

La santé des Français : sortir de l'impasse

Nicolas Revel,
*Directeur général de
l'Assistance publique –
Hôpitaux de Paris
(AP-HP)*

26 mai 2025

Alors que l'on célèbre cette année les 80 ans de la Sécurité sociale, les inquiétudes sur la soutenabilité de notre système de soins se multiplient. Le déficit de la branche maladie atteint un niveau record hors crise sanitaire, alors qu'un mur démographique et épidémiologique se profile à l'horizon. Les solutions purement comptables et les facilités de court terme ne permettront ni de résoudre l'équation financière ni de relever les défis qui se présentent. Un autre modèle est à inventer. Selon Nicolas Revel, il doit se construire autour d'une nouvelle organisation du suivi des pathologies chroniques et faire le pari de la qualité des soins comme vecteur essentiel d'attractivité pour les soignants et de maîtrise des dépenses de santé.

Le système de santé français se trouve confronté à une forme de paradoxe aussi tenace que douloureux : **nous consacrons aux dépenses de santé une part de notre richesse nationale qui nous situe, derrière les Etats-Unis et l'Allemagne, au 3^e rang des pays de l'OCDE (11,8 %)** et notre niveau de couverture sociale de ces dépenses conduit à un reste à charge pour les patients parmi les plus faibles du monde (20 % après remboursement par l'assurance maladie, ramené à 7,5 % si l'on y ajoute l'intervention des assurances complémentaires) ; or, dans le même temps, **l'appréciation portée par nos concitoyens sur le fonctionnement de notre système de santé n'a jamais été aussi critique**, qu'il s'agisse des difficultés exprimées par les patients pour accéder aux soins dans de bonnes conditions ou du ressenti des professionnels de santé sur la dégradation de leurs conditions d'exercice ; **ajoutons-y l'incapacité du système à assurer l'équilibre financier de la branche maladie** dont le déficit annoncé à 15 Mds en 2025 n'a jamais atteint un tel niveau (hors crise Covid).

Plus inquiétant encore, cette tension de plus en plus spectaculaire entre les besoins de santé et les ressources humaines et financières mobilisables pour y répondre risque de se transformer en une équation potentiellement impossible à résoudre dans les décennies à venir, par l'effet d'un cumul de facteurs démographiques et épidémiologiques.

La dynamique « spontanée » des besoins et donc des dépenses de santé devrait en effet s'accélérer dans les 20 prochaines années par l'effet du vieillissement inéluctable de la population. La part des 60 ans et plus dans la population était de 19% en 1900, elle est aujourd'hui de 27% et devrait atteindre 32% en 2040. Plus âgée et donc plus souvent malade, cette population exigera davantage de soins. Mais ce n'est pas le seul facteur : **la prévalence croissante de nombreuses pathologies – cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, troubles psychiques – y contribue aussi indépendamment du facteur démographique.** Cette augmentation de la prévalence de nombreuses maladies est portée par des évolutions épidémiologiques bien connues liées au style de vie, à l'alimentation, à la consommation de tabac et d'alcool, ainsi qu'à des facteurs d'exposition à des risques environnementaux. Il faut s'attendre à ce que les maladies chroniques qui frappent déjà près de 25 millions de personnes en France pèsent plus encore qu'aujourd'hui sur la demande de soins.

Au total, les projections à moyen-long terme dessinent une trajectoire préoccupante et quasi-explosive. **C'est un véritable mur démographique et épidémiologique qui se profile à**

l'horizon des 25 prochaines années. Et en l'état de nos moyens, de nos méthodes et de nos organisations, nous ne serons pas en capacité de le franchir.

Nous avons deux défis à relever si nous voulons y parvenir : **celui de l'offre de soins** au sens des moyens humains et des compétences professionnelles dont nous aurons besoin pour tout simplement permettre aux malades d'être pris en charge ; et **celui de la soutenabilité économique** d'un système de santé dont nous souhaitons qu'il reste accessible, solidaire mais aussi financièrement équilibré.

Sur ces deux grands enjeux, le système de santé français n'est aujourd'hui pas prêt et appelle la mise en place d'une stratégie qui s'éloigne des solutions comptables ou des facilités de court terme, rentre dans la complexité des pratiques et des organisations et surtout fasse délibérément le pari de la qualité comme vecteur essentiel d'attractivité pour les soignants et de régulation des dépenses de santé.

Premier objectif : attirer et fidéliser des professionnels en nombre suffisant

La première des attentes de nos concitoyens vis-à-vis des responsables publics en matière de santé est simple : faire que les malades puissent trouver des soignants en nombre suffisant pour les prendre en charge, dans les métiers et les spécialités correspondant aux besoins, accessibles aussi bien géographiquement que financièrement. Nous n'y sommes pas aujourd'hui.

La tension est d'abord quantitative et globale : en France, **le nombre de soignants rapporté à la population reste sensiblement inférieur à celui d'autres pays de l'OCDE comme l'Allemagne** ou d'autres pays européens. Mais cette tension va bien au-delà de ces chiffres globaux. Elle prend une dimension encore plus critique quand on la décline par territoires et par disciplines médicales. A ce titre, elle dépasse très largement le seul enjeu de la pénurie en médecins généralistes au sein des territoires désignés comme des déserts médicaux.

Ce sont aujourd'hui de nombreuses professions de santé qui sont en réalité en tension, sur des parties très étendues du territoire, y compris au cœur de la région parisienne d'ailleurs, mais aussi de nombreuses spécialités médicales comme la pédiatrie, la psychiatrie, la gynécologie, la néonatalogie, l'anatomo-pathologie, l'oncologie et

bien d'autres encore... C'est également la capacité du service public hospitalier à garantir dans les années à venir une offre médicale de qualité mais aussi la continuité des soins dans des spécialités soumises à des exigences particulières en termes de gardes et d'astreintes, qui est en cause.

Comment faire ? Bien-sûr, **nous aurons besoin d'augmenter le nombre de professionnels en exercice** et ainsi d'ouvrir davantage de places dans les formations médicales et paramédicales, mais en veillant à ne pas tomber dans plusieurs pièges. On peut en identifier trois principaux.

