuis plus de vingt ans et que l'on observe dans tous les pays est souvent citée comme un révélateur de non-pertinence[44], mais il est difficile d'en déduire une appréciation normative sur le « bon niveau » de recours : face à ces constats de disparités géographiques, les territoires les plus consommateurs sont-ils dans une situation de mésusage, ou les territoires les moins consommateurs sont-ils dans une situation de sous-recours ?

3.1.2. Une problématique qui est au cœur de la stratégie de maîtrise des dépenses depuis de nombreuses années

La question de la pertinence des soins n'est pas nouvelle. Si elle a émergé aux Etats-Unis dès les années 1970, en France l'assurance maladie l'a intégrée dès les années 1990. C'est à cette époque que l'assurance maladie a engagé ses premières actions pour améliorer la pertinence des soins. Si la tentative des références médicales opposables (RMO) instaurées par la loi Teulade de 1993 a constitué une expérience éphémère, elle a marqué un tournant dans la régulation de la dépense, jetant les bases d'une stratégie de l'assurance maladie fondée sur la promotion du « juste soin » : des objectifs de maitrise médicalisée ont été intégrés dans les conventions et soutenus par des incitations financières, des actions de communication et d'information vers les professionnels ont été développées et progressivement mieux outillées (visites par des délégués de l'Assurance maladie, ciblage des professionnels en fonction des pratiques observées, profils personnalisés, supports d'information synthétiques pour faciliter l'appropriation des recommandations, outils numériques d'aide à la prescription...) ; dans certains cas, des actions plus contraignantes ont été mises en œuvre (dispositifs d'accord préalable).

La HAS a été mobilisée pour élaborer des recommandations, des programmes régionaux ont été déployés par les ARS, concernant notamment des actes chirurgicaux ou d'exploration dont la fréquence augmente rapidement ou varie fortement entre territoires.

La préoccupation du bon usage du système n'est donc pas nouvelle et s'est traduite par de multiples actions. Quel en est le bilan et peut-on aller plus loin aujourd'hui, et comment ?

3.1.3. Des impacts réels des actions, mais parfois difficiles à maintenir dans le temps

Plusieurs exemples montrent des résultats probants en matière de maîtrise médicalisée.

Une des premières campagnes d'ampleur de l'assurance maladie, celle sur les antibiotiques en 2002, est restée dans les mémoires : combinant une communication grand public et un accompagnement des prescripteurs, elle a fait baisser de 23 % de la consommation d'antibiotiques dans les cinq années qui ont suivi, avec une diminution particulièrement forte chez les enfants.

---

[43] Source : rapport sur les charges et produits pour 2019.

[44] La persistance d'écarts de pratiques médicales entre établissements de santé et départements, mise en évidence dans les atlas publiés par l'IRDES, a été rappelée par la Cour des Comptes dans sa note récente sur l'Ondam.

La réduction des prescriptions d'examens biologiques inutiles a fait aussi l'objet de plusieurs campagnes. On constate en effet pour certains d'entre eux un mésusage très élevé, par exemple pour les dosages de la vitamine D et les triples dosages dans les bilans thyroïdiens : 9 % seulement des dosages de vitamine D chez les adultes correspondaient en 2022 aux recommandations de la HAS (qui ne préconise ce dosage que dans 6 situations cliniques précises en dehors desquelles il n'a pas d'utilité). De la même manière elle recommande, dans les bilans thyroïdiens, de doser en première intention la TSH et seulement ensuite, en fonction des résultats, les dosages complémentaires : or 30 millions de triples dosages ont été réalisés chez des adultes en 2021.

Les actions menées auprès des prescripteurs ont eu des résultats significatifs : la campagne réalisée en 2014 a permis d'obtenir une baisse des prescriptions de dosages de la vitamine D de plus de 60 %, une baisse des triples dosages de 23 %[45], et une nouvelle action en 2023 a permis à nouveau une réduction substantielle.

Le dispositif d'intéressement à la prescription des médicaments biosimilaires pour les médecins libéraux mis en place en 2022[46] a obtenu également des résultats positifs, avec des augmentations de plus de 10 points du taux de pénétration pour certaines des molécules ciblées entre janvier et décembre 2022[47].

Des évaluations rigoureuses menées pour mesurer l'impact des visites des délégués de l'assurance maladie ont montré des différences significatives d'évolution des comportements de prescription entre les praticiens ciblés par les visites et des groupes témoins de praticiens non visités, par exemple sur la prescription dans le répertoire ou sur les durées de traitement par benzodiazépines[48].

Certaines démarches ont été mises en place en partenariat avec les sociétés savantes. Ainsi un travail conjoint avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) a permis d'établir qu'en 2013 près de 4 millions d'examens préanesthésiques (bilans d'hémostase, groupes sanguins, ionogrammes) n'étaient pas nécessaires à la bonne prise en charge du patient, et a conduit à élaborer un plan d'actions pour réduire les examens superflus. Entre 2013 et 2017, la proportion d'examens évitables a baissé pour les bilans d'hémostase chez l'enfant (de 40 à 32 %) et chez l'adulte (de 22 à 18 %), ainsi que pour les groupes sanguins (de 45 à 30 %).

---

[45] Polton D., Lignot-Leloup M. (2016), « Régulation des dépenses de santé et maîtrise médicalisée », in Bourdillon F., Brücker G. Tabuteau D., Traité de santé publique, Cachan, Lavoisier – Médecine Sciences publications. pp. 199-205.

[46] Ce dispositif, issu de la négociation de l'avenant 9 signé le 30 juillet 2021 et paru au Journal officiel du 25 septembre 2021, est entré en vigueur le 1er janvier 2022. Le dispositif est évolutif et intègre très régulièrement de nouvelles molécules au fur et à mesure de leur introduction sur le marché.

[47] Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2022 : +17 % pour l'adalimumab, + 14 % pour l'etanercept, + 11 % pour la folliotropine alpha. Source : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024.

[48] A titre d'exemple, une étude comparant en 2013, un groupe de médecins visités à un groupe témoin de médecins non visités a montré des évolutions significativement différentes, pour la part de statines prescrites dans le répertoire (+ 1 point) et pour les traitements par benzodiazépines de plus de 12 semaines (- 0,7 %, contre + 1,1 % pour les praticiens non visités). Source : Polton D., Lignot-Leloup M. (2016), « Régulation des dépenses de santé et maîtrise médicalisée », in Bourdillon F., Brücker G. Tabuteau D., Traité de santé publique, Cachan, Lavoisier – Médecine Sciences publications. pp. 199-205.

Ces exemples montrent que les actions déployées pour infléchir les comportements des professionnels dans le sens d'une meilleure pertinence des actes et des prescriptions peuvent avoir une réelle efficacité. De fait, ces actions répétées et jouant sur différents leviers contribuent à modérer l'évolution des dépenses.

Néanmoins, le succès des actions menées est variable. Certaines campagnes n'ont pas eu d'impact, ou parfois les impacts apparaissent modestes au regard de l'ampleur des mésusages constatés. C'est par exemple le constat de la Cnam sur les résultats obtenus en matière d'examens préanesthésiques : la pertinence s'améliore, mais de façon modérée, et pas pour tous les examens. Compte tenu de l'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales sur la période, le nombre absolu d'interventions pour lesquelles les prescriptions auraient pu être évitées a continué à augmenter un peu entre 2014 et 2017[49].

Lorsque les actions menées sont fructueuses, il peut être difficile de cranter ces succès dans la durée. L'expérience montre que les actions d'information et de communication en direction des professionnels peuvent induire une modification des pratiques, mais que celle-ci n'est pas forcément pérenne. L'exemple des dosages de vitamine D, pour lesquels les campagnes ont eu un impact notable, l'illustre : à la baisse consécutive à la campagne de 2014 a succédé une nouvelle augmentation, que l'action récente a permis de juguler de nouveau (graphique 15). On voit ainsi qu'on peut obtenir des résultats probants, mais qu'il est nécessaire de les consolider par des actions répétées.

GRAPHIQUE 15 I ÉVOLUTION DES VOLUMES DE DOSAGES DE LA VITAMINE D ENTRE 2013 ET 2024

Source : CNAM.

La permanence dans le temps des thématiques de non-pertinence témoigne d'ailleurs de la difficulté à faire changer durablement les comportements.

L'ampleur des mésusages dans les prescriptions médicamenteuses courantes, pour lesquels la France se distingue souvent de nombreux pays européens, est connue de longue date. Nous restons toujours, malgré une baisse continue depuis 10 ans de la consommation d'antibiotiques en ville, le 4ème pays européen le plus consommateur derrière la Grèce, la Roumanie et la Bulgarie. La surprescription des benzodiazépines - anxiolytiques et hypnotiques - est également documentée depuis longtemps, notamment chez les personnes âgées, de même que celle des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), malgré les recommandations de la HAS. La surprescription de médicaments psychotropes est particulièrement préoccupante chez les enfants, dont le niveau d'exposition est élevé par rapport à

[49] Rapport Charges et produits pour 2020.

d'autres pays pour plusieurs classes thérapeutiques, dont certaines à l'usage controversé ou dont les effets sur le développement psychique et somatique sont redoutés (comme le mentionne également le conseil de l'enfance et de l'adolescence dans sa contribution à la saisine du Premier ministre).

La recherche d'une meilleure pertinence des soins est donc une tâche de longue haleine. Les déterminants de la prescription et de la consommation de soins sont complexes ; ils renvoient à la formation des professionnels, mais aussi à des dimensions sociologiques et culturelles, aussi bien pour les médecins que pour les patients, et l'expérience internationale montre qu'il n'y a pas de solution magique pour faire changer les comportements.

Il faut néanmoins continuer à poursuivre sans relâche cet objectif de promouvoir le « juste soin », pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de manière efficiente, car c'est un enjeu majeur pour répondre à des besoins croissants en optimisant l'utilisation des ressources. A cette fin, il faut jouer sur tous les leviers possibles. La formation, notamment la formation initiale, en fait évidemment partie. D'autres leviers peuvent contribuer à infléchir les pratiques au cours de l'exercice professionnel et sur ce plan l'expérience acquise, notamment par l'assurance maladie (cf. ci-dessous), permet progressivement d'améliorer les outils, de mieux prendre en compte les freins au changement, de tester de nouveaux modes d'action.

3.1.4. Une palette d'instruments existants, une démarche renouvelée par la convention médicale de 2024

La palette des leviers d'action s'est élargie pour promouvoir des soins pertinents, efficients, conformes aux recommandations.

Certains ont pour objectif d'éviter *a priori* les redondances et les actes ou prescriptions inutiles, d'autres interviennent *a posteriori*, sur la base du constat des pratiques effectives, pour faire évoluer les comportements. Ils présentent des degrés de contrainte variables pour les acteurs, professionnels et patients, depuis l'information et l'incitation jusqu'à un contrôle plus strict limitant la liberté de pratique ou d'usage du système. Le tableau 3 récapitule les instruments disponibles.

TABLEAU 3 I INSTRUMENTS POUR FAVORISER LA PERTINENCE ET LE BON USAGE DES SOINS

Objectif	Levier / instrument
Éviter *a priori* les actes et prescriptions inutiles ou non conformes aux recommandations	Échanges d'information entre professionnels via les outils numériques pour éviter les redondances et prescriptions inappropriées (ex. Mon espace santé)
	Logiciels d'aide à la prescription intégrant les recommandations et pouvant orienter les prescriptions - aide financière à l'acquisition de LAP, téléservices (ex. l'avis d'arrêt de travail en ligne)
	Prescriptions renforcées / sécurisées - exemple Prescription sécurisée Tramadol, accompagnement à la prescription AGLP-1
	Seuils de remboursement (ex. bandelettes d'autosurveillance glycémique)
	Demande d'accord préalable (exemples PPC/OAM, Grand appareillage, chirurgie bariatrique…)
	Limitation de la délivrance (ex. 7 jours pour les pansements)
Faire évoluer les comportements à partir du constat *a posteriori* de pratiques non pertinentes	Formation des professionnels (DPC), surveillance collective (observatoire de la pertinence), groupes d'analyse des pratiques
	Information des patients (ex. campagne « Choisir avec soin »)
	Campagnes thématiques, ciblage des professionnels en fonction de leurs pratiques, retours d'information, visites des délégués de l'assurance maladie
	Incitations financières pour les professionnels (exemples CAQES, intéressement conventionnel sur IPP et biosimilaires)
	Incitations financières pour les patients (ex. tiers payant contre génériques)
	Mise sous objectif (MSO) et mise sous accord préalable (MSAP) par l'Assurance Maladie sur les IJ

Dans la poursuite des politiques menées depuis une vingtaine d'années, d'ambitieux objectifs ont été fixés dans le cadre de la convention médicale signée le 4 juin 2024. Ils s'articulent autour de quatre priorités :

- l'amélioration des parcours des patients atteints de pathologies chroniques ;
- l'adéquation renforcée entre les pratiques professionnelles et les recommandations scientifiques ;
- le bon usage des produits de santé : pertinence des prescriptions et réduction des actes et consommations de soins inutiles ou redondants, parallèlement à la lutte contre le non-recours aux soins nécessaires et appropriés ;
- la sobriété des pratiques : intégration du risque environnemental et décarbonation du système de santé à travers la sobriété des soins et la promotion de soins écoresponsables au bénéfice des patients.

La convention innove en s'appuyant sur un engagement des parties prenantes dans des objectifs partagés d'efficience des soins. Pour ce faire, elle prévoit un dispositif comprenant :

- 15 programmes d'actions partagés avec des engagements réciproques de l'Assurance Maladie et des médecins libéraux pour atteindre des objectifs de pertinence des soins :
  - pertinence des prescriptions des arrêts de travail,
  - lutte contre l'antibiorésistance,
  - réduction de la polymédication,
  - conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques remboursables (ITR),
  - développement des biosimilaires,
  - sécurisation du recours aux analgésiques de palier 2,
  - pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien »,
  - pertinence de la prescription et de l'utilisation des traitements pour apnée du sommeil,
  - diminution des actes d'imagerie redondants ou non pertinents,
  - qualité des prescriptions des actes infirmiers,
  - pertinence de la prescription des transports sanitaires et transports partagés,
  - diminution des examens biologiques inutiles,
  - juste recours à l'ordonnance bizone,
  - amélioration du dépistage précoce des maladies cardiovasculaires et des cancers ;
- 4 dispositifs d'intéressement permettant un partage financier avec les médecins conventionnés des économies permises pour l'Assurance Maladie par des prescriptions plus pertinentes et plus sobres :
  - intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires,
  - intéressement à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP),
  - intéressement à l'initiation des orthèses d'avancée mandibulaire,
  - valorisation de l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ;

- 1 dispositif pour informer et sensibiliser les médecins à la sobriété des prescriptions et récompenser les pratiques les plus sobres :
  - déploiement de formations dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et mise en place des groupes d'amélioration des pratiques (GAP) ;
  - création d'un observatoire conventionnel national de la pertinence et la qualité.

L'article 66 de la convention médicale 2024-2029 met en place un dispositif de « bonus sobriété »[50] pour les prescriptions de médicaments effectuées par les médecins généralistes pour la patientèle dont ils sont médecins traitants. L'objectif affiché est de réduire l'empreinte carbone. Le dispositif consiste à établir pour chaque médecin généraliste un ratio de sobriété constitué par le rapport entre, d'une part, le montant des dépenses de médicaments induites par les prescriptions de ce généraliste pour sa patientèle de médecin traitant et, d'autre part, avec le niveau moyen de prescription des généralistes. Pour établir ce rapport, les patientèles sont stratifiées selon le sexe, l'âge, le statut au regard du bénéfice de l'ALD et de la CSS. Un bonus de sobriété est versé aux médecins généralistes avec un ratio de sobriété inférieur ou égal au 3ème décile, ou avec un ratio de sobriété compris entre le 3ème et le 6ème décile et dont le ratio de sobriété a diminué d'au moins 10 % entre l'année N-1 et l'année N.

Ce dispositif récompense donc les médecins ayant les meilleurs résultats en termes de sobriété mais aussi ceux qui, ayant des résultats moyens, progressent : chaque approche est porteuse d'un risque d'effet d'aubaine.

La capacité d'un tel dispositif à infléchir véritablement les comportements des prescripteurs (au-delà d'un signal général en faveur de la sobriété) peut être questionnée à plusieurs titres :

- il suppose que l'incitation financière soit le levier décidant un praticien à modifier sa pratique : or, les pratiques de prescription relèvent d'autres facteurs potentiellement plus importants (formation, habitudes, relation avec le patient) ;
- à supposer qu'un praticien soit motivé par cette incitation, il faudrait qu'il puisse disposer en temps réel des informations nécessaires au pilotage de sa pratique (données sur ses prescriptions corrigées de la patientèle, sur leur évolution, éléments de comparaison avec les autres prescripteurs, identification des éléments d'atypie / de progrès du praticien, simulations du bonus)… En l'absence de tels outils, le praticien est aveugle sur les conséquences de sa prescription ; un bonus est d'autant plus incitatif qu'il est compréhensible. Un dispositif cumulant niveau des résultats et progression des résultats, reposant sur une échelle mobile en fonction des résultats de l'ensemble des prescripteurs, sur une comparaison des prescriptions corrigées des caractéristiques de la patientèle, est vraisemblablement trop complexe pour produire cet effet.

3.1.5. Mobiliser ce levier de la pertinence et du bon usage au-delà de ce qui est déjà fait depuis des années : quelles pistes ?

Les actions de gestion du risque déployées, qui se sont diversifiées au cours des années, participent d'ores et déjà, en réduisant le volume des actes et prescriptions superflus ou non conformes aux recommandations, à modérer la tendance spontanée d'évolution des dépenses. Elles contribuent au

[50] Ces questions de sobriété environnementale constituent à l'évidence un défi majeur du système de santé et sont par ailleurs fortement porteur de sens pour les acteurs dans tous les secteurs de soins.

respect de l'objectif d'une évolution de l'Ondam de 2,9 % dans les prochaines années, respect qui suppose un effort significatif au regard de la dynamique de croissance spontanée.

Accroître leur rendement suppose d'une part de mieux cibler le champ couvert par ces actions, d'autre part de faire évoluer les modalités d'interventions.

3.1.5.1. Le champ des actions de pertinence

Les progrès des systèmes d'information et leur exploitation de plus en plus systématique ont permis de documenter de mieux en mieux les pratiques, leur variation, leur conformité aux recommandations. Les domaines sur lesquels des gisements d'efficience existent sont très largement identifiés : prescription médicamenteuse dans certaines classes thérapeutiques, polymédication, recours excessif à des examens biologiques, usage de certains dispositifs médicaux (pression positive continue, pansements, autosurveillance glycémique, compléments nutritionnels oraux…), mauvais usage des transports sanitaires, pertinence des actes d'imagerie en forte croissance (avec notamment une substitution de l'imagerie en coupe à l'imagerie conventionnelle faisant de la France un des pays présentant le plus fort taux de recours à l'imagerie en coupe), de certains actes chirurgicaux, prescription des génériques et des biosimilaires, recours à la chirurgie ambulatoire…

Pour pouvoir mieux connaître les enjeux de non-pertinence, améliorer encore la capacité de diagnostic sur la conformité aux recommandations, de ciblage des professionnels qui pourraient être concernés par des actions, et mettre en lumière de nouveaux champs d'intervention, **il est aujourd'hui indispensable de faire figurer le codage des pathologies et des indications thérapeutiques sur les ordonnances**. Cette évolution extrêmement structurante en termes de compréhension et de maîtrise du système se heurte à la sensibilité de ces informations, mais l'ordonnance électronique doit permettre de répondre à cet enjeu (cf. infra).

Les actions pour améliorer la pertinence des prescriptions doivent aussi cibler les prescripteurs hospitaliers, aujourd'hui peu ou mal ciblés par les actions de maîtrise médicalisée, ce qui est particulièrement regrettable au vu de la dynamique particulièrement élevée des prescriptions hospitalières exécutées en ville. Il conviendrait à ce titre d'accélérer leur accès au dossier médical partagé ainsi qu'à l'ordonnance électronique.

Les sociétés savantes pourraient également être mobilisées plus largement pour identifier, dans leurs domaines respectifs, quelques prescriptions pour lesquelles la balance bénéfice – risque doit être évaluée avec soin et le risque de non-pertinence est réel.

Les domaines d'intervention possibles étant nombreux, il est important de les prioriser et de les cibler en fonction de leur impact à la fois financier et sanitaire, de façon à concentrer sur ceux à plus forts enjeux un ensemble coordonné d'actions, l'expérience internationale semblant montrer que c'est par la combinaison de différents leviers que les résultats les plus significatifs peuvent être obtenus.

3.1.5.2. Les leviers

Au-delà de l'identification des marges de progrès, il est nécessaire de comprendre les raisons des sur-prescriptions et de la non-conformité aux recommandations, de comprendre aussi les freins aux changements de comportement. Des enquêtes auprès des professionnels et des travaux de recherche, notamment en sciences du comportement et en sociologie, s'intéressent de plus en plus à ces questions et sont à poursuivre. Même si l'on n'en attend pas de solutions immédiates, ils permettent de mieux ajuster les stratégies et les instruments utilisés.

De même, le développement de la recherche interventionnelle, aussi appelée « science des solutions », pour améliorer les bonnes pratiques et les bons recours est essentiel (voir la partie

Prévention et la question des données probantes). En France, elle est notamment portée par l'Institut de la recherche en santé publique (IReSP)[51].

Concernant les leviers qui pourraient être déployés pour une meilleure efficacité des actions, deux types d'approches peuvent être soutenues.

La première repose sur l'idée que l'engagement des acteurs du système de soins autour d'objectifs communs et leur mobilisation pour atteindre ces objectifs donne les meilleures garanties de modifications de pratiques acceptées et durables. Dans cette perspective, la priorité est à donner :

- **aux outils qui facilitent, pour les professionnels, les meilleures pratiques, et notamment aux outils numériques** : aide à la prescription, accès facile aux recommandations, partage des informations sur le patient pour éviter les redondances. La mobilisation des sciences comportementales pourrait permettre d'améliorer l'impact de ces outils sur les pratiques ;
- **à l'information** : information aux professionnels, et notamment retour d'information notamment sur les coûts des prescriptions, pour qu'ils puissent évaluer leurs pratiques ; information aux patients sur les bonnes pratiques dès l'établissement d'un diagnostic ou d'une prescription, information sur les risques de mésusage, de surprescription, et mise en visibilité du coût des soins ;
- **à l'alignement des incitations économiques avec les objectifs du système** : l'évolution des modes de rémunération des pharmaciens d'officines, qui a décorrélé leur rémunération du chiffre d'affaires du médicament remboursable (avec la mise en place de l'honoraire de dispensation) et égalisé les marges entre génériques et princeps, en constitue une bonne illustration.

La seconde approche s'appuie sur des **mesures qui contraignent plus la liberté de pratique des professionnels et la liberté d'usage du système par les patients**. De telles mesures existent déjà dans notre système : **demandes d'accord préalable, mise sous objectifs ou sous accord préalable, accompagnement à la prescription, limitation des remboursements**… Ces mesures de contrôle pourraient être renforcées et déployées sur les secteurs dans lesquels des risques de mésusage sont anticipés au moment de l'introduction de certains traitements ou technologies, ou à titre correctif quand on constate des dérives.

Dans nombre de pays la prescription médicamenteuse fait l'objet d'un contrôle plus important par les payeurs. Les médicaments sont classés en plusieurs catégories en fonction des risques qu'ils présentent, risques financiers liés à leur coût mais aussi risques de mésusage, et pour certains la prise en charge financière peut être conditionnée au respect de conditions de prescription qui peuvent être contrôlées soit *a posteriori*, à charge pour le praticien de tenir ces éléments à disposition, soit *a priori* (accord préalable). Ces procédures ont longtemps été génératrices de surcharges administratives mal vécues par les professionnels, mais aujourd'hui l'ordonnance numérique peut permettre de les intégrer de manière beaucoup plus fluide dans le fonctionnement du système. **Le dispositif d'accompagnement à la prescription issu de la LFSS pour 2024, qui repose sur un téléservice à remplir par le prescripteur, constitue un bon équilibre entre une contrainte permettant d'infléchir les pratiques et la souplesse nécessaire.**

De la même manière, l'utilisation d'outils numériques (logiciels d'aide à la prescription, accès au dossier du patient), aujourd'hui encouragée, pourrait comporter une part d'obligation, à condition que

[51] GIS-IReSP | Institut pour la Recherche en Santé Publique

l'évolution de ces outils garantisse qu'ils permettent d'orienter véritablement les prescriptions vers le respect des recommandations, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Faire évoluer l'équilibre entre la nécessaire ergonomie de ces outils, indispensables pour qu'ils constituent une aide pour les professionnels et qu'ils soient adoptés par ces derniers, et une meilleure prise en compte des recommandations, constitue un chantier ouvert.

La transcription de recommandations conditionnant la pertinence d'un acte à la réalisation d'un acte préalable peut également constituer un levier efficace. Cette approche a par exemple été mise en œuvre récemment s'agissant des dosages de PSA libre, dont la prise en charge est conditionnée au résultat du dosage du PSA total. Elle suppose des recommandations de bonne pratique suffisamment « déterministes » pour être intégrées dans les règles de prise en charge.

Ces deux approches peuvent paraître antinomiques, la première misant sur l'adhésion des professionnels et des patients et la seconde sur le contrôle, mais en réalité elles peuvent être combinées en fonction des problèmes traités et de leurs enjeux. Les systèmes d'incitation peuvent aussi combiner des incitations positives et négatives : intéressement aux économies réalisées, mais aussi responsabilisation financière avec un partage du risque entre les offreurs et l'assurance maladie.

3.1.6. Le déploiement d'outils numériques rénovés peut accélérer les démarches de pertinence

3.1.6.1. Mon Espace Santé : une illustration des défis liés à l'interopérabilité et à l'utilisation par les usagers

La réforme de l'assurance-maladie de 2004 faisait du dossier médical personnel (DMP) « *l'outil le plus efficace de [la] coordination des soins* ». L'objectif affiché était de réduire les coûts induits par une mauvaise coordination des soins (examens redondants, perte d'informations, retards diagnostiques) via la mise en commun d'informations éparses sur les patients : éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé, compte rendu résumé de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. Le DMP visait à corriger les effets néfastes du cloisonnement entre les médecins de ville, entre les hôpitaux, entre les services d'un hôpital, entre l'hôpital et les médecins de ville et, enfin, entre les différents professionnels de santé appelés à soigner un même patient. Le DMP visait donc à la fois à répondre aux besoins de coordination des soins, mais également au besoin d'interopérabilité entre les systèmes d'information de santé préexistants.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMSS) a transformé le dossier médical « personnel » en dossier médical « partagé » : il ne s'agit pas uniquement d'un changement sémantique, mais au contraire d'une redéfinition des objectifs désormais dévolus au dossier médical : au service des professionnels de santé, le DMP permet de partager des données et documents clairement identifiés au sein des dossiers patients. Le DMP est défini comme un « *dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients* » (Art. R. 1111-26 CSP). Le patient peut déclarer à son médecin des informations personnelles qui pouvaient rester inconnues des autres professionnels. Chaque professionnel de santé habilité reporte les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins à l'occasion d'une consultation, d'un examen ou d'un séjour. La lettre de liaison produite à l'issue d'une hospitalisation, ainsi que le volet médical de synthèse produit par le médecin traitant, sont ajoutés au DMP et devrait être destinée idéalement à l'équipe traitante dans son ensemble quand celle-ci est constituée.

Le DMP a ensuite été intégré au sein de Mon Espace Santé, officialisé en 2019 et généralisé à partir de 2022.

Toutefois, l'adoption effective de Mon Espace Santé par les professionnels de santé comme par les usagers reste inférieure aux objectifs initiaux.

En 2024, **deux tiers des Français ont reçu au moins un document de santé** dans Mon espace santé. Les professionnels et établissements de santé ont largement envoyé des documents clés du parcours de soin dans Mon espace santé : des comptes rendus d'examens de biologie (117 millions), des prescriptions de médicaments (69 millions), des comptes rendus d'imagerie médicale (26 millions), etc. En revanche le nombre de patients utilisateurs au moins une fois depuis 2022 de ce service reste nettement inférieur (17 millions).

Une grande majorité d'établissements et de professionnels de santé sont équipés de logiciels leur permettant de transmettre de manière simple et systématique les documents de santé. En décembre 2024, ce sont ainsi près de 95 000 professionnels de santé libéraux, dont 67 000 médecins (hors radiologie) et 17 000 pharmacies, 263 groupements de laboratoires de biologie, 3 700 établissements de santé et plus de 6 500 établissements sociaux et médico-sociaux qui ont déposé des documents dans Mon espace santé.

Plusieurs défis majeurs ont été identifiés :

- l'alimentation systématique et obligatoire du dossier (notamment le dépôt en routine des documents) par les professionnels de santé. A cet égard, il est crucial que les solutions de dépôt de documents proposées par des acteurs tels que les plateformes de prises de rendez-vous en ligne ne soient pas concurrentes de Mon Espace Santé mais contribuent au contraire à alimenter Mon Espace Santé, à travers un déversement systématique de ces documents ;
- l'interopérabilité incomplète entre les logiciels métiers et la plateforme nationale, les éditeurs de logiciels devant fournir aux professionnels de santé des versions leur permettant de bénéficier des fonctionnalités du « Ségur numérique » ;
- le retard d'implémentation à l'hôpital ;
- l'ergonomie insuffisamment optimisée pour certains usages: notamment, les informations ne sont pas structurées et sont présentées sous forme d'une accumulation de documents, ce qui rend difficile la recherche d'informations par les professionnels (vérification de l'existence d'un résultat de biologie récent pour éviter une redondance, par exemple) ;
- et l'atteinte d'une masse critique d'utilisateurs pour faire émerger des effets de réseau significatifs.
- Des efforts sont en cours pour répondre à ces obstacles : mises à jour logicielles, incitations financières, obligations réglementaires (ex. : obligation d'alimenter le DMP pour certains actes remboursés), et renforcement de la maintenance technique.

Toutefois, certains usages alternatifs persistent : des messageries instantanées non sécurisées ou privées restent couramment utilisées entre soignants, alors que la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) est accessible via Mon Espace Santé. Cette situation traduit une inertie des usages liée à des habitudes bien ancrées, mais aussi à des écarts d'ergonomie perçue entre les outils officiels et les solutions grand public.

Pour favoriser une appropriation plus large, l'amélioration de l'accessibilité, de l'expérience utilisateur et de la fluidité des interfaces constitue une priorité. À cet égard, l'analyse comparative des pratiques et des interfaces des applications alternatives pourrait inspirer des évolutions pragmatiques de Mon Espace Santé, en particulier sur les fonctionnalités de communication et de navigation multi-supports. Dans une démarche similaire, des plateformes existantes déjà adoptées et qui assurent aussi une

mission de sensibilisation et de prévention comme l'espace personnel du compte Ameli pourraient être fusionnées à Mon Espace Santé, ou être au minimum mieux connectées à travers une « navigation sans couture ».

Dans un second temps, des solutions d'intelligence artificielle (IA) pourraient rendre plus exploitable l'information disponible, l'IA permettant d'analyser et de qualifier le contenu des documents, et de proposer une recherche intelligente d'informations. Le développement d'indicateurs de consultation de Mon Espace Santé par les professionnels pourrait aussi faire partie des évaluations de la qualité des soins.

3.1.6.2. L'ordonnance électronique, selon sa trajectoire future, pourrait enrichir considérablement la connaissance des prescriptions

Les travaux sur l'ordonnance numérique se poursuivent sur le champ des produits de santé auprès des médecins prescripteurs et des officines. Les travaux sur l'extension à d'autres prescriptions sont en cours.

Le projet poursuit aujourd'hui plusieurs finalités :

- assurer l'alimentation automatique de Mon Espace Santé ;
- renforcer la lutte contre la fraude (notamment, sécurisation de l'ordonnance et affichage de l'historique des délivrances et des interventions pharmaceutiques à toutes les officines).

L'outil est encore en cours de déploiement : au 31 mars 2025, 38 944 médecins (38,9 % des médecins libéraux) ont créé une ordonnance numérique et 15 079 pharmacies (75 %) ont exécuté une ordonnance numérique.

Le projet peut permettre d'enrichir considérablement la connaissance des prescriptions et potentiellement les actions menées en termes de pertinence (cf. le chapitre dédié de ce rapport) :

- Il permettra de faciliter les échanges entre les professionnels de santé, le transfert automatique de pièces justificatives et la vérification de la délivrance des ordonnances ;
- dans une possible évolution ultérieure qui n'est pas actuellement programmée, le projet pourrait permettre de normer davantage la forme des prescriptions, et d'engager, sous réserve d'évolutions législatives, des transformations telles que la mention de l'indication sur l'ordonnance. L'ajout d'une telle mention constituerait un apport majeur en termes de connaissance de la pertinence des prescriptions, ainsi que de ciblage des actions de maîtrise médicalisée, voire de mise en place de dispositifs renouvelés de contrôle de la prescription[52]. Une telle évolution soulève la question de la sensibilité de la mention de l'indication, mais son inscription dans le cadre d'un processus numérique permettrait de définir des règles d'accès spécifiques pour cette mention.

La généralisation de ces solutions suppose toutefois de définir une solution pour les prescripteurs hospitaliers (dont les enjeux spécifiques liés aux prescriptions des internes).

[52] La loi prévoit déjà que la prescription d'examens de biologie doive contenir « les éléments cliniques pertinents », même si ce n'est souvent pas fait par le prescripteur.

3.1.6.3. Une évolution des logiciels d'aide à la prescription (LAP) permettant d'en faire davantage des outils en faveur de la pertinence

Le déploiement des LAP a pu être présenté comme un outil permettant d'aider à la pertinence des prescriptions. Cette ambition s'est assez largement heurtée à une autre finalité de ces outils qui était également de constituer une facilitation du travail du prescripteur. La production de listes de prescriptions-types n'a pas été nécessairement orientée dans une logique de pertinence. La mise en place d'alertes (en cas d'interaction médicamenteuse déconseillée, contre-indications…) doit être conciliée avec les exigences d'ergonomie de ces outils, indispensable à leur adoption par les professionnels : si l'alerte est trop « bloquante » pour le professionnel, son impact est trop négatif sur l'ergonomie de l'outil ; si elle ne l'est pas assez, son impact sur les pratiques de prescription est faible. Nombre d'outils ont été confrontés à la surcharge d'alertes : si un logiciel produit trop d'alertes, les prescripteurs s'habituent à les ignorer ou à les désactiver.

La conciliation entre objectifs d'ergonomie et de pertinence fait toutefois l'objet de travaux actuels reposant sur la mobilisation des sciences comportementales (*nudge*) pour orienter les comportements des prescripteurs. Elle doit se faire en lien étroit avec les professionnels concernés, selon des modalités rencontrant leur adhésion et sur l'exploitation de solutions d'intelligence artificielle, portées en lien avec les professionnels concernés, pour mieux intégrer les recommandations de la HAS et des sociétés savantes dans les algorithmes.

3.2. Développer la prévention et davantage prioriser ses interventions vers les cibles et leviers présentant le plus fort impact

3.2.1. Un levier à l'efficacité largement démontrée pour réduire la prévalence des maladies chroniques

L'intérêt de mettre en place et de développer des actions et programmes de prévention et de promotion de la santé[53] n'est plus a démontrer.

- En termes de mortalité évitable par de la prévention, le dernier rapport des comptes de la santé de la DREES (2024, données 2023) estime à 124 le nombre de décès évitables par prévention pour 100 000 personnes en 2022 (hors Covid-19), un niveau proche des pays de l'Europe de l'Ouest et du Sud ;
- Le tabagisme, l'alcoolisme, la sédentarité et l'obésité sont à ce jour les principaux facteurs de risque sur lesquels agir pour réduire la mortalité évitable[54]. A cet égard, si la France présente une part de population en surpoids et en obésité inférieure à la moyenne européenne, elle connaît une proportion de fumeurs quotidiens égale à la moyenne européenne (et supérieure à la plupart de ses voisins) et une proportion de consommateurs réguliers d'alcool qui la place parmi les pays les plus consommateurs. Les perturbateurs endocriniens ainsi que les

[53] Dans la suite du texte, le terme prévention sera privilégié par souci de simplification rédactionnelle. La promotion de la santé inclut à la fois la prévention dans toutes ses dimensions, la protection de la santé (mesures pour changer l'environnement et la réglementation dans le sens d'une bonne santé), l'éducation pour la santé et les dynamiques communautaires. Tannahill A. Health promotion: the Tannahill model revisited. Public Health. 2009;123:396-399.

[54] Les dépenses de santé en 2019 > édition 2020 > DREES.

différentes expositions aux pollutions environnementales sont également en cause dans cette mortalité évitable ;

- En termes de réduction des dépenses de santé, dans son rapport de novembre 2021, « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées », la Cour des comptes a calculé qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) ferait économiser environ 1,5 Md€ dans les dépenses de l'assurance maladie[55] ;
- Le rapport Igas « La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé » d'octobre 2024, cite une étude au Royaume-Uni qui suggère que les dépenses en matière de santé publique sont globalement plus efficientes que les dépenses de soins : il faut 3 800 £ pour produire une année de vie en bonne santé (un Qaly) dans le domaine de la santé publique, contre 13 500 £ dans le domaine des soins.
- Plusieurs pays se sont dotés de recommandations et d'outils très opérationnels pour identifier et implanter les pratiques cliniques préventives dans le champ du soin par les professionnels de santé. L'*US Preventive Task Force* propose notamment des recommandations pour les professionnels de santé autour de 3 types de prévention : dépistage ; médicaments préventifs et conseils/éducation en indiquant leur niveau de preuve[56]. De même au Québec, un guide de bonne pratique en ligne, mis à jour régulièrement permet d'avoir accès aux recommandations de prévention clinique selon les périodes de la vie et en fonction de profils personnalisés[57].

3.2.2. Le bilan économique de la prévention emporte plusieurs dimensions d'appréciation

Le bilan économique de la prévention est nécessairement complexe, et dépend de l'horizon temporel et du champ de dépenses retenu.

Il est facile de démontrer le rendement d'une action de prévention sur un horizon temporel limité et sur le champ d'une pathologie : ainsi, le dépistage précoce d'une pathologie peut ainsi réduire son risque d'aggravation et/ou permettre sa guérison à plus court terme et à moindre coût, une vaccination réduit le risque de développer une pathologie (ou une forme grave de celle-ci). On peut certes objecter à cette démonstration qu'elle n'examine que les coûts engendrés par une pathologie, sur une durée limitée, et non l'ensemble des coûts que connaîtra une personne sur l'ensemble de son cycle de vie. Ainsi, un acte de prévention primaire qui évite qu'une personne développe une pathologie puis en décède peut conduire à ce que cette même personne vive plus longtemps et développe de ce fait des pathologies liées à l'âge, potentiellement plus coûteuses ; la prévention secondaire ou ternaire aurait pour effet de prolonger ces coûts. Selon ce raisonnement, la prévention ne ferait que reporter sans la faire disparaître la dernière année de vie de chaque personne, année au cours de laquelle se concentre une part importante des dépenses de santé d'un cycle de vie.

Ce raisonnement appelle plusieurs réponses :

---

[55] La Cour a estimé grâce au modèle Pandore de projection des dépenses de santé, le gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité sur la période 2021-2031. En l'absence de données sur les dépenses médico-sociales moyennes par âge, cette estimation ne prend pas en compte les économies en matière d'APA, d'hébergement ou d'accueil de jour liées à l'amélioration d'un an de l'EVSI. Elle est donc minorée.

[56] Search Results | United States Preventive Services Taskforce.

[57] Consulter les recommandations - Guide des bonnes pratiques en prévention clinique - Professionnels de la santé - MSSS.

- il ne vaut évidemment pas pour l'ensemble des actions de prévention : ainsi, de nombreuses actions de prévention améliorent l'état de santé et évitent des dépenses supplémentaires (soins dentaires conservateurs) sans pour autant avoir d'impact direct sur l'espérance de vie et donc se traduire par des surcroîts de dépenses ultérieures ;
- il ne remet absolument pas en cause l'efficience médico-économique de la prévention : la dépense de prévention améliore bel et bien l'état de santé de la population, elle est donc coût-efficiente.
- enfin, même si la dépense de prévention n'a que pour effet de reporter les coûts de la dernière année de vie, elle modère la dépense de santé à une date donnée.

En revanche, ce raisonnement, conjugué à la prise en compte des délais d'impact de la prévention, variables selon ses modalités, amène à considérer qu'on ne peut entièrement gager de réduction des dépenses de santé sur la prévention.

Les horizons temporels d'impact de la prévention sont très variables entre les stades de prévention (la prévention secondaire et tertiaire peuvent avoir des impact plus rapides que la prévention primaire) ou selon les modes de prévention (l'action sur les facteurs de morbidité tenant aux habitudes de vie – alimentation, pratiques addictives, sédentarité – ayant des effets sur un horizon plus long que la vaccination par exemple).

L'économie de la prévention doit par ailleurs prendre en compte le fait que la décision de prévention - notamment de prévention primaire mise en œuvre en dehors du système de santé - est toutefois confrontée à une difficulté propre que ne rencontre pas le soin curatif. Les dépenses de prévention sont utilisées pour supprimer ou réduire un *risque*, ce qui peut conduire à ce qu'elles soient perçues comme optionnelles. En matière de décision face à l'incertitude des gains ou des pertes financières, l'économie comportementale[58] a mis en avant une différence d'attitude face à un *risque* (un pari) qui ne joue pas en faveur de la prévention.

