

SÉMINAIRE DU 2 JUILLET 2026

La valeur et le prix de la santé

COMPTE-RENDU & SYNTHÈSE

La santé n'a pas de prix, mais elle a une valeur et elle coûte cher. C'est cette tension, économique et politique, que le séminaire de l'UC2m s'est attaché à explorer, à la veille d'une élection présidentielle où les questions de santé seront centrales.

SYNTHÈSE

Le constat partagé : la médecine est un sujet politique

Le séminaire part d'un paradoxe : parler du **prix de la santé** suscite « de l'embarras, voire de l'indignation », alors même que les actes soignants ont une grande valeur et coûtent cher à la collectivité. Comme le rappelait Michel Foucault, « *nous sommes dans un système fini face à une demande infinie* ».

Trois éléments de contexte :

- Les dépenses de santé sont en **concurrence avec d'autres priorités budgétaires**.
- Sans collectivisation des dépenses de soin, la majorité des citoyens n'aurait pas accès à des soins de qualité
- Les rapports d'experts convergent : des **marges d'amélioration et des régulations sont possibles** sans bouleverser le système, mais en le réformant

Axe n°1 : Donner un sens à la « valeur en santé »

Marc Fleurbaey (économiste) rappelle que la valeur de la santé est liée à la **valeur de la vie**, une idée qui heurte souvent les non-économistes car elle semble « marchandiser » le domaine.

Valeur d'une année de vie ~ 180 000 € (≈ 2 à 3 ans de revenus)

- L'ancienne mesure par la productivité est jugée **trop étroite** : elle ignore la qualité de vie et ce que les personnes valorisent au-delà de la production.
- On s'appuie désormais sur le **consentement à payer** (réduction de risque, primes pour métiers à risque), complété par des **préférences déclarées** en enquête, ces dernières étant moins biaisées par le chômage, la pauvreté et la « myopie » face au risque.
- La valeur est **proportionnelle à la richesse**, d'où une question éthique majeure : évite-t-on, par une valeur uniforme, de dire que « la vie d'un riche vaut plus » — au prix d'une incohérence entre pays et au sein d'un même pays ?

Les propositions de transformation :

- Il faut distinguer **quantité de vie et qualité de vie** ; le « quoi qu'il en coûte » ne peut s'appliquer à toutes les dimensions
- **Il faut arbitrer** entre prévention, soins, budgets de l'État et budgets familiaux/individuels
- Il convient d'appliquer des **pondérations en faveur des populations défavorisées**, sur une base éthique, pour prioriser les programmes ciblant les plus pauvres
- **Il faut partager ces analyses** entre responsables politiques et professionnels, en s'appuyant sur les données comparatives européennes
- La **Haute Autorité de Santé travaille déjà à la révision** des valeurs de la santé et de la vie ; l'analyse économique en santé reste cependant peu développée

Axe n°2 : La France ne dépense pas « trop », elle finance mal et n'investit pas

Le récent rapport du HCAAM remet en cause le diagnostic facile : **le déficit ne signifie pas qu'on dépense trop, mais qu'on finance mal.**

Ce qui ressort des comparaisons internationales :

- Dépense par habitant ≈ 6 000 €, **inférieure** à celle de l'Allemagne, de la Suisse ou du Luxembourg, mais supérieure à celle de l'Espagne
- Coûts des infirmières et des médecins **inférieurs** à ceux de l'Allemagne ou la de Belgique ; **densité médicale inférieure** ; coûts des médicaments inférieurs
- Plus d'hôpitaux par habitant qu'en Allemagne, mais des **durées de séjour plus courtes** et des établissements apparemment mieux gérés
- **Moins de scanners/IRM**, mais plus de PET-scan
- Un taux d'utilisation des cliniques très élevé (90 % en France vs 60 % en Allemagne) : **peu de marge de productivité résiduelle**

Les vrais problèmes identifiés :

- Le **déclassement se fait lentement** : priorité au paiement du personnel, pas d'investissement quand l'argent manque
- **Des insuffisances en innovation financière** alors que la santé est un secteur solvable et que l'IA va tout bouleverser
- Un système qui **privilégie les charges courantes** au détriment de l'investissement
- « *Un soin de mauvaise qualité, ce n'est pas un soin* » : la qualité ne pèse que **1 à 2 %** du financement
- **Un problème de gouvernance** : « *on ne sait pas qui prend la décision* » - problème de priorité, de décision et de responsabilité