La première erreur serait de vouloir ouvrir les vannes de la formation initiale sans réflexion fine sur ce que sera la réalité des besoins dans les décennies à venir. De ce point de vue, l'objectif annoncé de former jusqu'à 16 000 nouveaux médecins chaque année, au lieu d'environ 8 000 en 2017 et 10 000 aujourd'hui, justifierait d'être sérieusement étayé. Un tel objectif de 16 000 reviendrait en effet à projeter d'ici une dizaine d'années qu'au sein d'une classe d'âge, 1 jeune sur 50 aurait vocation à devenir médecin. Cela correspond-il à la réalité des besoins ? Cette question peut sembler saugrenue à la lumière des tensions actuelles mais qu'en sera-t-il en 2036 et au-delà quand les médecins partant en retraite seront moins nombreux et que les nouveaux diplômés sortiront de leurs 10 années d'études ? Nul doute que nous aurons besoin de plus de médecins compte tenu de la progression de la population âgée et de la moindre amplitude de travail des nouvelles générations. Mais soyons aussi attentifs aux évolutions technologiques qui vont s'accélérer avec notamment le potentiel de développement de l'intelligence artificielle au service du soin et surtout le déploiement des délégations de tâches et compétences qu'il est urgent de promouvoir entre médecins et autres professions de santé.

Car **s'il y a bien une urgence** – a fortiori pendant les 10 prochaines années nécessaires à la formation d'un médecin – **c'est d'avancer sans attendre et de manière très volontariste dans la voie de la délégation médicale et de la pratique avancée dans les métiers infirmier et de rééducation**, en poussant au développement de compétences nouvelles correspondant à des niveaux situés entre bac +3 et bac +5. Que l'on se situe dans le champ de la prévention, des soins courants, du suivi des patients chroniques, et bien d'autres encore, le potentiel est énorme pour améliorer les prises en charge et décharger les médecins. Ces derniers y ont été longtemps opposés, d'abord frontalement puis de manière

plus feutrée, mais les choses bougent dès lors que cela s'inscrit dans des organisations de soins parfaitement coordonnées, voire intégrées, entre professionnels.

La première des urgences me semble être de **lancer un plan massif de développement professionnel autour de ces métiers, pour en augmenter le nombre et le champ d'intervention, avec des effets potentiels dès les toutes prochaines années**. Cela suppose enfin d'ouvrir, à travers l'alternance et la valorisation des acquis de l'expérience professionnelle, les conditions dans lesquelles les professionnels paramédicaux pourraient être beaucoup plus nombreux à accéder à ces compétences complémentaires, sans avoir forcément interrompre complètement leur activité, à un stade déjà avancé de leur parcours, pour repartir une ou deux années complètes en formation.

La deuxième erreur serait d'augmenter le nombre de professionnels de santé en s'exonérant de la question difficile du choix de leur discipline, de leur cadre d'exercice et de leur territoire d'implantation. Pour formuler les choses de manière délibérément provocatrice : avons-nous réellement besoin d'augmenter le nombre de cardiologues, d'ophtalmologues ou plus encore de dermatologues esthétiques exerçant, évidemment en secteur 2, dans les centre-villes de nos grandes métropoles ? Pire encore, comment éviter que les médecins généralistes que nous formons ne se consacrent, quelques années plus tard, à la médecine du bien-être, la nutrition ou la sophrologie, comme on le voit déjà dans beaucoup de cabinets de ville ? Cela pose la question de la gestion prévisionnelle des besoins entre les différentes spécialités médicales et chirurgicales dont le pilotage par les pouvoirs publics et les facultés de médecine reste hautement perfectible.

Cela pose deux autres questions : celles de l'attractivité de l'exercice hospitalier et des équilibres territoriaux.

Sur le premier point, posons simplement ici que l'argument de la vocation, du sens du devoir ou de la fibre publique sera demain de moins en moins opérant pour compenser les contraintes d'un exercice professionnel moins bien rémunéré que dans le privé tout en étant plus exigeant en termes de permanence des soins. Si nous voulons avoir dans les décennies à venir des établissements de santé en état de marche et fonctionnant mieux qu'aujourd'hui, il faudra en créer les conditions et ne plus faire de l'hôpital la variable d'ajustement de l'équilibre économique du système, comme ce fut le cas au cours des 20 dernières années.

Sur la question épineuse des équilibres territoriaux, ma conviction est que le statu quo n'est plus possible car la tendance à la concentration des installations dans les grands centres urbains va s'exercer de manière durable et puissante, notamment pour les médecins spécialistes, en raison à la fois de logiques économiques (possibilité de dépassements d'honoraires), professionnelles (aspiration à des exercices mixtes ville-hôpital) et sociologiques (emploi du conjoint, qualité de vie, etc.).

Si laisser faire n'est plus envisageable, si la nécessité d'une régulation ne peut plus être niée, sa modalité reste à construire et **je ne crois pas que la solution soit dans l'idée apparemment simple mais à mes yeux simpliste et surtout inefficace, d'une limitation des possibilités d'installation dans des zones jugées surdotées**. D'abord parce qu'un tel système qui conditionne la possibilité de s'installer au départ d'un médecin en exercice (règle du 1 pour 1) n'aura quasiment aucun effet en médecine générale tant les départs seront nombreux dans les dix prochaines années dans tous les territoires ; ensuite parce que cette régulation aura du mal à être circonscrite aux seuls libéraux dont il faut rappeler que l'exercice professionnel peut se faire aussi bien dans un cabinet de ville qu'en clinique, et risque donc de s'appliquer in fine, par équité, aux autres établissements de santé, y compris publics, avec des risques systémiques pour nos grands hôpitaux ; enfin et surtout parce que limiter les possibilités d'exercer dans le cœur d'une métropole régionale ne conduira jamais les jeunes médecins à partir s'installer dans une zone particulièrement sous-dense. L'expérience des régulations déjà mises en place, sur le même modèle, pour les infirmiers libéraux, nous enseigne que les zones de repli se situent au pourtour des zones les mieux dotées et sans impact majeur sur les déserts médicaux.