C'est la raison pour laquelle, d'une part, une meilleure connaissance des risques populationnels (via l'épidémiologie par exemple) et individuels, et, d'autre part, un travail sur les *preuves* se sont développés au service de l'investissement dans la prévention, conformément à l'approche d'« *evidence based public health* ».

Le Hcaam considère que la prévention peut répondre à l'objectif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé dont il est saisi, aux conditions suivantes :

- mieux structurer le champ de la prévention ;
- prioriser les interventions en fonction de leur niveau de preuve et de leur impact ;
- intégrer davantage la prévention dans l'ensemble des politiques ;
- créer des incitations plus fortes pour les professionnels comme pour les usagers à l'amélioration de leur impact pour la santé.

3.2.3. Mieux structurer le champ de la prévention

La prévention recouvre des modalités d'interventions variées (règlementation, taxes, éducation pour la santé, campagne d'information, stratégie de marketing social, *nudge*, actions sur l'environnement au sens large, mesures socio-économiques, actions sanitaires). Il en est de même pour les effecteurs

[58] Voir notamment les travaux sur le jugement et la prise de décision de D. Kahnemann.

de la prévention et pour les lieux où elle s'opère, ainsi que pour les financeurs de la prévention (administrations publiques, organismes complémentaires d'assurance maladie, acteurs associatifs, acteurs de soins…). Cette diversité des acteurs constitue un atout dans le développement de la prévention. Elle se traduit toutefois aujourd'hui par une insuffisante connaissance et mise en cohérence des actions de prévention.

3.2.3.1. Mieux connaître la prévention

Peu de connaissances existent sur le nombre, la répartition géographique et les compétences des professionnels de la prévention (de santé, du social et de l' éducation) ainsi que sur les populations bénéficiaires. Dans l'optique du déploiement des programmes probants ou de leur amélioration, une connaissance plus fine est indispensable.

De même, les dépenses en matière de prévention institutionnelle comme médicalisée restent insuffisamment connues et détaillées pour s'assurer de l'adéquation entre les priorités préventives et les ressources affectées. Par exemple, les comptes de la santé ne détaillent pas l'enveloppe « Addiction » en dépenses consacrées à la lutte contre le tabac, l'alcool, les drogues illicites. Or, cette distinction serait une connaissance utile à avoir. Le périmètre des « dépenses de prévention » identifiées dans les statistiques publiques telles que les comptes de la santé fait l'objet de conventions nécessairement arbitraires au vu de la porosité entre la prévention et le soin, qui en affectent la portée[59].

Une seule étude de la Drees de 2016 a évalué les dépenses de prévention « non institutionnelle » dans les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et complémentaires (par exemples : vaccins, contraceptifs, suivi de consultations, biologie de dépistage, soins préventifs dentaires, etc.) en complément des dépenses de types institutionnelle, à au moins 9,1 Mds€ au sein de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). De même, les dépenses de prévention des organismes de complémentaire santé devraient pouvoir être mieux identifiées (elles sont aujourd'hui mêlées avec les coûts de gestion).

3.2.3.2. Mieux coordonner les interventions

Si le développement de la preuve à l'échelle d'une action ou d'un programme est dorénavant bien amorcé[60], l'efficience globale de la juxtaposition des différentes actions de prévention, leur preuve d'efficacité et d'efficience, leurs déploiements territoriaux ne bénéficie pas d'un cadre permettant la mise en cohérence des différentes actions entre elles et avec les priorités de santé. Les interventions territoriales qui généralement ont le plus d'impacts positifs sont celles qui multiplient les approches et les angles d'attaque en associant l'ensemble des parties prenantes (ville, écoles, familles, professionnels de l'éducation, du social et de la santé, ...).

A l'instar de la commission des financeurs de prévention de la perte d'autonomie, il pourrait être pertinent de créer une commission des financeurs de la prévention en santé afin de partager et coordonner les priorités en termes de déploiements des actions de prévention probantes ou prometteuses en dehors du système de santé.

---

[59] Le classement des tests Covid en constitue une illustration.

[60] Par exemple : dispositif d'expérimentation de l'innovation organisationnelle dit « article 51 » doté de 500 M € incluant des innovations organisationnelles dans le champ de la prévention, Appel à projet « Démonstration de valeur en vie réelle » de la Stratégie d'accélération en prévention doté de 100 M €.

3.2.3.3. Reconnaître et soutenir les rôles des différences acteurs

Des recommandations existent sur **le rôle des professionnels de santé** dans le champ de leur pratique habituelle auprès de leurs patients et selon une graduation des niveaux de risque de ces derniers. Aider à arrêter de fumer les patients ayant des facteurs de risques cardio-vasculaires, les patients qui vont être opérés, les femmes enceintes, accompagner à la vaccination contre la grippe, soutenir via notamment les approches motivationnelles la réalisation des dépistages des cancers, améliorer le suivi et les bonnes prises en charge des patients atteints de maladies chroniques, sont autant d'exemples de pratiques cliniques préventives intégrées aux soins qui en font des enjeux spécifiques sur lesquels concentrer les professionnels de santé. Le Hcaam rappelle l'importance d'intégrer plus fortement la prévention dans les formations médicales mais aussi paramédicales en soutenant davantage l'importance des compétences relationnelles et « motivationnelles » des professionnels de santé dans les pratiques cliniques préventives et en renforçant la formation continue des professionnels de santé.

Comme pour le soin curatif, le Hcaam considère que l'inclusion réelle des usagers aux processus de prévention est non seulement une exigence pour répondre à leurs attentes et besoins, mais également une condition indispensable de l'amélioration de la pertinence des recours et de la qualité de notre système de santé[61]. Un changement d'échelle et de priorité devrait aussi s'opérer pour réellement consacrer une juste place des usagers et des patients en prévention : pair-aidance, éducation thérapeutique du patient, accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.

En dehors des professionnels de santé, il est essentiel de rappeler que la prévention dans les territoires est assurée par les **collectivités territoriales** et les **professionnels de la sphère associative**, que ce soient les associations de patients ou les associations de promotion de la santé sur lesquelles s'appuient les ARS pour la mise en œuvre de leurs projets régionaux de santé. Ces associations assurent une forme de mission de service public de la prévention. De même, pour réduire les inégalités sociales de santé et améliorer la littératie en santé, le rôle primordial des médiateurs en santé est à souligner.

Il serait enfin cohérent que les textes reconnaissent de façon identique les missions de prévention des différents types d'organismes complémentaires (il existe de ce point de vue une différence entre l'énoncé des missions des institutions de prévoyance dans le code de la sécurité sociale et celui des mutuelles dans le code de la mutualité), dès lors que ces derniers en réalisent aujourd'hui.

3.2.4. Déployer les interventions probantes et les recommandations de bonnes pratiques

3.2.4.1. Développer les évaluations d'efficience

Les travaux en cours sur les données probantes et prometteuses doivent davantage comporter de données financières. L'objectif à moyen terme serait de **disposer de façon plus systématique d'une approche médico-économique.** Les travaux sur les coûts et bénéfices des programmes de préventions réalisés par l'Institut des politiques publiques de l'Etat de Washington (WSIPP)[62] sont de ce point de

---

[61] Approche population-centrée et partenariale en santé mentale : L'implication et le partenariat avec les usager.e.s et la population dans la conception et le fonctionnement du système de santé comme leviers de transformation de notre système de santé mentale Magali Coldefy, avec la collaboration de Philippe Maugiron. Rapport réalisé pour le secrétariat général du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), N'engage pas ses membres. Mars 2022.

[62] Washington State Institute for Public Policy

vue inspirants (Figure 1). Les études économiques (RSI, dépenses évitées, coût de l'inaction, etc.) doivent se développer impérativement.

FIGURE 1 I EXTRAIT DU SITE DU WISPP (WASHINGTON STATE INSTITUTE FOR PUBLIC POLICY) : COUT-BENEFICES DE PROGRAMMES DE PREVENTION EN MILIEU SCOLAIRE.

Public Health & Prevention

For questions on benefit-cost results relating to Public Health & Prevention, contact Eva Westley.

Program name (click on the program name for more detail)	Date of last literature review	Total benefits	Taxpayer benefits	Non-taxpayer benefits	Costs	Benefits minus costs (net present value)	Benefit to cost ratio	Chance benefits will exceed costs
School-based								
Positive Action	Sep. 2018	$38,769	$9,839	$28,930	($1,236)	**$37,533**	$31.38	**93%**
School-based programs to increase physical activity	Nov. 2015	$22,100	$4,870	$17,231	($574)	**$21,527**	$38.53	**67%**
Mentoring: School-based by teachers or staff	May. 2018	$24,036	$5,541	$18,495	($4,033)	**$20,003**	$5.96	**72%**
Caring School Community (formerly Child Development Project)	Apr. 2018	$14,861	$3,373	$11,489	($1,279)	**$13,582**	$11.62	**62%**
Good Behavior Game	Mar. 2018	$11,983	$3,335	$8,648	($186)	**$11,797**	$64.36	**76%**
School-Wide Positive Behavioral Interventions and Supports (SWPBIS)	Jan. 2018	$11,383	$3,537	$7,846	($756)	**$10,626**	$15.05	**73%**
Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)	Jun. 2015	$10,772	$2,332	$8,440	($439)	**$10,332**	$24.51	**63%**
Coping and Support Training (CAST)	Aug. 2017	$10,557	$3,298	$7,259	($560)	**$9,997**	$18.87	**81%**

3.2.4.2. Distinguer les rôles et les priorités des effecteurs

Dans un contexte de ressources humaines fini, il convient **de concentrer les interventions sur les actions bénéficiant d'un niveau de preuve et dont l'impact est maximal, que ce soit des enjeux de santé pris en charge, de leur impact sur les niveaux de risque, et des populations visées** : au vu des inégalités sociales de santé, les actions de prévention comportent souvent le risque de toucher le plus les populations les plus réceptives, qui en donc le moins besoin**. L'impact est maximisé lorsqu'on cible des populations à enjeux : populations plus éloignées du système de santé, plus exposées à des risques ou moins enclines à prendre soin de leur santé, populations mère/enfant, personnes atteintes de pathologies chroniques dont la prévention secondaire et tertiaire peut réduire le développement ou les conséquences.**

Il convient en revanche de ne pas soutenir des pratiques préventives dont les études n'ont pas montré leur preuve de pertinence et d'efficacité faute de ciblage, ce qui peut être le cas de la plupart des dispositifs de prévention en population générale : contrairement à une approche consistant à considérer que la prévention « est toujours utile », consacrer des ressources finies (temps de professionnels) sur des actions de prévention a ceux qui en ont le moins besoin détourne du temps qui

serait mieux alloué en le ciblant sur des populations à enjeux. La généralisation de dispositifs expérimentés n'ayant pas fait leurs preuves dans un cadre expérimental est ainsi à proscrire.

Dans le cadre d'un déploiement à l'échelle national, certains domaines de la prévention primaire doivent être priorisés, en premiers lieux : la santé mentale, l'activité physique, l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool, l'obésité et la sédentarité, l'exposition aux facteurs environnementaux nuisibles, la santé au travail et la santé scolaire (développée dans le rapport du Conseil de l'enfance). Pour tous ces sujets il existe des programmes et actions de prévention ayant fait leur preuve d'efficacité et d'efficience[63] mais sans être pour autant déployés nationalement. En matière de pratique clinique préventives, les priorités identifiées sont très stables depuis plusieurs années : vaccinations, dépistages organisées, traitements préventifs (AVC, …). C'est *in fine* un *continuum* dans les différents niveaux préventifs qui reste l'objectif à atteindre.

3.2.4.3. Aller-vers les populations, utiliser davantage les contacts entre les patients et le système de soins pour réaliser des interventions de prévention

Parmi les stratégies efficaces pour le déploiement, celles d'aller-vers les populations les plus éloignées du système de santé, qui nécessitent davantage d'accompagnement pour les aider à faire les choix éclairés, et celles consistant à saisir les contacts entre les usagers et le système de soins pour multiplier les occasions de prévention sont parmi les plus intéressantes en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

<u>Au sein des établissements de santé (ES) et en HAD</u>

Les établissements de santé pourraient être des lieux de déploiement efficients d'action de **prévention primaire** auprès de patients hospitalisés en ciblant les déterminants de santé suivants : **tabac, alcool, alimentation, activité physique**[64]. L'Igas suggère à ce titre le déploiement du modèle « *Making every contact count* » qui repose sur 4 niveaux d'intervention (1/ intervention très brève, 2/ intervention brève, 3/ intervention prolongée, 4/ intervention de très haute intensité).

<u>Une utilisation des points de contacts entre les patients et les acteurs de soins en ville</u>

Les acteurs de soins primaires incluent déjà dans leurs relations curatives avec les patients des gestes préventifs.

Pour aller plus loin, il est souhaitable de davantage utiliser les contacts entre patients et les acteurs de soins primaires pour proposer des gestes préventifs. La possibilité pour le pharmacien d'officine de

---

[63] « Good behaviour game » sur les compétences psychosociales (retour sur investissement 64 dollars pour un dollar investi), « Strengthening families » programme pour des parents de 10-14 ans (RSI : 6 dollars pour un dollar investi, etc. Source : P. Arwidson, SpF. Communication personnelle 2025.

[64] Rapport Igas : Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé. Octobre 2024. Dans le cadre de la phase pilote, en 2025, l'enveloppe à prévoir en mesures nouvelles serait de 12 M€ pour 100 établissements de santé volontaires ayant chacun par an entre 5 625 et 11 250 contacts pour des actions de prévention primaire auprès des patients (soit près de 850 000 contacts dès la première année). En cible 2027 pour la généralisation dans les autres établissements de santé de taille significative, le montant des crédits alloués aux établissements serait de 163 M€ (pour un total de plus de 12,5 millions de prises de contacts à des fins d'actions préventives auprès des patients.

proposer les vaccinations aux patients qui se présentent en est l'illustration. Ce levier suppose de décloisonner les limites qu'offrent aujourd'hui les règles de compétences et de prises en charge.

Trois cas d'usage peuvent ainsi être mentionnés, concernant le rôle des biologistes médicaux :

- mettre à disposition des LBM le « module d'éligibilité CRCDC[65] » afin de leur permettre de proposer aux personnes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal de le réaliser à l'occasion d'un de leurs passages en LBM, avec retour d'information au médecin traitant. Cette possibilité pourrait répondre au faible niveau de couverture de ces dépistages.
- permettre aux LBM de contribuer à la détection de la maladie rénale chronique, en leur permettant de proposer à certains patients d'ajouter aux analyses prescrites par le médecin traitant certaines analyses complémentaires (notamment la mesure de l'albuminurie et le calcul automatique du ratio albumine créatinine) permettant de dépister la maladie rénale chronique ; ces examens complémentaires pouvant être réalisés par le LBM, conjugués à l'ajout d'une courbe annuelle d'évolution de la fonction rénale (DFG) et le calcul d'un score de risque d'évolution vers un traitement par dialyse ou greffe à 5 ans, permettront d'informer le médecin traitant des risques de maladie rénale chronique trop souvent mal dépistée. La révision récente de la nomenclature des actes de biologie par l'assurance-maladie consacre cette approche ;
- Les biologistes médicaux pourraient être à même de contribuer aux actions de vaccination à condition d'une évolution des conditions de conservation et de distribution des vaccins. Les résultats de l'expérimentation dans le cadre des art 51 qui étudie les conditions dans lesquelles les vaccins pourraient être directement accessibles en cabinet de ville, pourraient s'appliquer aux LBM. En matière de vaccination, la stratégie d'aller-vers par le biais de la multiplication des sites et des professionnels habilités, se heurte en effet à l'accès et au stockage des vaccins aujourd'hui centralisé dans les pharmacies, en dehors des PMI et des vaccinations au travail. La logique voudrait que l'on simplifie les possibilités d'achat et de stockage. Une telle évolution soulève toutefois des questions de répartition des stocks de vaccins disponibles entre différents effecteurs possibles, pour éviter que l'élargissement du type d'effecteurs possibles crée des pénuries de vaccins disponibles chez d'autres.

3.2.5. La prévention suppose d'agir sur des déterminants qui se situent largement en dehors du champ de la santé, et donc une prise en compte dans l'ensemble des politiques publiques

Les travaux de modélisation sur les poids respectifs des déterminants de santé considèrent que la majorité des déterminants de santé sont situés en dehors du champ sanitaire et des compétences des professionnels de santé[66].

Dans son avis dédié à la prévention et la promotion de la santé de 2017-2018, le Hcaam rappelait que « *le ministère de la Santé a certes une place privilégiée mais il n'a pas la main sur quantité de leviers majeurs qui influences la santé ou les déterminants de santé* ». Sur le plan national, le Comité interministériel pour la santé (CIS) créé en 2014 a permis à plusieurs occasions une approche intersectorielle de la santé avec

[65] Centre Régional de Coordination des. Dépistages des Cancers.

[66] Voir notamment : Source : County Health Rankings & Roadmaps (CHR&R) - programme de l'Institut de santé de la population de l'Université du Wisconsin.Explore health topics | County Health Rankings & Roadmaps.

notamment à son actif l'élaboration d'une Stratégie nationale de santé et d'un Plan national de santé publique intersectoriels ayant permis des premières avancées dans l'approche « santé dans toutes les politiques »[67].

L'absence de poursuite de cette organisation interministérielle au cours des dernières années limite la capacité à faire prendre en compte la santé dans l'ensemble des politiques publiques. Il serait nécessaire de réactiver cette mobilisation interministérielle prévue par la LMSS et d'intégrer une évaluation préalable systématique de l'impact sur la santé des projets de loi.

3.2.6. Créer des incitations plus fortes pour les professionnels comme pour les usagers à l'amélioration de leur impact pour la santé

3.2.6.1. Du côté des professionnels

La majoration de prévention de la Convention médicale 2024-2029

Un tableau de bord, qui contiendra initialement 15 indicateurs[68] pourra progressivement être enrichi d'indicateurs complémentaires auxquels les médecins traitants et les autorités sanitaires portent un intérêt. Ces indicateurs de prévention pourront faire l'objet d'une rémunération pérenne ou temporaire, selon l'évolution des recommandations scientifiques et des priorités de santé publique : la majoration de prévention. Le forfait médecin traitant comprend ainsi des majorations venant rémunérer le parcours de prévention du patient. Chaque indicateur validé majore le forfait médecin traitant du patient (quel que soit le professionnel de santé qui aura réalisé l'action permettant de valider de l'indicateur). Cette rémunération vise à valoriser le rôle du médecin traitant en matière de promotion de la santé, et l'effort lié au suivi et la coordination des actions de prévention du médecin auprès de sa patientèle.

Comme pour la Rémunération sur objectifs de santé (ROSP) dont les dernières données montrent un bilan contrasté[69] malgré une hausse des montants versés (295 M€), la capacité de ces outils à véritablement infléchir les comportements des médecins et des patients sera une donnée à suivre dans la mesure où des évaluations internationales de paiement à la performance, réalisées par l'OCDE dans 14 Etats, font état de bilans mitigés[70]. Les conditions concrètes d'effectivité de ces outils pour

---

[67] Évaluation ex-post du Plan national de santé publique.

[68] Vaccination contre la grippe, vaccination contre le covid, vaccination contre le pneumocoque, vaccination ROR, vaccination contre le méningocoque C, vaccination contre le papillomavirus HPV, dépistage organisé du cancer du sein, dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, dépistage du cancer colorectal, dépistage du diabète par glycémie à jeun, dépistage de la maladie rénale chronique MRC, suivi du diabète par dosage de l'HbA1c, consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M9, Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M24 25, examen bucco-dentaire annuel 3-24 ans.

[69] Rémunération sur objectifs de santé publique 2024 pour les médecins : hausse des montants versés | L'Assurance Maladie | Presse

[70] Eckhardt H, Smith P, Quentin W. « Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care ». In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe? OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies. 2019.

influencer les pratiques sont discutables : les éléments de discussion évoqués à l'encontre du bonus sobriété peuvent être rappelés : doutes sur l'impact de l'incitation financière sur les comportements, absence d'éléments de tableau de bord au fil de l'eau permettant au professionnel de situer sa pratique au regard des références… Sur la base des études internationales concluant à l'impact faible ou nul de ces outils, on a pu considérer que leur mobilisation relevait plus des effets de mode pseudo-managériaux, que d'une réelle efficacité[71].

Ces stratégies incitatives devraient idéalement laisser la place dans les prochaines années à l'installation d'une conviction à agir aussi bien *curativement* que *préventivement* du côté des professionnels de santé ainsi qu'un cadre organisationnel et financier le permettant.

Enfin, la logique d'incitation atteint sa limite lorsque l'impact sur la santé de certains leviers de prévention dépend de leur caractère massif, et que les actions individuelles ont des effets collectifs, qui font qu'elles ne peuvent plus relever d'un seul arbitrage individuel. La vaccination grippale des soignants en est l'illustration. En France, la grippe saisonnière touche tous les ans entre 2 et 6 millions de personnes, et est responsable en moyenne de 10 000 à 15 000 décès, principalement chez les sujets fragiles[72]. En raison de leur exposition professionnelle, le risque d'infection grippale est plus élevé chez les soignants que dans la population générale. Ils sont souvent impliqués comme probable source de contamination dans les épidémies de grippe nosocomiale, sachant que 50 à 80 % d'entre eux continuent de travailler quand ils sont infectés. La grippe nosocomiale est fréquente dans les hôpitaux et dans les Ehpad où elle entraîne une mortalité qui peut atteindre 60 %[73].

La vaccination contre la grippe des professionnels de santé protège les personnes vulnérables, réduit la transmission nosocomiale de la grippe et diminue la mortalité des patients. C'est une responsabilité éthique de protéger les patients dont ils ont la charge. Face à ces enjeux sanitaires et devant le constat d'échec de la responsabilisation des acteurs concernés, en 2020, l'Académie nationale de médecine considérait qu'il était urgent de **rendre obligatoire la vaccination contre la grippe** pour l'ensemble du personnel soignant exerçant dans le secteur public ou libéral, dans les établissements de santé et dans les Ehpad, ainsi que pour les auxiliaires de vie pour personnes âgées[74].

Par ailleurs, il semble indispensable d'interdire les dépassements d'honoraires pour l'ensemble des parcours de dépistages.

3.2.6.2. Du côté des usagers

Une rémunération citoyenne sur objectifs de santé publique

---

[71] Bras P.-L., « La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ? », *Les tribunes de la santé*, n°64, mars 2020.

[72] La grippe - Santé publique France

[73] HCSP. Rapport « Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé », mars 2014.

[74] Académie nationale de médecine. Communiqué « Face à la Covid-19, vaccinons contre la grippe ! », 13 mai 2020.

Selon cette stratégie d'incitation financière, il pourrait être envisagé d'inciter la population ou des groupes de population à la prévention en attribuant un bonus financier (moindre franchise, versement d'une prime[75]) aux personnes qui s'investiraient dans un parcours préventif

En revanche, un tel dispositif soulèverait une question de principe. Une telle pratique irait dans le sens d'une forme de « contrôle social » où les « bons » comportements de santé seraient progressivement récompensés et les « mauvais » stigmatisés[76] voir pénalisés. Elle semble remettre en cause tant un principe constitutif de la prise en charge par l'assurance maladie qu'un élément de l'éthique professionnelle des soignants, à savoir la prise en charge des besoins de façon inconditionnelle, quelle que soit l'origine de l'état de santé à prendre en charge – un principe éthique qui s'applique d'ailleurs au professionnel de santé dans la prise en charge du patient. Admettre une telle mesure ouvrirait une brèche dont on peine à percevoir les bornes : faut-il cesser de prendre en charge les soins occasionnés par l'exercice de sports risqués ou une conduite à risque (par exemple en ne prenant plus en charge les accidents des personnes verbalisées pour non respect du code de la route) ? Par des comportements de consommations néfastes pour la santé (tabac, alcool) ? Par des habitudes de vie (alimentation, sédentarité) ?

Par ailleurs, l'état de santé étant largement dépendant des environnements de vie, on peut difficilement imaginer faire peser une telle responsabilisation sur l'individu sans mettre en place une telle logique à l'égard des acteurs qui contribuent à cet environnement de vie : collectivités, entreprises... Les comportements de consommation (alimentaire, par exemple) étant la rencontre entre un consommateur, un distributeur, un producteur, comment répartirait-on la responsabilité – et donc le bonus/malus – entre ces différents acteurs ?

Enfin, et surtout, **une telle mesure irait à l'encontre du principe énoncé précédemment, à savoir concentrer les interventions de prévention sur les interventions faisant la preuve de leur efficacité**. En effet, cette mesure entraînerait des effets d'aubaine massifs (on rémunérerait des patients qui auraient de toute façon réalisé les actes préventifs visés) sans pour autant lever les freins à la diffusion des gestes de prévention. La non-observance des individus par rapport aux recommandations de santé publique procède de plusieurs déterminants collectifs échappant à la responsabilité individuelle : absence de connaissance de ces recommandations (freins socio-culturels, linguistiques, cognitifs…), inhibitions variées aux démarches vers le système de soins (peur de la stigmatisation, freins psychiques, pression de conditions de vie conduisant à prioriser la « survie » au quotidien par rapport à des problèmes de santé éventuels et lointains...), difficultés d'accès aux professionnels et aux rendez-vous (déserts médicaux, freins monétaires réels ou supposés, fracture numérique, freins à la mobilité), handicaps... De tels freins ne peuvent être levés par une incitation financière. Une telle mesure contribuerait à augmenter les inégalités sociales de santé en stimulant paradoxalement le pouvoir d'achat des catégories sociales les plus favorisées qui sont celles qui ont déjà les pratiques les plus vertueuses en matière de parcours de prévention, sans améliorer l'état de santé des populations à enjeux.

---

[76] Les dernières décennies, et notamment les enseignements de la lutte contre l'épidémie de VIH, ont montré que la stigmatisation morale associée à des comportements avait des effets néfastes en conduisant les personnes concernées à éviter le soin et la détection de leur état, avec les risques que cela peut induire pour la santé publique.

[76] Les dernières décennies, et notamment les enseignements de la lutte contre l'épidémie de VIH, ont montré que la stigmatisation morale associée à des comportements avait des effets néfastes en conduisant les personnes concernées à éviter le soin et la détection de leur état, avec les risques que cela peut induire pour la santé publique.

Une expérimentation de ce type a certes été réalisée pour inciter les femmes enceintes à arrêter de fumer[75] pendant leur grossesse par l'octroi de chèques-cadeaux. Si l'expérimentation conclut à un impact, elle cible une population déjà délimitée par l'existence d'une pratique à risque (et non la population générale), et par ailleurs, en raison de son objet (arrêter le tabac pendant la grossesse pour éviter les impacts sur le futur enfant), elle ne permet pas de mesurer l'impact de ce dispositif sur les arrêts du tabac dans la durée - or, une récompense de ce type se prête à une attitude d'optimisation consistant à observer le comportement attendu uniquement pendant la période d'observation.

3.2.7. L'outil des taxes comportementales

La hausse des prix de certaines consommations peut constituer, conjuguée à d'autres leviers, un outil efficace pour réduire leur consommation et améliorer l'offre et sa qualité mise sur le marché.

La baisse de la consommation du tabac est ainsi considérée comme le résultat de hausses de prix significatives[77], conjuguées à un ensemble d'autres mesures (paquet neutre, prise en charge des substituts nicotiniques, Moi(s) sans tabac, etc.).

La littérature économique enseigne que cet outil est efficace à condition que les hausses soient très « conséquentes », et régulièrement répétées (pour éviter l'effet d'habituation des consommateurs). S'agissant du tabac[78], la principale limite de cet outil réside dans les possibilités offertes par la contrebande et la consommation transfrontalière – ce point de fuite tend toutefois à se réduire à mesure que les Etats voisins de la France relèvent également leurs prix.

Le rapport publié en juin 2023 par le député Cyrille Isaac-Sibille proposait des améliorations en matière de fiscalité comportementale pour les boissons alcooliques et sucrées :

Les prix des boissons alcoolisées79 sont restés stables malgré ces taxations (même indice de prix en 2011 qu'en 1990). La taxation des alcools, particulièrement complexe, n'est pas véritablement proportionnée à leur titrage en alcool (le vin est ainsi nettement moins taxé que tous les autres alcools, à titrage égal) et, contrairement au tabac, les taxes ne représentent qu'une faible part du prix des boissons alcooliques ;

La « taxe soda », dont l'influence sur le prix de vente restait modeste80, n'a eu assez logiquement qu'un impact limité sur le comportement : les Français ont baissé leurs achats en soda de l'ordre de 3 à 4 litres par an, soit moins d'un gramme de sucre par jour et par personne.

Ce rapport proposait :

- Outre, une augmentation des taxes et des droits d'accise sur les boissons alcooliques, d'instaurer un prix minimal par unité d'alcool tel que mis en place à l'étranger (en Ecosse) en

---

[77] Vente annuelle et prix annuel moyen du paquet de cigarettes et du paquet de tabac à rouler de la marque la plus vendue | OFDT

[78] En 2024, cette taxe a rapporté 12,8 Mds € (Commission des comptes de la sécurité sociale – octobre 2024 p 47). Le Plan national de lutte contre le tabac prévoit des hausses de prix du paquet de cigarettes à 13 euros en 2027, avec une première étape à 12 euros en 2025.

[79] Indices des prix relatifs à la consommation de boissons alcoolisées en France depuis 1990 | OFDT

[80] Rapport d'information, n° 1318 - 16e législature - Assemblée nationale : « Au total, selon l'UFC-Que Choisir ([24]), pour un soda à 100 grammes de sucre par litre, une cannette de 33 centilitres voit son prix renchéri de seulement 5 centimes d'euros ».

s'appuyant sur le constat que l'outil du prix est particulièrement efficace sur les produits d'entrée de gamme ;

- de réformer la taxe soda sur le modèle britannique, pour accroître fortement son niveau et la simplifier en passant à trois tranches et en augmentant ses taux[81] ; cette mesure a été mise en œuvre dans la cadre de la LFSS 2025.

D'autres produits ont fait l'objet de propositions de taxation au vu de leurs effets :

- les produits ultratransformés, et notamment les aliments riches en gras, sel ou sucre;
- les jeux en ligne (ou leur publicité) qui ciblent les jeunes, au vu de leurs impacts sur la santé mentale. La publicité sur les paris sportifs en ligne est de plus de 600 millions d'euros par an et en progression. Une taxe de 30 % aurait un effet sur les plateformes pour moins investir sur cette communication et rapporterait 200 millions d'euros ;

La réflexion sur de telles taxations doit intégrer les considérations suivantes :

- ces taxes doivent poursuivre un objectif de santé publique et non de rendement : leur trajectoire souhaitable est une réduction de leur assiette[82]. C'est d'ailleurs ce qu'ont obtenu certaines de ces taxes comme celle sur les prémix et le tabac ;
- ces taxes comportementales font l'objet d'un strict contrôle par le Conseil constitutionnel sous l'angle du principe d'égalité et de l'adéquation entre la taxation et sa finalité[83]. Ce contrôle impose une adéquation entre l'objectif poursuivi et le champ de la taxe, et une cohérence dans le champ de la taxe (ainsi, si l'assujettissement résulte d'un seuil de quantité d'un ingrédient, l'ensemble des produits comparables présentant le même ingrédient doivent être assujettis).

Au vu de la très mauvaise situation relative de la France en termes de consommation d'alcool, du coût social de l'alcool évalué à 15 Mds € en 2016 par la DG Trésor[84] et du nombre de 49 000 décès imputés à l'alcool, une réforme de la fiscalité de l'alcool visant à instaurer un prix minimal par unité d'alcool constitue la priorité. La hausse rapide de l'obésité chez les jeunes suppose également de travailler à un renchérissement substantiel de l'accès aux produits transformés gras et sucrés.

L'efficacité des taxes comportementales est toutefois accrue quand elles s'insèrent, comme l'a montré l'exemple du tabac, dans une stratégie globale mobilisant plusieurs leviers pour transformer les habitudes et les comportements :

- **encadrement de l'accès aux produits visés et de la publicité pour ces derniers** : ces leviers qui ont montré leur apport s'agissant de l'alcool et du tabac sont encore limités s'agissant de l'alimentation. On peut citer l'exemple britannique de l'interdiction, à compter d'octobre 2025, de la publicité à la télévision avant 21h (ainsi que sur les réseaux sociaux et les contenus

---

[81] Rapport d'information, n° 1318 - 16e législature - Assemblée nationale : la taxe britannique a en effet permis de faire chuter la proportion de boissons au-dessus du premier seuil (5 grammes par millilitre) de 40 % ([45]) et la baisse totale des apports en sucre serait estimée à 30 grammes par ménage par semaine ([46]), soit un effet quatre fois supérieur à la taxe française.

[82] Si l'assiette diminue en année N c'est que les dépenses de santé vont aussi diminuer en N+x.

[83] Notamment : décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012 et décision n° 2014-417 QPC du 19 septembre 2014 sur les boissons énergisantes.

[84] D. Caby. Trésor-Eco n° 179 Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? septembre 2016.

en ligne) pour les produits à haute teneur en gras, sucre et sel (HFSS – High Fat, Sugar and Salt). Cette réglementation encadrera également leur emplacement et promotion au sein des supermarchés ;

- **l'information et l'éducation des consommateurs** : **la généralisation du Nutri-Score** serait une mesure pertinente à mettre en œuvre[85]. L'obligation d'apposer ce logo reste le principal levier pour cette généralisation. S'agissant des habitudes alimentaires, les cantines scolaires jouent un rôle de diffusion des pratiques : à cet égard, au vu de l'impact sanitaire de la sur-consommation de viandes rouges, de charcuterie, et de produits transformés à base de viande, **la promotion des options végétariennes dans les cantines est un enjeu de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé** ;
- **la règlementation des produits commercialisés** : doit être à cet égard mentionné l'enjeu de la teneur en sucres des produits transformés. La loi dite « Lurel » de 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer visait à mettre fin à des pratiques consistant à distribuer les mêmes produits que dans l'hexagone avec des teneurs en sucres fortement majorées, dans un contexte de prévalence nettement plus élevée de l'obésité et du diabète dans ces territoires. Si l'enquête réalisée par la DGCCRF en 2021 a fait état d'une bonne application de la loi s'agissant des boissons rafraîchissantes non alcoolisées, **son effectivité sur l'ensemble des produits reste débattue** ;
- **l'accompagnement des consommateurs vers une évolution de leurs pratiques** : la prise en charge des TNS a été un levier pour faciliter l'arrêt du tabac. De ce point de vue, on peut regretter que l'élargissement considérable des professionnels pouvant prescrire les TNS (médecins y compris le médecin du travail, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes) n'inclue pas les pharmaciens.

3.3. Organisation et gradation des soins et des prises en charge

3.3.1. L'importance d'une offre de services et d'une prise en charge au bon niveau

Dans les analyses de l'OCDE sur les gaspillages dans le système de santé, on distingue le « gaspillage dans les soins cliniques » - qui recouvre la notion, traitée dans la partie précédente, de pertinence des soins – et le gaspillage qui réside dans le fait que **les mêmes soins, utiles, pourraient être dispensés en utilisant moins de ressources**. Pour l'OCDE, deux domaines principaux se dégagent de l'expérience des pays : les produits de santé et le recours aux services hospitaliers.

Ce deuxième aspect est particulièrement prégnant dans le système de santé français, dont le caractère hospitalo-centré a été maintes fois souligné par tous les acteurs. Le Hcaam l'a rappelé en 2018 dans sa contribution à la stratégie de transformation du système de santé : « *Les textes qui définissent les missions des établissements de santé sont le reflet du rôle qui leur a été historiquement assigné : garantir la réponse à l'ensemble des besoins de santé de la population. Il est immense. Les établissements ont ainsi vocation à couvrir tout le spectre des activités du champ de la santé, de la promotion et de la prévention aux soins palliatifs. Ils assurent tous les types de prise en charge, des hospitalisations avec hébergement aux prises en charge à domicile. Ils remplissent toutes les missions, des soins programmés ou d'urgence à l'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux* »[86]. La sur-

[85] 5 bonnes raisons de généraliser le Nutri-Score | INRAE

[86] Hcaam. Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé. 2018

sollicitation de l'hôpital est déplorée par les hôpitaux eux-mêmes, considérant qu'ils souffrent de devoir pallier les insuffisances d'accès aux soins en amont et en aval de leur intervention.

Le contexte actuel de difficultés d'accès aux soins dans certains territoires amplifie cette sollicitation des hôpitaux pour pallier la pénurie d'offre, y compris pour des soins de première ligne.

On a là un cercle vicieux : tant que le tissu d'offre de soins à l'extérieur de l'hôpital, notamment pour améliorer le suivi des maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, etc.) reste insuffisamment structuré, celui-ci ne peut se décharger d'activités qui n'ont pas leur meilleure place à l'hôpital, croule sous des demandes dont une partie pourrait être prise en charge différemment (urgences) et est conduit à intervenir en dernier recours avec des réponses parfois mal adaptées (hospitalisation des personnes âgées hébergées en Ehpad). S'il faut saluer la mobilisation des établissements de santé et de leurs équipes pour répondre à toutes ces demandes, et rappeler le rôle qui leur est confié pour assurer la continuité des soins, et la sécurité du patient, et réduire le risque d'événements de santé défavorables en sortie d'hospitalisation, cette organisation a un coût, en termes de qualité de service (hospitalisations évitables, services non disponibles en proximité), mais aussi en termes financiers.

L'enjeu est majeur, non seulement en termes d'adaptation de la prise en charge, mais aussi en termes financiers. Ainsi si l'on évitait, par une prise en charge adéquate, 20 % des passages aux urgences, on peut estimer à plus d'un milliard d'euros l'économie directe réalisée, et près de 2 Mds€ si l'on prend en compte les transports sanitaires associés et les hospitalisations consécutives pour les personnes âgées[87].Si l'enjeu financier n'est pas nouveau, la crise des ressources humaines du système de santé le rend encore plus aigu.

Le Hcaam a proposé en 2018 un scénario de rupture, dans lequel « les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Ils sont ouverts sur un extérieur structuré qui n'est plus conçu comme un « amont » ou un « aval » de séquences hospitalières. C'est, en effet, essentiellement hors de ces séquences que s'observent et doivent se traiter les pathologies chroniques et celles du vieillissement. » En partant non pas de l'offre, mais **des services à rendre à la population**, en posant la question du niveau optimal auquel délivrer ces services, l'avis du Hcaam de 2018 propose :

- un principe clair de gradation des soins, pour que chaque structure soit utilisée de façon optimale au regard des ressources mises en œuvre. « *Le principe de subsidiarité devrait prévaloir : traiter les problèmes au plus près des personnes, sauf dans les cas où la situation excède les compétences et possibilités techniques des acteurs de proximité, renvoyant alors au niveau plus technique et d'orientation des patients* » ;

[87] On dénombre 20 millions de passages aux urgences (18 millions de moins de 80 ans, 2 millions de plus de 80 ans), dont les niveaux CCMU1 et CCMU2 représentent 80 %. Dans 25 % des cas les venues aux urgences utilisent un transport sanitaire. 800 000 personnes de plus de 80 ans sont hospitalisées en MCO en aval de leur venue au service d'urgence. Éviter 20 % de ces situations par une prise en charge par des structures en ville et/ou un renfort à domicile ou en Ehpad génèrerait un gain financier de 1,9 milliard d'euros (différence entre le coût actuel (coût des services d'urgence, des transports et de l'hospitalisation MCO) et une estimation du coût des solutions alternatives).

-

- la structuration d'un réseau de soins de proximité renforcé, capable d'offrir une gamme de services beaucoup plus large qu'aujourd'hui, et dans lequel la généralisation du travail en équipe permet d'exploiter au mieux les compétences de toutes les professions.

Ce diagnostic et ces propositions restent encore largement d'actualité.

Les évolutions à mener supposent **une politique volontariste maintenue dans la durée et constituent plutôt des mesures structurelles que des pistes d'économies immédiates**. Cependant, à court terme, une meilleure mobilisation des ressources existantes peut favoriser une meilleure économie de moyens.

Le Hcaam a posé en principe en 2018 que « l'échelon de proximité ne peut fonctionner que s'il s'appuie sur une généralisation des formes d'exercice collectif pour l'ensemble des professions concernées ». Ces évolutions ont été favorisées par les politiques menées depuis une dizaine d'années et le paysage des soins de ville se transforme : développement du travail en équipe (maisons de santé, centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés), nouvelles fonctions (infirmières Asalee) et métiers (IPA, assistants médicaux), organisations collectives sur un territoire (CPTS). De multiples expérimentations (notamment via l'article 51) ont permis de tester différents modèles alternatifs d'organisation et de financement (voir chapitre Innovations organisationnelles). Les structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles en secteur libéral et centres de santé) représentent des modalités de fonctionnement de plus en plus plébiscitées par les jeunes professionnels, fondé sur une complémentarité avec d'autres professionnels de santé afin de permettre des coopérations en particulier entre les médecins et les infirmier.e.s. Fin 2018, 30 % des médecins généralistes exerçaient en groupe avec des paramédicaux (avec ou sans autre médecin) pour atteindre le chiffre de 40 % 4 ans plus tard[88.]

Cependant ces évolutions sont lentes et quantitativement limitées. Le système reste fragmenté, avec des professionnels souvent isolés et faiblement coordonnés entre eux, et aux compétences définies de façon limitative et rigide. Cela réduit la gamme de services offerte à la population en proximité par rapport à ce qui existe dans d'autres pays : prévention, accompagnement et éducation thérapeutique pour les malades chroniques, prise en charge de troubles mentaux légers à modérés, coordination des parcours de soins des patients (y compris en lien avec l'hôpital), gestion de cas complexes à domicile, démarches proactives pour « aller vers » les publics vulnérables ou en direction des patients en écart aux soins recommandés, accompagnement social en cas de besoin, etc.

Le Hcaam a réaffirmé en 2022 la nécessité d'une politique ambitieuse pour accélérer cette évolution vers le travail en équipe, avec deux niveaux possibles d'équipes :

- un premier niveau d'équipe constitué de médecins généralistes, assistants médicaux, infirmiers (infirmiers Asalee ou IPA) collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune ;
- ce premier niveau ayant vocation à s'intégrer dans une équipe plus large, aux compétences variées, comme c'est le cas aujourd'hui dans un certain nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé.

Il ne s'agit pas de proposer un modèle normatif de fonctionnement, mais au contraire de laisser la souplesse nécessaire pour que ces équipes puissent s'organiser selon les besoins de leur territoire et de leur patientèle.

---

[88] *Etudes et résultats* n°1301 mai 2024, DREES ; *Etudes et résultats*, n°1244, octobre 2022, DREES

Au-delà de l'équipe de soins, c'est l'engagement collectif des professionnels pour répondre de manière solidaire et organisée aux besoins de la population de leur territoire qui est nécessaire si l'on veut rééquilibrer la place de l'hôpital. **La mission de service public à la population doit être une responsabilité partagée par l'ensemble des professionnels.** Les CPTS, le SAS sont des outils pour concrétiser cet engagement. Il faut poursuivre dans cette voie d'une plus grande « responsabilité populationnelle », partagée entre tous les acteurs (ville, hôpital), publics et privés. L'organisation collective doit permettre que des attentes fondamentales des patients soient satisfaites, au bon niveau : avoir un médecin traitant, une équipe de soins de référence quand on est malade chronique, avoir un avis spécialisé dans un délai raisonnable, avoir une réponse à un besoin de soins non programmé, éviter les ruptures quand on a un parcours de soins avec plusieurs intervenants, pour ne citer que quelques exemples. C'est en développant cette implication solidaire au sein des territoires que l'on apportera des solutions pérennes à l'engorgement des urgences et à la mobilisation inappropriée des moyens hospitaliers.

Il faut éviter à l'inverse, lorsque les professionnels d'un territoire s'organisent pour la permanence des soins, de favoriser la multiplication de solutions concurrentes : centres de soins non programmés, plateformes de téléconsultation… Elles peuvent apparaître comme séduisantes par l'immédiateté de la réponse qu'elles proposent, mais elles prélèvent des ressources (humaines et financières) au détriment des autres besoins de soins. De tels dispositifs appellent un encadrement renforcé.

La question se posera de la façon de passer à une généralisation de l'inscription de l'exercice dans des engagements collectifs si ceux-ci ne couvrent pas l'ensemble d'un territoire : l'avis de 2018 envisageait une obligation de double contractualisation, dans la convention nationale mais aussi dans l'organisation du territoire. La proposition de mettre en place un service public de santé, à l'échelon départemental, commun à tous les acteurs du territoire autour d'objectifs communs, pourrait permettre cette structuration équitable dans tous les territoires.

3.3.2. Soins aux personnes hébergées en Ehpad et soins en santé mentale, deux domaines où l'enjeu de la gradation des prises en charge est majeur

Renforcer la médicalisation des Ehpad, une nécessité pour réduire les hospitalisations évitables

Réduire autant que possible l'adressage aux urgences et l'hospitalisation des personnes âgées fragiles est un objectif consensuel. De nombreux séjours sont préjudiciables aux personnes âgées car ils engendrent des ruptures déstabilisantes et des complications qui se traduisent par des séjours prolongés. L'enjeu est majeur : l'OCDE a estimé en 2016, sur la base d'une analyse des données de 25 pays, que le coût total des hospitalisations évitables de patients hébergés dans des structures de soins de long terme représentait 2,5 % de l'ensemble des dépenses d'hospitalisation, ou encore 4,4 % des dépenses de soins de long terme, et que sans action correctrice, ces coûts évitables étaient amenés à progresser de 20 % en une décennie[89]. En France, l'augmentation observée des hospitalisations non programmées et des passages aux urgences va dans ce sens[90].

---

[89] de Bienassis, K., A. Llena-Nozal and N. Klazinga (2020), "The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul", OECD Health Working Papers, No. 121, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/be07475c-en.

[90] On comptait en moyenne 27 admissions en médecine et chirurgie pour 100 résidents en Ehpad, dont 15,6 non programmées (entrées par les urgences) au premier semestre 2015, et 29 admissions en médecine et chirurgie pour 100 résidents en Ehpad, dont 16,3 non programmées au premier semestre 2017. Le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation est

Un des leviers structurels pour les personnes qui résident en Ehpad consiste à renforcer la capacité de ces derniers à prendre en charge un premier niveau de diagnostic et de traitement, ce qui peut passer par un renforcement de la *présence soignante* ou de *l' intervention de soignants* au sein de ces derniers[91]. Cette évolution est d'autant plus nécessaire que la transition démographique et épidémiologique est annonciatrice de résidents aux profils de soins et de dépendance aggravés. C'est une politique poursuivie depuis une vingtaine d'années, et que les rapports successifs appellent à renforcer[92].

A moyen - long terme, le renforcement de la présence soignante dans les établissements d'hébergement devrait pouvoir s'appuyer sur plusieurs leviers, correspondant à des niveaux de besoins différents :

- Le premier niveau est celui que l'on pourrait qualifier de « droit commun », et qui renvoie à l'évolution du travail en équipes et au cahier des charges des services à rendre à la population, quel que soit le lieu de vie des personnes. Ces services incluent le suivi à domicile, ou dans l'établissement d'hébergement qui se substitue au domicile (Ehpad). Cette exigence peut paraître disproportionnée dans le contexte de la démographie médicale actuelle, avec des médecins surchargés qui se déplacent de moins en moins pour voir leur patient ailleurs qu'au cabinet. Pourtant, dans certaines maisons de santé, un fonctionnement en binôme médecin – infirmier permet de maintenir ce suivi à domicile ou en Ehpad, en utilisant si besoin des outils d'échange numériques, et ce type d'organisation peut se développer plus largement dès lors que le travail en équipe se généralise[93] ;
- Parallèlement, le renforcement de la présence soignante en Ehpad est nécessaire. Un certain nombre de propositions sont avancées concernant les ressources humaines, notamment les fonctions de médecin coordonnateur, d'infirmière coordinatrice, d'infirmière en pratique avancée (IPA) en gérontologie, ainsi que les ressources financières (généralisation du tarif global – sous réserve d'évaluation, fusion du tarif soins et du tarif dépendance, contrat d'efficience pour inciter les Ehpad à une bonne gestion du parcours des personnes) ; l'accès des Ehpad à la biologie délocalisée est également identifié comme un levier permettant d'éviter des hospitalisations et d'améliorer la pertinence des prises en charge. Ces évolutions, proposées pour la plupart par le rapport Jeandel-Guérin, supposent de surmonter le déficit d'attractivité actuel des Ehpad, qui constitue un frein à la médicalisation et à l'élévation du

---

également élevé avec 11 passages pour 100 résidents au premier semestre 2015, et 13 passages pour 100 résidents au premier semestre 2017. Source : Anne Penneau, Zeynep Or (Irdes). Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) ? Questions d'économie de la santé n° 283 - Novembre 2023.

[91] Sur ce sujet, voir aussi la contribution du Conseil de l'âge (Chapitre IV).

[92] Rapport Jeandel – Guérin – Recommandation n°7 : Renforcer la dimension médico-soignante et adapter les Ehpad afin qu'ils puissent intégrer des profils de soins médicaux. Doter les Ehpad des catégories professionnelles du soin indispensables et des seuils minimaux en termes de ratios en personnel.

[93] Ces organisations collectives, appuyées sur des outils numériques, peuvent d'ailleurs s' envisager pour d'autres types de soins : soins dentaires (plusieurs expériences de télémédecine dans ce champ), mais aussi consultations spécialisées, si les communautés de spécialistes exerçant sur un territoire s'organisent.

taux d'encadrement, qui implique une revalorisation de ces métiers et une amélioration des conditions de travail ;

- Enfin pour des soins plus complexes, le recours à l'HAD en Ehpad devrait être plus largement utilisée. Depuis 2007, les HAD ont été autorisés à intervenir dans les Ehpad et le nombre de résidents pris en charge a augmenté (26 000 en 2023, représentant 705 000 journées[94)], mais reste faible au regard des besoins. Une étude récente de l'IRDES a ainsi montré que l'intervention dans les Ehpad de l'hospitalisation à domicile (HAD) (qui est une modalité pour apporter des soins techniques qui autrement nécessiteraient une hospitalisation) permet de diminuer le recours aux urgences non suivies d'hospitalisation et d'augmenter le recours aux soins palliatifs en fin de vie, tout en réduisant les dépenses hospitalières totales[95] (réduction de la dépense totale moyenne de 6 000 euros par semestre pour 100 résidents sur les deux ans et demi suivant la première intervention de l'HAD). C'est d'ailleurs un levier qu'il est possible d'activer dès à présent (voir partie *infra* pour les mesures de court terme). Le développement de relations institutionnelles entre Ehpad et HAD est de nature à favoriser ce recours à l'HAD à l'initiative du médecin coordinateur de l'EHPAD ou du médecin traitant du patient.

L'amélioration de la gradation des soins et prises en charge dans le champ de la santé mentale constitue également un enjeu lourd

La prise en charge des besoins de santé mentale fait l'objet d'un défaut patent de gradation, relevé par plusieurs rapports depuis longtemps.

L'OMS a décrit un schéma théorique de combinaison optimale des soins et services en santé mentale, reposant d'abord (au-delà du soutien par l'entourage et du souci de soi) sur l'accès à des services primaires de santé mentale[96], des services de santé mentale structurés, l'accès à des soins psychiatriques dans un cadre hospitalier généraliste, et la possibilité de séjours de longue durée dans des services spécialisés.

Le Hcaam avait examiné en 2022 un rapport présentant ces enjeux[97].

---

[94] Source Irdes.

[95] Anne Penneau, Zeynep Or (Irdes). Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) ? Questions d'économie de la santé n° 283 - Novembre 2023.

[96] La santé mentale tient une place importante dans l'activité des soins primaires, « Entre 20 et 30 % des consultations de médecine générale concernent des personnes ayant des troubles psychiques et 60 % des consultations liées à la santé mentale se font auprès des professionnels du premier recours (médecin généraliste et pédiatre). Les médecins généralistes sont également les principaux prescripteurs de traitements psychotropes en France ». Source : M. Coldefy. Approche population-centrée et partenariale en santé mentale, 2022 (https://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-qualification-dune-approche-population-centree-partenariale-sante-mentale).

[97] M. Codely. L'approche patient-centrée et partenariale en santé mentale, rapport pour le secrétariat général du Hcaam, 2022.

La Cour des comptes, dans son rapport de 2021 sur *L'organisation des parcours de soins en psychiatrie*, soulignait plusieurs maux qui étaient le signe d'un défaut de gradation :

- part trop importante des hospitalisations de longue durée ;
- des entrées dans les soins sous contrainte faute d'anticipation.

Il recommandait « *la mise en place d'un modèle de soins gradué à affirmer plus fortement au niveau territorial* », reposant notamment sur l'accessibilité des soins des psychologues libéraux et un recentrage des missions du secteur de psychiatrie sur les parcours complexes. Plus précisément, la prise en charge par les psychologues libéraux devait réduire les files d'attente par les Centres médico-psychologiques (CMP) et les psychiatres libéraux et leur permettre de prendre en charge des situations plus lourdes de façon moins retardée, et d'éviter leur aggravation pouvant conduire à des hospitalisations. La prise en charge par l'assurance-maladie des consultations de psychologue constituait en effet à l'époque une expérimentation, qui depuis a été généralisée sous le nom de Mon Soutien Psy. Le dispositif a depuis été pérennisé. Au 30 juin 2024, 11 % des psychologues cliniciens libéraux (2 905) étaient adhérents au dispositif – le nombre a continué de progresser significativement depuis à la suite de la revalorisation des consultations et la suppression de l'adressage. La poursuite de la montée en charge permettra de consolider le rôle de ce dispositif dans une meilleure gradation des soins.

Le rapport de la Cour des comptes de 2023 sur la pédopsychiatrie souligne également l'absence de « gradation cohérente » des soins se traduisant par un parcours inadapté : recours aux urgences palliant l'absence de prise en charge en amont, CMP infanto-juvéniles saturés. Le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein était en très forte hausse entre 2019 et 2021 (+12,7 %), celui des journées en hôpital de jour de 3,5 %. Le rapport pointait également l'impact des carences de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) sur la sollicitation de l'hôpital : les enfants confiés à l'ASE représenteraient la moitié des enfants hospitalisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ces constats, également établis par le HCFEA[98], renvoient à plusieurs facteurs (autres que la présence de facteurs de risques plus importants) : difficultés d'accès aux soins des enfants pris en charge par l'ASE ; renvoi vers l'hospitalisation psychiatrique des « situations complexes » que les établissements sociaux ou médico-sociaux refusent de prendre en charge. Dans un contexte d'offre saturée, cette absence de gradation conduit à évincer la prise en charge d'une partie des situations. Elle est donc préjudiciable à la santé collective. Les recommandations de la Cour des comptes s'inscrivaient largement dans une approche de gradation, notamment avec la promotion du recours des psychologues mais également des infirmiers en pratiques avancées. Le rapport de la Cour n'abordait pas en revanche la responsabilité des secteurs de l'ASE et du champ du handicap dans cette démarche, alors que la Cour soulignait qu'une partie des prises en charge en hospitalisation de jour pouvaient se rapprocher de celles offertes par des ESMS: la prise en charge de situations à l'hôpital par carence du secteur médico-social constitue une allocation inefficiente de la ressource : l'ATIH évalue la journée d'hospitalisation à 596€ en 2019, contre une fourchette de prix de journée comprise entre 120 et 160€ pour les ESMS dédiés aux enfants porteurs de handicap.

Il est à noter que, dans l'un et l'autre cas, une gradation des soins accrue n'avait pas vocation à réduire la dépense (en tout cas à court terme) : dans un contexte de saturation de l'offre et de rationnement de la prise en charge, du fait des difficultés de la psychiatrie hospitalière induites par la démographie des professionnels, elle devait plutôt permettre au système hospitalier de prendre en charge des situations aujourd'hui en souffrance.

---

[98] hcfea_rapport_pedopsychiatrie_et_sante_mentale.pdf

3.3.3. Faire évoluer les logiques de financement pour accompagner ces transformations organisationnelles

Beaucoup d'acteurs du système de santé déplorent que, alors que la coordination et la complémentarité sont indispensables dans la logique d'optimisation des parcours de soins et du temps d'intervention des professionnels de santé, la construction du financement du système de santé reste dans un mode concurrentiel.

C'est vrai au niveau macro-économique, avec des logiques d'enveloppes étanches dans les différents secteurs. Si l'on peut penser qu'une partie des séjours hospitaliers pourrait être évitée en renforçant les acteurs présents en ambulatoire et à domicile, il est évidemment difficile pour un secteur d'accepter que lui soit retirée - sans que d'autres activités ne lui soit valorisées - une part de ses financements pour en faire bénéficier une autre offre de soins – qui plus est lorsque ce secteur est lui-même en difficulté, comme c'est le cas de l'hôpital aujourd'hui.

C'est vrai aussi au niveau micro-économique. La rémunération de chacun en fonction de son volume d'activité propre (pour l'essentiel) bride les possibilités de réorganisation des activités entre professionnels.

Certains acteurs appellent à accroître les financements partagés, notamment dans le cadre de la responsabilité populationnelle et d'objectifs partagés. Des modèles de financement favorisant la continuité des parcours de soins sont à promouvoir, par exemples sur des parcours de personnes âgées, de personnes en situation de fragilité et de précarité, de personnes en situation de handicap, de personnes soignées en dialyse. D'ores et déjà des modalités nouvelles ont été introduites (rémunérations d'équipe) ou sont testées (rémunération par capitation, rémunération à l'épisode de soins, incitations financières partagées entre plusieurs offreurs de soins). Elles pourraient être plus largement diffusées, en prenant garde cependant à la complexité opérationnelle que présentent les modes de paiement mutualisés entre plusieurs acteurs.

3.3.4. A court terme, la mobilisation des ressources existantes peut déjà produire des effets tangibles et générer des économies

Si les transformations systémiques sont nécessaires, elles requièrent du temps et une programmation des ressources nécessaires (financement, RH, outils communs), dans la durée ainsi qu'une révision des contenus de formation[99]. En revanche, certains gains en matière d'hospitalisations évitables peuvent être réalisés à court terme par un développement plus volontariste de pratiques déjà éprouvées ou d'organisations existantes.

3.3.4.1. Inciter aux pratiques qui réduisent le besoin d'hospitalisation

Même si elle est en hausse constante depuis plus de dix ans, la chirurgie ambulatoire peut encore être développée (63 % en 2022 pour un potentiel de 82 %). De même il faut développer de façon systémique les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), qui constituent une innovation hospitalière efficiente en termes de santé, de parcours de soins du patient et de coûts.

---

[99] La formation médicale caractérisée par certains de surspécialisée, devra également se transformer pour inclure davantage d'inter professionnalisation ; centrée sur la structuration des soins de proximité capable d'offrir une gamme de services plus large, le travail en équipe, les partages de compétences entre professionnels et aussi avec le patient, répondant ainsi davantage aux besoins des usagers et à la structuration des exercices collectifs de demain.

3.3.4.2. Utiliser plus systématiquement l'hospitalisation et la prise en charge à domicile

L'impact positif de l'HAD sur la qualité de vie des patients et son avantage économique sont de plus en plus reconnus et elle a connu un essor significatif au cours des deux dernières décennies : 184 000 patients pris en charge en 2024, 7,7 millions de journées, une croissance de 72 % en 10 ans. De même, les interventions des prestataires de santé à domicile (PSAD) en lien avec les infirmières libérales ont beaucoup progressé, avec par exemple une croissance des prises en charge en perfusion de l'ordre de 14% par an. Néanmoins il reste encore un potentiel important d'interventions qui pourraient éviter ou raccourcir des hospitalisations, à domicile, en EHPAD ou en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Le réflexe de de la prise en charge à domicile, par l'HAD ou par les acteurs de ville (PSAD et infirmières libérales), doit être plus systématique, de la part des établissements mais aussi des médecins de ville.

Des évolutions sont en cours de déploiement ainsi que plusieurs expérimentations qui, si elles sont probantes, pourraient être diffusées :

- En anticipation : évaluation précoce après l'admission des patients à l'hôpital, pour préparer la sortie et la recherche de solution d'aval dès l'admission ; évaluations anticipées de l'HAD pour les résidents en Ehpad et en ESMS dont l'état de santé est susceptible de se dégrader rapidement, permettant de les prendre en charge dans un délai très court en évitant un transfert aux urgences ;
- Dans des contextes d'urgence : dispositifs expérimentaux permettant de faire intervenir l'HAD sur appel du SAMU pour les patients résidant en Ehpad et pour les patients de ville ; ou encore présence d'une infirmière HAD au service d'accueil des urgences pour éviter des hospitalisations aux patients éligibles HAD et les orienter rapidement ;
- Pour pallier les difficultés de la médicalisation des Ehpad : astreintes mutualisées d'IDE de nuit d'HAD dans ces établissements ;
- En couvrant de nouveaux champs d'intervention :
  - Équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) pour que des patients soignés à leur domicile mais inconnus des HAD puissent être pris rapidement en charge chez eux alors qu'ils présentent une symptomatologie aigue, en évitant le transfert vers un établissement hospitalier avec hébergement non voulu ;
  - Chimiothérapie injectable à domicile (expérimentation nationale article PLFSS 2024) ;
  - Parcours Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie Cardiaque (RAAC) ;
  - Parcours insuffisance cardiaque.

En complément de l'HAD et en fonction des ressources disponibles sur le territoire, les prestataires de santé à domicile (PSAD), pharmaciens d'officine, appuyés par les infirmiers libéraux, peuvent aussi être aussi intervenir plus largement. La possibilité d'être traité à domicile pour des traitements tels que la chimiothérapie ou l'immunothérapie s'offre de plus en plus aux patients et différentes organisations peuvent être mobilisées pour rendre ces traitements accessibles à un plus grand nombre.

Au vu des innovations numériques, technologiques et pharmacologiques majeures, une réflexion sur de nouvelles activités pouvant être réalisées à domicile est à mener.

Deux éléments sont à prendre en compte dans le développement de ces organisations déjà opérationnelles sur le terrain pour accélérer le virage domiciliaire :

- comme pour d'autres évolutions, l'alignement des intérêts des acteurs aux objectifs poursuivis doit être recherché. Ceci suppose de réfléchir aux incitations pour les établissements à

s'impliquer (exemple des forfaits d'adressage et d'expertise perçus par l'établissement prescripteur pour la prise en charge en HAD des patients traités par chimiothérapie injectable dans l'expérimentation portée par le PLFSS 2024) ;

- l'implication de différentes organisations, qui ont chacune leur logique propre de fonctionnement et leur autonomie, doit se faire en bonne coordination avec les effecteurs de soins qui suivent le patient au long cours. L'objectif à terme est que la médecine ambulatoire se structure avec un fonctionnement d'équipe, aussi bien dans le champ des soins primaires aussi bien que des soins spécialisés de second recours. Elles doivent rester le point d'ancrage des patients lorsqu'elles font appel, en tant que de besoin, à des organisations plus spécialisées ou à plus même de gérer des situations plus complexes.

3.3.4.3. Renforcer le SAS, la PDSA et les modalités de réponse en ville aux situations d'urgence

Le SAS est le levier opérationnel mis en place pour répondre aux besoins de soins non programmés et éviter des recours non pertinents aux urgences hospitalières. Il doit être renforcé et s'étendre à d'autres spécialités. Les équipes de régulateurs et d'effecteurs du SAS et de la PDSA doivent être renforcées, tous les médecins devant, dans leur spécialité, participer solidairement à la prise en charge des soins non programmés et de la permanence des soins.

Plusieurs mesures peuvent être évoquées pour réduire le recours aux urgences :

- Organiser partout la PDSA (permanence de soins ambulatoires) dès 18h30 et si possible le samedi matin ;
- Organiser la prise en charge des soins non programmés de l' ensemble des spécialités par l' intermédiaire du SAS (Service d' accès aux soins) ;
- Inciter fortement voire contraindre à la régulation préalable avant toute admission aux urgences.

Un exemple du renforcement de la permanence des soins ambulatoires peut être donné à travers le fonctionnement de la biologie de ville: la fermeture de laboratoires l'après-midi, l'absence d'information publique centralisée sur les horaires d'ouverture des laboratoires, et l'absence de véritable obligation réglementaire sur les délais de rendu des examens urgents peut conduire les médecins de ville à orienter vers l'hôpital, parfois vers les urgences, certains de leurs patients afin d'avoir la certitude d'obtenir un résultat rapide. L'organisation d'un tour de garde au sein des LBM comme cela existe pour les officines, la mise à disposition d'une information publique sur les horaires d'ouverture des laboratoires (comme Ameli le fait pour les pharmacies de garde), et la définition de délais de rendus d'un panier d'examens urgents dans certaines indications, permettrait de trouver une réponse en ville et de réduire le recours à l'hôpital.

Le désengorgement des urgences peut également reposer sur des organisations nouvelles visant à améliorer le maillage territorial : interventions d'infirmiers libéraux à domicile sur demande du SAMU, équipe paramédicales mobiles d'urgences, infirmiers correspondants SAMU, organisations territoriales pluridisciplinaires[100], …

---

[100] A titre d'exemple, un dispositif d'accompagnement pour les utilisateurs multiples des urgences (Daum), lancé en novembre 2022, a permis d'identifier plus de 500 usagers trop

Le développement des activités de télésurveillance peut également aider à diminuer le recours aux urgences en privilégiant l'accès direct aux services de spécialités pour les patients connus, et en favorisant l'intervention précoce à domicile.

L'habilitation des infirmiers libéraux pour la réalisation des certificats de décès pourrait aussi, dans certains territoires, diminuer le recours au SMUR.

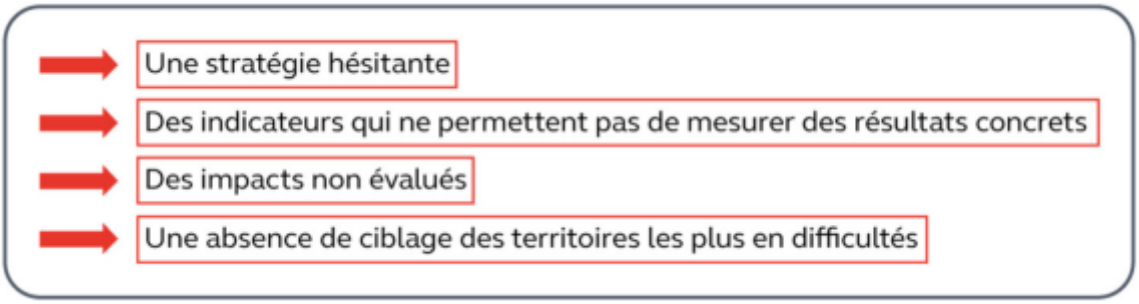
Cette bascule d'organisation emporte deux implications en termes financiers :

- elles impliquent indiscutablement des redéploiements entre enveloppes au sein des dépenses d'assurance-maladie, et notamment entre sous-objectifs de l'Ondam. Or, la construction du PLFSS en sous-objectifs et le point de focalisation que constituent l'évolution de chacun de ces sous-objectifs constitue un frein à assumer de tels redéploiements ;
- elles ne produisent d'économies qu'à la condition que le capacitaire hospitalier soit ajusté, faute de quoi elles ne peuvent que contribuer au creusement des déficits hospitaliers. Or, le redéploiement de ressources qu'implique une telle transformation ne peut être immédiat. Le retour sur investissement qu'impliquent de telles transformations suppose d'accepter une première phase de surcoûts.

3.3.5. A moyen terme, les dispositifs de structuration des soins primaires doivent être simplifiés

Dans son rapport[101] de 2024, la Cour des comptes constate qu'« *au fil des années, ainsi, les aides, bien que plus nombreuses, sont devenues moins sélectives et tiennent de moins en moins compte des caractéristiques des territoires* ». La Cour déplore cependant des résultats décevants en termes d'accès aux soins de premier recours et dans la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé, du fait d'une politique insuffisamment ciblée (figure 1).

FIGURE 1 I UNE POLITIQUE INSUFFISAMMENT CIBLEE



En 2018 le Hcaam recensait 17 modes ou conditions d'exercices, dispositifs spécifiques de coordination et incitations financières à la coordination qui peuvent se déployer en même temps sur le même territoire. *« Cette situation génère une sous-utilisation de ces services. Elle mobilise des ressources importantes en termes de financements publics (et sans doute en temps pour les différents professionnels impliqués) : en ne retenant que les « petits » dispositifs de la liste en annexe, mobilisant*

---

réguliers du service d'urgence du CHU de Nancy pour leur proposer des parcours de soins plus adaptés à leurs besoins.

[101] Rapport public thématique L'organisation territoriale des soins de premiers recours

chacun moins de 80 M€ par an, la dépense représente près de 250 millions d'euros annuels. » Le Hcaam appelait déjà dans ce rapport à une rationalisation des fonctions de coordination.

Deux grandes fonctions[102] de coordination peuvent être identifiées selon qu'elles correspondent à des fonctions de coordination de parcours au niveau clinique auprès des personnes ou qu'elles assurent au contraire les coopérations entre professionnels au niveau territorial (pouvant intégrer les secteurs sanitaires et médico-social dans une logique d'approche globale des besoins de la personne). La polysémie que recouvrent les besoins de coordination nuit à leur visibilité et à l'effectivité de ce qu'elle recouvre opérationnellement comme services rendus au patient et comme services rendus aux professionnels.

Le Hcaam formule donc les recommandations suivantes :

- Evaluer l'impact des différentes structures de coordination territoriale au regard de leurs missions et des services rendus ;
- Réduire le nombre d'instances et la superposition des dispositifs de coordination territoriale, rationaliser et structurer davantage l'offre de soins dans les territoires et rationaliser les fonctions de coordination ;
- Faire évoluer le système conventionnel pour qu'il intègre davantage la nécessaire dimension interprofessionnelle de ces innovations ;
- Simplifier et assurer une meilleure lisibilité des circuits de facturation pour réduire le risque d'erreurs, de retard de paiement et de coûts administratifs. La multiplicité des régimes de facturation (régime général, AT/MP, HAD, ESMS, etc.) complique la gestion pour les professionnels de santé.

3.4. Mobiliser les innovations organisationnelles et techniques

3.4.1. Organisationnelles

Le Hcaam[103] a plusieurs fois affirmé l'intérêt de faire évoluer les modes de prise en charge dans plusieurs directions :

- assurer une meilleure coordination entre les acteurs de soins autour du patient, notamment dans le contexte de la structuration des acteurs de la ville dans le cadre d'un exercice coordonné, ou encore entre acteurs de soins et acteurs de remédiation médicosociale, et ce tout particulièrement pour la prise en charge de publics présentant des risques spécifiques face aux défauts de coordination, ou pour des pathologies ou des situations sanitaires et sociales rendant particulièrement nécessaire une coordination accrue ;
- élargir le champ des prises en charge mobilisables ou des interventions financées ;
- construire des parcours simplifiés et/ou plus efficients, notamment en assouplissant les règles de compétences des professionnels et des structures.

---

[102] bloch-ma_dispositifs_de_coordination_en_finir_avec_le_millefeuille.pdf

[103] Avis et Rapport 2018 - Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé.docx

Ces innovations[104] poursuivent plusieurs objectifs d'amélioration de la qualité et de l'efficience, par l'optimisation du parcours patient (afin d'éviter les ruptures de prise en charge) et du temps médical. Elles contribuent largement à la promotion de l'approche de gradation des soins. Elles se heurtent aujourd'hui à l'architecture même du système de santé et aux règles de financement.

3.4.1.1. Des expérimentations et des partages de compétences qui se développent

Le dispositif de l'article 51 de la LFSS pour 2018 offre un cadre propice aux innovations et à leurs évaluations

L'article 51 vise à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisation inédits permettant de décloisonner le système de santé et d'inciter à la coopération entre les acteurs.

Ces expérimentations[105] d'innovation organisationnelle doivent concourir à améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, les parcours des usagers, l'efficience du système de santé et l'accès aux prises en charge (de prévention, sanitaire et médico-sociales). Elles doivent déroger à des règles existantes de facturation, de tarification ainsi qu'au panier de soins remboursables.

Les expérimentations permettent par exemple :

- de financer des prestations ne relevant pas des prestations classiquement prises en charge par l'assurance maladie, comme : l'éducation thérapeutique du patient, les consultations de diététique, l'activité physique adaptée, des dispositifs de télésurveillance, de coaching téléphonique, de visites au domicile, souvent dans le cadre de parcours coordonnés (ex : obésité, insuffisance cardiaque, BPCO, enfants de l'ASE, etc.) ;
- de décloisonner les modes de prises en charge et d'innover en matière de financement, comme par exemple, en cancérologie pour les chimiothérapies injectable à domicile où un forfait d'adressage et d'expertise est perçu par l'établissement prescripteur pour la prise en charge en HAD des patients traités par chimiothérapie injectable ;
- de mettre en place plusieurs modes de coordination des intervenants auprès des patients (parcours coordonnés renforcés, équipes coordonnées ville / hôpital, mission de coordination de parcours) ;
- d'assouplir les règles de compétence entre professionnels et structures ;
- d'organiser l'appui aux médecins traitants dans le champ des addictions et en santé mentale via l'accès facilité et coordonné aux spécialistes et aux soins collaboratifs.

Après 6 ans d'existence, 155 expérimentations[106] ont été autorisées au 31 juillet 2024 (figure 1). Les parcours et les prises en charge développés concernent des pathologies (aigues ou chroniques : obésité, maladies cardiovasculaires, cancer), des situations particulières (situations liées au vieillissement, situations de vulnérabilité) ainsi que des approches territoriales. L'évaluation des projets explore 3 critères : faisabilité, efficacité/efficience et reproductibilité.

---

[104] HCAAM | Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité | France Stratégie

[105] Foires aux questions - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles

[106] Rapport au parlement 2024 sur les expérimentations innovantes en santé

A l'issue de la phase expérimentale, **« l'expérimentation devient une innovation dès lors qu'après une évaluation positive,** elle entre en phase transitoire aussi dénommée sas de transition. Cette entrée en période transitoire se fait après l'avis favorable sur l'opportunité de généraliser rendu par le comité technique (CTIS) et le conseil stratégique (CSIS) de l'innovation en santé. Elle est alors en attente de la transposition en droit commun et n'est plus en phase expérimentale. »

Figure 1 I RESUME DE L'ACTIVITE ARTICLE 51 AU 31 JUILLET 2024

Source : Schéma de synthèse figurant dans le rapport au parlement 2024

La transposition dans le droit commun des expérimentations probantes de l'article 51 est organisée par le ministère, la Cnam et la CNSA, qui doivent dégager des ressources via :

- le champ conventionnel lorsque des professionnels de santé conventionnés y sont impliqués. La transposition est alors tributaire du calendrier de discussions entre la Cnam et les professionnels concernés ;
- des arrêtés et circulaires budgétaires pour les établissements de santé et les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux, ESMS ;
- les parcours coordonnés renforcés (PCR) issus de l'article 46 de la LFSS 2024 pour les innovations nécessitant une prise en charge collective par plusieurs professionnels financés sous forme de forfaits durant la phase expérimentale.

D'autres expérimentations – hors article 51 – existent et permettent de faire des économies[107]. A titre d'exemple, le Parcours Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie Cardiaque (RAAC) mis en place avec les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et l'HAD AURAL, permet de réduire la durée d'hospitalisation après chirurgie cardiaque, tout en amélioration la satisfaction du patient. Le principe consiste à mettre en place une HAD après la sortie du MCO, au maximum de 14 jours, avec un passage de 2 IDE/jour et kiné 3 fois / semaine et tous les autres professionnels HAD si besoin (psychologue, nutritionniste, etc.).

Les expérimentations de l'accompagnement à l'autonomie en santé (AAS) inscrites dans l'article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, souffrent de ces mêmes difficultés de transposition malgré un avis[108] de la Conférence Nationale de Santé (CNS) relatif au rapport d'évaluation d'octobre 2023, demandant la pérennisation des expérimentations probantes ayant fait la preuve de leur efficacité et de leur financement et que la CNS *« dans la perspective d'une extension et d'un financement des actions d'AAS des personnes ayant des besoins importants, appuie la proposition de financement de ressources humaines dans les métiers identifiés : médiateur/trice, gestionnaire de cas, pair-aidance ou patient.e. expert.e., coordinatrice ou coordinateur territorial sur la base d'un diagnostic territorial (territoire de santé) et dans le cadre d'un avis des Conseils territoriaux de santé (CTS). »*

D'autres expérimentations populationnelles dans les territoires d'actions coordonnées de l'ensemble des acteurs d'un territoire proposent des parcours de santé intégrés allant de la prévention à la prise en charge en ville et à l'hôpital selon une stratification des besoins développée par la FHF dans le champ du diabète de type 2 et d'insuffisance cardiaque. Les évaluations d'impacts de ces parcours de responsabilité populationnelle sont prometteuses dans les territoires pionniers : entre 2019 et 2023, on a observé une diminution des admissions via les urgences ainsi que de la part des séjours longs.

3.4.1.2. Ces expérimentations soulignent l'intérêt d'aménager le partage des compétences entre professionnels pour améliorer les services rendus à la population, libérer du temps médical et faciliter l'accès aux soins

L'évolution des périmètres de compétences

De nouvelles fonctions (infirmièr(e)s déléguées à la santé publique[109]) et de nouveaux métiers : Infirmier(e)s de pratique avancée (IPA) ; assistants médicaux[110] (Tableau 4) viennent enrichir les possibilités offertes de travail collaboratif au service des besoins des patients.

---

[107] Selon les données fournies par la FNEHAD, en 2020, le chef de ce service a orienté 74% de ses patients vers l'HAD, soit 3 105 patients avec une économie approximative de plus de 16 millions d'euros pour l'assurance maladie pour ce service.

[108] avis_cns_evaluation_art_92_lmss_2016_2023_3001_relap3.pdf

[109] Dispositif permettant d'améliorer la qualité des soins et services rendus, notamment aux personnes souffrant de pathologies chroniques. Il s'appuie sur la substitution de certains actes des médecins vers les infirmières et sur le développement d'une démarche d'éducation thérapeutique.

[110] Le métier d'assistant médicaux a été mis en place afin de dégager du temps médical supplémentaire. Il bénéficie d'aide à l'emploi

TABLEAU 4 I NOUVEAUX METIERS ET NOUVELLES FONCTIONS

Fonctions/métiers	Nombre	Date de début
Infirmier(e)s Déléguée à la Santé Publique (Asalée)	2080 infirmières auprès de 9155 médecins généralistes (02/2024)	2004
Infirmier(e)s de pratique avancée	2 329 IPA diplômés et 1 751 étudiants (2024)	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
Assistants médicaux	6 000 dont 75 % auprès des MG (01/2024)	2018

Les évaluations d'impact du dispositif Asalée réalisées par l'Irdes[111] montrent « un effet significatif et positif de l'entrée du médecin dans le dispositif Asalée sur l'amélioration de la qualité du suivi de ses patients diabétiques pour l'ensemble des indicateurs de processus. L'amélioration est même remarquable s'agissant de la réalisation au moins trois fois par an de l'HbA1c ». Ces infirmiers salariés permettent de dégager du temps soignant dédié à des activités qui ne sont pas mis en œuvre, faute de pouvoir y consacrer du temps. Une évaluation économique de ce dispositif mériterait d'être menée afin de mieux objectiver le rôle de ces infirmiers salariés. Leurs compétences actuelles recouvrent à la fois des compétences socles des infirmiers et des compétences qui figureront dans la Réforme du métier infirmier en cours.

La Cnam a réalisé une étude[112] sur le dispositif des assistants médicaux en octobre 2024. Ils permettent une hausse de la patientèle médecin traitant, et, dans une moindre mesure, de la file active. « Après 48 mois de recours à un assistant médical, les médecins enregistrent une progression moyenne de leur patientèle médecin traitant de +19,5% et de leur file active de +4,5%, contre respectivement des évolutions +6,6% et -5,3% pour les professionnels n'y ayant pas eu recours sur la même période. (…) Les médecins ayant signé un contrat ont en moyenne augmenté leur nombre d'actes par jour de travail de 7,2% (+2 actes) alors que les médecins non signataires l'ont augmenté seulement de 0,5% (+0,1 acte). »

Un audit flash[113] de la Cour des comptes relevait des freins puissants à la montée en charge du nombre d'IPA dont la résistance des médecins par méconnaissance ou crainte de la concurrence ; une situation économique précaire ; le coût élevé des études ; l'articulation avec d'autres acteurs. « Face à ces obstacles, le ministère avait envisagé des inflexions, s'appuyant sur le résultat d'expérimentations qui tardaient à se mettre en place, l'une pour permettre un accès des patients aux IPA sans passer par un médecin (« accès direct »), l'autre pour accorder aux IPA un droit de première prescription. Le législateur a devancé le ministère : la loi récemment promulguée a tranché en faveur de ces évolutions ».

Un rôle renforcé du patient

[111] La coopération entre médecin généraliste et infirmière améliore le suivi des patients diabétiques
[112] 2024-12_dispositif-assistants-medicaux_points-de-repere-55_assurance-maladie.pdf
[113] Audit flash Les infirmiers en pratique avancée

En regard de ces évolutions des métiers, la place du patient dans les soins évolue, pour intégrer un rôle plus acteur de sa santé et de son parcours de soins, passant entre autres par un rôle de patient partenaire : le patient partenaire participe à l'amélioration de sa prise en charge via notamment la transmission des évolutions de symptômes, d'effets secondaires et la prise en compte des résultats rapportés par les patients (*patient-reported outcome measures*). La prise en compte de la parole et du rôle des patients, sur le plan individuel comme collectif, via la vitalité des instances de démocratie sanitaire constituent des leviers majeurs de l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. Leur intégration dans les processus d' évaluation, à travers des panels d' usagers afin de mieux évaluer le service rendu peut être une des modalités de la démocratie sanitaire.

Le développement de la pair-aidance dans les années 2010 a fait l'objet d'une auto-saisine[114] de la HAS afin d'en proposer prochainement des recommandations. La production de savoirs expérientiels[115] a montré leur utilité pour aller mieux et permettent un meilleur rétablissement notamment dans le champ de la santé mentale.

Des évolutions des compétences de différents professionnels nécessaires

Plusieurs innovations organisationnelles introduites dans notre système de santé résultent de la généralisation d'expérimentations aménageant les règles de compétence :

- la capacité donnée aux pharmaciens d'officine de prescrire des antibiotiques après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) permettant de confirmer l'origine bactérienne d'une suspicion d'angine ou de cystite, constitue la généralisation de l'expérimentation Osys réalisée dans le cadre de l'article 51. Elle combine à la fois une approche de simplification du parcours du patient, de bon usage du médicament, d'optimisation du temps des professionnels et d'efficience globale du parcours de soins ;
- la prise en charge du dépistage VIH puis du dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) sans ordonnance fait également suite à l'expérimentation Au Labo Sans Ordo. Elle vise principalement la facilitation du parcours patient, l'utilisation opportuniste de tout contact avec le patient pour atteindre des populations recourant moins au système de santé et en particulier au dépistage, l'optimisation du temps médical et une efficience globale du parcours ;
- la possibilité donnée aux centres de santé et médiation en santé sexuelle de réaliser des examens de biologie délocalisée et d'assurer l'éventuel traitement subséquent dans une approche « Test and Treat » est également issue d'une expérimentation de l'article 51. Elle vise également la facilitation du parcours patient et la prévention des ruptures de prise en charge.