De ce point de vue, je suis convaincu de longue date que la seule réponse efficace consiste à mettre en place un système obligatoire de consultations avancées dans les zones sous-denses : tout médecin installé en secteur 2 devrait consacrer quelques jours dans le mois à des consultations dans un site choisi par l'Agence régionale de santé, évidemment équipé en fonction de sa spécialité, à tarif opposable et avec une garantie minimale de revenus. Un tel dispositif qui devrait être rendu obligatoire pour tout médecin s'installant en secteur 2 serait bien plus efficace et apporterait une réponse bien plus rapide et concrète aux trop nombreux patients pour lesquels les difficultés sont devenues encore plus prégnantes s'agissant de l'accès aux spécialistes qu'en médecine générale. Cet effort de solidarité devrait évidemment être porté également par les grands centres hospitaliers, notamment les CHU, qui

concentrent de par leur vocation même beaucoup de médecins dans de nombreuses spécialités.

La troisième et dernière erreur serait de considérer que former plus de professionnels suffirait. C'est évidemment nécessaire mais loin d'être suffisant. Déjà, de plus en plus de jeunes s'orientent aujourd'hui vers les métiers de la santé sans pour autant que nous en ressentions le plein bénéfice. Pourquoi ? Parce qu'ils ne restent pas ! Une proportion importante décide en effet après quelques années de changer de métier ou de s'orienter vers des modes d'exercice plus confortables ou plus éloignés du cœur des besoins.

Le grand exode qui a suivi les années Covid a eu de ce point de vue un effet révélateur de ce phénomène qu'accentue par ailleurs l'état d'esprit de jeunes générations bien plus mobiles que les précédentes. Si nous sommes aujourd'hui péniblement en train de reconstituer nos effectifs après les départs massifs qui ont suivi la crise sanitaire, ce serait une erreur de croire qu'il s'est agi d'un simple trou d'air ou d'une dépression sans lendemain. Nous sommes en réalité face à un phénomène durable qui fait que **nos futurs médecins et soignants n'accepteront plus de travailler dans les mêmes conditions, avec les mêmes attentes, la même patience, le même sens « sacrificiel » que leurs aînés.**

Nul jugement de valeur dans ce constat mais un simple appel à la lucidité et à l'anticipation. Cela signifie donc que **la question de l'amélioration des conditions de travail des professionnels en exercice est au moins aussi importante que celle d'ouvrir toujours plus de places dans les filières de formation.**

On peut en tirer une conclusion simple, même si elle est lourde de conséquences : dès lors que nous resterons dans les décennies à venir confrontés à la nécessité de maîtriser l'évolution de la dépense de santé pour préserver la soutenabilité de notre système de soins, nous devons éviter de commettre la même erreur que dans les années passées : nous ne pourrons plus faire peser la pression d'abord sur les soignants, soit en cherchant à en réduire le nombre, soit en dégradant leurs conditions de travail ou d'exercice. Partons d'une idée simple : **nous n'aurons le nombre de soignants nécessaires pour soigner demain plus de malades qu'aujourd'hui qu'à la condition de leur donner envie de choisir cette carrière, dans les métiers et les structures où se situent nos besoins et enfin, et même surtout, en leur donnant de bonnes raisons d'y rester.**

Cela implique de revoir la manière dont nous assurons la régulation économique du système de santé.

Un système de santé structurellement et durablement déséquilibré

Le déficit de la branche maladie a atteint en 2024 le montant de **13,8 Mds €**. La prévision attendue pour 2025 est estimée à un niveau un peu supérieur encore. **Si la branche maladie a toujours été plus ou moins en déficit depuis 40 ans, de tels chiffres n'avaient jamais été atteints**, en dehors de quelques années très particulières comme récemment en 2020 et 2021 en raison de la crise sanitaire et économique liée au Covid.

Le déficit actuel n'est plus conjoncturel mais bien structurel en ce qu'il n'est plus lié à des circonstances exceptionnelles. Pour autant, **son creusement spectaculaire par rapport à la période pré-Covid où la branche maladie s'était rapprochée de l'équilibre, s'explique par un élément tout à fait objectif et circonstanciel : il résulte principalement d'une hausse des dépenses de 14 Mds € environ, liée pour l'essentiel aux augmentations salariales décidées depuis le Ségur de la santé** dans le domaine hospitalier, ainsi qu'aux revalorisations négociées par l'Assurance maladie pour les professionnels de ville, et sans qu'aucune recette nouvelle n'ait été prévue en face pour les compenser. Compte tenu de l'ampleur de ce décalage, espérer résorber un tel déficit par des efforts d'économies « au fil de l'eau » relève de l'illusion, sauf à envisager des déremboursements massifs.

Mais le plus préoccupant est ailleurs : même en rétablissant l'équilibre de l'Assurance maladie par l'affectation de nouvelles recettes et en supposant qu'aucun nouveau choc financier ne vienne à nouveau affecter les comptes dans les prochaines années, l'équilibre « spontané » de la branche ne sera pas acquis. Pour la simple raison que **la progression « naturelle » de la dépense de santé dépasse chaque année celle des recettes de la Sécurité sociale.**

Ce décalage structurel se répète chaque année et constitue la grande différence entre la branche maladie et les autres branches de la sécurité sociale. L'équilibre de la branche famille est globalement maîtrisé car la dynamique des prestations, liée au nombre de familles et d'enfants, est elle-même stable, voire en repli. S'agissant des retraites, la pente est

clairement déficitaire mais le pilotage de la branche passe par des réformes – à raison d’une tous les 10 ans environ – permettant, certes dans la douleur, de recalibrer les paramètres d’âge et de durée de cotisations, sans avoir besoin d’y revenir ensuite chaque année.

La branche maladie a ceci de singulier que chaque année l’évolution spontanée des dépenses est projetée à plus de 4 % quand on sait que le modèle ne s’équilibre pas à plus de 2,5 % environ, soit le niveau moyen auquel le Parlement a fixé l’objectif national des dépenses de l’Assurance maladie (ONDAM) tout au long des 15 années ayant précédé le Covid. C’est cette tension structurelle entre dépense spontanée et dépense soutenable qui conduit à ce que chaque année, on évoque les fameuses « économies » à faire dans le champ des dépenses de santé, économies qui ne visent pas d’ailleurs à réduire en valeur absolue la dépense remboursée mais à freiner sa progression.