Chacune de ces innovations a supposé non seulement de déroger aux règles de prise en charge, mais également de déroger aux règles de compétence, en l'espèce du pouvoir de prescription du médecin et du champ de responsabilité du biologiste médical.

Elles révèlent le besoin d'évolution des règles de compétence.

---

[114] Pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales janvier 2025.
[115] Voir par exemple L'accompagnement par les pairs : Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap

« *Aujourd'hui, les professionnels de santé relèvent de cadres juridiques définissant leurs missions et responsabilités. Ces cadres qui résultent des textes ne sont pas toujours cohérents et présentent une faiblesse majeure : l'effectivité des missions décrites n'est pas assurée, d'une part, parce qu'en tout état de cause les professionnels ne disposent pas des moyens et des organisations leur permettant de les mettre en œuvre concrètement, d'autre part parce qu'elles correspondent à des engagements généraux, peu contrôlables, et que dans les faits, les professionnels ne se sentent pas tous engagés par ces textes*. ». Pour autant, « *l'absence de schéma prospectif clair s'accompagne aujourd'hui d'un certain flou dans la définition des rôles et des missions des différentes catégories de professionnels de santé. Ce flou alimente la méconnaissance de ce que chacun peut attendre de l'autre, mais aussi la défiance vis-à-vis d'empiètements possibles. Un travail doit être conduit permettant de clarifier le positionnement de chacun et de favoriser des jeux coopératifs qui produiront une montée en compétence collective au service de la population* ». Ces constats du Hcaam[116] en 2018 restent d'actualité et cela malgré l'élargissement des missions de plusieurs professionnels : sage-femmes, pharmaciens, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes.

Cela concerne notamment les IPA, les aides-soignants, les masseurs-kinésithérapeutes[117], etc. ainsi que dans une réflexion de complémentarité entre acteurs de la santé et du secteur médico-social.

Plusieurs évolutions ultérieures ont pu être évoquées

- rôle du biologiste dans la détection des MRC, des dépistages du cancer colo-rectal ou du col de l'utérus, ou encore dans la vaccination (cf. Chapitre prévention). De telles évolutions s'inscriraient dans une logique de simplification du parcours patient, d'utilisation opportuniste des contacts entre le patient et le système de soins pour atteindre des patients plus éloignés du système ou des dépistages ;
- donner la possibilité aux biologistes médicaux de prescrire les traitements antibiotiques adaptés dans le cadre de protocoles validés par l'HAS à la suite de certaines infections bactériennes détectées en laboratoires (IST et cystites) est une mesure qui pourrait également simplifier le parcours de soin. Les biologistes médicaux pourraient également intervenir pour limiter le nombre d'examens cytobactériologiques des urines (ECBU) en réalisant des sédiments urinaires moins coûteux, et en lien avec les recommandations des sociétés d'infectiologie.

La biologie délocalisée constitue également un cas d'usage prometteur porteur d'améliorations pour l'efficience et la qualité des soins. La législation française ne permet pas de réaliser des examens de

---

[116] Avis et Rapport 2018 - Contribution du Hcaam à la Stratégie de transformation de notre système de santé

[117] L'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour les entorses de cheville est aujourd'hui possible via un protocole de coopération ou une expérimentation. (HAS 2025 : Entorse du ligament collatéral latéral (ligament latéral externe) de cheville : diagnostic, rééducation et reprise de l'activité physique et de la pratique sportive). On estime à près de 6 000 consultations qui sont liées à cette affection chaque jour aux urgences. « En France, les coûts de santé publique sont estimés à 1 000 € par entorse. Ce coût important tient compte du recours à l'imagerie médicale (radiographique le plus souvent), qui est quasi systématiquement réalisée afin d'exclure la présence d'une fracture, alors que l'incidence réelle des fractures est de moins de 15 %. »

biologie médicale délocalisée (EBMD) en dehors d'un contexte hospitalier, malgré des dispositions législatives le prévoyant depuis plus de 5 ans mais jamais entrées en vigueur faute de texte d'application. **Ce cadre très restrictif contraste avec la désormais très large diffusion des EBMD dans les systèmes de santé les plus avancés, parfois depuis plus de 30 ans. Les systèmes de santé étrangers ont largement développé le recours aux *Point of Care tests (POCT)*, « test auprès du patient ».** Aux Etats-Unis, la classification des tests de laboratoire (*clinical laboratory improvement amendements – CLIA*) prévoit une catégorie de 140 tests simples bénéficiant d'un cadre réglementaire allégé permettant leur réalisation dans les cabinets de médecine générale et les centres de soins primaires (ainsi que dans d'autres lieux : pharmacies, maisons de retraite, ambulances, écoles…). En Allemagne, 95% des médecins généralistes interrogés réalisent des tests de glycémie, et plus de la moitié des analyses de troponine et de micro-albumine, au sein du cabinet. **Le principal avantage mis en avant pour les POCT consiste dans une réduction du délai entre le prélèvement et l'obtention du résultat**, ce qui permet :

- d'éclairer la décision médicale d'une information supplémentaire permettant une prescription plus pertinente: l'usage des tests de CRP (protéine C-réactive) en soins primaires dans les situations d'infection des voies respiratoires inférieures, notamment pour éviter la sur-prescription d'antibiotiques, est répandu depuis plus de 30 ans dans certains pays, et intégré dans les recommandations de pratiques dans les soins primaires de pays aussi variés que la Belgique, le Danemark, la Norvège, l'Espagne, la Suisse, le Royaume-Uni et l'Afrique du Sud. Leur bénéfice est encore accru dans le contexte de personnes âgées en perte d'autonomie au sein d'établissements spécialisés, comme alternative à une hospitalisation ;
- de garantir en un seul rendez-vous la prescription de l'examen, l'obtention du résultat et la prescription de traitement qui en découle, et donc éviter des ruptures de parcours du patient. Une étude sur le suivi de patients diabétiques[118] a montré que la mise en place d'un POCT de glycémie au cours des rendez-vous de suivi permet d'assurer un ajustement du traitement pour 100 % des patients concernés, alors qu'un tiers des patients présentant un niveau de glycémie trop élevé n'avait pas de rendez-vous d'ajustement de leur traitement dans les 90 jours suivant leur résultat de biologie.

La France a accumulé un retard considérable en la matière, au détriment de la qualité des prises en charge des patients et de l'efficience des ressources du système de santé. **Diffuser cette innovation suppose d'adapter les règles de compétences et de définir des modalités de financement adaptées, dans un cadre apportant les nécessaires garanties de qualité et d'efficience.**

La définition de ces règles, le plus souvent, au niveau législatif constitue aujourd'hui un facteur majeur de sclérose de notre système de santé : de telles dispositions trouvent souvent mal leur place en PLFSS, et les délais d'élaboration des textes législatifs et réglementaires peuvent apparaître parfois d'une longueur disproportionnée au regard des évolutions réalisées. Les rythmes d'évolution des textes semblent inadaptés au rythme d'innovation des pratiques. **Un tel constat pourrait plaider pour un élargissement du champ des LFSS par une loi organique afin qu'elles intègrent les modifications de compétences des professionnels de santé, ou bien une loi de santé tous les ans adossée et en cohérence avec le PLFSS (option qui supposerait toutefois qu'un tel vecteur législatif annuel puisse**

[118] G. Rust, M. Gailor, E. Daniels, B. Mac Millan-Persaud, H. Strothers, R. Mayberry, « Point of care testing to improve glycemic control », International Journal of Health Care Quality Assurance, 2008;21: 325–35.

être inséré dans l'agenda parlementaire dans un calendrier cohérent avec celui du PLFSS), ou encore que soit examinée la possibilité de délégaliser certaines règles aujourd'hui législatives.

Ces évolutions supposent d'être couplées à une vision prospective des ressources humaines du système de santé qui fait aujourd'hui défaut

Faute de vision d'ensemble et de déploiement stratégique, et devant l'empilement de mesures modestes (au regard des possibilités offertes dans d'autres pays depuis de nombreuses années), l'élargissement du partage de compétences risque d'apparaitre comme une simple recherche de gain de temps médical au détriment de la valorisation des rôles et compétences propres des différents professionnels dans l'intérêt d'une meilleure efficacité et efficience du système de santé. La coordination et le niveau de partage des compétences entre différents professionnels doivent être redéfinis d'une manière globale et non au coup par coup selon les corporatismes ou face à la défaillance démographique de certaines professions.

L'extension de chaque compétence[119] ou partage de tâche devrait être suivie en termes d'impact. Par exemple, dans quelle mesure l'extension de la possibilité de prescription des substituts nicotiniques à de nombreux professionnels : sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes a-t-il donné lieu à davantage de prises en charge de patients fumeurs ? A quelle hauteur pour chacune de ses professions ? Quels sont les freins et les leviers à l'effectivité de cette mesure ? Comment y remédier ? etc.

Le rapport[120] Igas « trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » suggère notamment de :

- Réaliser des études d'impact et des évaluations thématiques permettant d'apprécier la pertinence de l'ensemble des dispositifs de réorganisation des interventions entre professionnels de santé concourant à un même objectif de santé publique ;
- Prêter une attention particulière à l'organisation de la succession entre différents dispositifs concurrents dont l'un est mis en extinction au profit d'un autre ;
- Expertiser la tenue d'une convention citoyenne sur la refonte de l'organisation du système de santé et des professions.

De même le rapport 2024 du Hcaam sur les ressources humaines en santé faisait l'état de l'existence au Royaume Uni de tableaux de compétences transversales aux 3 secteurs permettant d'identifier les passerelles et les socles communs de compétences au sein des professions du champ médical, médico-social et social. Ce type de travaux en profondeur éviterait sans doute des décisions au fil de l'eau.

L'entrée dans le droit commun de ces expérimentations constitue une difficulté

---

[119] Qui ne doit pas être confondu avec des glissements de tâches en réponse à des pénuries de professionnels et qui dans ce cas pourrait se solder par une perte de chance pour les patients par défaut de moyens.

[120] Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé | Igas

Malgré l'existence de protocoles d'évaluation et de suivi associant les différentes parties prenantes, l'entrée dans le droit commun se heurte régulièrement à des difficultés.

Pour partie, ces difficultés résultent du fait même que ces expérimentations conduisent à revoir des règles structurantes, générant des résistances au changement : certains acteurs peuvent être tentés de contester ou refaire l'évaluation qui vient d'être réalisée, et donc de dénaturer l'expérimentation en retenant des modalités d'entrée dans le droit commun qui ne correspondent pas aux conditions de l'expérimentation.

Un exemple peut en être offert avec la mise en place des parcours coordonnés renforcés. Le décret n° 2025-394 du 30 avril 2025 relatif à la liste des catégories de structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés, liste les structures autorisées à coordonner les parcours coordonnés renforcés, en l'élargissant par rapport aux structures qui assurent aujourd'hui ces missions, tout en refusant d'y inclure les structures associatives, alors même que certaines portent aujourd'hui les parcours coordonnés renforcés financés par les ARS. Cela crée un double risque que :

- le passage à l'échelle ne soit plus conforme à ce qui a été expérimenté ;
- et de devoir confier la coordination à des structures trop éloignées des personnes concernées alors que la proximité[121] géographique est un facteur important de réussite.

De tels écarts au principe même de la méthode expérimentale au nom de conservatismes institutionnels ne peuvent que porter préjudice à la qualité et à l'efficience du système de santé.

Pour soutenir le déploiement des innovations organisationnelles, certains leviers sont proposés :

- Définir, conformément au code de santé publique, une stratégie nationale de santé (SNS) pluriannuelle (de 5 à 10 ans) déterminant des objectifs priorisés et qui propose des transformations du fonctionnement et du financement en profondeur du système de santé (cibles en termes d'exercices coordonnés, de rémunération actes/forfaitaire/salarié), qui structure la prévention (médicalisée, éducation thérapeutique du patient, leviers en dehors des soins, etc.). Cette SNS doit s'appuyer notamment sur le levier les innovations en santé probantes de financement au parcours et répondant en particulier aux besoins des patients, pour assurer une couverture homogène dans l'accès à la santé dans les territoires ;
- prévoir une loi de programmation, de santé publique, pluriannuelle permettant de bâtir une régulation budgétaire plus juste ;
- Élargir le champ des LFSS aux règles de compétences entre professionnels de santé, délégaliser les règles qui peuvent l'être, afin de rendre le droit des compétences plus évolutif ;
- Accélérer le passage en droit commun et accompagner l'usage des innovations thérapeutiques et la mise en œuvre des innovations organisationnelles en mettant en place un accompagnement au plus proche des acteurs concernés dans tous les territoires.

[121] Comme dans le rapport final de l'expérimentation Mission retrouve ton cap. rapportfinal_evaluation_mrtc.pdf

3.4.2. Techniques

3.4.2.1. Le cadrage général

L'avis du Hcaam de 2016[122] consacré aux innovations en santé rappelait le besoin de disposer d'une stratégie nationale pluriannuelle en matière d'innovations. Cette stratégie devait inclure un volet facilitant le déploiement opérationnel de dispositifs innovants qui se heurtent encore à plusieurs obstacles, notamment d'ordre financier et réglementaire.

Cette stratégie a commencé à prendre forme dans le cadre du plan France 2030, avec notamment la création de l'Agence de l'innovation en santé (AIS) en 2022. Celle-ci pilote notamment le Plan Innovation Santé 2030, doté initialement de 7,5 milliards d'euros, avec un accent particulier sur les biothérapies, les dispositifs médicaux, la santé numérique, la souveraineté industrielle et récemment la prévention.

Parmi les innovations en cours de développement et de déploiement, l'IA générative peut apporter des gains de productivité porteurs d'économies pour le système et de réponses aux tensions que connaissent les ressources humaines du système de santé.

Les technologies fondées sur l'intelligence artificielle générative (IAg) suscitent de nombreuses attentes dans le domaine de la santé. Leurs applications envisagées couvrent un large spectre : du diagnostic médical à la prévention personnalisée, en passant par la proposition de plans de traitement individualisés. D'autres usages émergents concernent le traitement automatisé des données médico-administratives, avec l'objectif de réduire le temps qu'y consacrent les professionnels de santé.

Le dernier rapport du Hcaam consacré aux ressources humaines en santé[123] aborde spécifiquement le rôle croissant que pourrait jouer l'intelligence artificielle dans la transformation des métiers médicaux et paramédicaux. Citant notamment un article de R. M. Watcher et al. publié dans le *JAMA* en 2024[124], le rapport souligne que les solutions fondées sur l'IA en santé font face à des défis plus importants que dans d'autres secteurs : données sensibles; données peu structurées et très liées à leur objectif premier (facturation, utilisation clinique...). Cela ralentit le déploiement de solutions abouties, mais les innovations sont rapides et les acteurs enthousiastes, donc les avantages promis pourraient être atteints, à des rythmes différenciés selon les applications.

Dans le rapport Charges et produits 2024[125], la Cnam rappelle l'impact profond que va avoir l'intelligence artificielle dans la pratique clinique, même si la plupart des dispositifs actuels sont à un stade d'évaluation précoce, avant la validation clinique. La plupart des Dispositifs médicaux numériques (DMN) sont aujourd'hui à destination des professionnels, et n'ont pas été soumis à des évaluations indépendantes et centralisées pour ses effets sur le soin, ce qui peut constituer une difficulté tant pour les professionnels dans le choix des outils que pour le régulateur dans la définition de leur financement. **Penser un cadre évaluatif institutionnel pour ces DMN permettrait une intégration plus rapide dans la pratique courante.**

---

[122] Avis du Hcaam. Innovations et système de santé 13/7/2016.

[123] HCAAM | Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires, 2024

[124] Wachter RM, Brynjolfsson E. Will Generative Artificial Intelligence Deliver on Its Promise in Health Care? JAMA. 2024 Jan 2;331(1):65-69. doi: 10.1001/jama.2023.25054. PMID: 38032660.

[125] CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, 2024, Chapitre 10.3

Le développement accéléré des modèles dits "large language models" (LLM), capables de traiter le langage naturel à une échelle et une précision sans précédent, ouvre de nouvelles perspectives. Les modèles les plus avancés peuvent désormais intégrer simultanément du texte, des images et des données structurées, ce qui constitue une avancée majeure pour le traitement d'informations complexes, comme les dossiers médicaux électroniques ou les protocoles de soins. Cette polyvalence multimodale pourrait contribuer à résoudre certains problèmes structurels, notamment le défaut d'interopérabilité entre systèmes d'information de santé, aujourd'hui identifié comme un frein majeur à la fluidité du parcours de soins.

Malgré ces perspectives prometteuses, l'adoption de l'IA générative soulève encore de nombreuses incertitudes sur le plan juridique, éthique et stratégique :

- Cadre légal : la plupart des modèles de LLM actuellement utilisés ont été entraînés sur des corpus de données massives sans respect explicite du droit d'auteur ou des licences associées. Cette incertitude rend leur utilisation dans le champ médical potentiellement non conforme au droit européen, notamment au regard du RGPD ou du Digital Services Act ;
- Sécurité et confidentialité : les modèles peuvent être exposés à des fuites d'informations sensibles, via des fuites de mémoire, ou être la cible d'attaques adverses. Le risque de divulgation de données de santé identifiables, même indirectement, est un enjeu critique en santé publique ;
- Souveraineté technologique : si ces outils venaient à devenir centraux dans la gestion du système de santé (triage, décision clinique, administration hospitalière), leur dépendance vis-à-vis de modèles propriétaires (souvent américains ou hébergés sur des infrastructures extra-européennes) poserait des questions de perte de contrôle stratégique, notamment en cas de conflit d'intérêt industriel ou de crise géopolitique ;
- Impact écologique : consommation importante d'eau et d'électricité pour l'entrainement des modèles ;
- Impact social : mauvaise traçabilité des conditions de travail des sous-traitants embauchés pour le fine-tuning dans des pays étrangers aux normes sociales peu exigeantes.

L'analyse automatisée de données médicales non structurées (compte rendus, observations cliniques, courriers, notes libres) par des outils d'intelligence artificielle ouvre la voie à des gains significatifs de temps médical. En matière d'imagerie, l'IA permet déjà des gains de temps dans la phase d'analyse des images qui représente 40 % du temps de travail des radiologues (analyse par l'IA de l'évolution entre deux images d'un même patient à des dates différentes pour suivre l'évolution d'une pathologie ; aide à la recherche de fractures ou de lésions sur l'image ; mesure des lésions observées) ; elle peut aussi faciliter la rédaction du compte-rendu d'imagerie (qui représente également 40 % du temps de travail des radiologues), en proposant des projets de compte-rendu soumis à la relecture du professionnel. Dans d'autres pays comme la Suède, les performances de l'IA dans le dépistage du cancer du sein permettent d'envisager de remplacer la double lecture par un radiologue pratiquée dans le dépistage organisé du cancer du sein par une lecture humaine et une lecture par l'IA[126]. De tels gains de productivité peuvent permettre des économies pour le système de santé, à condition que le régulateur se dote d'outils d'observation de ces gains de productivité et que les modalités de tarification soient

[126] Hernström, V · Josefsson, V · Sartor, H · et al, « Screening performance and characteristics of breast cancer detected in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a randomised, controlled, parallel-group, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study », *Lancet Digit Health*. 2025

assez réactives pour les suivre, faute de quoi ces gains de productivité se traduiraient par un accroissement de la rentabilité des activités qui en bénéficieraient sans que le financeur récupère ces gains de productivité. Ces gains de productivité peuvent également répondre à des situations d'inadéquation entre l'offre et la demande qui peuvent se traduire par des difficultés d'accès aux soins ou au dépistage.

Ces technologies peuvent être également mobilisées pour rédiger automatiquement des comptes rendus de soins ou de séjour en milieu hospitalier, assister les professionnels dans le codage des actes et des diagnostics à des fins de facturation (PMSI), et contribuer à une meilleure organisation des soins, par exemple via des agents conversationnels aidant à la planification de l'activité dans les services ou la coordination interprofessionnelle.

Parmi les usages envisagés, les solutions d'IA appliquées à l'information médicale (traitement automatique du langage naturel, interopérabilité, structuration des documents) apparaissent comme les plus immédiatement transposables à l'échelle opérationnelle. Elles sont aussi susceptibles de générer les économies les plus importantes en réduisant la charge administrative pesant sur les médecins et les personnels médicaux. Elles peuvent représenter une plus-value décisive pour une véritable utilisation systématique des informations contenues dans Mon Espace Santé. Néanmoins, leur déploiement à grande échelle nécessitera des études d'impact médico-économique rigoureuses, afin de démontrer leur apport en matière de productivité, de qualité documentaire et de conformité réglementaire.

3.4.2.2. Les innovations médicales peuvent représenter des gains d'efficience du système mais supposent de renforcer les capacités d'évaluation de ces innovations.

Ainsi, les évolutions concernant les actes médico-chirurgicaux dont le processus d'évaluation va jusqu'à la tarification et demeure souvent beaucoup trop long, souffrent d'un retard de la prise en charge en routine d'innovations ce qui prive le système de santé de potentiels gains d'efficience. Cela suppose de s'interroger sur les ressources supplémentaires à consacrer à ce process et parallèlement à encadrer chaque séquence de la procédure par des délais précis.

Certaines évolutions scientifiques peuvent permettre des changements de paradigme. Il en est ainsi des apports de la biologie moléculaire, qui permet d'accéder à de nouveaux types biomarqueurs. La PCR (*Polymerase Chain Reaction*) constitue une illustration désormais célèbre de cette rupture technologique permettant d'identifier un agent infectieux ainsi que ses mutations de façon beaucoup plus rapide et plus précise que les techniques antérieures.

Au-delà, en permettant l'accès à de nouveaux biomarqueurs, ces technologies permettent d'élargir leur finalité : elle peut être non seulement diagnostique mais également prédictive, pronostique et préventive. L'usage de certains de ces biomarqueurs pour prédire des risques de maladie fait déjà l'objet d'expérimentations à grande échelle : le NHS anglais s'est engagé, avec le King's College, Cancer Research UK, à un essai randomisé sur 140 000 volontaires de 50 à 77 ans sur le test Galleri®[127], qui constitue un test sanguin prétendant détecter de façon précoce 50 cancers, y compris des cancers pour lesquels il n'existe pas aujourd'hui de dispositif de dépistage. Les résultats finaux de l'essai sont attendus pour 2026. S'ils sont positifs, ils pourraient conduire à des stratégies massives d'utilisation d'un tel test. Les partisans de tels tests soutiennent que ces biomarqueurs permettraient de détecter des risques de cancers ou des cancers bien avant l'apparition de symptômes ou même d'autres marqueurs faisant aujourd'hui l'objet de dépistages. Ce faisant, ils pourraient être synonymes

[127] Swanton et al.. NHS-Galleri trial: Enriched enrolment approaches and sociodemographic characteristics of enrolled participants, avril 2025.

d'améliorations importantes en termes de succès thérapeutique et de coûts évités : traitements précoces moins invasifs, moins coûteux et moins longs, indemnisation d'arrêts maladie évités, autres formes de dépistage ou diagnostic évités. Ils emporteraient une considérable réallocation de ressources au sein du système de santé, depuis les traitements à des stades avancés vers une massification de dépistages.

- La généralisation de telles innovations pose des questions médico-économiques et éthiques complexes : en regard des arguments de leurs promoteurs, sont avancées des interrogations telles que : l'impact d'une insuffisance spécificité des tests, notamment s'il existe une part trop élevée de faux positifs conduisant à des actes de soins inutiles et pouvant affecter la qualité de vie du patient sans justification ;
- L'évaluation du bénéfice relatif pour le patient de cette détection anticipée au regard d'une détection classique ou d'une absence de détection : selon les types de cancers (évolution lente ou non, maturité des traitements), le bénéfice d'une détection anticipée peut être plus ou moins avéré.

La diffusion de ces innovations suppose par ailleurs de disposer d'une capacité d'intégration de l'innovation dans notre système de santé suffisamment réactive.

Or, elle peut se heurter à des goulets d'étranglement, ainsi que l'illustre la situation des actes innovants hors nomenclature en matière de biologie. Les actes qui n'ont pas encore été évalués par la HAS font l'objet d'un financement dérogatoire (référentiel des actes innovants hors nomenclature – RIHN) sur une enveloppe MERRI (missions d'enseignement, recherche, recours et innovation) allouée aux établissements de santé prescripteurs. Or, la capacité d'évaluation d'actes innovants de biologie par la HAS, à ressources inchangées, semble aujourd'hui très limitée au regard du stock d'actes en attente d'évaluations et constitue un frein important à l'inscription de ces actes dans le droit commun. Sur un thème d'innovation aujourd'hui majeur comme l'utilisation du séquençage haut débit ciblé d'un panel de gènes dans le cadre du ciblage des traitements du cancer, la HAS a publié en 2024 un programme d'évaluation en neuf vagues, sachant qu'elle indique qu'une vague prend six à douze mois. Cela donne une perspective d'achèvement des évaluations en 2033, alors que d'autres innovations viendront grossir le stock d'ici là. Or, ces tests constituent des tests dits « compagnons » en ce qu'ils sont couplés à un produit de santé qu'ils permettent de cibler sur les populations pour lesquelles ils présentent la meilleure efficacité. Leur diffusion constitue donc une condition de la pertinence de prescriptions médicamenteuses souvent onéreuses. Les limites de la capacité d'évaluation de ces innovations conduit à prolonger au-delà du nécessaire et du souhaitable leur financement dans le cadre du RIHN, qui est porteur d'inadéquations tarifaires, peut conduire à ce que certains établissements de santé prennent en charge ces examens à prix coûtant et que l'accès des patients à ces innovations soit très inégal.

3.4.2.3. La priorisation

Dans un contexte de prolifération rapide des innovations techniques, l'enjeu stratégique de positionnement en matière de souveraineté sanitaire et d'accès aux dernières avancées médicales se confronte au risque inflationniste. Sans mécanisme de priorisation, la multiplication des innovations peut générer une hausse structurelle des dépenses sans garantie de gains d'efficience.

Il devient donc essentiel de **flécher les investissements vers des innovations susceptibles de générer des économies à moyen ou long terme**, en particulier lorsqu'elles permettent de remplacer des prises en charge palliatives ou chroniquement coûteuses.

Pour cela, il convient de trouver un juste équilibre basé notamment sur le service rendu, l'efficience et accessibilité sociale et territoriale dans les solutions à financer et à déployer. Il pourrait être utile de confier à une structure compétente et indépendante **l'observation des dispositifs innovants**, chargé d'assurer le suivi, la transparence et l'évaluation continue des conditions d'introduction sur le marché de ces innovations.

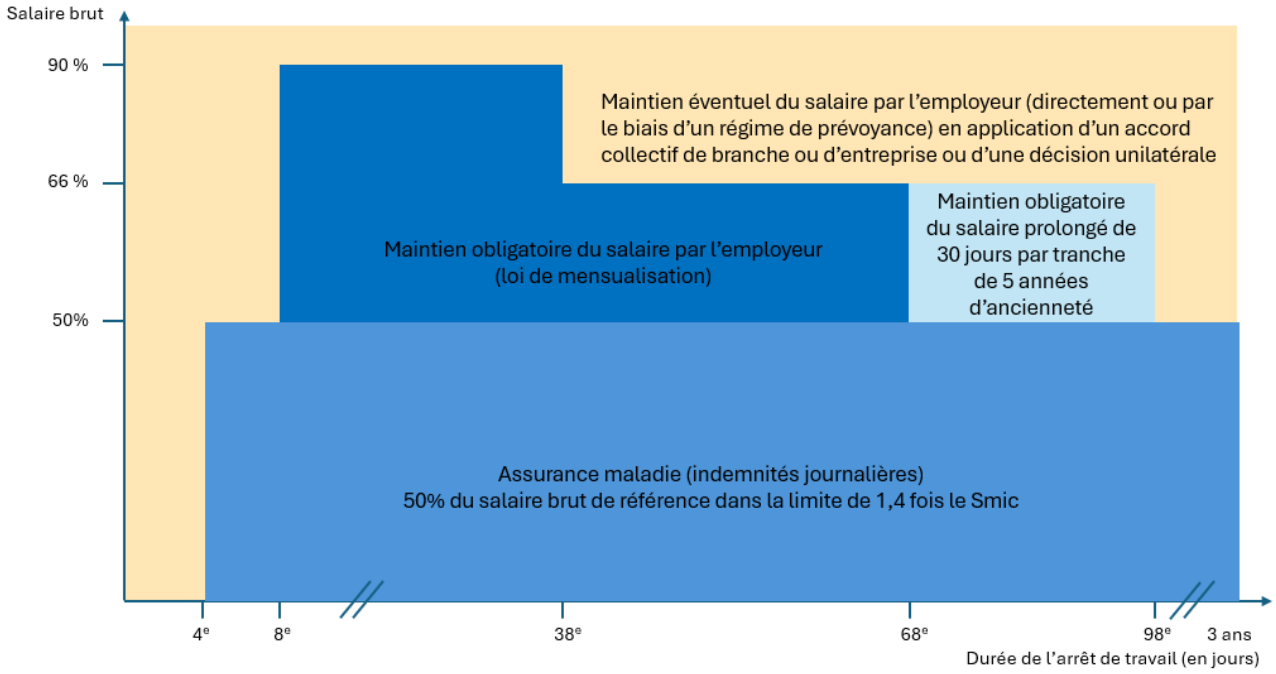
3.5. La question des arrêts maladie

3.5.1. Rappel de l'architecture de prise en charge du risque d'incapacité temporaire de travail

Les travaux du Hcaam menés dans le cadre de ce rapport se sont concentrés sur les dépenses relatives aux arrêts de travail relevant de la branche maladie, et ne couvrent donc pas les arrêts pour accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) ni maternité/paternité. Pour rappel, pour les salariés au régime général, le risque d'incapacité temporaire de travail fait intervenir conjointement (figure 1) :

- l'assurance maladie pour les indemnités journalières (IJ) ;
- l'employeur de façon obligatoire dans le cadre de la loi de mensualisation, et éventuellement au-delà en fonction des accords ;
- les organismes complémentaires, soit dans le cadre d'une assurance souscrite par l'employeur pour mutualiser ses obligations dans le cadre de la loi de mensualisation, soit pour mettre en œuvre des garanties de prévoyance résultant le plus souvent d'accords de branches.

FIGURE 1 I : REPARTITION DE L'INDEMNISATION DES ARRETS MALADIE DU REGIME GENERAL ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET L'EMPLOYEUR EN FONCTION DE LA DUREE DE L'ARRET



Note : Les durées d'arrêt de travail, signalés en abscisses correspondent aux bornes temporelles de leurs différents modes de prises en charge. La surface de chaque aire n'est donc pas proportionnelle à la dépense prise en charge.

Source : Hcaam d'après Cour des comptes et CTIP.

Il faut souligner que ces indemnités journalières constituent un revenu de remplacement qui couvre à des degrés divers différentes catégories de salariés et demandeurs d'emploi. Les indemnités journalières de l'Assurance maladie sont versées aux salariés en emploi et aux demandeurs d'emploi sous condition de durée minimale d'affiliation (cette durée étant plus longue pour les arrêts supérieurs à 6 mois[128]). Les indemnités complémentaires obligatoirement versées par l'employeur (loi de mensualisation) ne concernent que les salariés bénéficiant d'au moins un an d'ancienneté – avec un taux de remplacement et une durée maximale de versement variable selon l'ancienneté du salarié[129]. Les accords concernant le troisième étage de versement complémentaire par l'employeur peuvent quant à eux prévoir des modalités différentes selon la catégorie des salariés, par exemple en distinguant la couverture selon la catégorie professionnelle[130].

3.5.2. Une dépense structurellement plus soutenue que l'ensemble des dépenses de santé, du fait de déterminants démographiques et économiques

En 2023, les prestations versées à ce titre par les administrations publiques et les organismes d'assurance représentent 20,5 Mds€ selon la DREES (Comptes de la protection sociale)[131]. Au sein de cet ensemble, les indemnités journalières versées par le régime général pour la maladie et les accidents de travail et maladies professionnelles (donc hors maternité/adoption) s'élèvent à 14,3 Mds€, dont 10,2 Mds€ pour la branche maladie.

La DREES et la Cnam ont procédé à une analyse approfondie de la dynamique des IJ financées par le régime général (hors travailleurs indépendants) sur 13 ans[132].

Le montant des IJ maladie du régime général est passé de 6,19 Mds€ en 2010 à 7,98 Mds€ en 2019, puis à 10,21 Mds€ en 2023. La progression a été de 28,9 % entre 2010 et 2019, puis de 27,9 % entre 2019 et 2023, soit une accélération du rythme annuel, passé de 2,9 % au cours des années 2010 à 6,4 % entre 2019 et 2023[133].

---

[128] Code de la Sécurité sociale, articles L321-1 et R313-3.

[129] Des règles spécifiques s'appliquent en Alsace-Moselle, avec un maintien de salaire à 100 % par l'employeur sans délai de carence.

[130] Perronnin M., 2019, L'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2017, Rapport de l'IRDES, n°572.

[131] Y compris congés maladie de longue durée des agents de l'État, indemnités journalières (IJ) versées au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et les prestations de maintien de salaire pour les personnes vulnérables arrêtées durant le Covid-19 versées via le chômage partiel ou les IJ dérogatoires.

[132] N. Colinot, G. Debeugny, C. Pollak, « Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019 », *Etudes et résultats*, n° 1321.

[133] Cette accélération est concomitante avec une forte hausse des IJ AT-MP : leur montant augmente de 5,9 % par an en moyenne entre 2019 et 2023 (+3,2 % en volume), contre +3,2 % sur la période précédente (+2,1 % en volume). A l'inverse, IJ maternité/adoption sont globalement stables dans un contexte de baisse de la natalité et de hausse de leurs montants moyens.

Les dépenses d'IJ ont donc connu une croissance nettement plus importante que celle tant de la CSBM que de l'Ondam.

Cette croissance se décompose en plusieurs facteurs :

- le nombre de journées d'IJ, qui résulte lui-même de plusieurs facteurs :
  - le nombre de salariés éligibles aux indemnités journalières, qui lui-même résultera du croisement entre le nombre de salariés (résultant lui-même de l'évolution de la population active et du taux d'emploi) et de l'évolution des conditions d'ouverture des droits aux IJ. Or, le taux d'emploi des 15-64 ans a progressé de 1,5 point 2010 et 2019 puis 1,4 point entre 2019 et 2023 ;
  - le « taux de recours » aux IJ ;
  - la durée moyenne des arrêts.
- la valeur moyenne des IJ, qui peut elle-même résulter tant de l'évolution du salaire de référence des salariés indemnisés que des règles de calcul des IJ. Ainsi, l'abaissement du plafond des IJ maladie en 2011, et, inversement, les revalorisations importantes du Smic, en 2022-2023, ont affecté la valeur moyenne de l'IJ à âge donné.

L'âge des salariés joue fortement sur :

- leur taux de recours : il est de 34 % pour les 60-64 ans, contre un taux de 29 % pour les 25-54 ans et de 28,4 % pour l'ensemble des salariés. Il est plus faible aux âges extrêmes (moins de 25 ans, plus de 65 ans) ;
- la durée des IJ : elle croît avec l'âge jusqu'à un maximum de 77 jours pour les 60-64 ans (contre 48,4 pour l'ensemble des salariés), puis diminue ;
- la valeur journalière de l'IJ : si elle varie peu entre 25 et 64 ans, elle est plus faible pour les plus jeunes comme pour les plus âgés.

La dépense d'IJ par salarié est donc supérieure de 91,5 % pour les 60-64 ans à celle de l'ensemble des salariés. Le vieillissement de la population active, soutenu notamment par la hausse du taux d'emploi des seniors résultant des réformes des retraites successives, peut donc avoir un impact sur la dynamique des IJ. La part des 50 ans et plus dans les dépenses d'IJ est passée de 38 à 42 % entre 2010 et 2023.

Ce facteur âge joue en sens inverse toutefois après 64 ans, en raison d'un effet de sélection (ceux qui restent en emploi à cet âge sont en meilleure santé).

On isole donc classiquement un facteur relatif à la structure par âge des salariés et des effets de taux de recours, de durée des arrêts et de valeur des IJ à âge donné.

La progression de l'emploi salarié explique plus d'un quart de la dynamique des IJ (28 % entre 2010 et 2019, 25 % entre 2019 et 2023). La valeur moyenne des IJ est devenue un des facteurs les plus importants, passant de 20 % de la dynamique au cours des années 2010 à 39 % de la dynamique entre 2019 et 2023. La structure par âge de la population active a contribué à 16 % de la dynamique au cours des années 2010, notamment sous l'effet de la hausse du taux d'emploi des 55-64 qui résulte en partie des réformes des retraites mises en œuvre au cours de cette période. Elle a cependant a une contribution négative à la dynamique depuis 2019 (-7 %), du fait d'une part plus importante de la population jeune en emploi. **Au total, l'économie et la démographie expliquent 60 % de l'évolution de la dépense d'IJ (64 % sur 2010-2019, 57 % sur 2019-2023)**. Sur la période 2019-2023, ces deux facteurs à eux seuls auraient induit une croissance de 3,7 % par an. Ils expliquent près de la moitié des 3,5 points d'accélération de la croissance moyenne annuelle entre 2010-2019 et 2019-2023.

3.5.3. Le reste de la hausse des IJ résulte d'effets variés dont les rôles respectifs sont difficiles à évaluer

Les autres facteurs de cette hausse sont une augmentation de la sinistralité à âge donné, c'est-à-dire une hausse du nombre de jours indemnisés : cette hausse est passée de +2,3 % par an entre 2010 et 2019 à +3,9 % par an entre 2019 et 2023. Elle se décompose entre :

- un effet de durée moyenne des arrêts : cet effet a contribué à la dynamique des années 2010 (la durée moyenne en arrêt maladie au cours d'une année des bénéficiaires est passée de 44 à 48,3 jours, elle reste nettement plus faible parmi les salariés jeunes, 25 jours entre 20 et 24 ans, que parmi les salariés âgés, 77 jours entre 60 et 64 ans), très peu dans la période récente (la durée est restée stable) ;
- et un effet de taux de recours : relativement stable au cours des années 2010 (il est passé de 25,1 à 26 % en 2019), il explique 38 % de la dynamique récente (il est passé à 28,4 % en 2023). Fait marquant, la hausse du taux de recours est particulièrement marquée pour les plus jeunes sur la période récente (il passe de 20,4 à 24,9 % parmi les 20-24 ans).

Il est difficile d'expliquer et encore davantage de quantifier les déterminants de cette hausse de la sinistralité.

Elle peut provenir d'une dégradation des conditions de travail. De fait, au cours des dernières années, l'exposition à certaines pénibilités physiques (Mauroux, *et al.*, 2021 ; Algava, Nass, 2023 ; Havet, Penot, 2021) et aux contraintes psychosociales (Havet, Penot, 2023), qui sont significativement associées aux arrêts de travail (Inan, 2013 ; Pollak, 2015 ; Havet, Plantier, 2023), augmente.

En dehors des éléments relatifs à l'environnement de travail, elle peut traduire une évolution :

- des morbidités de la population active à âge donné (cf. introduction) ; ainsi, selon le Baromètre santé de Santé publique France, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés a augmenté en France, avec une très nette accélération entre 2017 et 2021, passant de 9,8 % à 13,3 % chez les 18-75 ans[134]. La progression la plus importante est observée chez les jeunes adultes (18-24 ans), avec une hausse de 9 points entre 2017 (11,7 %) et 2021 (20,8 %). Le baromètre « Santé des salariés et qualité de vie au travail » réalisé par Malakoff-Humanis montre également une dégradation de la santé des salariés, avec notamment une prévalence accrue des troubles affectant la santé mentale ; cette dégradation affecterait davantage les femmes (plusieurs facteurs cumulatifs peuvent l'expliquer), qui ont par ailleurs connu une plus forte hausse de leurs nombres de jours d'arrêts maladie indemnisés ;
- de la composition de la population en emploi à âge donné : l'accroissement du taux d'emploi aurait ainsi pu permettre l'emploi de personnes présentant un état de santé plus fragile, et donc plus exposée à un risque d'arrêt maladie.

Elle peut également résulter pour partie d'arrêts injustifiés et de fraudes, comme le révèlent les contrôles opérés notamment par le service médical de l'assurance maladie auprès d'assurés et de prescripteurs.

---

[134] Léon C., du Roscoät E., Beck F., Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2023, n°2, p.28-40.

L'impact des modes de management

Eurofound, la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, dans une étude consacrée au risques psychosociaux (RPS) de 2023, montre que parmi les facteurs déterminants des RPS ou à l'inverse du bien-être au travail figurent de nombreux éléments qui ressortissent du domaine des pratiques managériales : la participation, l'autonomie d'organisation, le sens du travail, la confiance et la reconnaissance des managers jouent de façon positive sur le bien-être au travail. Dans le cas français, la DARES[135] montre que **la participation des travailleurs aux décisions relatives à leur travail - notamment dans le cas qui est étudié des situations de transformation des organisations - est corrélée avec de moindres risques psychosociaux.**

Or, le rapport Igas récemment publié consacré aux pratiques managériales[136] conclut que « ***l'examen comparatif des pratiques managériales place la France dans une position peu flatteuse par rapport à ses voisins*** *comme le montrent les enquêtes d'Eurofound et de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao (EU-OSHA), mais également les données produites par d'autres acteurs (Cnam, IFOP, APEC notamment) et les analyses convergentes des chercheurs. Les pratiques managériales françaises apparaissent très verticales et hiérarchiques. De même la reconnaissance du travail, item déterminant de la qualité du management, est-elle beaucoup plus faible que dans les autres pays de la comparaison, et la formation des managers très académique et peu tournée vers la coopération, malgré des progrès que le développement de l'apprentissage dans l'enseignement supérieur devrait amplifier* ». Les résultats français sont en-deçà des résultats européens sur des thèmes comme l'autonomie des salariés ou la confiance dans le management. D'après l'enquête Conditions de travail de la DARES, 30 % des travailleurs estiment qu'ils ne reçoivent pas le respect et l'estime que mérite leur travail (pratiquement inchangé par rapport à 2013, après une diminution enregistrée en 2016)[137]. Les conclusions de l'Institut Montaigne ne sont pas différentes sur ce point : la reconnaissance du travail est bien un point de faiblesse du management français[138].

Le management se traduit aussi dans la prévention et la gestion des conflits au travail, qui sont identifiés comme un facteur de mal-être au travail et d'arrêts de travail.

3.5.4. Les enjeux financiers se concentrent sur les arrêts de longue durée

Il y a un écart entre la focalisation de l'attention publique sur les arrêts maladie de courte durée et la concentration de la dépense sur les arrêts longs : si les arrêts maladie de moins de 8 jours indemnisés représentent 46,8 % des arrêts comprenant une journée indemnisée, ils ne représentent que 4,1 % des journées indemnisées et 4,2 % des montants (ER 1321). Les arrêts ne dépassant pas 30 jours représentent 75% des arrêts, mais 17 % des montants versés. Inversement, les arrêts maladie dépassant six mois représentent seulement 7 % des arrêts, mais 45 % de la dépense.

La maîtrise de la dépense d'indemnisation passe par celle des arrêts longs et la mise en place d'actions de prévention primaires et secondaires. Maîtriser ce facteur nécessite d'agir également le plus tôt

---

[135] DARES, *Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif* ? Dares analyse 2017.

[136] F. Bartoli, T. Dieuleveux, M. Hautchamp, F. Laloue, *Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : les enseignements d'une comparaison internationale et de la recherche*, IGAS, 2024.

[137] Enquête Conditions de travail de la DARES : DARES, *35 ans d'évolutions des conditions de travail*, site de la DARES (travail-emploi.gouv.fr).

[138] Institut Montaigne, *Les Français au travail : dépasser les idées reçues*, février 2023.

possible pour faciliter le retour du salarié arrêté à son travail, ou l'orienter si nécessaire vers d'autres activités professionnelles.

Les actions doivent prioritairement porter sur le retour à l'emploi des salariés en arrêt de longue durée

La durée de l'arrêt maladie réduit les chances de retrouver son emploi et même de retrouver un emploi tout court[139] : la durée de l'éloignement de l'emploi peut rendre le retour à l'emploi plus difficile pour le salarié, d'autant que celui-ci n'aura pu bénéficier pendant son arrêt maladie des formations nécessaires au maintien de ses compétences et, plus globalement, de tous les éléments d'adaptation aux évolutions de l'environnement de travail ; à mesure que l'arrêt maladie dure, l'organisation du travail s'adapte à son absence. La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés en arrêt maladie de longue durée constitue un objectif qui dépasse largement la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie.

Plusieurs recommandations ont pu être formulées pour améliorer l'insertion professionnelle des salariés après un arrêt maladie long :

- le rapport Bérard-Oustric-Seiller recommande la mise en place d'un partage d'informations entre médecin prescripteur, médecin conseil et médecin du travail, permettant au médecin prescripteur de signaler aux médecins conseils et au médecin du travail le cas d'un patient nécessitant un accompagnement personnalisé et de documenter un besoin d'adaptation du contexte de travail. Il recommande de faire de la prévention de la désinsertion professionnelle le cœur de l'activité des SST et de placer plus tôt au cours de l'arrêt maladie la visite de pré-reprise. Il recommande surtout d'assouplir l'accès des salariés en arrêt maladie à des périodes de formation permettant de faciliter leur retour à l'emploi et une diversification des outils possibles en alternative à l'arrêt maladie à temps plein, avec l'accord du salarié à temps partiel thérapeutique, prescription de travail à domicile pour raison de santé, « essai encadré » permettant de tester pendant trois jours le retour à l'emploi ;
- le rapport Igas sur les pratiques managériales souligne l'impact des politiques de réintégration des salariés malades et des pratiques inclusives pour améliorer le retour durable à l'emploi des salariés, qui reposent sur le soutien des collègues et des managers, la formation professionnelle, une communication franche sur les besoins individuels de la personne qui reprend son emploi, des politiques de flexibilité de l'organisation du travail.

Ces mesures peuvent être pensées en coopération avec les assureurs prévoyance, qui développent des programmes de prévention à destination des entreprises (mise en place d'outils de diagnostic et de benchmark avec des entreprises comparables, proposition de programmes individualisés ou collectifs) et des salariés volontaires (programmes d'accompagnement au retour à l'emploi pour les

[139] Une étude de 2015 de la DREES montrait que parmi les salariés ayant connu un arrêt maladie de plus d'un moins, 15 % des femmes et 11 % des hommes étaient au chômage ou en inactivité l'année suivante, contre 7 % et 4 % des salariés n'ayant pas eu d'arrêt maladie. Cet effet n'était pas uniquement attribuable à la moindre qualité des emplois occupés par les personnes en mauvaise santé, et était d'autant plus élevé que les arrêts étaient longs (avec des sorties de l'emploi pour 19 % et 14% des salariés ayant eu des arrêts maladie de plus de deux mois).
Barnay J., Favrot T. Pollak C. 2015, Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles, Etudes et résultats n°928, DREES.

salariés volontaires). Ces programmes mériteraient d'être davantage expérimentés et évalués en vue d'une possible utilisation systématique par les entreprises.

Les politiques de réinsertion professionnelle peuvent conduire à des économies importantes, et doivent intervenir au plus tôt lors d'arrêts prolongés, comme en témoignent certains exemples étrangers[140]. A titre d'illustration, une réduction moyenne d'un jour des arrêts maladie représenterait un gain d'environ 300 M€[141].

3.5.5. Améliorer l'efficacité des contrôles notamment par le partage d'informations entre acteurs

Les actions de contrôle et de lutte contre la fraude conduites par les employeurs (contre-visites), l'Assurance-maladie et les organismes d'assurance sont à renforcer. Le cadre juridique actuel prévoit la transmission d'information entre le médecin effectuant un contrôle à la demande d'un employeur et la caisse lorsque celui-ci conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré. Elargir l'échange d'informations et l'utilisation de ces informations permettrait d'accroître à la fois les économies permises par ces actions et leur caractère dissuasif. Il s'agirait, plus précisément de prévoir :

- une information croisée entre employeur, assurance-maladie et organismes d'assurance en cas de contrôles conduisant à remettre en cause l'indemnisation d'un arrêt maladie ;
- la capacité pour l'employeur, l'assurance-maladie et les organismes assureurs d'exploiter ces résultats pour suspendre le versement d'arrêts maladies.

3.5.6. Agir en direction des entreprises atypiques

Certaines entreprises présentent un niveau d'absentéisme atypique non explicable par les caractéristiques de leur population de salariés. Or, les démarches de l'employeur visant à prévenir la part évitable de l'absentéisme pour raisons de santé peuvent avoir des effets sur la réduction de ce risque, notamment pour les arrêts de courte durée.

Toutefois, la capacité de ce dernier à mettre en œuvre de telles actions suppose qu'il dispose de données lui permettant de comparer le niveau d'absentéisme maladie (de courte et longue durée) de son entreprise au regard d'entreprises présentant des caractéristiques comparables (secteur, PCS, âge, région). Le rapport Bérard Oustric Seiller rappelle que des organismes de prévoyance fournissent à leurs entreprises clientes des profils simples d'absentéisme, permettant des comparaisons au sein d'un secteur d'activité, et propose que l'assurance maladie, en lien avec les branches, s'inspire de ces profils

---

[140] En Allemagne, un accompagnement personnalisé (*case management*) est proposé aux salariés qui le souhaitent dès la 3e semaine d'arrêt de travail. Ce dispositif se serait traduit par 900 M€ d'économies à l'échelle du pays (sans déduction des coûts liés à sa mise en place). Aux Pays-Bas, le « Gatekeeper Protocol » qui fixe des obligations aux employeurs comme aux salariés de définir un plan de retour au travail, avec une évaluation intervenant avant la 6e semaine d'arrêt de travail, aurait permis de réduire de 43% les entrées en incapacité permanente (Rapport Bérard, Oustric, Seiller).

[141] En 2023, 8,4 M d'arrêts maladie d'une durée moyenne de 34 jours ont été indemnisés à hauteur de 35,7 € par jour en moyenne, représentant une dépense de 10,2 Mds€ pour le régime général.

pour définir, établir et mettre de tels profils à disposition des entreprises. Le profil comparé de l'entreprise serait transmis au comité social et économique.

Le même rapport proposait une modulation de la cotisation maladie pour tenir compte de l'écart de sinistralité entre entreprises par rapport à leur secteur d'activité. Une telle option pourrait accroître l'incitation des entreprises à mettre en place des démarches de prévention, même si on doit souligner que la charge de l'absentéisme maladie repose d'ores et déjà en partie sur l'employeur concerné du fait de l'obligation de verser des indemnités complémentaires. Elle supposerait naturellement d'être ciblée sur les entreprises dépassant un effectif afin que les variations de sinistralité soient significatives. Il conviendrait de préciser l'application de ce dispositif pour des salariés présentant un profil de risque plus élevé (âge, handicap) afin d'éviter qu'il pénalise leur emploi. La balance entre l'impact d'un tel dispositif sur le risque d'arrêt maladie et ses coûts (gestion, complexité) devrait faire l'objet d'une évaluation.

3.5.7. Agir en direction des prescripteurs

Le rapport Bérard-Oustric-Seiller recommandait une meilleure formation des médecins à la problématique des arrêts de travail, la diffusion d'outils d'aide à la prescription et de fiches repères sur le sujet, ainsi que des retours d'information réguliers permettant à chaque prescripteur de se situer par rapport aux autres en termes de pratique de prescription.

Il proposait également de réduire le « nomadisme de prescription » en inscrivant la prescription d'arrêts maladie dans un parcours coordonné : la prescription d'arrêts maladie pourrait être réservée au médecin traitant, avec les souplesses et exceptions permises aujourd'hui pour le parcours coordonné de soins. Cela renforcerait des mesures déjà prises en ce sens en 2025 qui limitent la prescription d'arrêts de travail à distance et interdisent les plateformes dédiées principalement à la prescription ou au renouvellement d'arrêts de travail;

L'actualisation et l'incitation à l'utilisation des recommandations de la HAS sur les durées d'arrêt maladie en fonction des métiers et des pathologies constituerait également un travail précieux pour permettre au prescripteur d'éclairer leurs prescriptions – et de les expliquer aux patients.

Permettre aux salariés de déclarer des arrêts de travail de très courte durée sans certification médicale est une option avancée pour libérer du temps médical. En raison d'un risque d'abus, et parce qu'une telle mesure n'est a priori pas susceptible de modérer le recours aux arrêts maladie[142], l'auto-déclaration supposerait d'être proposée à la discrétion des employeurs et restreinte à des arrêts non indemnisés par la sécurité sociale (arrêts maladie compris entre 1 et 3 jours pour les salariés du privé et contractuels de la fonction publique, absences pour enfant malade) ou les garanties instaurées par les accords collectifs.

3.5.8. Une clarification des responsabilités entre employeur et assurance-maladie

Des hypothèses de « décroisement » des interventions ont pu être évoquées, consistant à confier à l'employeur la totalité de l'indemnisation des arrêts maladie de courte durée. Ce transfert de charge

---

[142] Selon une revue systématique, l'introduction d'une auto-certification pour les arrêts de 1 à 3 jours aurait conduit selon une étude à une hausse du nombre d'arrêts de moins de trois jours mais une réduction de leur durée. Mais ces effets sont de faible ampleur avec un faible niveau de certitude. (J. Kausto et al. Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs, Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 5. Art. N° CD013098.)

pourrait être compensé par un relèvement de la couverture par l'AMO des arrêts longs à la charge des employeurs (ou d'autres charges).

Les arguments en faveur d'une telle évolution seraient les suivants :

- supprimer le co-financement du risque représenté par les IJ courtes et ses effets négatifs en termes de cohérence et d'effets des mesures de régulation
- Les actions de prévention, de contrôle et de lutte contre la fraude menées par un financeur auraient un rendement plus élevé ;
- renforcer l'incitation économique pour l'employeur à réduire l'absentéisme maladie de courte durée, sur lequel il a davantage de marges de manœuvre ;
- en cas de meilleure compensation par l'AMO des arrêts longs, mutualiser davantage ce risque sur lequel l'employeur a moins de leviers et qui peut concerner davantage les salariés âgés.

Ce scénario pourrait donc réduire théoriquement la dépense de santé.

Il supposerait toutefois de maintenir une prise en charge par l'AMO des IJ courtes pour les salariés ne bénéficiant pas de la garantie de maintien de salaire.

Il supposerait par ailleurs de s'assurer qu'il ne conduise pas, du fait d'une moindre socialisation du risque, à des situations de risque non assurable ou de renchérissement du coût de l'assurance, que ce soit pour de petites entreprises ou pour des salariés âgés.

Il supposerait enfin de maintenir des incitations auprès des entreprises pour renforcer leur rôle dans la réinsertion des salariés en arrêts de longue durée, et de maintenir une prise en charge des arrêts longs, même réduite, par les assureurs prévoyance afin de mobiliser leurs compétences et actions auprès des entreprises et des salariés pour la prévention des arrêts longs.

3.5.9. La question des jours de carence

Elle constitue un objet important et de désaccords.

La situation est aujourd'hui variable selon les assurés, entre un délai d'un jour dans la fonction publique, de trois jours pour l'indemnisation par le régime général, de 7 jours pour le maintien de salaire par l'employeur, et les règles plus favorables que peuvent prévoir les accords d'entreprise ou de branche pour les salariés du privé. Leur impact est beaucoup plus marqué pour les salariés qui ne bénéficient pas de garanties extra-légales (souvent en raison de clauses d'ancienneté qui excluent les contrats courts) et pour les salariés davantage exposés aux risques.

La littérature économique sur leur effet est complexe :

La plupart des études sur le délai de carence (dans la fonction publique d'Etat[143], le secteur privé[144], et en Alsace Moselle[145]) suggèrent que les salariés qui y sont exposés prennent moins d'arrêts courts

---

[143] A. Cazenave-Lacroutz et A. Godzinski, 2017, Le jour de carence dans la fonction publique de l'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues, Insee Analyse n°36

[144] Pollak, 2015, Impact du délai de carence sur les arrêts maladie, L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé, European Journal of Health Economics 2015, et Dossier de la Drees N° 58 / Janvier 2015

[145] L. Davezies et L.Toulemon, 2015, Does Moving to a System with a More Generous Public Health Insurance Increase Medical Care Consumption? on JSTOR, Annals of Economics and Statistics

mais ont des arrêts plus longs en moyenne. Une exception est celle portant sur l'Education nationale, où le jour de carence a conduit à une réduction des arrêts courts et de leur durée cumulée, mais pénalise davantage les femmes et les moins qualifiés[146]. D'autres travaux sur la prévoyance obligatoire (loi de mensualisation) indiquent qu'un choc conduisant à une amélioration de la prise en charge (baisse du délai de carence et hausse du taux de remplacement) n'a, selon les études, pas d'effet significatif[147], ou un effet à la hausse des arrêts pour certains groupes de salariés[148].

Certaines organisations ont proposé la mise en place d'un jour de carence d'ordre public, s'imposant aux entreprises comme aux branches professionnelles : un tel dispositif interdirait aux accords collectifs comme aux contrats individuels de prévoir la mise en place d'une prise en charge du premier jour d'arrêt maladie par l'employeur ou par les garanties collectives de prévoyance. Un tel dispositif viserait à réduire l'absentéisme de courte durée et ses effets perturbateurs sur l'organisation du travail.

Cette hypothèse a été envisagée par la mission Bérard-Oustric-Seiller.

Une telle mesure pourrait accompagner un transfert aux employeurs de la totalité des arrêts de courte durée.

Son effet économique serait limité, à la fois au vu de l'impact financier réduit que représentent les arrêts courts, et des incertitudes sur l'impact d'un jour de carence sur les comportements. Son principal enjeu, selon la mission Bérard-Oustric-Seiller, était une question d'équité entre assurés.

Par ailleurs, la constitutionnalité d'une telle mesure devrait être évaluée. En effet, une telle mesure reviendrait à écarter toute possibilité pour les partenaires sociaux de branche ou d'entreprise de négocier et d'adopter une clause plus favorable que l'absence de jour de carence : une telle restriction constituerait plutôt une exception par rapport au droit de la négociation collective (ainsi qu'au droit de la négociation individuelle). Elle constituerait donc une atteinte forte à la liberté contractuelle, qui est un principe constitutionnel consacré dont les atteintes ne peuvent être que justifiées par un objectif d'intérêt général, et à condition d'être nécessaires et proportionnées. L'objectif d'équilibre de la sécurité sociale ne peut être mobilisé comme élément de justification dès lors que la mesure porte précisément sur des prises en charge qui ne relèvent pas de la sécurité sociale.

---

[146] M. Hillion, E. Maugendre, 2023 : L'effet du « jour de carence » sur les absences pour maladie ordinaire, la santé perçue et le recours aux soins à court-terme, Document de travail de l'Insee n°2023-06, Quel est l'effet du « jour de carence » pour les absences pour maladie des personnels de l'Education nationale ?, Version académique 2024 : L'effet du « jour de carence » sur les absences pour maladie des personnels du secteur public de l'éducation nationale | Cairn.info

[147] S. Menard, C. Pollak, 2015 : L'effet d'une extension des indemnités complémentaires sur les arrêts maladie : une évaluation de l'ANI de 2008, Dossier de la Drees N° 69 / Octobre 2015 (base Hygie de l'Irdes, 2005-2010)

[148] M. Koubi, M. ben Halima, 2015, Quel est l'impact de l'élargissement de l'indemnité complémentaire des arrêts maladie dans le secteur privé ? et Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?, Documents de travail Irdes et CNAM-CEET (base Hygie, 2005-2010)

3.6. Lutter contre la fraude

3.6.1. La mobilisation par l'assurance-maladie de moyens supplémentaires importants a permis des progrès tant dans l'évaluation que dans les résultats obtenus

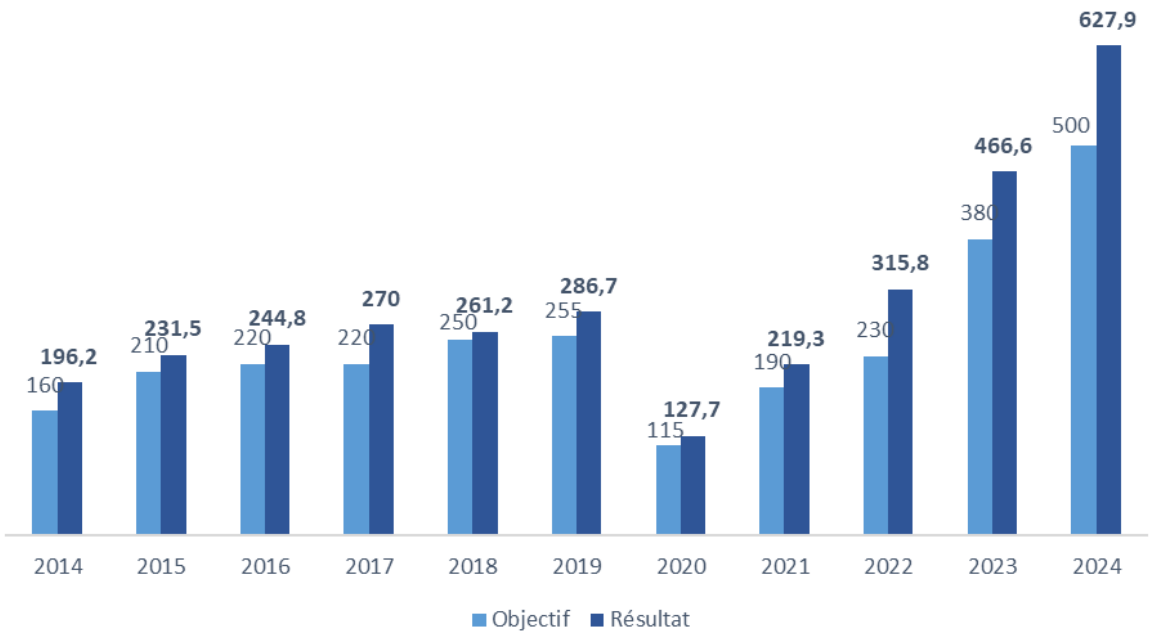
L'évaluation de la fraude repose sur des méthodes statistiques d'extrapolation à partir des contrôles réalisés. Une première phase a été réalisée sur les résultats des années 2018-2019. Une deuxième phase a débuté en 2024 à partir des résultats des années 2022. Elle a permis de compléter et mettre à jour certaines évaluations.

Ces évaluations doivent encore être complétées de thématiques importantes comme les arrêts maladie ou les fraudes aux aides auditives.

L'addition des évaluations réalisées donne une fourchette entre 1,3 et 1,6 Md€ pour la fraude des professionnels de santé, et de l'ordre de 0,4 Md€ pour trois thèmes de fraude assurés.

Les résultats en matière de lutte contre la fraude ont connu une très forte progression en période récente (graphique 16). Les montants détectés en 2024 s'élèvent à plus du double des montants détectés avant la crise sanitaire.

GRAPHIQUE 16 I EVOLUTION DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE ENTRE OBJECTIFS ET RESULTATS OBTENUS



Source : Bilan des actions de lutte contre la fraude de l'assurance maladie 2024, avril 2025.

Ces résultats traduisent à la fois un accroissement des ressources allouées à la lutte contre la fraude mais aussi de l'efficience de leur action.

3.6.2. Cette évaluation gagnerait toutefois à être complétée

Certains thèmes de fraudes ont vocation à faire l'objet d'évaluations ultérieures. C'est ainsi le cas des IJ, dont l'évaluation est prévue en 2025 (42,1 M€ de fraudes ont été détectés en 2024, contre 17,3

M€ en 2023), ou encore de la fraude à la facturation commise par les établissements de santé, en l'absence de contrôle T2A depuis 2018[149].

Les évaluations ne portent, par définition, que sur des fraudes mesurables et incluses dans le champ de la fraude, ce qui exclut :

- **des fraudes peu observables** mais pouvant être aisées à commettre : ainsi, lorsque la cotation facturée par un établissement diffère selon le type de professionnel qui l'a réalisée, l'assurance-maladie n'est pas en mesure de vérifier qui a effectivement réalisé l'acte en question ;
- **la complexité de la CCAM qui peut induire une optimisation de la facturation :** une simplification et une plus grande réactivité dans la modification au regard des évolutions techniques doit être priorisée ;
- **des pratiques tarifaires abusives** à la limite de la fraude : ainsi, en matière de radiologie, pour contourner la règle tarifaire qui prévoit qu'en cas d'association d'actes, l'acte à la cotation la plus faible n'est facturé qu'à 50 %, il existe soit une pratique frauduleuse consistant à réaliser les deux actes le même jour mais à n'émettre la facture du second que quelques jours après, soit une pratique d'optimisation, appelée « revoyure », consistant à convoquer le patient quelques jours plus tard pour réaliser le second acte. Le premier cas constitue de la fraude mais est très difficilement détectable ; le second ne constitue pas de la fraude mais est plus facilement traçable – en 2023, l'assurance-maladie a évalué, sur le champ des cabinets de radiologie recevant plus de 1000 patients, que 3,6 % des actes avaient été réalisés dans les 8 jours suivant un premier acte.

Les thèmes évalués, en termes de fraude assurés, sont au nombre de trois (droits complémentaire santé solidaire (C2S), droits à pensions d'invalidité ou rentes ATMP), qui représentent 31,1 M€ de fraudes détectées en 2024, et n'incluent donc ni les IJ (qui représentent un montant de fraudes détectées plus élevées) ni d'autres thèmes tels que :

- **le trafic de médicaments**, qui peut passer par :
  - **la fraude aux fausses ordonnances** : depuis le déploiement de l'outil de signalement de fausses ordonnances ASAFO (Alertes sécurisées aux fausses ordonnances) le 1er août 2024, en 8 mois, 7 300 fausses ordonnées ont été identifiées et confirmées ;
  - ou le **nomadisme médicamenteux,** qui peut reposer sur l'utilisation d'une ordonnance non falsifiée et justifiée pour obtenir une dispensation démultipliée via du nomadisme d'officine en officine et revendre ces médicaments à l'étranger. 1379 assurés ont fait l'objet d'une analyse de leur consommation par l'assurance-maladie à ce titre ; 563 suspensions de prestations ont été décidées ;
- **la fraude à l'ouverture des droits** : l'assurance-maladie a identifié en 2024 19,7 millions de fraudes à l'ouverture des droits. En outre, les points de contrôle de la fraude à l'ouverture des droits, tels que décrits par l'assurance-maladie, portent sur l'activité professionnelle si

[149] L'année 2024 a ainsi été consacrée à la remise à niveau des équipes, par un plan de formation adapté, et, à la révision des procédures et outils nécessaires aux contrôles. Les premiers contrôles sur site sont prévus début 2025. Les évaluations seront réalisées lorsqu'il existera un volume suffisant de contrôles.

l'affiliation à la sécurité sociale française est réalisée à ce titre, sur la stabilité de la résidence lors de l'affiliation et la régularité du séjour. Ces points de contrôle ne vérifient pas l'absence d'affiliation dans un autre Etat, ce qui laisse donc la possibilité d'un usage frauduleux de droits à l'assurance-maladie au titre de la résidence de la part de travailleurs frontaliers résidant en France et relevant d'un autre système de sécurité sociale[150][151] ou encore de travailleurs détachés en France ; l'absence d'information automatisée sur les revenus professionnels de source étrangère crée également un risque, s'agissant des frontaliers en Suisse, qui devraient être affiliés dans le régime qui leur est spécifique contre paiement d'une cotisation. Par ailleurs, ainsi que le relevait la Cour des comptes[152], le rythme espacé de vérification de la résidence laisse également la possibilité pour des expatriés de bénéficier de droits lors de séjours intercurrents en France.

Au vu de deux rapports récents consacrés à la fraude sociale[153], l'ambition de ce chapitre est nécessairement ciblée et ne reviendra sur la nécessité de distinguer ce qui peut relève de l'erreur versus de l'intentionnalité. La lutte contre la fraude doit s'accompagner de prévention et de pédagogie auprès des usagers et des professionnels de santé afin de les accompagner notamment dans leurs pratiques de tarification.

Etendre le champ de la fraude à des pratiques abusives

La frontière entre la fraude et l'abus constitue une question juridique difficile, qui n'est pas propre au champ de l'assurance-maladie, et que le HCFiPS a examinée dans son rapport. Des exemples tels que la pratique de la « revoyure » en imagerie montrent l'intérêt et la nécessité d'étendre la définition de la fraude à des pratiques de ce type.

La définition d'un cadre permettant d'interdire ce type de pratique doit être couplée à la mise en place d'outils permettant de davantage détecter et bloquer ces pratiques au stade de la facturation.

Mieux couvrir certains risques de fraude

L'ouverture des droits semble continuer à être un thème où les risques de fraude peuvent être mieux identifiés et prévenus, qu'il s'agisse :

---

[150] L'utilisation frauduleuse de droits à l'assurance-maladie française peut être motivée par des conditions de prise en charge plus favorables, qu'il s'agisse du panier de soins ou du niveau de prise en charge.

[151] 500 000 résidents français travaillent dans un Etat frontalier, dont 280 000 hors Suisse.

[152] « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore », *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2023, Cour des comptes.

[153] *Lutte contre la fraude sociale : état des lieux et enjeux*, juillet 2024, Haut conseil pour le financement de la protection sociale.

- des personnes résidant en France, la vérification de l'absence d'affiliation dans un autre Etat au titre de l'activité professionnelle, qu'il s'agisse de travailleurs frontaliers ou de travailleurs détachés. S'agissant des frontaliers, l'identification de critères de risque[154] devrait amener à périodiquement interroger ou vérifier l'absence d'affiliation ; s'agissant des détachés, l'interrogation des bases de données sur les détachements entrants pourrait être systématisée ;
- des personnes expatriées.

Une meilleure couverture de ces risques pourrait amener à réorienter les ressources de contrôle[155].

Améliorer l'articulation entre AMO et AMC dans la lutte contre la fraude

Les possibilités de transmission croisées d'informations entre AMO et AMC sur les résultats des contrôles, prévues par un article du PLFSS 2025 censuré comme cavalier social, représentent une perspective de gains significatifs pour l'AMO comme pour l'AMC. Ces vocations doivent être reprises dans un projet de loi relatif à la fraude.

Elles pourront être complétées de dispositions visant à asseoir la base légale reconnaissant que la lutte contre la fraude est une mission des AMC, permettant ainsi à ces dernières de déployer des dispositifs de lutte contre la fraude, ou encore à suspendre, comme pour l'AMO, le tiers payant sur les facturations des professionnels de santé avérés fraudeurs.

Réduire les risques de facturation fictive

Le tiers payant permet de faciliter l'accès aux soins. En revanche, il conduit à ce que l'assuré ne voie ni nécessairement ni immédiatement les montants facturés par un professionnel à l'assurance-maladie, ce qui ouvre une possibilité de facturation fictive par un professionnel. L'obligation de paiement en 7 jours en cas de feuille de soins électronique (FSE) fait obstacle à la réalisation de contrôles préalables avant mise en paiement. Des mesures conventionnelles pourraient prévoir un délai plus long pour les professionnels à pratiques atypiques ou en cas de suspicion de fraudes.

Le développement de la facturation électronique dans tous les domaines de soins (y compris IJ) est un élément essentiel de la sécurisation des flux et des capacités de contrôles limitant les fraudes. Le conditionnement du tiers payant à la présentation de la carte vitale réduit fortement ce risque de

[154] Présence de droits ouverts, résidence dans un département frontalier, âge actif, absence ou interruption de présence dans les flux DSN ou dans les fichiers de travailleurs indépendants connus de l'Urssaf.

[155] Alors que le nombre de personnes ayant quitté la France mais ayant conservé des droits ouverts était estimé à 2 millions par l'assurance-maladie en janvier 2020, et que la Cnam indiquait à la cour des comptes que ce chiffre avait diminué sans pour autant indiquer d'évaluation du préjudice financier, on peut regretter que ce thème n'ait pas été davantage couvert alors que par ailleurs la Cnam indique avoir contrôlé la régularité du séjour de 240 000 affiliés à la PUMa : ce dernier contrôle, dont la portée est de vérifier les champs respectifs de la PUMa et de l'AME, présente un intérêt limité en termes de finances publiques.

fraude massive (il suppose une complicité entre l'assuré et le professionnel). Il est mis en place depuis janvier 2025 pour les audioprothèses dans le cadre d'un avenant conventionnel avec les audioprothésistes, ainsi que pour les médicaments onéreux.

Etendre cette obligation permettrait de réduire les risques de facturation indue.

Généraliser l'utilisation de l'ordonnance sécurisée

L'ordonnance sécurisée doit permettre de supprimer la fraude aux fausses ordonnances et le nomadisme médicamenteux.

Son déploiement est progressif : 38,9% des médecins libéraux et 75,4% des officines ont commencé l'utilisation de l'ordonnance numérique. Toutefois, elle pose aujourd'hui des enjeux de déploiement notamment pour les médecins hospitaliers, les médecins salariés, les médecins retraités…

Rendre obligatoire l'usage d'un logiciel de géolocalisation par les transporteurs sanitaires

L'article 60 du PLFSS 2025 prévoyait d'imposer aux entreprises de transport sanitaire d'équiper leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié et d'un système de facturation électronique intégré, afin de garantir une facturation exacte des distances kilométriques.

Cet article a été censuré comme cavalier social.

L'évaluation réalisée en 2018-2019 de la fraude des transporteurs sanitaires s'élevait à 145-177 millions. La hausse soutenue des dépenses de transports sanitaires depuis a pu accroître encore ces montants, qui rendent donc particulièrement opportune l'adoption de cette mesure.

Améliorer les conditions de recouvrement des montants frauduleux

L'assurance-maladie étant de plus en plus confrontée à des pratiques de sociétés éphémères organisant leur insolvabilité en cas de détection de fraudes, il est nécessaire de la doter des outils mis à disposition des Urssaf pour lutter contre ce phénomène : dispositions permettant de faire opposition à une liquidation amiable ou à une transmission universelle de patrimoine, solidarité financière du dirigeant, rang de créancier privilégié, possibilité de recouvrer les indus sur les remboursements au professionnel.

4. Les leviers permettant d'agir sur les prix et les coûts des soins

4.1. Payer les produits et prestations au juste prix

Le financement par l'assurance-maladie de produits et de prestations doit permettre aux professionnels d'en tirer, après prise en charge des coûts induits par sa pratique professionnelle, un revenu professionnel en rapport avec l'effort et les compétences mobilisées, à un niveau tel que le marché de l'emploi peut les valoriser ; à défaut d'un véritable « marché » de l'emploi, la comparaison entre professions ou spécialités comparables offre des repères pour valoriser les activités. Lorsque ces produits et prestations sont délivrés par des entreprises, le financement par l'assurance-maladie doit permettre à l'investisseur d'obtenir une rentabilité financière équivalente à celle qu'offrirait un autre investissement de risque comparable – soit un risque faible dans un contexte de croissance structurelle de la demande et de socialisation de cette demande.

Si le revenu professionnel ou la rentabilité offerts par le financement de l'assurance-maladie est inférieur à ces points de référence, il existe un risque de moindre attractivité de la profession ou de l'activité concernée, de sous-investissement et d'attrition de l'offre.

Inversement, si le financement de l'assurance-maladie aboutit à un revenu professionnel ou à une rentabilité dépassant ces points de référence, la collectivité (et notamment le cotisant/contribuable) paie trop cher des produits ou prestations et subit donc une perte de bien-être. Il en résulte en outre des déséquilibres en termes d'attractivité, qui peuvent conduire à des réallocations de main d'œuvre ou de capital ne correspondant pas aux besoins de santé. Enfin, l'existence de rentabilités supérieures à la rentabilité offerte par le marché pour un même niveau de risque crée une attraction pour des investisseurs extérieurs (phénomène de financiarisation) et donc à des effets de bulle spéculative pouvant se traduire par un surendettement de structures présentant pourtant une rentabilité opérationnelle satisfaisante voire élevée.

La rémunération des produits et des prestations à un niveau permettant de dégager un revenu comparable à celui de professionnels comparables ou une rentabilité financière « de marché » constitue donc non seulement un impératif de bon usage des deniers de l'assurance-maladie, mais également d'équilibre du système de santé. Dans un marché en concurrence pure et parfaite, le prix d'équilibre tendrait à long terme à converger vers le coût moyen de production, ce qui évite la constitution de niveaux de rentabilité anormaux.

Ce ne peut être le cas dès lors que les secteurs financés par l'assurance-maladie s'inscrivent dans un système de prix administrés, résultant de mécanismes variés de fixation des tarifs :

- cadre conventionnel pour les actes réalisés par les professionnels libéraux de santé ;
- fixation des tarifs des séjours des établissements de santé, résultant de la hiérarchisation relative des coûts des séjours et des taux d'évolution arbitrés dans le cadre de leur campagne tarifaire ;
- fixation des prix (et des prix-limites de vente) des produits médicaux par le comité économique des produits de santé ;
- tarification des établissements médico-sociaux par les autorités tarifaires compétentes (ARS, conseils départementaux) ;
- modalités spécifiques à certains secteurs (accords prix-volumes dans le secteur de la biologie médicale).

Ces modalités de tarification ne peuvent garantir une adéquation entre les tarifs et les coûts de production :

- l'étude nationale des coûts permet d'établir la hiérarchisation relative des coûts des séjours, mais l'évolution des tarifs des séjours résulte des contraintes de la campagne tarifaire des établissements de santé elle-même déterminée par le taux d'évolution de l'Ondam des établissements de santé : elle est donc décorrélée de l'évolution des coûts de production et des conditions économiques de rentabilité des activités financées ;
- le cadre conventionnel constitue un cadre de négociation politique d'évolution des tarifs, non un cadre technique de fixation des coûts de production des différents actes. La démarche de refonte de la classification commune des actes médicaux (CCAM) repose bien dans son principe sur un tel travail de hiérarchisation des actes techniques, combinant la pesée de l'effort du praticien et l'évaluation du coût de la pratique pour ces différents actes. Ce travail demeure toutefois limité au champ des activités techniques et il ne pourra entrer en vigueur qu'aux termes d'un avenant conventionnel.

Cette décorrélation entre modalités de tarification et conditions économiques de production des produits et prestations peut donc laisser des inadéquations tarifaires se développer et persister, et ce d'autant plus que la régulation du secteur de la santé manque fortement de données relatives à l'économie des secteurs financés par l'assurance-maladie.

Il n'existe pas de production régulière de données sur des indicateurs de rentabilité financière pertinents de différents secteurs, comme la DREES en produit chaque année sur la situation financière des OC. Certains secteurs peuvent donner lieu périodiquement à la production de données par l'assurance-maladie dans le cadre de ses rapports Charges et produits, mais ces données sont partielles et ne constituent pas une série. Par ailleurs, les indicateurs publiés sont les ratios EBE/CA et résultat net/CA, qui ne peuvent constituer des étalons de comparaisons entre secteurs (ils sont notamment tributaires du niveau d'immobilisations nécessaires à l'activité, et ne sont donc pas prédictifs de la rentabilité financière de l'investissement). Ils gagneraient à être complétés d'éléments de compréhension des coûts de production : ventilation par types de coûts, entre coûts variables et coûts fixes, élasticité des coûts de production aux volumes produits…

La DREES publie régulièrement des données sur les revenus des professionnels libéraux, qui peuvent permettre de suivre l'évolution de la rentabilité de certaines activités (pour autant que les capitaux soient essentiellement détenus par les professionnels exerçant l'activité et qu'il n'y ait donc pas de « fuite » de valeur vers l'extérieur). Pour autant, ces séries ne sont pas produites annuellement, elles ne couvrent pas l'ensemble des professionnels, et surtout elles ne sont pas complétées de données sur le temps de travail des professionnels. Elles ne permettent donc d'appréhender que de façon imparfaite les niveaux de rentabilité de différentes activités.

Il est donc indispensable de doter la régulation de l'assurance-maladie d'un **observatoire de la situation économique et de la rentabilité** d'un certain nombre de secteurs, reposant sur :

- la production annuelle d'indicateurs pertinents de rentabilité des entreprises des différents secteurs. La fiabilité de cette production pourrait être assurée par des obligations de transmission de données sur un périmètre normé à l'échelle du groupe (permettant d'éviter le transfert de valeur vers des filiales) ;
- la production annuelle de données sur les revenus des professionnels libéraux ajustés du temps de travail ;
- le suivi de la part de l'offre réalisée, pour chaque secteur, par des structures faisant intervenir des investisseurs autres que les professionnels : cet élément permet d'appréhender la part de valeur dégagée par l'activité économique qui n'est pas captée par les professionnels, et à quel point la rentabilité des entreprises constitue un indicateur préférable au revenu des professionnels libéraux pour un secteur donné ;

- des analyses sur l'évolution de cette rentabilité et des projections de son évolution future.

La disponibilité et le partage de ces données constitueraient le préalable à une évolution du pilotage vers un pilotage par la rentabilité et/ou les revenus, qui viserait aussi bien à éviter des situations de sous-financement pouvant affecter la viabilité ou la pérennité d'un secteur, que la constitution et le maintien de rentabilités supérieures à la norme des marchés. Un tel pilotage constituerait donc autant un élément d'équilibre du système de santé, que d'économies.

Adopter un tel pilotage par la rentabilité et/ou les revenus est d'autant plus nécessaire dans un contexte d'évolutions technologiques pouvant entraîner d'importants gains de productivité (encore plus au vu des potentialités de l'intelligence artificielle) et donc conduire à accroître encore les inadéquations tarifaires.

L'articulation d'un tel pilotage avec les modes actuels de régulation reste à définir.

Plusieurs travaux menés au cours des dernières années ont pu mettre en avant des situations de rentabilité exceptionnelle, ou de niveaux de revenus particulièrement élevés :

- le rapport *Charges et produits* pour 2025 de l'Assurance-maladie mettait en avant un niveau particulièrement élevé d'indicateurs de rentabilité du secteur de la biologie médicale (avec toutefois les limites déjà mentionnées pour ces indicateurs). La période Covid, exceptionnelle, ne peut toutefois être considérée comme représentative et prédictive de la situation du secteur ;
- le rapport de la Cour des comptes de 2022 soulignait que le montant moyen du GHS de radiothérapie excède de 75 % les coûts réels estimés et un revenu net de 426 000€. Ce dernier constat a été actualisé récemment par la DREES, qui évalue le revenu professionnel net des radiothérapeutes à 417 500€ en 2021, soit 3,37 fois le revenu moyen des médecins libéraux[156] ;
- le rapport de la Cour des comptes de 2020 mettait également en avant un ratio résultat / CA des centres de dialyse au triple de l'ensemble des structures privées lucratives ;
- la publication de la DREES sur les revenus des professionnels libéraux montre que le revenu professionnel net des spécialistes en médecine nucléaire, et, dans une moindre mesure, celui des radiologues, sont très éloignés des revenus des autres médecins libéraux, respectivement 283 300€ pour la médecine nucléaire (2,28 fois le revenu moyen des libéraux) et 212 700€ pour la radiologie (1,72 fois le revenu moyen)[157] ;
- le rapport *Charges et produits* pour 2025 met en avant des ratios EBE/CA[158] nettement plus élevés pour les entreprises de taxis conventionnés que pour les entreprises d'ambulances et VSL.