Face à une telle équation économique, **deux solutions de facilité doivent être écartées d’emblée** tant pour des raisons morales que politiques : **laisser filer les déficits** reviendrait à accepter que les dépenses de santé des patients d’aujourd’hui, en majorité très âgés, soient supportées, à travers la dette, par leurs petits-enfants ; **ajuster les recettes en relevant le taux des cotisations ou de la CSG** pourrait certes s’envisager de manière ponctuelle mais deviendrait parfaitement impossible s’il fallait y recourir chaque année pendant 25 ans.

On ne coupe donc pas à la nécessité de freiner l’évolution spontanée de la dépense de santé afin de la ramener dans la zone d’équilibre du niveau de progression potentielle des recettes. Cet impératif est d’autant plus justifié que si l’évolution spontanée est alimentée pour une part par la croissance des besoins de santé, elle est également portée par d’autres facteurs moins légitimes que l’on peut maîtriser : dépenses évitables, inutiles, injustifiées ou frauduleuses. La question n’est donc pas de savoir s’il est légitime de maîtriser cette dépense, elle est de savoir comment le faire : **comment procéder à cette régulation économique dans des conditions qui assurent la soutenabilité de notre modèle social, sans mettre à mal l’accès des patients aux soins ou la capacité des professionnels de santé à répondre à leur mission ?** Et c’est précisément sur ce point que notre système de régulation se trouve aujourd’hui dans l’impasse.

Sortir des logiques de régulation comptable

La dépense de santé remboursée chaque année par la sécurité sociale est la résultante de trois paramètres : le volume des soins réalisés ; les prix ou les tarifs sur la base desquels les acteurs de santé sont rémunérés ; le taux de remboursement dont les assurés sociaux bénéficient de la part de l'Assurance maladie.

Pour maîtriser la dépense remboursée, les pouvoirs publics ont cherché à jouer au cours des dernières décennies, sur ces trois grands leviers : le premier invite à s'intéresser à ce qu'on appelle communément la « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé et se décline au travers d'actions de prévention, de juste prescription ou de lutte contre la fraude ; le deuxième vise à réduire les tarifs des actes réalisés ou des produits consommés afin que cette réduction des prix vienne compenser l'impact financier lié à la progression des volumes ; le dernier enfin consiste à réduire la prise en charge des assurés, soit en jouant sur le taux de remboursement, soit en créant des franchises, soit encore en excluant du panier de soins des dépenses dont le service médical rendu semblerait insuffisant.

Ces trois leviers sont tous utiles et légitimes. Tout dépend néanmoins de l'intensité et de la manière dont ils sont utilisés car leurs effets sont évidemment très différents. Or, force est de constater que **si l'Ondam a pu être tenu à des niveaux particulièrement maîtrisés au cours des années 2007-2019, c'est par un recours privilégié aux deux derniers leviers.** Cela s'explique aisément par le fait qu'à la différence des actions visant à freiner la consommation de soins, ces leviers sont bien plus fiables quant à leur impact financier à l'horizon de l'année : recaler un prix ou un taux de remboursement produit un rendement bien plus certain que de s'engager dans une campagne d'information sur le recours aux antibiotiques ou la prévention des troubles musculo-squelettiques.

C'est pourquoi au cours des années « avant Covid » les économies réalisées sur le tendanciel de dépenses ont porté pour plus des trois quarts de l'effort sur ces deux leviers, avec une efficacité incontestable au regard des rendements financiers attendus mais des effets indirects potentiellement délétères sur le système de santé.

Le pilotage des tarifs hospitaliers en offre une parfaite illustration. Autant les tarifs des actes et consultations réalisés en ville par les professionnels libéraux sont régis par un cadre conventionnel qui interdit toute baisse unilatérale à la main de la caisse nationale d'assurance maladie, autant les tarifs hospitaliers sont fixés chaque année par un arrêté ministériel et

peuvent ainsi s'ajuster en fonction de considérations économiques. C'est ainsi que **pendant de nombreuses années, les hôpitaux ont subi une régulation prix-volume consistant à ce que leurs tarifs hospitaliers soient réduits ou des dotations budgétaires annulées en fin d'année afin de compenser l'évolution spontanée de l'activité des établissements de santé**. Si l'on prend l'exemple de l'année 2016 mais qui se vérifie lors des années précédentes et suivantes avec des chiffres différents, le volume des séjours hospitaliers devait évoluer de 2,9 % dans l'année, alors que l'Ondam hospitalier avait été calé sur une progression de seulement 1,9 %, ce qui a conduit à une baisse des tarifs de -1 %.

Cette mécanique revient à ce que chaque année, le niveau de financement se réduise à activité égale, obligeant l'hôpital à des gains de productivité sauf à devenir déficitaire. Demander des efforts aux hôpitaux est parfaitement légitime quand cela porte sur des sujets précis et que c'est accompagné. Cela devient plus difficile lorsque la pression s'exerce sur une longue période, porte sur tous les types d'établissements, toutes les disciplines médicales et les types de séjours et surtout lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune réforme tant sur la carte sanitaire que sur les règles de gestion des établissements.

En tout état de cause, **la pression continue qui s'est exercée sur les effectifs soignants et non soignants, le sentiment de perte de sens et de dégradation des conditions de travail qui s'est installé, l'épuisement ressenti par les communautés professionnelles, tout cela était déjà là avant même la crise Covid et a nourri l'exode massif qui a touché de nombreux établissements en sortie de crise.** A titre d'exemple, l'AP-HP a perdu 12 % de ses infirmières entre 2019 et début 2023, et ainsi dû fermer jusqu'à 19 % de ses lits.

Il ne s'agit pas d'affirmer que l'instrument des prix serait par définition illégitime. Il est même parfaitement indiqué lorsque des tarifs s'avèrent trop élevés et nourrissent des profitabilités excessives. Ce constat n'a rien de théorique et se rencontre dans bien des situations : cela peut être le cas, par exemple, dans le champ des prix des médicaments dits innovants quand les exigences économiques des laboratoires sont totalement décorrélées de l'efficacité thérapeutique réelle de leur nouveau produit ; c'est également le cas pour certains actes chirurgicaux, d'imagerie ou de radiothérapie aujourd'hui rémunérés à des niveaux excessifs, ce qui entretient des rentes économiques d'autant plus nocives et même choquantes qu'elles attirent les meilleurs étudiants vers des spécialités (ex. imagerie,

ophtalmologie, chirurgie plastique) qui sont évidemment importantes mais sans être les plus prioritaires au regard des enjeux sanitaires.

Mais une chose est de corriger des anomalies ou négocier parfois durement le prix de nouveaux produits ou technologies, autre chose serait de renouer pour des raisons de court terme avec une régulation systématique et durable des tarifs pour contraindre les professionnels et les établissements de santé à des gains de productivité sans considération aucune de leur faisabilité et de leurs effets sur leur capacité de soins.

Car, comme nous l'avons vu plus haut, **si nous voulons attirer vers les métiers du soin et surtout donner des raisons d'y rester, nous ne pourrons plus demain faire de la recherche tous azimuts de productivité sur le dos des soignants le vecteur principal de régulation de la dépense de santé.** Et quand bien même certaines administrations resteraient convaincues qu'il serait nécessaire de la faire, aucun responsable politique ne voudra ni ne pourra le porter publiquement, a fortiori si cela devait se renouveler chaque année.

Il en est de même pour le levier des déremboursements. Si les pouvoirs publics y ont recouru avec modération sur longue période, cette tentation est revenue en force depuis le Covid pour la raison simple que les leviers tarifaires sur l'hôpital et l'industrie pharmaceutique sont devenus beaucoup moins évidents à mobiliser. C'est ainsi qu'au cours des 18 derniers mois sont intervenus un relèvement du ticket modérateur sur les soins dentaires et une hausse des participations et franchises sur les consultations médicales et les médicaments. C'est ainsi encore qu'à l'occasion du dernier PLFSS pour 2025, le Gouvernement a envisagé de relever le ticket modérateur sur les consultations médicales avant d'y renoncer in extremis pour ne pas compromettre l'adoption du budget.

On voit bien en effet que **la capacité à multiplier ce type de mesures se heurte rapidement à une limite politique**, sans compter les effets potentiels de ces déremboursements sur le niveau des primes des assurances complémentaires et, *in fine*, sur l'accès aux soins des ménages modestes, sans contrat collectif d'entreprise ni bénéfice de la couverture santé solidaire (CSS, ex CMU). Penser que ce levier pourrait constituer la solution semble donc d'autant plus inconcevable que, répétons-le, la nécessité de freiner la dépense se présente chaque année et qu'il ne suffirait donc pas comme pour les retraites d'y recourir une fois pour toutes pour assurer la soutenabilité de l'Assurance maladie pour 10 ans.

Ajoutons qu'au-delà de ce sujet d'acceptabilité, l'idée régulièrement évoquée de **concentrer les remboursements de la sécurité sociale sur le « gros risque » en laissant aux complémentaires la couverture de ce qu'on appelle le « petit risque » constituerait paradoxalement une très mauvaise affaire pour l'assurance maladie** : ce qu'on appelle le gros risque recouvre globalement les dépenses liées aux pathologies chroniques lourdes qui sont précisément celles dont le coût augmente le plus vite. Vouloir resserrer les prises en charge de la sécurité sociale sur ce périmètre allègerait certes sa charge à court terme mais la mettrait rapidement dans une tension plus forte encore.

Ainsi apparaît l'extrême difficulté de l'équation économique qui se pose à nous : **la régulation de la dépense demeure une nécessité mais les instruments qui ont été principalement utilisés pour y parvenir avant le Covid sont devenus largement inopérants**, en tous cas dans un usage aussi massif et systématique. **Une seule solution demeure et va s'imposer à nous : travailler sur le premier paramètre de la dépense, c'est-à-dire la demande de soins pour la resserrer sur sa partie réellement nécessaire ou non évitable.** Cela revient à prendre le sujet par sa « face nord », c'est-à-dire sa partie la moins certaine ou paramétrable sur le plan financier, *a fortiori* sur une temporalité de court terme, mais en s'engageant dans une voie où les possibilités d'action sont nombreuses et potentiellement très puissantes, avec un retour économique plus rapide qu'on ne le pense (2 ans environ) et sans porter préjudice à la qualité des soins ni aux conditions d'exercice des professionnels de santé. Au contraire même !

Faire le pari de la qualité des soins : comment passer des discours aux actes ?

De nombreux chiffres circulent sur la part des dépenses de santé considérées comme inutiles et donc évitables. Ils se situent généralement entre 20 et 30 % ce qui est évidemment considérable. Même si ce chiffre ne repose sur aucune évaluation fine, il donne une idée de l'ampleur du sujet.

Celui-ci est ancien, il n'est nullement contesté par les professionnels de santé qui sont eux-mêmes très conscients de ce que **nos systèmes de santé ne poussent guère à avancer sur des leviers d'amélioration aussi puissants que la qualité et la sécurité des soins,**

la pertinence des actes et des prescriptions, la non-redondance des actes ou encore la lutte contre les abus notamment dans certains champs de dépenses tels que les arrêts de travail et les transports sanitaires.

L'objet de ce texte n'est évidemment pas de les reprendre tous ici sous la forme d'un programme d'actions. Il est en revanche de s'interroger sur les conditions qui nous permettraient d'avancer demain plus efficacement sur ces chemins qui n'ont rien de nouveau et sur lesquels mille et une tentatives ont été faites ces dernières décennies avec des résultats non nuls mais encore insuffisants. Ces conditions me semblent être au nombre de trois.