---

[156] C. Dixte, C. Loussouarn, « Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation », Etudes et résultats, n° 1322, DREES.

[157] Sur la base des données DREES de 2021, l'alignement du revenu libéral des trois spécialités les mieux rémunérées sur 125 % du revenu libéral moyen des médecins libéraux conduirait à une réduction de 407 millions de leurs revenus nets (soit une réduction nettement supérieure des honoraires versés).

[158] Excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires.

Au-delà de l'identification de situations de rentabilité excessive mises en exergue par ces indicateurs, certaines règles de tarification peuvent être identifiées comme sources d'inadéquations tarifaires dans leur principe :

- l'activité libérale des praticiens hospitaliers donne lieu d'une part au versement d'honoraires par l'assurance-maladie aux professionnels et d'autre part au versement à l'établissement de tarifs de GHS intégrant dans leur construction le coût de la rémunération du praticien hospitalier. La rémunération du praticien hospitalier est donc payée deux fois. Dès lors que l'activité du praticien hospitalier donne lieu à facturation d'un acte, le tarif pratiqué par l'établissement de santé devrait être minoré (de façon comparable à la construction des tarifs des GHS dans les établissements ex-OQN, qui n'intègrent pas la rémunération des professionnels libéraux, qui facturent des honoraires à l'assurance-maladie par ailleurs). Au-delà de l'économie qu'elle permettrait, une telle mesure accroîtrait l'incitation pour les établissements de santé à réguler l'activité libérale des praticiens hospitaliers. Elle supposerait toutefois une capacité de l'assurance-maladie à mettre en regard les actes facturés par les professionnels et les facturations hospitalières. Par ailleurs, une telle mesure ne peut être envisagée indépendamment du sujet plus général de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, qui pose lui-même la question de l'attractivité de l'exercice à l'hôpital et des écarts de rémunération entre modes d'exercice[159]. Enfin, elle conduirait toutes choses égales par ailleurs à aggraver la situation financière des établissements de santé ;
- les prélèvements réalisés par les infirmiers salariés des LBM sont facturés en application de la tarification des IDEL (à la différence des infirmiers salariés des établissements sanitaires ou médico-sociaux). Or les tarifs des IDEL sont conçus pour assurer une rémunération cible dans un contexte de coûts qui n'a rien à voir avec celui d'un LBM, et qui conduit à surcompenser le coût des infirmiers salariés pour l'employeur. L'application de cette tarification conduit à facturer un acte réalisé par un infirmier 25 % plus cher que s'il était réalisé par un technicien ou un biologiste – voire 60 % plus cher s'il s'agit d'un acte isolé à faible cotation (prise de sang). Cette différence tarifaire s'est accompagnée d'une bascule depuis les techniciens vers les infirmiers des prélèvements réalisés par les laboratoires, conduisant à mobiliser les infirmiers sur des activités pouvant être assurées par d'autres, dans un contexte de tensions sur les ressources humaines.

L'élimination des inadéquations tarifaires suppose plus que jamais de prévenir le point de fuite que constituerait pour certains professionnels le développement d'activités non régulées. La socialisation des prestations par l'assurance-maladie et la régulation tarifaire constituent un ensemble solidaire qui ne tient que si les possibilités d'activité en dehors du cadre régulé demeurent très limitées. Le développement d'un secteur non conventionné concurrent des activités régulées finirait par créer un appel d'air pour les professionnels : dans un contexte de pénurie de temps médical, une situation locale de faiblesse relative de l'offre conventionnée pourrait offrir plus d'espace pour le secteur non conventionné. Un point de non-retour et d'emballement peut vite être atteint, à partir duquel l'importance prise par le secteur non conventionné priverait vite les professionnels conventionnés de l'avantage concurrentiel que constitue la prise en charge de leurs prestations. Une telle évolution signerait la fin de la socialisation par l'assurance-maladie des soins courants.

Il importe de prévenir dès à présent un tel risque en rendant désincitatif l'exercice en secteur non conventionné et le recours aux professionnels de ce secteur. Pour cela, au-delà de l'absence de

[159] Les honoraires remboursables facturés par les praticiens hospitaliers au titre de leur activité libérale représentent 570 M€ en 2022.

remboursement des actes et consultations réalisés par ces professionnels, il importe de **ne pas permettre la prise en charge de leurs prescriptions par l'assurance-maladie**, qu'il s'agisse des prescriptions de produits (médicaments, dispositifs médicaux), d'actes (examens de biologie, actes paramédicaux) ou encore d'arrêts-maladie. Une telle mesure, en réduisant très fortement l'intérêt au patient de recourir à ce secteur non conventionné, a pour objectif assumé d'« assécher » ce secteur. Elle devrait s'accompagner d'une mesure transitoire permettant aux médecins concernés de choisir l'exercice conventionné pendant période transitoire.

Sa mise en œuvre suppose toutefois que l'assurance-maladie soit capable :

- de rapporter en masse au stade de la facturation les prescriptions aux professionnels prescripteurs ;
- de définir des règles de gestion permettant de cibler la mesure sur le champ recherché : en effet, il ne s'agirait pas de restreindre la prise en charge aux prescriptions des seuls professionnels conventionnés. La prise en charge des prescriptions doit être maintenue pour plusieurs situations de professionnels : prescripteurs hospitaliers (et, plus globalement, en exercice salarié), médecins remplaçants, voire médecins retraités…

L'élimination des inadéquations tarifaires pose enfin la question de la régulation des dépassements d'honoraires. En effet, en l'absence de régulation des dépassements, il existerait le risque que les mesures de régulation des tarifs remboursables permettant de réduire les écarts de revenus entre spécialités soient annulées par un ajustement des dépassements.

4.2. Le prix des médicaments a contribué de façon significative à l'inflexion récente de la dynamique des dépenses d'assurance-maladie

La dynamique des dépenses de médicaments a connu une rupture de tendance depuis 2020

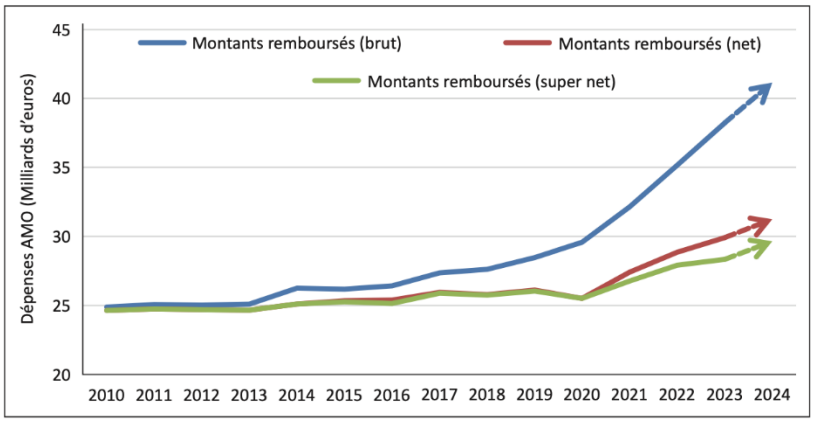
Après une quasi-stabilité dans la décennie 2010, la dépense consacrée aux médicaments augmente sensiblement depuis 2020. Plus précisément, alors que la première partie des années 2010 est caractérisée par une stabilité de la dépense, dans un contexte d'arrivée à maturité de molécules coûteuses à large diffusion, la dépense brute de médicament a commencé à connaître un regain de dynamique à partir de 2014, en lien avec l'arrivée de nouvelles molécules (antiviraux à action directe pour le traitement de l'hépatite C ; nouvelles molécules de traitements contre le cancer). Les remises et mécanismes de reversement (dont le dispositif spécifique aux traitements de l'hépatite C) permettent de contenir la dépense remboursée nette. Après 2020, la dynamique des montants bruts s'accélère, et malgré des niveaux toujours plus élevés de remises et de clauses de sauvegardes, la dépense nette connaît une dynamique inédite et dépasse le taux de progression de l'Ondam en 2024, avec une progression de la dépense nette à 5,7%.

La présentation de l'évolution des dépenses de médicaments peut se faire en dépenses brutes (avant remises et clauses de sauvegarde) ou en dépenses nettes (graphique 17). Si seules les dépenses nettes pèsent bien sur les comptes de l'assurance-maladie, la présentation en dépenses brutes est nécessaire, en complément à la présentation des dépenses nettes, à deux titres :

- La décomposition des différents facteurs de croissance (nombre de boîtes, effet prix à périmètre constant, effet des nouveaux produits, effet de structure) ne peut s'appréhender qu'au stade des dépenses brutes ;

Les dispositifs d'atténuation atteignant certaines limites (plafonnement de la clause de sauvegarde), leur capacité à contenir les dépenses nettes en-deçà de celle des dépenses brutes s'affaiblit. Ainsi, l'écart de taux de croissance entre dépenses brutes et dépenses nettes, qui était de 5 à 6 points en 2022-2023, n'était plus que de 0,4 point en 2024.

GRAPHIQUE 17 I ÉVOLUTION DES DEPENSES DE MEDICAMENTS REMBOURSEES PAR L'AMO



Note : les montants remboursés bruts sont les montants calculés sur la base des prix faciaux, les montants nets sont calculés après reversements des remises des laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie et les montants super nets sont calculés post remboursement de la clause de sauvegarde (et correspondent donc à la dépense effective de l'Assurance maladie). Il s'agit de la dépense « hors crise » (soit 2,5 Md€ en 2021 et 2022 et plus de 800 M€ en 2023).

Source : Von Lennep, F. (2024). La régulation des dépenses de santé : l'impossible défi ? Les Tribunes de la santé, 81(3), 13-28. https://doi.org/10.1684/seve1.2024.28.

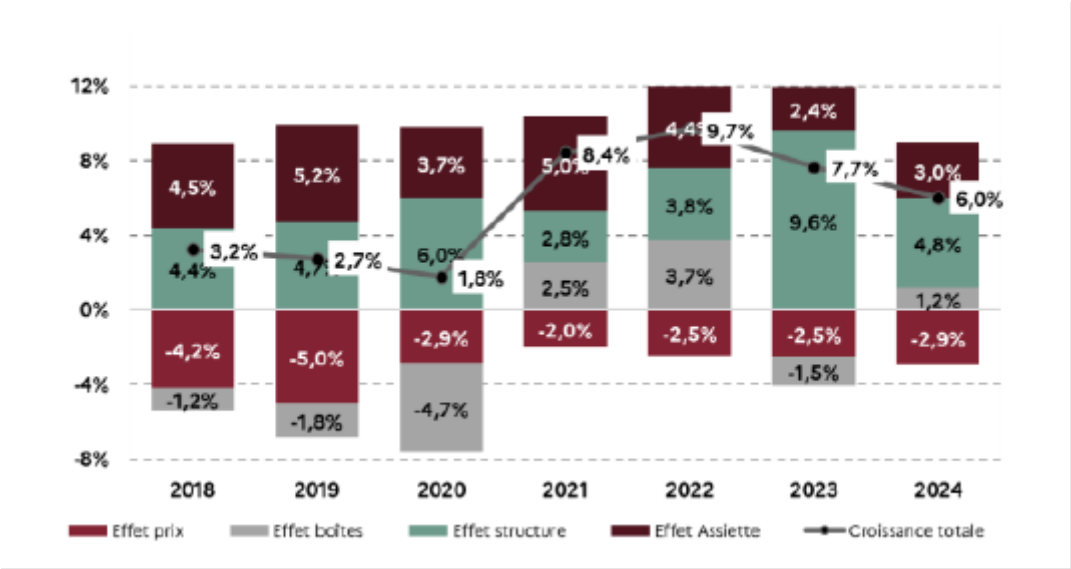
L'évolution des dépenses de médicaments (hors remises et clauses de sauvegarde) résulte de quatre facteurs :

- le nombre de boîtes : en ville, cet effet est plutôt orienté à la baisse, de l'ordre de - 1,5 point par an (en dehors des années 2020-2022, atypiques du fait de la crise sanitaire). Il a toutefois connu un rebond en 2024 (+1,2%) ;
- l'évolution des prix des produits existants : cet effet est structurellement négatif, du fait des baisses de prix appliquées aux produits à mesure qu'ils arrivent à maturité ;
- un effet « assiette », c'est-à-dire l'introduction de nouveaux produits : sur le marché en officine, cet effet a représenté entre 2,5 et 5 points par an sur la période récente, soit un impact compris entre 600 millions et 1 milliard en 2022-2023 ;
- un effet de structure, résultant de la déformation de la composition de la consommation de médicaments : sur le marché de l'officine, cet effet, structurellement positif du fait de la diffusion de médicaments récents et plus chers, a fortement augmenté en 2023 pour atteindre 9,6 %, soit 2,2 Mds€. Il décélère à 4,8 % en 2024.

La croissance du CAHT en officine a représenté 1,5 Md€ en 2024.

Alors que la croissance du CAHT en ville était de 3 % par an en 2018-2019, elle a été de 7,9 % sur 2021-2024 (graphique 18). Même en supposant une part de rattrapage de 2020 notamment sur le nombre de boîtes, un écart de dynamique de 5 points par an représente 1 Md€ de dynamique supplémentaire – voire un montant croissant, du fait de l'effet cumulatif de ces hausses.

GRAPHIQUE 18 I ÉVOLUTION DU CHIFFRE D'AFFAIRES HORS TAXE (CAHT) DES MEDICAMENTS VENDUS EN OFFICINE, ET DECOMPOSITION PAR EFFET



Source : CCSS, juin 2025

Une partie de cet effet s'explique par un ralentissement des baisses de prix : alors qu'elles représentaient 4,2 à 5 % du CAHT en 2018-2019, leur effet s'est situé entre 2 et 2,9 % par en 2021-2024, soit 2 points de moins, soit un impact de 570 millions de moindres économies par an en partant du montant de dépenses brutes 2023.

Cette rupture de tendance se retrouve dans l'évolution des dépenses d'AMO au titre des médicaments en ville, avec une rupture de dynamique de plus de 5 points entre 2018-2020 et 2021-2023, après une première inflexion de 3 points entre la période antérieure à 2018 et 2018-2020 (Tableau 5). 5 points de dynamique en plus représentent plus d'1 Md€ de dépenses en plus par an.

On note que, avant baisses de prix, la dynamique des médicaments en ville serait comprise entre 10 et 12 %, soit un impact compris entre 2,5 et 3 Mds€ sur l'évolution tendancielle des dépenses (à rapporter à une augmentation spontanée de 10Mds€ par an des dépenses dans le champ de l'Ondam) : **les dépenses de médicaments concentrent certes une part importante des mesures d'économies nécessaires au respect de l'Ondam, mais elles représentent également une part importante du tendanciel.**

TABLEAU 5 I TAUX DE CROISSANCE DES DEPENSES DE MEDICAMENTS EN VILLE

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Effet prix	-3,1%	-3,7%	-4,0%	-3,1%	-2,1%	-2,6%	-2,4%
Effet génériques	-0,9%	-1,2%	-0,7%	-1,1%	-0,4%	-0,4%	-0,9%
Effet ticket modérateur	0,7%	0,8%	0,6%	1,6%	1,1%	0,5%	0,5%
Effet volume et structure	3,8%	8,0%	7,4%	6,4%	9,4%	12,2%	11,0%
Taux de croissance global	**0,3%**	**3,6%**	**3,0%**	**3,5%**	**7,8%**	**9,4%**	**7,9%**

Source : CNAM, REPSS 2024.

Le CAHT des médicaments en rétrocession hospitalière (délivrés en pharmacie hospitalière en raison de contraintes de distribution, d'administration ou de dispensation) **ou en liste en sus** (hors du tarif des séjours), dont les médicaments en accès précoce ou compassionnel, **a connu une dynamique encore plus soutenue depuis 2020** : 18,1 % en 2021, 8,8 % en 2022 (13,3 % en dehors de l'effet du Revlimid®) et 13,9 % en 2023, soit une croissance annuelle moyenne de 13,5 %, contre 4,5 %. Cet écart de dynamique de 9 points représente près de 800 M€ de dynamique supplémentaire par an.

Cette dynamique peut être en partie attribuée à la mise en place de l'accès précoce en 2021.

Alors que les dépenses brutes de rétrocession sont orientées à la baisse, la dynamique est concentrée sur les dépenses relevant de la liste en sus, qui, exprimées en dépenses brutes (avant remises et clauses de sauvegarde) sont passées de 5,9 Mds€ en 2021 à 9,4 Mds€ en 2024, soit une croissance de 16,98% par an pendant 3 ans. 5 médicaments[160] expliquent à eux seuls les 2/3 de la hausse du CAHT des médicaments en rétrocession et sur la liste en sus (+800 M€ de CA). Il s'agit de traitements contre le cancer. La Cour des comptes, dans le chapitre du rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 consacré aux médicaments contre le cancer, a souligné l'impact de ces traitements sur la dynamique des dépenses : le coût des anticancéreux de la liste en sus a doublé entre 2018 et 2022, et « *si les dépenses de médicaments anti-cancéreux poursuivaient le rythme de progression constaté entre 2018 et 2022, elles passeraient de 2,4 Md€ en 2022 à 7 Md€ en 2028 après remises, soit 7 % de la totalité des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie.* »

<u>Les remises et la clause de sauvegarde ont atténué en partie cette dynamique</u>

[160] Keytruda®, Enhertu®, Darzalex®, Imfinzi®, Yescarta®.

Avant remises et clause de sauvegarde, les dépenses brutes de médicaments à la charge de l'AMO (hors GHS) seraient passées de 32,1 à 38,2 Mds€ entre 2021 et 2023, soit une progression de 9% par an. Cette hausse a entraîné une hausse encore plus forte des montants de remises et du produit de la clause de sauvegarde, dont le produit total est passé de 5,4 à 9,9 Mds€. Les dépenses nettes sont donc passées de 26,8 à 28,3 Mds€.

La part accrue des remises et de la clause de sauvegarde ne sont pas sans poser des difficultés :

- ils affectent la lisibilité de l'évolution des dépenses de médicaments ;
- ils affectent également la prévisibilité du pilotage de l'Ondam ;
- la clause de sauvegarde affecte encore plus la prévisibilité, tant pour le régulateur que pour les entreprises concernées, en raison de son mode de calcul qui conduit à stabiliser son produit tant individuel que collectif tardivement après la clôture de l'exercice. La forte augmentation du rendement d'un dispositif à l'origine conçu comme un élément de sécurisation est le symptôme d'une mise en difficultés de la régulation des dépenses de médicament.

Le plafonnement de la clause de sauvegarde limite désormais sa capacité à atténuer la dynamique des dépenses de médicaments. Son niveau mériterait d'être réinterrogé et actualisé au regard de la hausse des dépenses de médicaments.

Au total, en termes de constat : les dépenses de médicaments ont connu depuis 2020 une forte inflexion, qui résulte à la fois d'une amplification de l'impact des produits nouveaux et coûteux sur la dynamique des dépenses, particulièrement à l'hôpital, mais aussi d'un affaiblissement des mesures de baisses de prix.

Ce chapitre ne revient pas sur les éléments relatifs à la pertinence, qui ont déjà été mentionnés. Plusieurs enjeux de pertinence sont connus, comme :

- les antibiotiques : malgré une baisse de 17 % des doses par habitant entre 2011 et 2021, la France continue de faire partie des pays européens les plus consommateurs. L'enjeu est aujourd'hui au moins autant de limiter les dangers sanitaires qu'implique l'antibiorésistance que les dépenses associées ;
- la polymédication chez le patient âgé ;
- les psychotropes : la consommation par habitant d'anxiolytiques est en France 14,7 fois ce qu'elle est en Allemagne et 11,6 pour les hypnotiques et sédatifs[161].

<u>La diffusion du générique au sein du répertoire est aujourd'hui acquise : la part du répertoire, le biosimilaire et les médicaments hybrides constituent de nouvelles marges d'efficience</u>

Au sein des médicaments dans le champ du répertoire, la part des génériques est désormais très élevée (92,7 %). Toutefois, le répertoire ne représente que 30 % du marché global des médicaments en ville, ce qui reste faible en regard des comparaisons internationales produites par l'OCDE, qui plaçaient la

[161] S. Minery, Z. Or, *Comparaison des dépenses de santé entre la France et* l'Allemagne, IRDES, mars 2024.

France à la moitié des résultats de l'OCDE (29 contre 54 %) en termes de part du répertoire dans le marché en 2023[162]. La part des génériques est comprise entre 79 et 83 % aux Pays-Bas et en Allemagne. Une partie de cet écart semble s'expliquer par une différence de périmètre entre les données françaises et les autres pays ; l'intégration des groupes sous tarif forfaitaire de responsabilité porterait le chiffre français à 42,9 %. **Il est nécessaire que l'ANSM fasse évoluer sa politique d'inscription dans le répertoire pour la rapprocher des autres pays européens et de prendre des dispositions pour lutter contre les techniques de contournements des laboratoires (bithérapie changement de dosage…)**.

Par ailleurs, le taux de pénétration des biosimilaires reste lui-très en-deçà, à seulement 32 % (source REPSS). Il ne progresse plus depuis plusieurs années. **Il apparaît donc indispensable d'étendre désormais au biosimilaire les outils qui ont permis au générique d'atteindre ses niveaux actuels de substitution : alignement des marges des pharmacies d'officine pour encourager la substitution, tiers payant contre biosimilaires.**

Revenir sur l'extension de la liste en sus

Un décret a ouvert, à compter du 1er janvier 2022, l'inscription sur la liste en sus à tous les médicaments auxquels la commission de la transparence (CT) a reconnu une amélioration du service médical rendu mineure (ASMR IV). Ce décret revenait sur la règle antérieure qui conditionnait l'inscription sur la liste en sus de médicaments en ASMR IV au fait que l'indication considérée présente un intérêt de santé publique, en l'absence d'un comparateur clinique pertinent. Le coût d'une telle réforme était alors présenté comme de 370 M€ sa première année.

La situation financière de l'assurance-maladie doit conduire à établir des priorités sur ce qu'elle finance, afin de prioriser ses interventions sur ce qui apporte le plus à la santé.

Revenir sur une prise en charge en sus de molécules qui ne présentent qu'une amélioration mineure par rapport à la pharmacopée existante et sans que l'indication considérée présente un intérêt de santé publique constitue une illustration de l'indispensable priorisation des ressources de l'assurance-maladie. **Il est donc souhaitable de revenir sur cette réforme dont le coût n'est pas en regard avec le bénéfice pour la santé**. Plus largement, le financement de la liste en sus illustre bien la distance croissante entre la tarification de certains produits de santé et celle des soins qui leur sont indissociables : les produits argumentent mieux leurs bénéfices de santé et valorisent ceux-ci sur le plan médico-économique, ce qui leur permet de "capter" une part plus importante de la valeur créée par le soin. Les actes des soins (CCAM, NGAP, séjours) restent plutôt valorisés en fonction de leur coût et non de leur contribution à la santé. De façon générale, il serait souhaitable d'assurer une gestion plus dynamique de la liste en sus.

Nécessité d'améliorer l'utilisation des données en vie réelle sur les médicaments innovants (cf. Cour des comptes)

[162] Source : OCDE Health Statistics 2023 (Health at a glance 2023). Les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ne sont pas considérés dans ces calculs. Si on les inclut, la part des médicaments génériques dans le marché est de 42,9 % en France (source : CNAM, REPSS 2024).

La contrepartie de l'accès précoce au marché de médicaments innovants devrait être l'exploitation de données en vie réelle permettent d'observer si les résultats sont cohérents avec ceux des essais. Ils couvrent des populations plus importantes sur des durées de prescription plus longues, ce qui peut contribuer à mettre en évidence les effets à long terme d'un traitement, notamment d'éventuels effets indésirables, et à établir des comparaisons entre traitements. Ils peuvent conduire à revoir l'évaluation des produits et à ajuster le cas échéant les décisions de prix, de prise en charge ou de ciblage.

Or, contrairement à plusieurs pays européens, la France ne dispose pas de registre national permettant de suivre en vie réelle les innovations thérapeutiques des médicaments anticancéreux et leurs résultats, hormis celui existant pour les traitements par cellules CAR-T.

Cette évolution semble indispensable au regard de l'impact des médicaments en accès précoce sur la dépense.

Nécessité d'améliorer l'évaluation médico-économique et son utilisation

L'évaluation médico-économique constitue un appui indispensable à la décision du régulateur. Toutefois, comme le rappelle la cour des comptes, « *les conditions d'élaboration de ces études en réduisent cependant la portée. En France, contrairement à l'Angleterre et au Pays de Galles, la Ceesp examine les dossiers d'évaluation déposés par les industriels et juge de leur méthodologie, sans réaliser de travaux par elle-même* », dans un contexte de ressources d'évaluation incomparable. « *La qualité insuffisante des dossiers médico-économiques réalisés par les entreprises pharmaceutiques peut, le cas échéant, empêcher la Ceesp de se prononcer sur le fond. Ces situations sont fréquentes : entre 2017 et 2022, 38 % des dossiers de médicaments anti-cancéreux évalués ont été invalidés pour cause de réserves majeures portant sur la méthode employée et donc sur la confiance dans les résultats présentés* ».

Pour rendre compte de l'efficience du médicament, la Ceesp utilise un indicateur appelé ratio différentiel coût-résultat, qui met en regard les différentiels de coût et de résultat clinique avec les médicaments comparables existants. On peut l'exprimer ainsi : « quel est le coût supplémentaire qu'il faut consentir, par rapport aux traitements existants, pour gagner une année de vie en bonne santé ? ». Ce type d'indicateur est classiquement utilisé par tous les pays qui font de l'évaluation médico-économique. Plusieurs d'entre eux ont défini des valeurs de référence, c'est-à-dire des valeurs plafond que ces « coûts par année de vie gagnée » ne devraient pas excéder, ce qui permet de juger si, au prix demandé par l'industriel, le ratio coût-efficacité du médicament est acceptable.

Le Royaume-Uni, qui a été pionnier dans cette démarche, a d'abord utilisé cette notion de seuil (fixé initialement à 20 000 £ à 30 000 £ par année de vie gagnée en bonne santé) comme critère de décision pour accepter ou refuser la prise en charge d'un médicament. Aujourd'hui, et c'est le cas dans tous les pays qui se réfèrent, de façon explicite ou implicite, à de tels seuils, ils servent dans la négociation du prix, afin qu'au final le ratio coût-efficacité soit acceptable pour la collectivité. L'utilisation n'est pas mécanique et d'autres critères sont pris en compte, mais ils permettent un point d'ancrage dans les discussions et la négociation de prix nets (ou rabais confidentiels sur le prix catalogue). Par ailleurs dans tous les pays, ces valeurs de référence ont évolué pour prendre en compte la sévérité de la maladie, de manière parfois qualitative, parfois quantifiée, avec des approches méthodologiques diversifiées. Certains pays prennent également en compte l'impact budgétaire.

Aujourd'hui, à l'issue du travail d'analyse très approfondi mené par la Ceesp, aucun jugement ne peut être formulé sur le coût-résultat estimé. Sans qu'elles constituent un critère unique ou mécanique, le

recours à des valeurs de référence enverrait un signal sur le caractère excessif de la revendication de prix de certains médicaments. Ce signal aiderait le Comité économique des produits de santé dans ses négociations pour ramener les prix demandés par les entreprises pharmaceutiques dans des fourchettes acceptables pour la collectivité au regard de leur intérêt médico-économique.

Cette évolution semble indispensable au regard de l'impact des médicaments en accès précoce sur la dépense, et donnera l'occasion de questionner l'acceptabilité du coût des médicaments onéreux dans leur ensemble.

Le désarmement partiel de l'outil des baisses de prix a contribué à l'accélération de la dynamique des dépenses de médicaments. La situation financière de l'assurance-maladie ne permet pas aujourd'hui de faire l'économie de ce levier.

Afin de répondre au besoin de prévisibilité des acteurs, la fixation du prix initial d'un produit inscrit au remboursement dans le droit commun pourrait donner lieu à un accord pluriannuel de baisses de prix.

4.3. L'efficience hospitalière

L'efficience hospitalière conditionne le "prix" auquel la collectivité doit financer les services rendus à la population par les établissements de santé.

Si elle s'inscrit dans un effort permanent des équipes dirigeantes en établissement, la recherche d'efficience a notamment connu un effort particulier sur la période 2015-2018 au travers du plan triennal de maîtrise de l'Ondam : les économies annuelles en construction de l'Ondam hospitalier ont atteint 775M€ sur 2014-2019, et 980 M€ sur la seule période 2016-2018. Les activités soumises à T2A (tarification à l'activité) ont connu des baisses de tarifs (les tarifs ont évolué entre -0,5% et -1,4% entre 2015 et 2018) et les budgets financés par dotation ont vu leur évolution contenue : les établissements ont été invités à répercuter cette contrainte sur leurs coûts de fonctionnement.

La recherche d'efficience a accompagné ou a précipité certains phénomènes qui trouvent leur traduction dans la situation actuelle :

- La réforme des autorisations et des modèles de financement, avec des initiatives qui trouvent réellement leur aboutissement sur 2023-2026 du fait des délais d'élaboration des réformes, ainsi que des mesures de sécurisation des revenus hospitaliers engagées post-Covid. Les réformes d'autorisations viennent conforter un effort de gradation des soins, notamment dans le champ du cancer et de la cardiologie interventionnelle ;
- L'acuité des déficits hospitaliers. Cette situation a également augmenté l'effort d'observation de la part des instances nationales, sous la forme d'une annexe sur la situation des hôpitaux insérée dans le périmètre des LFSS. Le résultat consolidé du budget principal des EPS, compris entre -470 et -870 M€ entre 2014 et 2019, après être revenu à -240M€ en 2020, a plongé à partir de 2022 : -1 Md€ en 2022, -1,3 Md€ en 2023, -2,4 Mds€ annoncés en 2024. La prise en compte des budgets annexes (notamment les Ehpad), qui contribuait jusque-là à réduire le déficit, est depuis 2022-2023 un facteur d'aggravation à hauteur de 300 à 400 millions.

Les années de creusement très fort du déficit des établissements de santé correspondent paradoxalement à des années où la construction de l'Ondam ne retenait pas d'économies pour les établissements de santé en construction.

Cette évolution peut être mise en regard de deux évolutions remarquables :

- après le choc de l'année 2020, l'hôpital public a peiné à retrouver son volume d'activité d'avant Covid : en 2023, selon les chiffres de la DREES (comptes nationaux de la santé, 2024), le volume d'activité demeurait inférieur de 4,7% à celui de 2019 tous champs confondus. L' année 2024 serait marquée par un retour à une dynamique importante d' activité ;
- l'effectif salarié soignant de l'hôpital public au 31 décembre est passé, entre 2019 et 2022, de 776 à 786 000 (Tableau 6). Le chiffre de 2022 constitue certes un recul de 2 % par rapport à 2021, avec une baisse de 1,5 % du nombre d'infirmiers et aides-soignants entre 2020 et 2022.

TABLEAU 6 I EVOLUTION DES EFFECTIFS DES PERSONNELS DANS LES HOPITAUX PUBLICS

	2019	**2020**	**2021**	**2022**
Personnel médical	**135 608**	**139 361**	**142 027**	**144 617**
Médecins et assimilés	89 307	91 341	92 366	93 198
Internes et FFI	33 279	34 900	36 520	38 213
Sages-femmes	13 022	13 120	13 141	13 206
Personnel non médical soignant	**640 427**	**651 662**	**649 823**	**641 221**
Infirmiers	259 297	262 889	260 742	258 058
Aides-soignants	223 862	227 187	227 661	224 117
Autres personnels soignants	157 268	161 586	161 420	159 046

Source : DREES, SAE.

Ces chiffres pointent donc une baisse apparente de la productivité à l'hôpital, qui marque l'impact durable de la crise sanitaire sur la perturbation des organisations des établissements de santé. Ce constat n'est bien entendu en rien incompatible avec les situations de surcharge et de souffrance au travail ressenties par les personnels : un choc tel que la crise sanitaire a pu entraîner une perturbation durable des organisations de travail qui peut se traduire à la fois par une perte de productivité et une surcharge pour les salariés.

Un tel constat légitime la recherche de leviers d'efficience pour l'hôpital.

Les éléments de comparaison à l'échelle internationale montrent que la France se situe toujours dans le tiers supérieur des pays de l'OCDE en termes d'équipements en lits, qu'il s'agisse de soins curatifs MCO, de soins critiques, de réadaptation SMR ou de psychiatrie. D'autres pays parviennent à s'organiser avec des ratios de lits inférieurs, en augmentant la capacité de l'hospitalisation à domicile. Les taux les plus faibles sont également ceux où le premier recours est structuré de manière plus volontariste qu'en France, notamment dans les pays d'Europe du Nord. Le niveau d'équipements hospitaliers de la France résulte donc pour partie du défaut de gradation des soins décrit plus haut, et des carences de structuration des soins primaires ou des prises en charge médico-sociales ainsi qu'un frein de certains hospitaliers vis à vis de l'HAD. Cela a des effets en cascade sur les activités hospitalières : parmi les établissements publics de santé, la moitié environ des séjours sont engendrés

par des passages aux urgences, et les effets iatrogéniques sur des sujets vulnérables majorent ensuite le recours à des soins de réadaptation, voire à des admissions en institution pour personnes dépendantes.

A cet égard, le premier levier d'économies perceptible pour l'activité hospitalière, et sur lequel il est possible de fédérer les communautés soignantes, reste, à côté des prises en charge à domicile, de parvenir à organiser les soins pour éviter au maximum le recours à des nuitées hospitalières, ainsi qu'à des séjours pendant les fins de semaine, en dehors des soins critiques. Ces périodes correspondent quoiqu'il en soit à des moments où l'intensité des soins est plus modérée et où les techniques modernes permettent d'assurer une part substantielle des soins et de la surveillance à domicile. Pour rappel, la couverture de la PDSES, permanence de soins en établissements de santé (nuits et weekends) représente plus de la moitié des moyens hospitaliers et il y a donc une capacité à dégager des moyens soignants considérables au bénéfice des usagers si ce besoin de couverture est réduit.

La communication sur ce point est essentielle, pour transformer la perception du lit comme un lieu de « stockage » des patients à défaut d'organisation des soins à domicile, plutôt que comme un prérequis à la sécurité sanitaire de la population. Par répercussion, la réduction des nuitées améliore la qualité de vie au travail des soignants et permet également de réduire le recours à des fonctions support (immobilier, repas, linge, …) fortement consommatrices de ressources. Ce type de démarche peut aujourd'hui être conforté par les engagements en matière de responsabilité sociale et environnementale, qui mobilise favorablement les équipes en établissement. Les démarches engagées pour encourager les admissions directes, de réguler l'accès aux urgences, pour accélérer les parcours dans les établissements de réadaptation voire substituer des séjours par de l'ambulatoire, vont également dans le même sens.

Le deuxième levier à souligner porte sur la sécurisation des risques professionnels et notamment ceux portant sur la manutention ainsi que des risques de chute, auxquels on peut associer désormais les violences de la part des patients. Les études de la DARES mettent bien en évidence que les activités hospitalières sont particulièrement assujetties à des facteurs de risques tant physiques que psycho-sociaux, qui sont sans doute trop internalisés par les professionnels comme inhérents à la fonction alors qu'il existe des dispositifs pour les prévenir, ou à défaut, mieux les maîtriser. A défaut, les professionnels sont soumis à des vecteurs importants d'accidents du travail, de pénibilité et d'usure professionnelle en seconde partie de carrière. Les taux d'absentéisme et de restrictions d'aptitude sont particulièrement élevés pour les professionnels de plus de 50 ans, en pleine contradiction avec les nécessités de maintien en emploi des seniors (tant en termes de retraite que de pourvoi des postes, eu égard aux besoins à venir). Une partie des mesures à prendre peut-être menée de manière transitoire sous réserve d'une action volontariste, susceptible de « clore » le sujet et donc de limiter l'engagement pour l'échelon national : il s'agit notamment de généraliser l'équipement pour la manutention des malades et donc de supprimer l'effort manuel, tout en évaluant le bénéfice économique en termes de réduction de l'absentéisme et des restrictions d'aptitude.

Le parangonnage des établissements de santé sur différents critères fait ressortir des potentiels d'économies. Ce type de travaux est à encourager, et d'ailleurs à généraliser car le secteur privé n'est pas assujetti au partage d'informations dans la même proportion que les EPS (établissements publics de santé) et ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif). Il faut néanmoins les interpréter avec précautions afin de bien prendre en compte les complexités de mise en œuvre qu'elles représentent ; il faut également s'interroger sur le partage des rôles, le maintien de l'équilibre économique par structure restant de la responsabilité de leurs gestionnaires, en contrepartie d'une meilleure intégration des conditions d'équilibre économique des implantations dans la régulation.

La démographie médicale suscite des difficultés de recrutement dans des territoires moins attractifs, et déstabilise la réponse aux besoins de soins tout autant que l'équilibre économique des structures. Les mesures Rist encadrant l'intérim médical ont déjà apporté un premier niveau de réponse sur ce point.

En outre, ces tensions sur les effectifs incitent également à l'innovation dans les organisations de soins et majorent la capacité à mieux répartir les soins entre professionnels de santé, en renonçant à une exclusivité médicale. Dès lors que les résultats de santé issus de ces organisations sont probants, il importe de les généraliser de manière accélérée, y compris auprès des territoires ayant moins de tensions sur les effectifs, de manière à dégager des moyens humains et d'encourager des mobilités.

La dynamique des groupements hospitaliers de territoire (GHT), a offert un maillage qui a renforcé les concertations territoriales entre établissements et produit des effets au long cours. Si elle a contribué à l'amélioration de l'efficience et des complémentarités entre établissements d'un territoire, cette dynamique doit être amplifiée : les gains d'efficience restent souvent conditionnés à l'unification du commandement (directions communes) et associent à ce stade assez peu l'offre privée du même territoire. L'absence de personnalité morale du GHT tout comme le périmètre limité des mutualisations obligatoires peuvent constituer un frein à la mise en œuvre de la logique de mutualisation entre établissements. Ces mutualisations peuvent emprunter plus facilement la voie de la constitution d'un groupement de coopération sanitaire. Un cran supplémentaire peut être franchi en intégrant dans les mutualisations obligatoires des activités présentant de forts potentiels d'économies d'échelle comme la biologie.

Le rôle de chacun sur les soins non programmés doit être redéfini à travers des actions concrètes :

- Organiser au sein des services hospitaliers une réponse aux soins non programmés non urgents pouvant relever d'une prise en charge hospitalière, en programmant autant que faire se peut des entrées directes.

Assurer une gestion des lits :

- Au sein des établissements publics, privés et coordonnée au niveau territorial ;
- Assurant les soins urgents et programmés ;
- Au niveau de toutes les structures de court et de moyen séjour.

4.4. L'efficience de l'organisation hospitalière territoriale

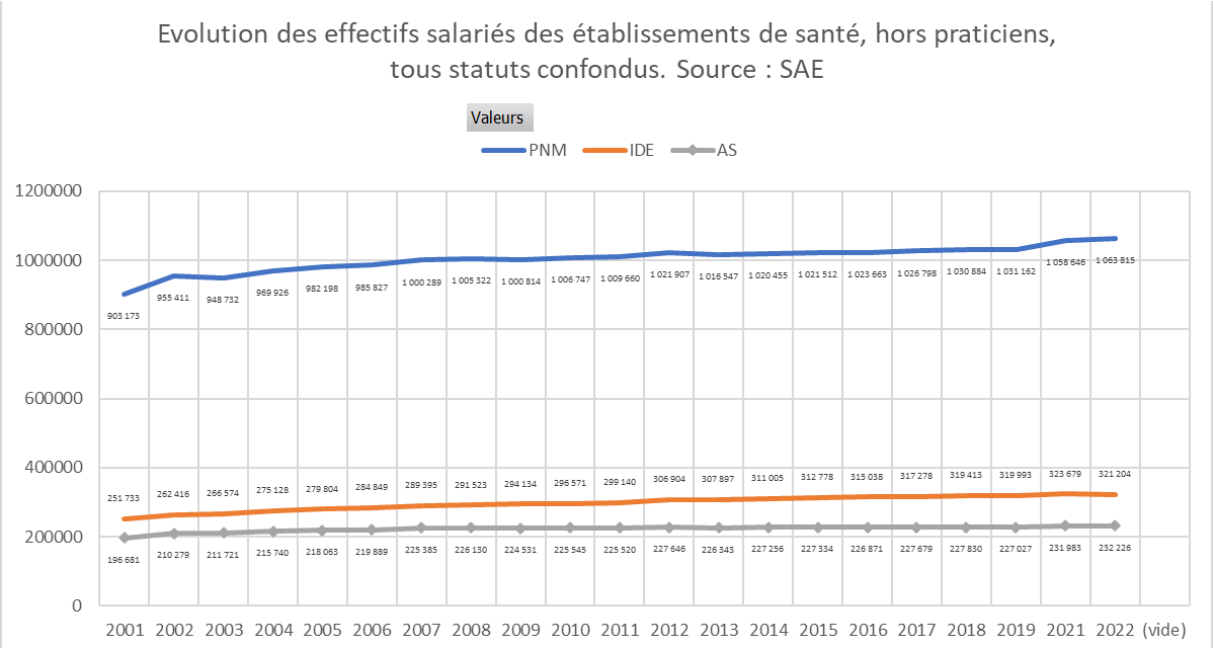
Trois facteurs permettent de caractériser les implantations hospitalières et d'envisager des optimisations :

- L'accessibilité géographique, appréciée en termes de délais de trajet et supposant une approche du maillage territorial, donc intégrant les capacités et éloignements des implantations voisines ;
- Le dimensionnement et la spécialisation, en termes de patientèle, que le site peut assumer en simultanéité ;

- Les complémentarités nécessaires entre activités et donc les capacités annexes dont le site doit disposer pour pleinement assumer ses missions : certaines activités spécialisées ne s'envisagent qu'en complémentarité avec d'autres telles que l'imagerie lourde, la biologie, les soins critiques, la pharmacotechnie, l'anatomo-cyto-pathologie…

L'évolution des techniques médicales permet de s'affranchir de manière croissante de la supervision médicale 24h/24 en faveur d'une prise en charge à domicile, et la régulation a en outre favorisé le développement d'une offre médico-sociale pour les patients nécessitant une surveillance paramédicale. C'est ainsi que la recomposition de l'offre hospitalière est souvent retranscrite à tort sous l'angle des réductions capacitaires d'hospitalisation complète ; en réalité, comme le montre le graphique ci-dessous, les effectifs sont stables voire en croissance dans l'offre hospitalière tout en transformant les soins réalisés, en faveur d'une prise en charge sans nuitées (graphique 19).