La première est d'**avancer dans la voie de la mesure, de l'évaluation et de la transparence en matière de pratiques et de résultats cliniques**, qu'il s'agisse des établissements de santé comme des professionnels libéraux. Cette culture de la donnée publique et des indicateurs d'évaluation de la qualité des prises en charge n'est pas naturelle et soulève toujours mille objections, qu'il s'agisse des indicateurs eux-mêmes, jamais totalement pertinents, ou du principe même de publier les résultats – en tous cas certains d'entre eux – de chaque équipe ou professionnel, supposé conduire à mille effets pervers. Par quelque bout qu'on prenne le sujet, tout démontre que **la seule voie efficace pour faire progresser les pratiques professionnelles est de pouvoir les mesurer et les comparer entre structures équivalentes**. L'objectif serait de pouvoir mieux étayer les choix des établissements de santé en termes de pilotage de l'activité, d'évaluation des responsables médicaux et chefs de service, mais aussi, pour une partie de ces indicateurs, dans le but de les rendre publics. Les campagnes de certification par la HAS constituent un premier progrès mais cela ne suffit pas. **Est-il normal que ce soit les classements conçus par certains journaux ou les avis publiés sur google qui fassent office de portail de transparence ? Nous devrions nous doter d'un tel dispositif public, annuel et généralisé.**

La deuxième condition est d'assumer que **cette exigence de qualité et de sécurité des soins implique d'avancer dans l'ajustement de notre carte sanitaire**. Il n'est plus raisonnable de maintenir en France autant de petites structures hospitalières médico-chirurgicales dotées de plateaux techniques sous-critiques en termes de nombre de médecins et, disons-le, de niveau de compétences. Tous les pays autour de nous ont réussi à avancer dans ce qu'on appelle la gradation des soins. **Tout le monde sait en France que cette évolution est inéluctable mais nous n'avons pas su convaincre encore nos**

concitoyens que proximité ne rime pas toujours avec sécurité et qu'on est évidemment mieux pris en charge dans un centre chirurgical certes distant mais où le niveau d'expérience des praticiens, la taille des équipes, la robustesse des procédures, la qualité du suivi, la fluidité des parcours sont sans commune mesure. La contrepartie d'une telle évolution doit évidemment être de ne pas laisser les territoires concernés par la fermeture d'un service chirurgical sans accès ni solution, ce qui passe par le déploiement d'un système obligatoire et structuré de consultations avancées, comme évoqué plus haut.

La dernière des trois conditions requises est d'**inscrire ces enjeux de qualité et de sécurité des soins, de pertinence et de juste prescription, dans un rationnel économique incitatif**. Tel n'est pas le cas aujourd'hui. Cela commence par disposer tout simplement de l'information sur le coût de ce que l'on prescrit, ce que ne savent actuellement ni les patients ni aucun professionnel, en ville ou en établissement. Cela passe également par le fait de valoriser économiquement les pratiques d'amélioration de la qualité des soins. **La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) mise en place par l'Assurance maladie avec les médecins généralistes est née dans la douleur au début des années 2010 mais elle a incontestablement fait bouger les pratiques professionnelles**. La rémunération à la qualité des établissements de santé est encore plus récente mais d'un niveau trop faible et anecdotique pour conduire au même résultat. Il reste qu'en ville comme dans les hôpitaux, ces dispositifs dessinent un chemin sur lequel nous devons avancer beaucoup plus vite et fortement.

Bien sûr, comme pour la transparence sur les pratiques, ces dispositifs d'incitation économique suscitent des critiques, soit qu'ils soient jugés trop frustrés, trop complexes ou même immoraux en ce qu'ils pousseraient les médecins à moins prescrire pour gagner de l'argent. Il faut être évidemment attentif à leur calibrage pour ne pas faire n'importe quoi, mais ma conviction est que les incitations sont utiles et légitimes dès lors qu'elles ont du sens sur le plan médical et que le retour économique se fait directement vers les équipes au lieu d'être capté par les structures qui les pilotent. Leur développement me semble donc constituer une vraie priorité.

Agir enfin en matière de prévention ou comment sortir de la schizophrénie à la française

S'il existe un vecteur de freinage de la dépense de santé que la France a sous-investi, plus encore que les autres pays voisins, c'est bien le champ de la prévention, dans les trois dimensions que recouvre cette notion si présente dans les discours mais si peu déclinée encore dans nos organisations et nos pratiques : la **prévention primaire** qui essaie de réduire les facteurs de risque et de prévenir la survenance de la maladie ; la **prévention secondaire** qui porte sur le dépistage de celle-ci dans l'idée que plus tôt une pathologie est détectée, mieux elle est soignée ; la **prévention tertiaire** qui s'intéresse aux personnes malades et à la qualité du suivi dont ils font l'objet pour s'assurer de leur bonne prise en charge sur une durée d'autant plus longue que les pathologies deviennent de plus en plus chroniques et durent parfois toute une vie.

Si l'on veut dire les choses brutalement, la France se singularise comme un mauvais élève de la classe européenne sur ces trois plans.

S'agissant de la prévention primaire, **nous nous illustrons par un sous-développement invraisemblable de la vaccination non obligatoire (grippe ou HPV)** qui constituait déjà une anomalie française avant le Covid et n'a fait que s'accroître depuis. Plus lourde encore de conséquences, la consommation de tabac reste non seulement en France supérieure à la moyenne européenne (28 % contre 24 %) mais a cessé de se réduire depuis 2018 si l'on intègre les fumeurs occasionnels. Enfin, dans le même ordre d'idées, les campagnes de prévention contre les risques liés à l'alcool se heurtent à une forme de tabou national.

Si l'on en vient à nos dispositifs de dépistage, **la France se situe là aussi en deçà des performances de nos principaux voisins dans le dépistage du cancer** (47 % en France contre 54 % en moyenne européenne pour le sein, 34 % contre 36 % pour le cancer colorectal), **de même que nos résultats dans les champs des maladies cardio-métaboliques** (insuffisance cardiaque ou diabète) restent encore très perfectibles. La culture du don d'organe est enfin bien moins développée que dans des pays proches de nous comme l'Espagne.

Mais c'est surtout dans le champ de la prévention tertiaire et de la prise en charge des pathologies chroniques que se situe le cœur de la bataille et des gains d'efficience que nous pouvons espérer avec des effets potentiellement puissants et rapides. C'est

dans ce domaine que notre système de santé doit se transformer de toute urgence pour répondre à cet enjeu dont on parle depuis au moins 30 ans sans avoir réussi encore à adapter nos pratiques et notre organisation.

Le cœur de la bataille : transformer le suivi des pathologies chroniques

Le vieillissement de la population et la transition épidémiologique qui l'accompagne ont considérablement modifié les besoins de soins de la population, avec près d'un Français sur trois désormais concerné par *au moins* une maladie chronique. Avant même l'entrée dans le grand âge de la génération du babyboom, cela s'est traduit par une augmentation massive des dépenses de santé liées à ces maladies (avec 115 Mds € en 2020, contre 90 Mds € en 2015), qui ne peut que se poursuivre dans les années à venir. **25 millions de personnes sont aujourd'hui en France atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques ; leurs dépenses de santé représentent les deux tiers de la dépense totale et près des trois quarts de sa progression annuelle.** Nous sommes là au cœur du moteur de la dépense de santé.

Or, notre système de santé a théorisé depuis 20 ans la bascule des besoins autour de la prise en charge des pathologies chroniques mais sans en avoir encore tiré les conséquences en termes d'organisation des soins. Ceux-ci demeurent en effet d'un excellent niveau s'agissant des soins aigus dispensés tant en ville que dans les hôpitaux, comme en attestent d'ailleurs nos résultats en termes d'espérance de vie des femmes et des hommes une fois atteint l'âge de 65 ans. **Cette qualité dans la prise en charge clinique des phases aiguës n'a cependant pas trouvé son pendant en termes de suivi au long cours des patients chroniques dans l'objectif d'assurer la stabilisation de leur maladie et de réduire ainsi les risques d'aggravation conduisant potentiellement à des hospitalisations évitables et onéreuses.**

Même lorsque le patient a réussi à entrer dans un parcours de soin en ville ou à l'hôpital, le système ne permet pas d'offrir un suivi suffisamment dense et complet. Concrètement, cela se traduit par des parcours heurtés, ponctués de décompensations et d'hospitalisations qui auraient pu être évitées, et par des pertes de chances parfois considérables. Prenons deux exemples.

La survenue d'une décompensation aigue chez un patient insuffisant cardiaque connu et traité conduit à plusieurs épisodes d'hospitalisation puis, dans plus de 20% des cas en moyenne, au décès du patient dans l'année qui suit. Or, on constate que **plus de la moitié de ces patients ne disposait pas du traitement maximal efficace au moment de leur décompensation tout en ayant présenté des signes avant-coureurs d'aggravation non pris en charge dans les 15 jours précédant l'hospitalisation.**

Il en est de même des malades du diabète dont de nombreuses études démontrent les pertes de chance liées aux inégalités de prise en charge, en particulier s'agissant de trois pathologies associées : rétinopathie, néphropathie et atteinte du pied diabétique.

Le caractère inadapté de ces parcours engendre un coût considérable. S'agissant de l'insuffisance cardiaque, les soins apportés aux plusieurs dizaines de milliers de patients connaissant une décompensation aigue « évitable » chaque année sont en moyenne plus élevés de 5 000 € par patient que les soins des patients équilibrés. De même, la prise en charge d'un patient porteur d'un diabète non compliqué, traité par antidiabétique oral, génère une dépense annuelle moyenne de 3 700 € (données 2020). En cas de complication nécessitant une hospitalisation (accident vasculaire ou cardiovasculaire, acidocétose...), la dépense moyenne annuelle s'élève à près de 10 000€ (soit 2,6 fois plus).

Un suivi structuré de patients chroniques supposerait la mise en place d'une organisation de soins à large échelle permettant de monitorer à distance et en continu – voire en temps réel – l'évolution de l'état de santé d'une file active potentiellement importante. Une telle organisation devrait s'appuyer sur quatre piliers : un recours massif aux nouveaux outils numériques et d'intelligence artificielle dont l'arrivée est véritablement de nature à changer la donne ; une compétence paramédicale formée et organisée ; un lien indispensable avec le médecin traitant ; la capacité de s'appuyer sur une expertise spécialisée immédiatement mobilisable en cas de besoin.

Force est de constater qu'une telle organisation n'existe pas aujourd'hui en France, aucun des acteurs susceptibles de s'y investir n'ayant le cadre ni les moyens adaptés pour le faire.

Les médecins généralistes ne disposent ni du temps, ni des équipes, ni de l'infrastructure nécessaires ; leur rôle de médecin traitant – par ailleurs fondamental – reposant pour l'essentiel sur des consultations de suivi sans capacité d'action intercurrente ni recours aisé

à une expertise spécialisée en temps réel. Les structures d'exercice coordonnées type maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourraient s'y engager mais leur nombre reste encore réduit (MSP) et leur périmètre d'action très variable (CPTS). Les hôpitaux (publics ou privés) où se situent les services spécialisés dans les pathologies concernées disposent du savoir-faire pour se doter de telles organisations mais leur champ d'intervention ne le prévoit pas et leur mode de financement reste fondé sur la présence physique du patient dans leurs murs.

Il s'agit là de l'un des verrous à faire sauter : **le financement des soins demeure en France centré sur des actes ou des procédures itératives, fragmentés – entre les acteurs et dans le temps –, sans coordination ni intégration, à l'exact inverse de ce qui est nécessaire.** De nombreux éléments-clés de la prise en charge ne sont pas valorisés ou ne le sont pas suffisamment : suivi à domicile des patients à travers les solutions de télésuivi/télésurveillance, consultations médicales hors hospitalisations/consultations, consultations infirmières, autres consultations paramédicales clés (psychologues, diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes), activité physique adaptée, etc.

Enfin, **le système n'est pas incitatif, car les hospitalisations évitées constituent paradoxalement un manque à gagner pour les établissements de santé.** Plus largement, pour les offreurs de soins qui décident de mettre en place des actions volontaristes, cela revient de fait à consacrer des ressources, sans pouvoir les solvabiliser, à des actions dont la conséquence est de réduire leurs revenus liés au volume des hospitalisations.

Ce constat est d'autant plus frustrant que **de nombreuses expérimentations ont pourtant permis de modéliser une autre manière de prendre en charge ces patients.** Le dispositif de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a permis de faire émerger, de financer puis d'évaluer avec succès des modèles nouveaux de prise en charge qui dessinent la voie à suivre pour d'autres pathologies chroniques.

L'exemple du parcours de prise en charge proposé par les cellules d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS) appartenant à 8 équipes cardiologiques de l'AP-HP est ainsi particulièrement éclairant. Les CECICS offrent en effet à des patients insuffisants cardiaques sévères ou instables une prise en charge essentiellement ambulatoire et en partie à distance, composée de différents modules : mise en place d'une télésurveillance, consultation infirmière d'adaptation de la titration médicamenteuse, consultations non programmées en cas de difficulté, coordination avec les

acteurs du maintien à domicile pour organiser ce dernier, y compris à travers de l'hospitalisation à domicile en cas de besoin, etc.