GRAPHIQUE 19 I EVOLUTION DES EFFECTIFS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE HORS PRATICIENS



Il semble important de rappeler ce point en préambule car l'utilisation d'indicateurs en partie obsolètes, peut compliquer le dialogue sur les réorganisations judicieuses à l'échelle d'un territoire.

La première recommandation porte sur l'évolution des indicateurs et modes de pilotage de l'offre hospitalière, afin de s'affranchir d'une vision encore trop orientée sur les « journées » et ne valorisant pas assez l'effort de réalisation d'actes de soin ainsi que les résultats obtenus, quel que soit leur lieu d'exécution. En dehors des soins critiques, le « lit » traduit non seulement des capacités mais aussi des périodes de latence dans le parcours de soins, que le système de soins peut et devrait s'attacher à résorber (comme cela a notamment été le cas dans les démarches de réhabilitation améliorée après chirurgie).

Dans le domaine chirurgical, l'effort de regroupement de sites hospitaliers n'est pas nouveau : il figure parmi les motifs récurrents des réformes hospitalières du demi-siècle passé et a particulièrement visé l'offre chirurgicale. Deux gains sont évoqués en contrepartie de ces regroupements :

- un gain qualitatif, favorisant l'expertise et le cumul d'expérience au sein de la même équipe, et diminuant l'éparpillement des ressources (médicales notamment) dans un contexte de tensions de recrutement ;
- un gain économique, le regroupement se traduisant par des effets de mutualisation des coûts et de suppression de sites n'atteignant pas les seuils critiques d'activité.

De nombreux rapprochements entre structures publiques et privées ont été impulsés ces deux dernières décennies, visant en particulier la chirurgie (et plutôt entre structures de taille modeste), mais il n'existe pas de cartographie permettant d'en dresser un véritable bilan. De nombreuses mutualisations de plateaux techniques ont été engagées au fil des grands plans d'investissement (hôpital 2007 et hôpital 2012 notamment), mais dans de nombreux cas l'offre privée était déjà fragile au moment de la coopération et a disparu dans la décennie suivante. On peut déplorer la même absence de bilan pour les coopérations public-public ayant entraîné une construction à mi-parcours entre deux villes moyennes, qui ont été engagées dans différentes régions sur la même période. **La réorganisation de l'offre hospitalière est importante en termes de sécurité, de qualité et de cout financier**. Elle permet notamment de limiter la dilution des ressources médicales sur plusieurs sites, de réduire certaines formes de surenchère et de faciliter l'organisation de la permanence des soins.

L'obstétrique soulève de manière plus impérative des enjeux de maillage territorial liés aux délais d'accès, 45 minutes au plus d'une maternité. L'expérience d'autres pays montre qu'il est possible de fonctionner autrement, mais cela implique un suivi resserré de l'ensemble de la grossesse et un hébergement temporaire à proximité d'une maternité dès que la probabilité d'accoucher le nécessite. **S'agissant des soins critiques**, l'épidémie de COVID a mis en exergue l'importance des soins critiques pour la réponse à certaines situations sanitaires exceptionnelles, et a entrainé le développement des capacités à l'échelle nationale. A court terme, ce secteur nécessite plutôt une majoration de la dépense corrélée aux extensions capacitaires de réanimation et de soins intensifs.

Sur l'activité de médecine et des urgences des gains conséquents peuvent être attendus en intervenant sur les parcours de soins, selon des modalités déjà évoquées dans la partie ci-dessus consacrée à la gradation des soins. Les réorganisations hospitalières en médecine sont peu discutées, par contraste avec celles de chirurgie et d'obstétrique, peut-être en lien avec la participation plus modeste des établissements à but lucratif dans ces activités.

En outre, les services rencontrent également des difficultés à réunir les ressources médicales pour garantir l'ouverture et la prise en charge des patients.

Plusieurs réformes sont déjà en cours de déploiement pour en améliorer la pertinence :

- Le régime d'autorisation ouvre la possibilité de requalifier certains sites en antennes, et de limiter leurs horaires d'ouverture. Cela devrait notamment permettre de fermer ces services la nuit et de mutualiser l'activité entre sites, ce qui est nettement moins onéreux à faire fonctionner. Cette réforme interagit avec la constitution des groupements hospitaliers de territoire (GHT) puisqu'elle fournit un thème particulièrement propice à une approche territoriale, visant également la constitution d'équipes médicales territoriales pour couvrir les différents sites. De même, face aux nombreux services d'urgence régulièrement fermés, il pourrait être envisagé, au sein des organisations de soins primaires, la place et le rôle de certaines maisons médicales de garde, disposant d'un environnement humain et technique adapté pour la gestion de certaines urgences, tout en développant le transport vers ces centres structurés.

Ces différentes réformes ne sont pas encore parvenues à maturité et devraient continuer à avoir des impacts au cours des prochaines années. Il conviendrait alors de privilégier une veille sur les

conséquences de ces réformes avant d'en engager de nouvelles. Il est impératif de diffuser largement l'information sur les innovations probantes développées dans les territoires en tension.

Enfin, une politique plus vigoureuse pour inciter à la qualité reste nécessaire, et peut passer notamment par une diffusion plus large et transparente permettant à chacun de s'informer sur le niveau de qualité et de sécurité des soins, à commencer par les indicateurs de qualité développés par la HAS pour l'ensemble des hôpitaux et cliniques (Qualiscope).

La restructuration des lignes de garde s'impose aujourd'hui sur certains territoires pour des raisons tenant au moins autant aux tensions sur les ressources humaines que pour des raisons économiques.

L'autorisation de court séjour de médecine couvre un champ clinique particulièrement étendu et indifférencié, incluant l'ensemble des spécialités d'organe non chirurgicales, la médecine interne, la gériatrie et la pédiatrie, les soins palliatifs... L'activité est dans une proportion importante corrélée à l'activité des urgences et notamment à la saisonnalité épidémique. Le taux d'équipement en lits de médecine rapporté à la population varie du simple au triple, sans que les impacts en termes de résultats de santé soient immédiatement perceptibles. Paris figure parmi les départements les plus dotés, alors que le taux de personnes âgées est parmi les plus faibles de France aux côtés d'autres départements de petite couronne (cela s'explique toutefois par des mouvements de patients depuis les départements de petite couronne).

Les réformes récentes du régime d'autorisation sont venues mieux qualifier certaines activités médicales à caractère interventionnel, permettant une gradation des soins intégrée aux schémas régionaux de santé (SRS). Cela concerne en particulier la cardiologie et la radiologie interventionnelles, ainsi que la cancérologie. Il est prévu d'initier une reconnaissance spécifique pour l'endoscopie, qui ne relève actuellement d'aucun régime d'autorisation propre et nécessite pourtant un environnement similaire au bloc chirurgical (et notamment des compétences d'anesthésie générale).

L'autorisation est la même pour les services de médecine spécialisée et de médecine polyvalente, et ne distingue donc pas les CHU des hôpitaux de proximité en tant que telle. Elle comporte à ce titre certaines porosités avec les activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Les **hôpitaux de proximité** bénéficient d'un label délivré par les agences régionales de santé (ARS), et conditionné à l'existence d'une autorisation de médecine court séjour. Une évolution du régime d'autorisation éviterait de placer sur le même plan des activités de médecine de spécialité, ou de médecine polyvalente aiguë, avec des activités moins techniques, et de spécifier des exigences pour les petites capacités. Actuellement, on recense, parmi les hôpitaux de proximité, de nombreuses implantations à la fois d'autorisations de SMR et de MCO pour un total inférieur à 60 lits. Environ 250 établissements sont dans ce cas de figure, en incluant quelques cliniques et une majorité d'hôpitaux publics.

En corollaire, la réforme des activités de **soins de longue durée** est suspendue depuis deux décennies, alors que les rapports successifs ont à la fois démontré l'obsolescence des règles actuelles de régulation, et fourni des pistes intéressantes de repositionnement de cette offre. En particulier, le rapport Jeandel/Guérin publié mi-2021 comportait des orientations très concrètes pour gagner en performance dans l'hébergement et le suivi des personnes dépendantes et réduire le recours non pertinent au MCO, au SMR et aux urgences. Les propositions s'inscrivent à la fois en faveur de la médicalisation des Ehpad et de l'émergence d'« unités de soins prolongés complexes (USPC) » qui permettraient de clarifier l'orientation nationale pour les patients atteints de pathologies très invalidantes au long cours. Dans les projections de ce rapport, un tiers des USLD seraient maintenus ou requalifiés en ce sens, les deux autres tiers basculant dans un régime plus classique d'Ehpad.

Enfin, la question des implantations d'hospitalisation de psychiatrie est complexe à aborder. Le secteur a engagé des réformes conséquentes visant à requalifier certains hébergements au long cours, en faveur d'une reconnaissance plutôt médico-sociale, et cet effort est à poursuivre au regard de taux

d'hospitalisation au long cours qui restent élevés, en lien avec des situations très complexes sur le plan médical et social. L'exigence accrue en matière de respect des libertés individuelles, en renforçant le besoin de praticiens présents en continu, rend indispensable un regroupement des implantations.

4.5. L'efficience de l'offre libérale

L'adéquation de l'offre libérale de soins aux besoins, que ce soit à l'échelle nationale ou à une échelle territoriale, constitue un enjeu d'efficience à plusieurs égards :

- une excessive densité d'un type de professionnels, en jouant un effet négatif sur leur revenu, crée une pression à la hausse sur les tarifs négociés : la surdensité est donc payée, à la fin, par l'assuré et le patient ;
- une excessive densité peut également, dans certaines activités, entraîner un effet de demande induite ;
- a contrario, le manque de certains professionnels peut affecter le bon recours aux soins, avec des effets de report potentiellement négatifs.

L'adéquation de l'offre à la demande constitue donc un enjeu d'efficience.

Le rapport n'aborde pas les débats autour de la régulation de l'installation des médecins libéraux, qui fait l'objet de débats au Parlement.

Certains dispositifs de régulation de l'installation territoriale de professionnels libéraux ont été évalués, comme le conventionnement sélectif des infirmiers libéraux[163] : il a permis de réduire les densités dans les zones sur-dotées (ce qui était son premier objectif), mais avec une offre, en termes d'actes par habitant, qui se maintient malgré tout. L'efficacité dans les territoires les moins dotés est plus nuancée : il y a bien une évolution positive de la densité et du nombre d'actes par habitants, mais celle-ci est modeste comparée aux espaces témoins intermédiaires. On observe une réduction des inégalités territoriales entre espaces, principalement liée à une moindre évolution dans les zones les mieux dotées et à une progression dans l'ensemble des autres zones. L'impact de ces mesures de régulation sur l'installation est particulièrement marqué pour les infirmières de moins de 40 ans, si bien que l'on observe pour ces dernières une convergence de la densité entre les différentes zones, ce qui permet d'envisager un effet à long terme de ce rééquilibrage territorial.

Les questions de répartition territoriale et/ou d'adéquation se posent également pour d'autres professions qui nécessiteraient d'importants développement qui dépassent le cadre de ce rapport.

- la pharmacie d'officine : La France dispose d'un maillage territorial encore équilibré, selon la Cour des comptes[164] malgré une diminution du nombre d'officines. « Quatorze États membres de l'Union européenne sont désormais mieux dotés que la France, alors qu'ils n'étaient que trois en 2007 (Grèce, Belgique, Espagne) ». Encore cet indicateur est-il lui-même discutable, car, établi en fonction du nombre d'habitants, il ne définit pas le maillage nécessaire à la bonne accessibilité géographique : à côté d'un maillage officinal à maintenir en zone rurale et parfois fragilisé, on observe dans les grandes métropoles une densité qui excède largement les besoins d'accessibilité ;

---

[163] F. Duchaine, *Questions d'économie de la santé* n° 270, intitulé : « Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ? »

[164] Les pharmaciens d'officine un modèle en mutation. Cour des Comptes. Mai 2025

- les laboratoires de biologie médicale : la concurrence entre laboratoires a conduit à une forte hausse du nombre de sites dans les zones les plus dotées. Le secteur a mis en avant le risque de fermetures de sites à la suite de baisses de tarifs ;
- les magasins d'optique : la France compte un réseau de distribution beaucoup plus dense que ses voisins européens. Cette densité pèse sur les coûts du secteur et peut être mise en rapport avec le prix particulièrement élevé de l'optique en France.

5. Les mesures de périmètre

5.1. Les mesures de périmètre doivent être abordées en tenant compte de l'articulation entre AMO et AMC

5.1.1. La question du périmètre de prise en charge est souvent conçue sous le seul angle du périmètre de prise en charge par l'AMO

5.1.1.1. La stabilisation du taux de prise en charge par l'AMO impliquerait des transferts réguliers de l'AMO vers l'AMC ou les patients

Envisager le périmètre de prise en charge comme un levier de maîtrise des dépenses conduit souvent à n'envisager ce sujet que sous l'angle du périmètre de prise en charge de l'assurance-maladie obligatoire (AMO).

Cette approche repose notamment sur le constat de la part croissante de l'AMO dans les dépenses de santé au sens de la consommation de soins et de biens médicaux, liée à la part croissante des affections de longue durée (ALD).

Ainsi, entre 2013 et 2023, le taux de prise en charge de la CSBM par l'AMO a progressé de 4 points : en 2023, si le taux de prise en charge était resté à celui de 2013, la dépense d'AMO serait inférieure de 10 Mds€. En tenant compte de l'évolution de la part de l'Etat dans le financement, l'évolution de la part publique est de 3 points, soit 7,5 Mds€.

Cette évolution a principalement réduit la part de la CSBM financée directement par les ménages, qui a baissé de 9,9 % en 2013 à 7,5 % en 2023. La participation des OC au financement de la CSBM est restée globalement stable, passant de 13,0 % en 2013 à 12,4 % en 2023.

Des mesures de transfert de l'AMO, vers l'AMC à travers des hausses de ticket modérateur, ou vers les patients à travers des hausses des participations forfaitaires ou des franchises, pourraient être envisagées pour contrebalancer cette évolution spontanée. On pourrait concevoir soit des mesures annuelles visant stabiliser chaque année le taux de prise en charge de l'AMO, soit une mesure massive présentée comme le fait de revenir au niveau de prise en charge d'une date de référence.

Cette présentation est toutefois trompeuse car une telle mesure ne constitue ni un retour au *statu quo ante* ni un véritable maintien de la situation actuelle : la polarisation des dépenses sur les ALD a pour effet que stabiliser le taux de prise en charge par l'AMO implique de baisser le niveau de prise en charge des soins hors ALD.

Une telle mesure présente certes l'intérêt, dans le cadre d'une régulation budgétaire annuelle, de présenter un impact certain, aisément paramétrable, et relativement rapide.

Sont présentés ici les économies brutes pour l'assurance-maladie représentées par une hausse de ticket modérateur.

TABLEAU 7 I ECONOMIES BRUTES POUR L'ASSURANCE MALADIE REPRESENTEE PAR UNE HAUSSE DE TICKET MODERATEUR

en M€	Taux de remboursement théorique (dans le parcours de soins)	Taux de remboursement effectif	Rendement de +1pt de TM
Total honoraires			**306**
Médecin	70%	84,94%	149
Généralistes	70%	79%	64
Spécialistes	70%	88%	85
Chirurgiens dentistes *	70% puis 60%	75% puis 67%	52
Sages-femmes	70%	88%	3
Auxiliaires médicaux	60%	86%	63
infirmiers	60%	93%	17
Masseurs-kinésithérapeutes	60%	78%	35
Orthophonistes	60%	73%	8
Orthoptistes	60%	66%	3
Pédicures	60%	99%	0
Laboratoires	60%	77%	31
Transports sanitaires**	65% puis 55%	96% puis 95%	7
Total produits de santé			**173**
Médicaments			133
à 15%	15%	37%	5
à 30%	30%	57%	14
à 65%	65%	86%	97
à 100%	100%	100%	17
Dispositifs médicaux	60%	84%	40

Source : Document interne DSS. Données 2023.

5.1.1.2. Toutefois, dans la durée, cela conduirait à une remise en cause profonde de notre mode de financement et de régulation des dépenses de santé

Dès lors que la hausse spontanée du taux de prise en charge par l'AMO constitue une tendance de long terme, on ne peut toutefois envisager une mesure de "stabilisation" du taux de prise en charge sans prendre en compte l'effet cumulatif d'une répétition dans la durée de cette mesure si on en faisait un outil régulier de maîtrise des dépenses.

En effet, cette accumulation en ferait non plus une mesure paramétrique, mais une véritable remise en cause de notre mode de financement de la santé, et, partant de la régulation des dépenses de santé.

Pour illustrer le propos, si on avait retenu cette approche consistant à stabiliser le taux de prise en charge par la Sécurité social et l'Etat à leur niveau de 2013, cela représenterait au total 7,5 Mds€ de mesures de transfert.

Si on décidait d'agir par une hausse uniforme de TM sur l'ensemble des produits et prestations, cela représenterait une hausse de 15 points. Le taux de prise en charge par l'AMC n'ayant que peu diminué depuis 2013, cela le porterait à un niveau très élevé (plus de 16%). Cela aurait pour conséquence de faire passer le taux de prise en charge par l'AMO d'une large partie des prestations (tous les honoraires à l'exception de ceux des médecins et des sages-femmes) à 50% ou moins, ce qui remettrait en cause à la fois le principe d'une couverture de ces soins par l'AMO et la légitimité de l'AMO à les réguler. C'est donc l'ensemble de la régulation des soins courants par l'AMO qui serait affecté.

Par ailleurs, de telles mesures auraient en outre pour effet d'accélérer la concentration des dépenses d'assurance-maladie sur les ALD. En accroissant fortement les restes à charge (avant intervention de l'AMC) pour l'ensemble des soins hors ALD, cette évolution dénaturerait notre système d'assurance-maladie en accroissant son incapacité à limiter les restes à charge élevés, qui constitue pourtant un élément important d'adhésion au système.

Mobiliser l'outil des franchises et participations forfaitaires pour le même ordre de grandeur, soulèverait les mêmes questions : au vu du rendement des franchises et participations forfaitaires, il faudrait quadrupler ces dernières ainsi que leurs plafonds pour atteindre un rendement de 7,5 Mds€ (soit une hausse de 3 points de la part des patients dans la CSBM, la ramenant à son niveau de 2010), ce qui reviendrait à les fixer à :

- 4€ pour les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux et 16€ pour les transports sanitaires, dans la limite de 200€. Cela reviendrait en pratique à supprimer la prise en charge de médicaments courants ou d'actes paramédicaux courants à faible prix, et à sérieusement entamer la prise en charge des autres ;
- 8€ pour les consultations médicales et les actes de biologie, dans la limite de 200€ par an, ce qui laisserait un reste à charge très substantiel au regard des tarifs de ces actes et consultations.

De tels niveaux présentent des risques de renoncement aux soins courants, y compris de diagnostic et de prévention, avec le risque d'effets négatifs pour la santé collective (retards de prise en charge) et de surcoûts *in fine* (report vers les services hospitaliers, prises en charge plus coûteuses du fait de situations dégradées). L'effet « responsabilisant » de ces outils, parfois mis en avant, se heurte au fait que l'élasticité-prix de la demande de soins est très dépendante de la situation financière du ménage : alors que la franchise est pour des ménages aisés suffisamment accessoire pour n'entraînent aucun effet modérateur sur la demande, elle peut aboutir pour les ménages défavorisés à des renoncements très importants et préjudiciables à la santé.

5.1.2. Une approche de maîtrise du périmètre de prise en charge réduite à l'AMO présente d'importantes limites notamment en raison de l'articulation entre AMO et AMC

5.1.2.1. Une hausse de ticket modérateur présente des propriétés économiques comparables à une hausse de prélèvements obligatoires

Une hausse de ticket modérateur s'inscrit désormais dans un contexte où :

- 96 % de la population bénéficie d'une couverture complémentaire, dont 90 % en dehors de la C2S. 37 % de la population de 15 ans et plus est couverte dans le cadre d'une couverture souscrite par l'employeur et donc obligatoire, proportion appelée à croître jusqu'à 49 % avec l'extension de la couverture collective des fonctionnaires ;
- 96 % de cette couverture respecte les conditions du contrat solidaire et responsable (CSR) et prend donc en charge le ticket modérateur sur la très grande majorité des soins.

Or, une hausse de ticket modérateur ne conduit pas à réduire la dépense de santé. Le ticket modérateur ne peut affecter le coût du soin pour le patient et donc la demande que dans des situations très marginales (personnes non couvertes, hausse de ticket modérateur non prise en charge par l'AMC). Inversement, en accroissant l'assiette de l'activité d'assurance santé, elle peut accroître le rendement des frais d'acquisition et donc inciter à les augmenter, accroissant ainsi le coût de la dépense de santé intégrant sa gestion.

Un transfert vers l'AMC n'est pas un transfert à la charge « des organismes complémentaires », mais des assurés de ces derniers[165] : les organismes complémentaires doivent être considérés comme « transparents » par rapport à leurs assurés. Du fait de la large diffusion de la couverture complémentaire en santé, une hausse de ticket modérateur, à niveau de garanties des contrats d'assurance complémentaire inchangées, se répercute à hauteur d'au moins 90% sur les dépenses de prestations des OC[166], et donc à hauteur de 103% dans les cotisations d'AMC en tenant compte de l'application de la TSA et du FMPT. La moitié de cette hausse de cotisations concerne les couvertures obligatoires en entreprise, qui pèsent sur le coût du travail dans le secteur privé et sont prises en charge au moins pour moitié par l'employeur ; au terme du déploiement de la complémentaire santé souscrite par l'employeur dans la fonction publique, 60% des cotisations d'AMC relèveront d'une couverture collective souscrite par l'employeur en application d'une obligation légale, et pèseront sur le coût du travail.

Pour le reste de la population, malgré l'absence d'obligation légale d'adhésion, la souscription d'une AMC est largement répandue et est considérée comme une dépense inévitable. Le taux très faible de personnes non couvertes par une AMC ne correspond pas principalement à des personnes faisant le choix d'une non-couverture, mais relève en partie de situations frictionnelles de personnes changeant de couverture et pour partie de personnes ne pouvant financièrement accéder à une couverture.

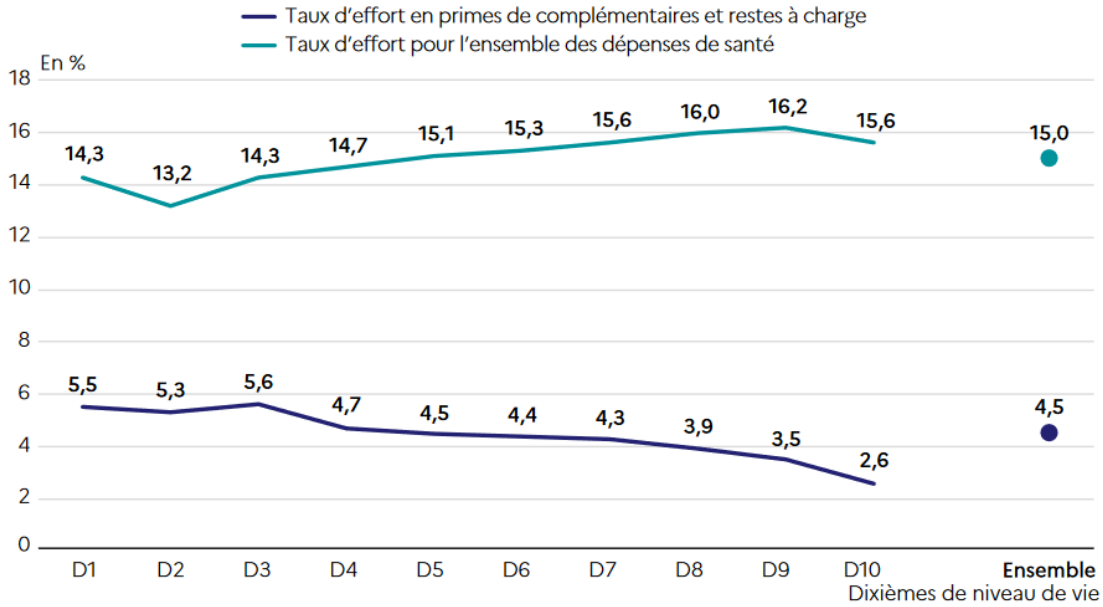
Il en résulte que, même si les cotisations de complémentaire santé ne constituent pas statistiquement des prélèvements obligatoires, une hausse de ticket modérateur a des effets économiques comparables à une hausse de prélèvement obligatoire : elle accroît des dépenses qui sont soit légalement obligatoires (dans le cas de la complémentaire santé obligatoire) soit fortement

[165] L'activité d'assurance-santé n'a pas dégagé d'excédent au cours des trois années passées : le résultat technique a représenté 0,1 % des cotisations santé en 2021 et 2022, et -0,4 % en 2023 (solde de -57 M€). Il n'existe donc pas de « marge » qui permettrait d'absorber une hausse des prestations sans la répercuter sur les cotisations.

[166] Ce chiffre est estimé à partir de la proportion de population couverte par un contrat de complémentaire santé, donc à l'exclusion de la population non couverte et de la population bénéficiaire de la C2S. L'impact sur les prestations peut être plus élevé si on formule l'hypothèse que les personnes non couvertes et les bénéficiaires de C2S ont une dépense par tête plus faible.

contraintes pour les ménages. Elle pèse pour plus de moitié sur le coût du travail, et pour le reste est répartie entre les ménages selon une tarification mêlant taille du ménage et âge des personnes couvertes. Elle représente un taux d'effort plus élevé pour les ménages modestes et pour les personnes âgées. Ses effets redistributifs seraient *a priori* défavorables à ces derniers, même s'ils peuvent être variables selon le transfert envisagé (une hausse du TM sur les actes et consultations de médecins aurait un impact assez uniforme selon l'âge quand une hausse de TM sur les médicaments affecterait en priorité les assurés âgés).

GRAPHIQUE 20 I TAUX D'EFFORT DES MENAGES POUR L'ENSEMBLE DE LEUR DEPENSE DE SANTE SELON LEUR NIVEAU DE VIE, EN 2019



Source : *La complémentaire santé*, 2024, DREES

5.1.2.2. Le rendement net d'une telle mesure pour les finances publiques est inférieur de près de 10% au rendement brut de la hausse de ticket modérateur

Une hausse du ticket modérateur de 100€ entraîne plusieurs effets de second tour en termes de finances publiques. En reprenant les hypothèses mentionnées plus haut (garanties inchangées, absence d'impact sur les autres dépenses des OC), elle entraîne une hausse d'au moins 90€ des cotisations de souscription des OC, qui ont les effets suivants :

- la hausse des cotisations des OC accroît le rendement de la TSA et du FPMT (+13€)[167] ;
- la hausse des cotisations dans le cadre de la complémentaire santé en entreprise réduit l'assiette de l'impôt sur le revenu et se traduit donc par une perte de recettes fiscales (-5€ d'exonération d'impôt sur le revenu de la cotisation salariale et de l'exonération des cotisations des indépendants). En supposant une substitution à terme de la participation de l'employeur au salaire direct (conformément à la théorie économique), cette hausse entraîne

[167] Application des taux de 13,27% et 0,8 % sur une assiette de 90€.

donc une perte de recettes sociales (-6€ d'effet net entre l'exonération de cotisations sociales pour la cotisation patronale et le rendement du forfait social[168]) ;

- elle accroît les dépenses au titre de la C2S (-5€)[169] ;
- à l'issue de la généralisation de la réforme de la PSC dans la fonction publique, elle entraînera un surcoût pour les employeurs publics de 5€ ;

Sous ces hypothèses, une hausse de ticket modérateur de 100 € produirait donc un effet net de 92€ sur les finances publiques.

5.1.3. Les mesures d'évolution des périmètres de l'AMO et de l'AMC doivent être examinées de façon commune

Des mesures de périmètre qui seraient un pur transfert d'un financeur vers un autre n'améliorent en rien l'efficience de la dépense de santé et ne réduisent pas son coût pour la nation.

Si des mesures de périmètre doivent être utilisées, il est préférable qu'elles permettent de maîtriser la dépense de santé, ce qui implique d'agir conjointement sur les prises en charge de l'AMO et de l'AMC, en en mobilisant plusieurs leviers, dans un cadre concerté :

Des mesures de périmètre :

- Panier minimal couvrant les soins et biens essentiels (dont le panier minimal du contrat solidaire et responsable pour l'AMC) ;
- Prestations pouvant être couvertes dans le cadre du contrat solidaire et responsable.

Des mesures de gestion du risque et de responsabilisation :

- Révision des obligations/plafonds de prise en charge ;
- Interdiction de la publicité en optique et audiologie ;
- Introduction d'ententes préalables ou de délais de carence ;
- Révision de la fréquence de renouvellement en optique et en audiologie ;
- Échanges facilités de données et d'informations AMO/AMC facilitant la lutte contre la fraude.

Des mesures garantissant la liberté de choix :

- L'engagement de chaque OC de proposer au moins un contrat limité au panier de soins essentiels.

Trois ensembles de produits et de prestations appellent de ce point de vue un réexamen :

- des prises en charge de l'AMO (et, de façon facultative, de l'AMC) pour lesquelles le service médical rendu est faible ou non démontré : médicaments à 15 %, cures thermales ;

---

[168] L'application d'un taux moyen de 57 % de prise en charge de la cotisation en entreprise par l'employeur conduit à une assiette de cotisation employeur de 26€. L'écart de contribution entre cotisations et forfait social (retenu par exemple dans l'annexe du PLFSS dédiée aux exemptions) conduit à une perte de recettes de 6€.

[169] Estimation DSS.

- des prises en charge assurées uniquement par l'AMC et ne correspondant pas à des soins bénéficiant de preuves.
- des prises en charge où l'AMC joue un rôle majoritaire et très contraint dans le cadre des CSR, qui à la différence des deux ensembles précédents ont un bénéfice démontré pour la santé, mais qui ont fortement crû en période récente et posent des enjeux de régulation : le panier du « 100% santé ».

5.1.3.1. Sortir du périmètre de l'AMO des prises en charge à service médical rendu faible ou non démontré

Concernant les médicaments à 15% et les cures thermales, la suppression de leur prise en charge, alors que leur bénéfice médical est faible ou non démontré, devrait constituer la première mesure d'économie de périmètre à prendre pour l'AMO.

Ces produits et prestations ne faisant pas partie du panier de soins minimal du CSR, la suppression de prise en charge par l'AMO ne se traduirait par un renchérissement mécanique des complémentaires santé et peut permettre une réduction directe de la dépense de santé.

La France est l'un des derniers pays de l'OCDE à prendre en charge dans un cadre socialisé les soins de cure thermale. La suppression de leur prise en charge représenterait une économie de 240M€ pour l'AMO.

La suppression du remboursement des médicaments à 15% impliquerait une réévaluation de leur service médical rendu par la HAS au vu de la suppression de la catégorie de SMR faible pour déterminer si on doit leur reconnaître un SMR insuffisant ou un SMR modéré. Cette mesure représenterait un maximum d'économies de 200M€ pour l'AMO, montant qui constitue un maximum, sous réserve des effets de reports possibles vers d'autres prescriptions et de la réévaluation possible de certains de ces médicaments par la HAS qui pourrait aboutir à en reclasser certains dans la catégorie des SMR modérés. Le rendement de cette mesure serait en outre atténué par la disparition des franchises afférentes à ces produits, et atteindrait environ 114 M€.

A défaut de suppression de cette catégorie, des options alternatives consisteraient :

- à réduire le taux de prise en charge de cette catégorie de médicaments, par exemple, à 5 % : cela représenterait une économie de 50 M€ ;
- à supprimer les exonérations de ticket modérateur pour ces médicaments (prise en charge à 15 % pour toutes les situations) : cela représenterait une économie de 130 M€, 96 M€ en tenant compte des franchises. Cette option à fort rendement évite une réévaluation dans un délai court de tous ces médicaments qui sont majoritairement à prescription médicale obligatoire avec une variété de classes thérapeutiques qui nécessite une attention particulière. Si son impact pour l'AMO est proche du déremboursement, cette option se répercuterait néanmoins en partie sur l'AMC qui prend en charge le TM de ces médicaments pour 80% des bénéficiaires.

Sous l'angle du rapport entre le gain financier pour la dépense de santé et la faiblesse des impacts sur l'accès aux soins, ces mesures sont supérieures à toute autre mesure de réduction du périmètre de l'AMO.

5.1.3.2. Sortir du périmètre de l'AMC des prises en charge ne bénéficiant pas d'un niveau de preuves

L'uniformisation des conditions de prise en charge par l'AMC du ticket modérateur des soins remboursables fait des interventions non prises en charge par l'AMO un terrain sur lequel les OC peuvent proposer une offre différenciante. Cela se traduit notamment par leur positionnement sur deux ensembles de garanties situées en dehors des prestations de santé dans le champ de la CSBM :

- les prestations connexes à la santé : frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure ;
- les prestations à la périphérie de la santé.

Entre 2017 et 2023, ce dernier ensemble des « prestations à la périphérie de la santé » des OC est passé de 458 à 867 millions selon les comptes nationaux de la santé de la DREES, soit une hausse de 89%, quand les dépenses des OC dans le champ de la CSBM sont passées de 26,32 à 30,91 Mds€, soit une hausse de 17 %. La part des prestations à la périphérie de la santé dans les prestations de santé des OC (prestations de santé dans le champ de la CSBM, les prestations connexes à la santé, prestations à la périphérie de la santé) est passée de 1,6 à 2,5 %. Elles représentent 6,7 % de la hausse des dépenses de prestations santé sur cette période.

Les prestations à la périphérie de la santé incluent des prestations de nature très différente en termes de niveau de preuve :

- certaines renvoient à des pratiques curatives bénéficiant d'évaluations et de démonstrations de preuve, mais ne bénéficiant pas en droit commun d'une prise en charge par l'AMO (prestations de diététicien, ou d'activité physique adaptée) ou n'en ayant pas bénéficié jusqu'à une période récente (psychologues) ;
- d'autres renvoient à des pratiques non conventionnelles ne bénéficiant pas d'éléments de preuve de leur valeur ajoutée thérapeutique.

Les statistiques aujourd'hui disponibles ne permettent pas de donner les parts respectives de ces deux sous-ensembles.

L'intervention de l'AMC sur le champ de pratiques n'ayant pas fait la valeur de leur preuve constitue clairement un gaspillage des ressources du système de santé. Il est particulièrement discutable que cette prise en charge prive, via l'exemption de cotisations sociales dont bénéficie la participation de l'employeur à la couverture complémentaire, l'assurance-maladie obligatoire de recettes qui lui permettraient de financer des soins dont l'utilité est démontrée. L'intervention de l'AMC sur ce champ est par ailleurs critiquable en ce qu'elle contribue à entretenir la confusion, auprès des assurés, entre les pratiques évaluées et ces pratiques non conventionnelles, avec des risques pour leur santé si cela les conduit à préférer de telles pratiques à des soins efficaces voire à opter pour des pratiques dangereuses.

L'Etat a contribué lui-même à cette confusion, en laissant se développer ces pratiques sans davantage les réglementer (et notamment sans encadrer davantage la publicité et la communication qui leur est afférente et qui les présente comme relevant de la santé). Relève de cette confusion le fait que la loi prévoie que les ARS établissent la liste des ostéopathes (article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002) alors que la revue de littérature scientifique établie par l'Inserm[170] conclut à une absence de

[170] Caroline Barry, Bruno Falissard, *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Expertise scientifique réalisée par l'unité Inserm 669*¸ 2012.

démonstration d'effet[171], voire à des effets indésirables rares mais graves, alors même que les allégations d'indications peuvent porter sur des champs variés et pouvant nécessiter une réelle intervention médicale (troubles génitaux urinaires, troubles neuropsychiatriques).

Le rôle de l'Etat est encore plus source de confusion lorsqu'il intègre de telles prestations dans le contenu des paniers de soins souscrits pour ses agents dans certains ministères dans le cadre de la généralisation de la couverture complémentaire santé des fonctionnaires, conduisant des organismes complémentaires à intégrer de telles prestations dans le champ de leurs garanties. Une telle pratique constitue un gaspillage total des ressources de l'Etat employeur, contribue à la confusion entre la science et la croyance, et impose aux agents concernés de cotiser à une couverture intégrant des garanties ne leur apportant aucun bénéfice.

Une exclusion du champ des CSR des activités de soins ne faisant pas l'objet d'une évaluation et d'un niveau de preuve suffisant mettrait fin à un subventionnement public de ces pratiques non conventionnelles et permettrait de réaliser des économies pour l'AMC. Elle devrait s'accompagner d'une exclusion de ces garanties du champ des garanties souscrites par les employeurs publics dans le cadre de la couverture de leurs agents.

Une telle évolution aurait toutefois pour effet de renforcer le degré de contrainte exercé par le CSR, et de ne pas permettre la prise en charge de prestations à caractère innovant pouvant être dans l'attente d'évaluations qui pourraient ensuite conduire à leur prise en charge par l'AMO.

5.1.3.3. Modérer le coût des prises en charge du panier 100% santé

La mise en place du 100% santé sur l'optique, le dentaire et les audioprothèses a visé à faciliter l'accès à ces soins en permettant d'accéder à une offre sans reste à charge sur ces trois périmètres, en définissant des paniers spécifiques faisant l'objet d'un encadrement tarifaire spécifique et d'une obligation de prise en charge par l'AMC dans le cadre des CSR.

Conformément à son objectif, elle a amélioré le recours aux soins. Le nombre de personnes ayant été équipées d'aides auditives par an a fortement augmenté (+75 % entre 2019 et 2021), permettant de contribuer à la prévention, notamment du risque de démence et de déclin cognitif pour les personnes âgées[172]. Le recours aux prothèses dentaires a augmenté de 17 %, avec une forte diminution des restes à charge sur ces deux postes. En revanche, en optique, le 100 % santé reste peu utilisé. La hausse du recours à ces trois postes de soins a été nettement plus importante parmi les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire qu'en population générale[173].

---

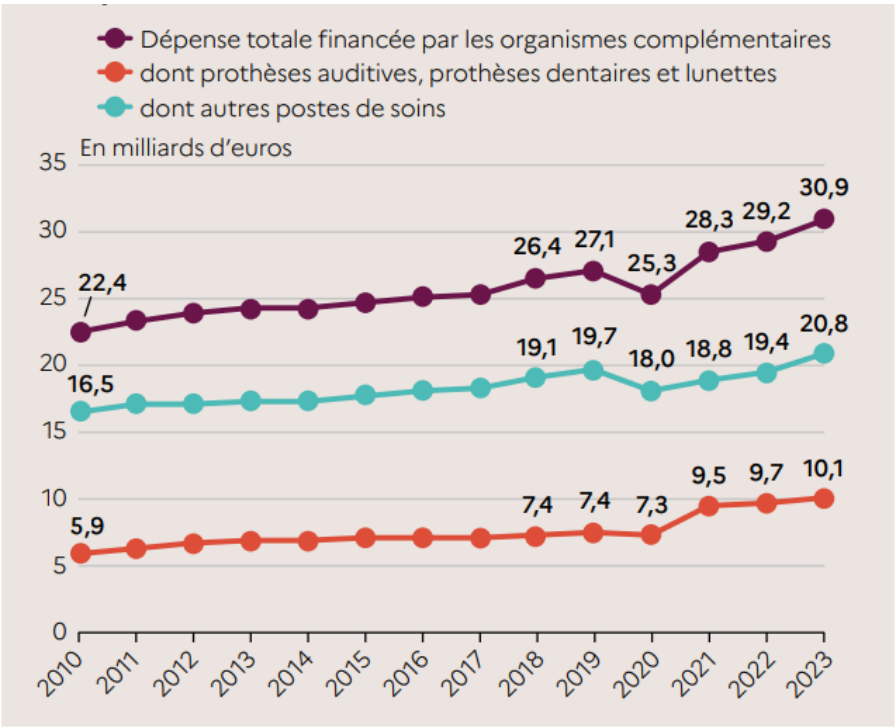
[171] S'agissant des douleurs d'origine vertébrale, il n'y a pas d'efficacité supérieure des manipulations ostéopathiques par rapport à un groupe contrôle bénéficiant, par exemple, de manipulation factices, d'un traitement médical classique ou de conseils hygiéno-diététiques. La plupart de ces études présentent de réelles limites méthodologiques.

[172] Tordrup D. et al., 2022, Global return on investment and cost-effectiveness of WHO's HEAR interventions for hearing loss : a modelling study, The Lancet Global Health, 10 :1 (e52-e62) ; Livingston G. et al., 202, Dementia prevention, intervention, and care : 2024 report of the Lancet standing Commission, The Lancet, 404 :10452 (572-628).

[173] Lapinte A., Solotareff R., Pollak C., 2024, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Edition 2024, Les Panoramas de la DREES.