L'originalité du parcours tient ainsi à la capacité de s'adapter à la situation de chaque patient mais surtout de réagir rapidement en cas de décompensation de la pathologie, en restant efficace y compris pour des patients vivant dans des territoires peu denses sur le plan médical.

Les résultats de l'expérimentation qui a permis de prendre en charge près de 2000 patients sur trois ans ont fait apparaître une moindre mortalité précoce, une diminution des hospitalisations pour les motifs les plus graves, une diminution de la durée cumulée des hospitalisations par patient (passée de 6,4 à 1,7 jours par patient et par an) et une satisfaction des patients qui gèrent leur maladie de manière plus autonome.

Sous réserve de la mise en place d'un système de financement adapté, **le modèle des CECIS pourrait facilement être décliné pour d'autres maladies chroniques**, touchant un grand nombre de patients et en ciblant ceux les plus à risque de décompensation : insuffisance cardiaque sévère et autres pathologies cardiovasculaires comme la coronaropathie ou les troubles du rythme cardiaque, diabète, maladies inflammatoires chroniques digestives ou rhumatologiques, bronchopneumopathie chronique obstructive, pathologies neurologiques comme la sclérose en plaques.

Ces parcours pourraient être mis en œuvre de manière différenciée selon les territoires en fonction de la capacité des différents acteurs à s'engager dans une telle structuration : au-delà des établissements de santé, universitaires ou non, qui en ont clairement la capacité, ils pourraient être mis en place par des structures d'exercice coordonnées, des maisons de santé pluriprofessionnelles, des communautés professionnelles territoriales de santé, des centres de santé, des établissements de santé privés, etc. Certains parcours pourraient être mis en place de manière conjointe entre différents acteurs de l'hôpital et de la ville selon l'expertise et les ressources de chacun.

Le modèle économique à mettre en place devrait se construire autour de deux étapes successives :

- Une première étape à mettre en place sans délai porterait sur **le financement des moyens supplémentaires indispensables pour organiser ce suivi**, en sus des activités de consultations médicales, d'examens de suivi ou les hospitalisations d'ores-et-déjà réalisées

pour ces patients. Son montant serait forfaitaire, calculé en fonction de la file active de patients accompagnés par la structure et couvrant un panier de soins d'ampleur modulable selon la durée et l'intensité du suivi. Un suivi de la consommation de soins des patients serait mis en place d'emblée afin de pouvoir vérifier l'impact de ce suivi renforcé en termes d'impact thérapeutique et de réduction de la dépense de santé ;

- Une deuxième étape qui pourrait intervenir d'ici 2 ans viserait à **intégrer dans le forfait non seulement le suivi à distance des patients mais aussi les éventuelles consultations et hospitalisations de jour liées à ce suivi** et à créer un « retour économique » vers les organisations de soins à hauteur d'une part des dépenses évitées.

Pour que les acteurs s'engagent, trois conditions clés de succès devront être réunies :

ce dispositif de suivi devra répondre à un cahier des charges national, adapté à chaque pathologie, et dont le contenu devra trouver le bon niveau d'exigence pour ne pas verser dans l'ultra-complexité ; son organisation ne devra être le monopole d'aucune catégorie d'acteurs mais s'ouvrir à toutes les organisations de soins, en ville, à l'hôpital, voire les deux ensemble, l'existence d'une liaison forte entre médecine générale et spécialistes d'organe s'avérant en tout état de cause indispensable ; les conditions financières devront être suffisamment attractives pour créer un intérêt à agir et s'accompagner d'une évaluation en temps réel de l'impact économique afin de pouvoir ajuster les choses, dans un sens ou dans un autre.

Quel pourrait être l'impact de cette nouvelle organisation des soins sur la progression de la dépense ? Il serait imprudent d'avancer un chiffre très précis dans la mesure où nous ne disposons pas de simulations suffisamment fines, en fonction des différentes pathologies et des types de dépenses évitées. Ma conviction est cependant qu'en agissant sur l'ensemble des leviers proposés – juste prescription, qualité des soins, renforcement des dépistages, concentration de l'offre spécialisée et mise en place d'une vraie politique de suivi moderne des patients chroniques –, **la progression de la dépense pourrait être freinée d'au moins un tiers par rapport à sa dynamique naturelle. Cela correspondrait précisément à l'écart qu'il nous faut réduire chaque année pour ramener le rythme de progression de la dépense au niveau où nous pouvons la financer sans creuser le déficit.**

Cela supposerait pour y parvenir que les établissements de santé soient accompagnés dans cette mutation vers moins d'hospitalisations conventionnelles et plus de prises en charges ambulatoires. Cet accompagnement devra d'abord être financier afin que cette bascule n'obère par la capacité des hôpitaux à investir et se moderniser, mais aussi en termes d'effectifs car même avec moins de lits d'hospitalisation, les établissements auront besoin de professionnels en nombre suffisant pour suivre, certes de manière plus légère, un nombre de patients qui sera potentiellement plus important mais aussi des patients plus lourds lorsqu'ils devront être hospitalisés à un certain stade de leur maladie.

Si nous voulons répondre aux besoins de santé des décennies à venir, si nous voulons sauver le système de protection sociale et améliorer plutôt que sacrifier les conditions d'exercice des professionnels de santé, nous devons changer de paradigme et placer au cœur de la stratégie de santé ces enjeux de qualité des soins, de pertinence et surtout de prévention.

Pour réussir une telle transformation stratégique, il ne suffira pas de la décider, il faudra embarquer l'ensemble des acteurs sur la base d'un contrat politique et économique, d'une durée d'au moins 5 années, qui concilie une formulation claire des objectifs, un portage assumé au plus haut niveau et surtout une vraie constance dans les moyens mis en œuvre.

Car telle est la singularité de toute politique de santé : elle doit pour produire de vrais effets s'inscrire dans le temps long, entrer dans la complexité des organisations et des pratiques et se construire avec les acteurs, qu'ils soient professionnels ou patients.

C'est ainsi que nous parviendrons à créer du sens, de la confiance et du collectif, trois impératifs sans lesquels rien ne sera possible.