En conséquence de ce recours accru à ces prestations, les dépenses d'optique, de soins dentaires et notamment d'audioprothèses ont fortement augmenté et ont contribué à la hausse des dépenses de prestations de soins et biens médicaux des OC sur 2020-2023 (Graphique 21)[174].

GRAPHIQUE 21 I DEPENSE FINANCEE PAR LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES, ENTRE 2010 ET 2023



Source : *Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ?*, 2025, DREES
Note de lecture : Pour les prothèses auditives, les dépenses de 2018 et 2019 des organismes complémentaires sont estimées statistiquement, les données n'ayant été récoltées qu'à partir de l'année 2020. Ces montants diffèrent légèrement de ceux publiés dans Lapinte, et al. (2024), en raison d'améliorations méthodologiques effectués dans les comptes de la santé fin 2024 (Arnaud, Lefebvre, 2024).

Ces hausses ont particulièrement contribué au renchérissement des couvertures AMC notamment pour les personnes âgées. La hausse des garanties liées au 100 % santé et la hausse du recours aux soins, particulièrement pour les personnes âgées, s'est accompagnée d'une relative stabilité des garanties hors 100 % santé[175].

---

[174] Entre 2020 et 2023, les dépenses des OC ont augmenté de 980 M€ pour les audioprothèses, 680 M€ pour les soins et prothèses dentaires, et 540 M€ pour l'optique. Ces trois postes représentent, en 2023, respectivement 3%, 22% et 17% des dépenses des OC en 2023.
[175] Certains contrats ont baissé leurs garanties entre 2019 et 2021, par exemple pour les implants dentaires des bénéficiaires de contrats individuels les mieux couverts, pouvant conduire à des hausses de restes à charge pour certains soins hors 100% santé. Dans l'ensemble les dépenses des OCAM ont toutefois fortement augmenté sur les trois postes (+1,6 Mds € pour les prothèses dentaires). Pierre A., Solotareff R., Dauphant F., 2025, Réforme du 100% santé : quels effets

La réforme a aussi pu donner lieu à des pratiques commerciales visant à en contourner la portée (dénigrement de la qualité des prestations 100 % santé ou non-respect des obligations de devis présentant l'option 100 % santé par certains offreurs, etc.), ainsi que des comportements consuméristes et des fraudes, appelant à des actions fortes en matière de renforcement des contrôles et des sanctions. Elle n'a pas réellement permis de modérer les prix des dispositifs concernés :

- les prix de l'optique ont progressé de 4,2 % entre 2019 et 2023, le faible recours aux panier 100 % santé ne permettant pas de compenser les hausses de prix sur le panier libre (montures, verres simples et verres complexes). Ceci peut s'expliquer d'une part par le fait que plus de 9 bénéficiaires de complémentaires santé sur 10 disposaient déjà, avant la réforme, de garanties supérieures au 100 % santé, et par le fait que le plafonnement des prises en charge sur le panier libre est fixé à un niveau élevé, très supérieur aux prix moyens[176] ;
- les prix des soins de dentistes ont progressé de 9,7 % pendant la même période, selon les données du comité de suivi de la réforme. Ceci est le résultat d'une revalorisation des soins conservateurs visant à rééquilibrer l'activité dentaire vers des actes préventifs, d'une diminution du prix moyen de soins prothétiques sous l'effet du 100% santé (inlay-core, prothèses fixes, prothèses amovibles), et d'une hausse de prix de certains soins n'étant pas proposés dans le panier du 100 % santé (bridges, inlay-onlay)[177] ;
- En revanche, en matière d'audioprothèse, le panier moyen s'affiche en baisse, du fait de la réduction des prix limites de vente : le prix moyen d'une aide auditive, incluant et les prestations, a diminué de 13 % entre 2019 et 2022, passant de 1 519 € à 1 324 € (parmi lesquels les appareils du panier 100 % santé sont passés de 1 036 (2019) à 945 € (2022), quand le nombre de personnes ayant été équipées de prothèses auditives a augmenté de 75 % entre 2019 et 2021. Toutefois, d'importants écarts de prix sont constatés entre les pays : ainsi, en Angleterre, le NHS achète en grandes quantités (de l'ordre de 1,5 million par an) sur appel d'offre des aides auditives de premier niveau de gamme comparables au panier 100 % santé pour des prix compris entre 50 et 111 euros pour l'équipement seul (417 euros pour les premières, en y ajoutant le coût du suivi annuel, et 632 euros en y intégrant le coût du suivi complet sur 3 ans en 2018) ; en Suède ces prix obtenus par appels d'offre atteignent 126 € pour l'équipement. Le prix de l'équipement et de la prestation est de 1033 euros en France (où 1,7 million d'aides auditives ont été vendues en 2022) (prix en parité de pouvoir d'achat, Irdes, 2024)[178]. A l'inverse, les prix pratiqués sur le secteur privé non régulé en Angleterre et

---

attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ? Etudes et Résultats, n°1338, DREES.

[176] Voir DREES : Panorama de la complémentaire santé 2024 et Guilloton V., 2023, En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur 10 disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100% santé, Etudes et Résultats n°1260. L'évaluation de la précédente réforme des contrats responsables en 2015 montrait que le plafonnement des garanties avait peu d'effet sur les prix moyens en raison d'une concentration des prix autour du plafond, mais que l'allongement du délai de renouvellement avait conduit à une baisse du nombre de lunettes vendues (Jacquier K., 2018, Réforme des contrats responsables en optique : moins de lunettes vendues et des prix moyens stables, Etudes et Résultats, n° 1096, DREES).

[177] Lapinte A., Solotareff R., Pollak C., 2024, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Edition 2024, Les Panoramas de la DREES.

[178] Pichetti S., d'Estève de Pradel A., Espagnacq M., 2024, Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède,

en Belgique sont généralement plus élevés pour les appareils de gamme moyenne et supérieure. Ainsi, les achats publics en Suède et en Angleterre assurent une offre limitée d'aides auditives avec des restes à charge réduits ou nuls à un coût relativement faible pour le système public, mais conduisent au développement, en parallèle, d'un marché privé attirant une clientèle plus aisée, séduite par une offre beaucoup plus large et souhaitant éviter les files d'attente importantes dans les centres. Le panier 100% santé audiologie français permet quant à lui aux usagers d'accéder à un panier d'aides auditives sans reste à charge plus diversifié que celui pris en charge par les régions suédoises et le système public anglais, et sans file d'attente ; ses prix sont toutefois élevés au regard des prix régulés britanniques et suédois. Cet écart de prix doit être mis en balance de l'écart d'accessibilité de l'offre.

La réforme peut donc laisser subsister des prix excessivement élevés des produits et prestations, pour plusieurs raisons :

- des prix historiquement élevés, en partie du fait d'une spirale inflationniste entre prix pratiqués et niveaux des garanties d'AMC. En effet, l'optique et le dentaire font partie des principaux éléments des différenciation entre les offres proposées par les OC, le caractère qualitatif ou généreux d'une offre peut se mesurer entre autres aux garanties proposées sur ces postes. Les offreurs de produits et prestations ayant tendance à caler leurs prix sur ces garanties, cela nourrit des niveaux tarifaires anormaux ;
- les prix-limites de vente et les plafonds de remboursement sont fixés sur la base d'une connaissance faible, par le régulateur des coûts de production et de distribution des dispositifs, au risque de présenter des inadéquations et de laisser subsister des niveaux de prix élevés ;
- Les outils de régulation sont peu opérants. La possibilité de réduire le PLV du panier 100 % santé en cas de dépassement d'un volume n'a pas été mise en œuvre. La clause de rendez-vous en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques dentaires entre les trois paniers est également peu opérant ;
- La réforme a profondément transformé le financement de certaines prestations, notamment en audioprothèse et en dentaire, avec un recours important aux paniers 100 % santé (57 % en dentaire, 39 % en audiologie) et une division par deux du reste à charge des ménages dans ces deux domaines. En revanche, le panier 100 % santé reste peu mobilisé en optique en optique (18 %). Le 100 % santé a solvabilisé un recours accru aux soins, tout en s'accompagnant d'une hausse de recours aux biens à tarifs libres[179], qui représentent aujourd'hui une part importante des dépenses, à l'exception du dentaire (en tenant compte du panier à tarif maîtrisé, les tarifs libres ne représentent que 20 % des dépenses) : en 2023, les paniers à tarifs libres représentent 94 % de la dépense d'optique et 77 % en audioprothèse.

Questions d'économie de la santé, n°293, IRDES. Ces prix sont recueillis à deux dates différentes. En France, il s'agit des prix appliqués de 2021 à 2025. Au Royaume-Uni, ces prix ont été recueillis en 2018. Les contrats des appels d'offre courent sur une période de 5 ans, et le prix de l'audioprothèse est gelé sur la période. En revanche, il est possible que les éléments de suivi (consultation de généraliste, bilan audiologique, pose des aides, 1er suivi) soient revalorisés au cours du temps.

[179] Lapinte A., Solotareff R., Pollak C., 2024, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Edition 2024, Les Panoramas de la DREES.

TABLEAU 8 I DEPENSE TOTALE DES POSTES DU 100 % SANTE ET PAR PANIER EN 2023

	Dépenses CSBM **En millions d'euros**
Audioprothèses – 100 % santé	453
Audioprothèses - Tarif libre	1542
Audioprothèses – Total	1995
Optique (montures et verres) - 100 % santé	435
Optique (montures et verres) - Tarif libre	6851
Optique (montures et verres) – Total	7296
Prothèses dentaires – 100 % santé	3448
Prothèses dentaires - Tarif maîtrisé	2252
Prothèses dentaires - Tarif libre	1473
Prothèses dentaires – Total	7173

Source : Source : *Comptes nationaux de la santé – Analyses complémentaires*, 2024, DREES,

Le maintien d'une offre majoritairement constituée du tarif libre – voire très majoritairement s'agissant de l'optique – peut résulter de pratiques des offreurs qui peuvent orienter les choix des assurés vers l'offre à tarifs libres qui les rémunère davantage, même si elle se traduit pour les assurés par un reste à charge plus élevé, dans un contexte où les assurés connaissent mal les différences entre types de produits ainsi que le fonctionnement du 100 % santé.

Cette demande induite est facilitée par la solvabilisation par l'AMO et l'AMC de ces offres aux tarifs plus élevés.

Plusieurs mesures peuvent donc être envisagées pour réduire le coût de l'optique, du dentaire et des audioprothèses pour l'AMC :

1. Allonger le délai de renouvellement des équipements optiques[180] (actuellement de 2 ans, à 3 voire 5 ans) voire des renouvellements d'audioprothèses en allongeant le délai de garantie légale ;
2. Activer la clause permettant de diminuer le PLV des audioprothèses ;
3. Doter la régulation d'éléments d'observation et d'analyses des prix de vente des dispositifs médicaux par les fabricants aux distributeurs, et d'analyses de leurs coûts, permettant d'ajuster la tarification au plus juste ;

[180] En précisant que ces délais s'appliquent sauf en cas d'équipement brisé ou d'évolution de la correction.

4. Etendre à l'optique et aux audioprothèses l'interdiction de la publicité définie pour le reste des dispositifs médicaux remboursables ;
5. Inciter les professionnels à promouvoir le 100% santé, par davantage de transparence sur les différences entre les équipements, des recommandations de bonne pratique, et des évaluations médico-économiques, de façon à mieux guider les choix des assurés et objectiver les prix ;
6. Mettre en place, à l'instar du dentaire, un panier à tarif modéré pour les audioprothèses comprenant des prix limites de vente pour les aides auditives de classe 2. Pour ce panier, comme pour le panier à tarifs maîtrisés en dentaire, l'AMC doit rembourser le ticket modérateur (TM), mais est libre de prendre en charge ou non, en totalité ou partiellement, le remboursement des dépassements ;
7. Réduire la prise en charge des paniers à tarifs libres par l'AMC (c'est-à-dire hors paniers 100 % santé et paniers à tarifs maîtrisés). S'agissant de biens où le niveau des garanties de l'AMC tend à fortement orienter le niveau des prix pratiqués, la réduction du niveau de prise en charge des paniers tarifs libres doit avoir pour effets d'une part d'orienter davantage le marché vers les paniers 100% santé (ou à tarifs maîtrisés s'agissant du dentaire) d'autre part de réduire le niveau des prix de ces paniers. Il conviendrait de ne l'appliquer qu'aux biens et prestations disposant d'une alternative thérapeutique dans le panier 100 % santé.

Trois options peuvent être envisagées :

a. Fixer les plafonds de prise en charge des paniers tarifs libres dans le cadre des CSR à des niveaux significativement inférieurs à ceux du panier 100% santé. Cette option réduit l'impact sur les assurés en termes de reste à charge s'ils ont des difficultés à accéder à une offre 100 % santé, mais elle laisse subsister une solvabilisation qui permettrait d'y accéder. Cette option dégrade la lisibilité des contrats ;
b. Supprimer l'obligation (dans le cadre des CSR) de prise en charge du ticket modérateur pour les paniers à tarifs libres. Cette option permettrait aux OC de ne plus prendre obligatoirement en charge les paniers à tarifs libres et créerait donc une pression plus forte pour orienter vers les paniers 100% ou tarifs maîtrisés et/ou modérer les prix des tarifs libres ; une telle option présenterait certes le risque d'un reste à charge accru pour le patient en cas de difficulté d'accès au panier A. Par ailleurs, une telle option n'aurait d'effet sur le marché qu'à condition que l'offre des OC comporte et valorise systématiquement des contrats ne prenant pas en charge ces produits à tarif libre tout en laissant un espace pour la concurrence, la différenciation commerciale entre contrats en termes de degré de couverture, et la liberté de choix des assurés sociaux ;
c. Sortir la prise en charge des paniers à tarifs libres du champ des prises en charge admises dans le cadre des CSR. Cette option est celle qui aurait l'effet régulateur le plus fort sur le marché : elle contraindrait probablement à une bascule massive vers les paniers A et à tarif maîtrisé. En revanche, elle créerait un risque de reste à charge pour les situations de difficulté d'accès aux paniers A au risque de limiter l'accès à des produits innovants.

5.2. La concentration croissante des dépenses de santé sur les affections de longue durée rend nécessaire de réexaminer les différentes modalités d'articulation entre AMO et AMC

Le déséquilibre exceptionnel de l'assurance-maladie aujourd'hui appelle des réponses de long terme.

C'est pourquoi on ne peut ignorer que, au-delà de la résorption souhaitable de ce déficit, notre système doit répondre au défi que représente **l'impact de long terme du régime ALD sur le financement des dépenses de santé.** La conjonction de la hausse de la population affectée de pathologies donnant lieu à reconnaissance d'une ALD, des coûts individuels de traitement des ALD, et de leur prise en charge à 100 % par l'AMO se traduisent à la fois, à politiques inchangées :

- par une part croissante des dépenses en lien avec les ALD dans les dépenses de santé ;
- par une hausse du taux de prise en charge des dépenses de santé par l'AMO ;
- par une polarisation croissante des dépenses de l'AMO autour des dépenses en lien avec l'ALD.

Stabiliser la part des dépenses de santé dans le PIB constitue déjà en soi un objectif exigeant : une telle stabilisation n'a été obtenue depuis 2010 qu'au prix d'efforts continus. Les pays développés ayant réussi à baisser la part de la dépense courante de santé dans le PIB constituent des exceptions[181].

Il en résulte que, si l'architecture de prise en charge et le régime des ALD restent inchangés, nous devrons faire un choix collectif entre :

- accroître les prélèvements obligatoires affectés à l'AMO (sans que cela se traduise par une amélioration du niveau de prise en charge individuel) ;
- ou réduire la prise en charge des soins hors ALD à un point qui soulève des difficultés en termes de justice, d'accès aux soins et d'efficience du système : la séparation entre « gros risque » et « petit risque » n'a pas de sens en termes de santé, la réduction de la prise en charge des soins courants par l'AMO fragiliserait l'accès à des soins essentiels à la préservation de la santé et exacerberait les enjeux d'équité et d'accessibilité financière de l'acquisition de la couverture complémentaire.

Cette évolution structurelle des prises en charge amène à réinterroger les principes de prise en charge par l'AMO, soit en examinant différentes évolutions possibles des modalités de couverture des restes à charge élevés dans le cadre de l'architecture actuelle, soit dans le cadre d'autres scénarios d'articulation entre assurance-maladie obligatoire et assurance-maladie complémentaire.

Ce chapitre présente de façon très synthétique les principaux avantages et limites de scénarios polaires tels qu'ils ont été analysés dans le rapport de 2022. **Il est ici rappelé que le Hcaam ne soutient explicitement aucun de ces scénarios et qu'ils n'engagent pas les membres du Haut Conseil qui, à aucun moment, n'ont eu à se prononcer collectivement sur l'un ou l'autre de ces scénarios**.

[181] Seuls l'Irlande, le Danemark et la Norvège sont dans cette situation sur la période 2010-2022 selon les données internationales présentées par la DREES dans les comptes nationaux de la santé.

5.2.1. Dans le cadre de l'architecture actuelle AMO/AMC, les réflexions tournent autour des évolutions possibles du régime ALD

5.2.1.1. Le dispositif des ALD rencontre d'importantes limites

Les améliorations doivent principalement répondre aux limites du dispositif de limitation des restes à charge élevés que sont les affections de longue durée (ALD).

Ce dispositif poursuit un objectif légitime de limitation des restes à charge les plus élevés.

Pour autant, il présente des limites connues :

- il n'empêche pas l'existence de situations de reste à charge avant AMC très élevés, que ce soit pour des personnes n'étant pas en ALD ou pour des patients en ALD. Du fait d'un niveau important de dépenses de soins hors ALD[182], les patients en ALD présentent en effet un reste à charge avant AMC supérieur de 80 % aux patients non ALD. Ainsi, 0,1 % des patients en ALD connaissent un reste à charge moyen de 12 000 €. La couverture par une complémentaire santé reste donc indispensable pour les patients en ALD pour éviter les restes à charge potentiellement catastrophiques pour ces assurés. Or, le régime ALD peut conduire certains patients à ne pas souscrire de couverture complémentaire en croyant être protégés par l'ALD, et à être confrontés ensuite à des restes à charge élevés (cet élément, conjugué au coût de la complémentaire santé pour les personnes âgées, peut contribuer à la proportion plus élevée de personnes non couvertes parmi les retraités modestes) ;
- son caractère binaire (exonération ou non de ticket modérateur) a pour conséquence de rendre non pilotable l'évolution de la part de prise en charge par l'AMO qu'induit le développement des pathologies chroniques et le renchérissement de leurs prises en charge. La conséquence en est un risque accru de concentration de l'assurance-maladie sur la prise en charge des affections de longue durée, les mesures de régulation passant par une hausse de la participation financière des assurés étant concentrées sur le périmètre hors ALD. Cela accroît l'écart de couverture entre soins sans ALD et soins hors ALD ;
- la liste des ALD, faute de révision, ne correspond plus totalement aux critères de longue durée ou de condition de thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- la gestion du périmètre des ALD (périmètre des affections, périmètre des produits et prestations bénéficiant de l'exonération de ticket modérateur) est très consommatrice de temps administratif et médical et donne lieu à des disparités de pratiques, source d'inégalités entre patients.

5.2.1.2. Créer un double régime d'ALD

Le rapport Igas-IGF de septembre 2024 sur les ALD propose d'introduire deux niveaux de régime ALD, en créant un premier niveau pour les ALD sans traitement très coûteux mais susceptible d'évoluer vers une forme grave et coûteuse. Pour le premier niveau, l'exonération de ticket modérateur serait recentrée sur les produits et prestations à visée préventive, pouvant inclure des activités non

[182] Les dépenses des soins sans rapport avec l'ALD représentent un tiers des dépenses remboursables de soins des patients en ALD.

remboursées comme l'activité physique adaptée ; ce niveau d'ALD donnerait lieu à un suivi renforcé reposant notamment sur l'éducation thérapeutique du patient. Le second niveau serait inchangé.

Une telle réforme supposerait un important travail des administrations et de la haute autorité de la santé (HAS) pour établir les conditions d'éligibilité à l'un et l'autre niveau.

Selon le rapport cité, elle permettrait une économie comprise entre 0,4 et 0,6 Md€ pour l'AMO.

Toutefois, une telle réforme constitue un pur transfert AMO/AMC, pouvant renchérir le coût des complémentaires santé notamment pour les personnes âgées. Le renforcement de l'effort préventif mis en avant suppose d'une part que la disponibilité de professionnels pour assurer ce suivi renforcé et une observance de la part des patients.

5.2.1.3. Plusieurs options alternatives au régime ALD actuel peuvent être envisagées pour répondre aux objectifs de limitation des restes à charge élevés

Remplacer l'exonération des soins en ALD par un ticket modérateur réduit pour les personnes en ALD.

Une option consisterait à remplacer, pour les patients reconnus en ALD, l'exonération de ticket modérateur appliquée sur les prescriptions en lien avec l'ALD, un ticket modérateur spécifique aux patients en ALD, s'appliquant sur l'ensemble de leurs soins (qu'ils soient ou non en lien avec l'ALD), défini à partir du taux moyen de reste à charge des patients ALD.

Une telle évolution permettrait de rendre pilotables l'évolution des taux de remboursement : alors que le système actuel conduit à concentrer les évolutions sur les soins hors ALD, un tel dispositif permettrait de choisir comment répartir une évolution des taux de remboursement entre patients ALD et patients non-ALD. Elle constituerait une simplification en supprimant la gestion du périmètre des produits et prestations bénéficiant de l'exonération de ticket modérateur. Elle présente toutefois le risque d'effets redistributifs importants entraînant des restes à charge très élevés pour certains patients. Il pose la question de l'assurabilité des patients ALD âgés sur le marché privé, dont le risque à âge donné est aujourd'hui comparable aux assurés du même âge[183].

Par ailleurs, elle réduirait l'intérêt des pouvoirs publics à agir sur l'augmentation des dépenses globales des ALD. En rendant possible des transferts de l'AMO vers l'AMC pour la population en ALD, elle viendrait augmenter le coût de la complémentaire santé pour les seniors (65% des personnes en ALD ont au moins 60 ans). Elle n'aurait donc pas d'impact sur la dépense globale, sa dynamique et son efficience.

5.2.2. Remplacer le mode de couverture des restes à charge élevés que représente le régime ALD par un dispositif de bouclier sanitaire

La question d'une révision du dispositif de limitation des restes à charge élevés amène à réinterroger le dispositif des ALD au profit de son remplacement par un bouclier sanitaire, c'est-à-dire un plafonnement annuel des participations des assurés sur le champ des montants remboursables :

- en-deçà d'un plafond de participations des assurés sur le champ des montants remboursables

[183] Adjerad R., Courtejoie N., 2021, Des restes à charge après AMO comparables entre patients âgés avec et sans ALD, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures, Etudes et résultats, n°1180, Drees.

- incluant le ticket modérateur, les franchises et les participations forfaitaires), les règles de participation actuelle seraient maintenues ;
- au-delà de ce plafond, la prise en charge des montants remboursables par l'AMO serait de 100 %[184].

Une telle réforme permettrait de garantir, mieux que le dispositif des ALD, l'absence de restes à charge extrêmes sur le champ des montants remboursables. Elle permettrait de se dispenser de la gestion du périmètre des ALD. Elle permettrait d'apporter une réponse à la question difficile du reste à charge à l'hôpital. Elle permettrait de mieux piloter l'effet de mesures de réduction du périmètre de l'AMO, en donnant le choix entre des mesures de ticket modérateur ou de franchise/participation forfaitaire, un relèvement du plafond, ou une combinaison des deux.

D'après le rapport Igas-IGF déjà cité, le niveau de plafond financièrement neutre pour les finances publiques se situe entre 500 et 1 000 € par an.

Une telle réforme présente toutefois des limites :

- elle induirait une redistribution entre patients par rapport à la situation actuelle, avec des perdants parmi les patients en ALD (supérieur à 80 % pour un plafond à 1 000€ selon le rapport Igas-IGF). Les personnes atteintes de pathologies chroniques pourraient atteindre plusieurs années de suite le plafond de reste à charge, subissant de ce fait un effet cumulatif sur leur situation financière : c'est pourquoi, en Allemagne, le plafonnement annuel est complété d'un plafonnement pluriannuel ;
- dès lors que le bouclier ne porte que sur la dépense remboursable, le reste à charge effectif pour le patient serait plus élevé que le plafond du bouclier sanitaire du fait des dépassements d'honoraires et des écarts possibles entre tarif de référence et prix réel (en matière d'optique, de dentaire et d'audioprothèse) – avec un risque de moindre lisibilité du système pour les assurés ;
- en rendant prévisible le reste à charge maximal sur le champ des dépenses remboursables, il pourrait conduire à une désaffiliation vis-à-vis de la complémentaire santé d'assurés bien portants et peu averses au risque, avec dès lors un risque possible de démutualisation sur le marché de la complémentaire santé du fait de la concentration des dépenses non remboursables (dépassements d'honoraires notamment) sur certains patients ;
- en rendant pilotables les effets des mesures de transfert de l'AMO vers l'AMC ou les patients, il pourrait les rendre plus faciles à réaliser, au risque de pénaliser financièrement l'accès aux soins courants pour des personnes recourant peu aux soins et les patients précaires non éligibles à la C2S. En cas de transferts répétés, le bouclier sanitaire tend vers une super-franchise en base.

La mise en place d'un bouclier sanitaire supposerait de déterminer si le plafond est uniforme ou modulé selon les revenus : les deux options peuvent s'envisager, un bouclier sanitaire n'implique pas nécessairement une différenciation ou non de celui-ci.

---

[184] Voir notamment le rapport de R. Briet, B. Fragonard et P-J. Lancry du 28 septembre 2007 Mission bouclier sanitaire, P-L. Bras, É. Grass, O. Obrecht de 2007 : « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », Droit social, 2007, G. De Lagasnerie et P-Y. Geoffard, 2012, « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation », Economie et Statistique n°455-456.

Un plafond uniforme aurait pour inconvénient de laisser un reste à charge proportionnellement plus élevé pour les ménages modestes mais non éligibles à la C2S ; il impliquerait un taux d'effort des ménages (hors contribution au financement de l'AMO) décroissant avec les revenus.

Un plafond modulé selon les revenus pourrait induire un niveau de plafond élevé pour certains ménages, au risque d'affaiblir significativement la couverture offerte par l'assurance-maladie pour ces ménages et donc l'adhésion autour du système. L'universalité de principe de la couverture par l'assurance-maladie constitue un élément important dans le consensus social qu'elle génère. Réduire la protection qu'elle apporte pour certains ménages du fait d'un plafond plus élevé pourrait remettre en cause ce consensus.

5.2.3. Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée

Ce scénario reviendrait à achever la logique de généralisation de la couverture complémentaire santé, en l'étendant aux populations aujourd'hui non concernées. Il consacre le couple AMO/AMC comme étant le socle de la protection sociale en matière de santé.

Il reposerait sur la juxtaposition d'un socle commun de garanties obligatoires à tous les contrats, et la proposition par les OC de garanties supplémentaires facultatives qui constitueraient un 3ème étage.

Ce scénario peut comprendre plusieurs variantes :

- soit la tarification du contrat socle pourrait être libre, la standardisation favorisant la concurrence en prix pour un bien homogène (Dormont et al. 2014[185]) ;
- soit elles pourraient reposer sur une tarification au risque collectif, assurant l'équilibre à l'échelle nationale, en supprimant par exemple la tarification à l'âge ;
- soit elles pourraient rester libres mais devoir respecter un écart maximal entre la prime la plus basse et la plus élevée.

Un tel scénario permettrait de remédier aux inégalités de conditions d'accès selon la situation professionnelle et, selon la variante retenue, de limiter le renchérissement de la complémentaire pour les personnes âgées. En garantissant une meilleure équité dans l'accès à la couverture complémentaire, il rendrait plus acceptables des évolutions de périmètre entre AMO et AMC notamment pour répondre à la part croissante des ALD dans les prises en charge AMO.

Ce dispositif ressemble à l'organisation en trois étages de la retraite en France (retraite de base, retraite complémentaire obligatoire, retraite supplémentaire) ou à la prise en charge des frais de santé en Belgique.

Le scénario chiffré par le Hcaam avec des primes forfaitaires aboutit à un effet redistributif favorable aux assurés âgés.

Il présente toutefois pour inconvénients d'aboutir à reclasser en prélèvements obligatoires les cotisations d'assurance complémentaire en santé (soit une hausse du taux de prélèvements obligatoires de 1,5 point de PIB), d'accroître le coût du travail et de réduire la liberté de choix dans le niveau de couverture.

[185] Dormont B., Geoffard P-Y., Tirole J., 2014, Refonder l'assurance-maladie », Note du conseil d'analyse économique, n°12.

Un tel scénario possède donc des propriétés comparables à un scénario d'accroissement des taux de remboursement par l'AMO, à la différence notable qu'il maintient à l'identique les coûts de gestion qu'implique l'architecture actuelle résultant de la superposition d'un étage d'AMO et d'un étage d'AMC assuré par plusieurs gestionnaires. Il présente également les mêmes défauts, en particulier celui de ne pas traiter des déterminants de la dépense globale.

5.2.4. Accroître les taux de remboursement de la sécurité sociale

Ce scénario vise à clarifier le rôle de chacun :

- l'AMO pour les besoins de protection commune ;
- les AMC pour des besoins spécifiques, notamment ceux générés par les situations professionnelles ou territoriales.

En effet, aujourd'hui, pour une part significative des personnes couvertes, l'intervention de l'AMC se limite à rembourser le reste à charge sur la base de remboursement de la sécurité sociale.

Dès lors que l'intervention de l'AMC serait recentrée sur des besoins spécifiques, les contraintes réglementaires auxquelles elle est soumise pourrait être allégée et les aides socio-fiscales à l'acquisition d'une complémentaire pourraient être réduites voire supprimées.

Un tel scénario éviterait l'impact mécanique des ALD sur le taux de prise en charge par l'AMO : la dépense d'AMO évoluerait plus spontanément comme la dépense de santé

En outre, ce scénario vise plusieurs objectifs :

- renforcer l'équité verticale dans le financement en substituant aux primes d'assurance des contributions proportionnelles aux revenus ;
- limiter les renoncements aux soins et leurs conséquences délétères au niveau sanitaire en offrant à tous une couverture à 100 % du panier de soins admis au remboursement, autrement dit renforcer l'équité horizontale dans la consommation (« à chacun selon ses besoins »), en garantissant l'accès financier aux soins à l'ensemble de la population, alors que « l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins »[186];
- simplifier le système, permettant de réduire la charge administrative pour les assurés et les offreurs de soins ;
- faciliter les réformes des modes de rémunération des professionnels et des établissements vers des formes mixtes (alliant notamment rémunération forfaitaire et paiement à l'acte).

Une telle réforme conduirait assurément à une contraction très importante du marché de la complémentaire santé sous un double effet : une réduction mécanique de son champ d'intervention ; la désaffiliation d'un certain nombre d'assurés et d'entreprises qui ne trouveraient plus utile le cas échéant de souscrire une assurance complémentaire santé. Son impact sur l'économie des opérateurs concernés, sur l'emploi et ses différents effets de second tour sur les finances publiques ne doivent pas être négligés.

---

[186] C Després et al. « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », Questions d'économie de la santé, IRDES, 2011 et M. Castry et al. « Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières des étudiants – une analyse à partir de l'étude i-Share », Revue d'économie politique 2019.

Si ce scénario accroît donc la dépense d'AMO et le niveau des prélèvements obligatoires, il permet une réduction significative de la dépense courante de santé incluant les frais de gestion de la santé. Il permettrait à la collectivité de récupérer l'économie offerte par la suppression d'une fraction importante des charges de gestion des complémentaires (qui représentent 8,3 Md € en 2023). Cette fraction était chiffrée à 70% dans le rapport du Hcaam de 2022.

Cette économie pourrait :

- soit être affectée aux acteurs économiques contribuant au financement de l'AMO et de l'AMC (ménages et entreprises) : c'était le scénario retenu par le Hcaam dans son rapport de 2022. Une majorité de ménages et d'entreprises cesserait de payer des cotisations à l'AMC, réalisant une économie supérieure à la hausse de prélèvements obligatoires affectée à l'AMO nécessaire au financement de la prise en charge des tickets modérateurs ;
- soit bénéficier, indirectement, à la réduction du déficit de l'AMO, conformément à l'objectif de la saisine du Premier ministre adressée aux Hauts conseils. En effet, à niveau inchangé de contributions à l'AMO et à l'AMC, la baisse des primes créerait un espace pour accroître les prélèvements obligatoires affectés à l'AMO, permettant indirectement d'orienter l'effet de la réduction des coûts de gestion de l'AMC vers la réduction du déficit de l'AMO.

Comme les autres scénarios de périmètre, ce scénario n'aurait pas en soi d'impact sur la dépense globale, sa dynamique, son efficience et sa qualité. Il entraîne des effets redistributifs entre ménages et entreprises (dépendant des prélèvements retenus).

Il est rappelé que les travaux du Hcaam publiés en 2022 ne contenaient pas de projection prospective qui serait nécessaire pour appréhender les capacités financières de l'AMO à accompagner les innovations et les évolutions des besoins des assurés sociaux et la rémunération des professionnels de santé. L'importante réduction du champ d'intervention des complémentaires réduirait leur capacité à développer des prises en charge innovantes. La question des dépassements d'honoraires constituerait un enjeu crucial. Dans un scénario où les dépassements d'honoraires ne seraient pas couverts par l'AMO pourrait se développer une AMC duplicative, à l'instar de la Grande-Bretagne où s'est développée, aux côtés d'un système public d'assurance, une assurance privée permettant un accès privilégié à des soins échappant à la régulation tarifaire publique.

5.2.5. Décroisement entre les domaines d'intervention de l'AMO et de l'AMC

Ce scénario part du constat que, pour une majorité de leurs prestations, notamment pour les contrats individuels, le rôle des organismes complémentaires se limite à rembourser les copaiements des tarifs de responsabilité (tickets modérateurs, forfaits journaliers à l'hôpital) laissés par la Sécurité sociale, sans réelle possibilité de contractualiser avec les professionnels de santé ou de gérer le risque. La régulation actuelle des contrats responsables contraint les organismes complémentaires à prendre en charge ces copaiements. Sur cette partie de leur activité, leur apport consiste alors à favoriser l'accès financier aux soins, résultat qui pourrait être obtenu de manière plus efficiente par une simple suppression de ces copaiements.

La très forte diffusion dans la population de l'AMC sur un co-paiement avec l'AMO constitue plutôt une spécificité française :

La population couverte par une assurance-maladie privée est inférieure au taux de couverture français dans la plupart des systèmes étrangers ;

dans les pays à systèmes nationaux de santé, elle joue un rôle « duplicatif » c'est-à-dire qu'elle permet un accès à des offreurs de soins privés (plus rapidement, avec un meilleur confort) ;

dans les pays à système d'assurance-maladie publique, elle peut jouer un rôle comparable à celui qu'elle joue en France (Slovénie, Luxembourg), mais peut aussi concentrer son intervention sur des prestations non couvertes par l'AMO.

Le scénario de décroisement se rapprocherait de l'exemple du Canada, où environ deux tiers de la population est couverte par une assurance supplémentaire privée qui prend en charge les soins non couverts par le système public (médicaments, soins et prothèses dentaires, audioprothèses, lunettes, une partie des soins paramédicaux et des dispositifs médicaux…).

Ce scénario a pour objectif de clarifier les rôles de l'AMO et des organismes d'assurance privés d'autre part, de simplifier radicalement la régulation actuelle, et de s'appuyer sur ces organismes d'assurance privés pour l'accès aux soins de la population sur leur panier de soins.

En particulier, dans ce scénario, la concurrence entre organismes privés les inciterait à déployer leurs efforts de structuration de l'offre et de contractualisation sélective avec les offreurs de soins, à travers notamment les réseaux de soins, mais aussi de services à destination des assurés et de diffusion du progrès technique centrés sur ce panier de soins.

Ce scénario redonne des marges de liberté :

- Pour les organismes privés de construire leur offre de contrat, de contractualiser avec les professionnels de santé sur leur panier de soin ;
- Pour les assurés de choisir leur contrat d'assurance privée en fonction de leurs besoins et de leurs préférences.

Ce scénario peut permettre de supprimer les charges de gestion qu'induit la double liquidation.

Un tel scénario repose sur l'hypothèse qu'un seul acteur pleinement responsable de la régulation d'un secteur sera plus à même d'améliorer l'efficience des prestations que l'intervention croisée actuelle. Il supposerait que les AMC disposent de tous les leviers de gestion du risque nécessaires à leur activité pour piloter la dépense, négocier les tarifs, lutter contre la fraude, mettre en place des actions ciblées de prévention, etc.

Il supposerait de porter à 100 % du tarif remboursable le niveau de remboursement par l'AMO du panier de soins sur lequel elle continuerait à intervenir, et de supprimer sa participation à la prise en charge des soins et prestations situées hors de son périmètre.

Dans le rapport de 2022, l'intervention des assureurs privés était ainsi recentrée sur les éléments sur lesquels ils sont aujourd'hui seuls (dépassements d'honoraires, suppléments en cas d'hospitalisation) ou majoritaires (optique, dentaire, audioprothèses, médicaments à SMR modéré, voire médicaments à 65 % hors ALD). Un tel scénario accroîtrait légèrement le périmètre de l'AMO et induirait une faible substitution de prélèvements obligatoires affectés au financement de l'AMO à des cotisations destinées à l'AMC. Il conduirait à une baisse du degré de couverture par l'assurance-maladie complémentaire et donc à une réduction des coûts de gestion, difficilement modélisable, mais qui pourrait bénéficier indirectement à la réduction du déficit de l'AMO via une hausse des prélèvements obligatoires et une baisse des primes, en maintenant un niveau de financement identique entre AMO et AMC (selon le même raisonnement que dans le scénario précédent).

Une variante pourrait constituer à transférer à l'AMC des prestations dont on considère qu'elles pourraient être mieux régulées par les assureurs privés, qui ne seraient pas soumis aux mêmes contraintes politiques que celles auxquelles est soumis le régulateur de l'AMO. Un tel argument pourrait par exemple plaider pour confier aux assureurs le soin de réguler les transports sanitaires.

Enfin, ce scénario de décroisement pourrait être envisagé dans le cadre d'une refonte du partage des rôles entre employeurs et AMO sur le champ du risque d'incapacité temporaire de travail (cf. supra). Une prise en charge complète par l'employeur des arrêts maladie de courte durée, le cas échéant dans un cadre mutualisé auprès d'assureurs, répondrait aux objectifs de responsabilisation accrue de l'employeur sur l'absentéisme maladie de courte durée et d'une plus grande cohérence des interventions entre l'AMC, repositionnée sur une couverture dans un cadre professionnel de risques en lien avec le travail, et l'AMO repositionnée sur des dépenses appelant un financement universel.

***

Ces scénarios polaires, présentés de façon très synthétique, ne font pas consensus parmi les membres du Hcaam. L'architecture actuelle de prise en charge présente plusieurs limites connues, en termes d'équité, de cohérence, de coût, et tant la situation financière de l'assurance-maladie que sa part croissante dans la prise en charge des dépenses de soins appellent à repenser cette architecture.

Au vu de l'imbrication très forte de cette architecture avec le champ professionnel et de ses multiples effets, une telle refonte supposerait au préalable une négociation interprofessionnelle.

5.3. Conclusion

L'examen des leviers mobilisables pour retrouver l'équilibre financier de l'assurance-maladie montre que de multiples solutions existent et que la voie du retour à l'équilibre est atteignable. L'ampleur historique du défi est toutefois telle que nous ne sommes pas dans la situation de pouvoir choisir entre certains moyens à l'exclusion d'autres : il faut mobiliser l'ensemble des instruments disponibles.

Il montre tout d'abord que ce retour à l'équilibre, sans dégrader l'accès de la population à la santé et même en lui permettant de continuer à bénéficier des progrès scientifiques, suppose une transformation profonde du système de santé : de son organisation, de sa structuration, de ses modes de financement et de régulation. La plupart des propositions s'inscrivent dans un horizon de moyen / long terme.

Par ailleurs, les leviers relatifs à la seule efficience du système de santé, s'ils doivent être activés résolument et mobilisés de façon plus effective que jamais, ne suffiront pas à ramener l'assurance-maladie à l'équilibre : le quantum d'économies d'efficience identifié, de façon volontariste, par la Cour des comptes dans sa note de synthèse d'avril 2025, permet tout juste de documenter les économies nécessaires pour contenir la progression de l'Ondam à un niveau permettant de stabiliser le déficit, face à la dynamique structurelle des dépenses de santé, résultant de la démographie, de l'épidémiologie et de l'innovation, et de la dérive spontanée du taux de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance-maladie obligatoire. Cela ne représente qu'un peu moins de la moitié de l'effort nécessaire pour ramener l'assurance-maladie à l'équilibre à horizon 2029.

Partant de là, le reste de l'effort devra être réalisé :

* soit par des mesures de périmètre d'une telle ampleur qu'elles constitueraient une véritable remise en cause de notre système de prise en charge de santé, et même de sa régulation, sans accroître en rien son efficience ;

* soit par un relèvement des ressources allouées à l'assurance-maladie, comme cela a été réalisé au cours de la décennie 2010.

Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du Hcaam (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du Hcaam
https://www.securite-sociale.fr/hcaam

Contact
hcaam@sante.gouv.fr – 06 59 44 15 49

Adresse postale HCAAM
78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 -
75739 PARIS cedex
Locaux HCAAM
78-84 rue Olivier de Serres
75015 PARIS

HAUT-COMMISSARIAT
À LA STRATÉGIE
ET AU PLAN
Liberté
Égalité
Fraternité