Axe n°3 : Les leviers de régulation « par les prix » sont épuisés

Nicolas Revel (DG de l'AP-HP, ancien DG de l'Assurance Maladie) alerte : le déficit s'est accru après le Covid, et **les leviers utilisés depuis quinze ans (baisse répétée des tarifs, surtout des médicaments) deviennent difficiles à activer.**

Rééquilibrage proposé : passer d'une régulation **paramétrique** (les prix) à une régulation **structurelle** (les volumes), en agissant sur :

- La **pertinence des soins**
- La **qualité**
- La **prévention**
- L'**organisation**

Sur les sujets sectoriels :

- **Stratégie américaine sur le médicament** : évolution potentiellement durable ; l'Europe doit négocier, et la régulation par les prix sera moins forte qu'avant le Covid
- **Rôle des infirmiers** : développer fortement l'éducation thérapeutique, les consultations infirmières, les interventions à domicile ; **éviter une organisation uniquement par télé-suivi**
- **Modulation du remboursement selon le comportement des patients** : à éviter ; préférer des **politiques fiscales comportementales** sur les facteurs de risque (tabac, aliments transformés) plutôt qu'un mécanisme de renoncement par le remboursement

Axe n°4 : L'hôpital, moteur d'une transformation du système

L'hôpital doit devenir **un moteur de transformation** du système de santé, en traitant :

- La prise en charge des **pathologies chroniques**
- La **gradation des soins**
- La **pertinence des soins**

Les enjeux d'attractivité : conditions et temps de travail, attractivité des métiers, innovation, capacités d'investissement (rénovation, climatisation, normes...).

Axe n°5 : Investir, prévenir, coordonner

Penser « **cash avant care** » (Alain Sommer) :

- Raisonner en **liquidités** : réduire la pertinence d'actes dans un service sous-occupé ne génère aucune économie.
- Investir là où cela crée de la capacité ; **arrêter les décisions qui ne réduisent pas les dépenses**.
- Adopter le concept de « **capacité de soins** » intégrant, pour une offre donnée, l'ensemble des intervenants - les pays performants le font via des structures de soins intégrées.
- Sanctuariser des **crédits d'investissement** (Alexandra Liparo).

La prévention, grand levier sous-exploité (2,1 % seulement des dépenses) :

Levier de prévention	Impact chiffré
– 1 % des actes	≈ 600 M€ d'économie
– 1 % des prescriptions de médicaments	≈ 640 M€ d'économie
1 année d'espérance de vie en bonne santé gagnée	≈ 1,5 Md€/an (Cour des comptes)
Vaccination antigrippale efficace	≈ 700 M€ d'économie
Vaccination HPV	– 77 % de cancers de l'utérus (Australie) ; éradication attendue en 2040 en Europe du Nord
Beyfortus (bronchiolite)	80 % d'efficacité, 5 800 hospitalisations d'enfants évitées
Responsabilité populationnelle	– 33 % d'hospitalisations aux urgences, – 50 % de

Coordination et organisation territoriale :

- Réduire les fonctionnements en silos : structurer les parcours (MSP, CPTS, assistants médicaux, IPA)
- S'appuyer sur des **systèmes intégrés** et des organisations territoriales : approche populationnelle, indicateurs orientés vers des **résultats**, pilotage de la chaîne de soins
- Rendre prioritaires l'**HAD** et l'**ambulatoire** (FHP) ; les **hospitalisations évitables représentent 900 M€**
- Retravailler la **carte hospitalière** : organisation territoriale inclusive, consolidation des offres, fermeture des établissements non certifiés par la HAS
- **Pluriannualité budgétaire** : donner de la visibilité aux professionnels (Sophie Beaupère et Christine Schibler)
- « *Partager les bénéfices de la pertinence* » plutôt que d'utiliser « toujours le bâton » (J.-B. Caillard) — tabou à lever

Axe n°6 : Évaluer les résultats, pas seulement les moyens

Arnaud Vesin (Camurus) :

- Les modalités d'évaluation **fonctionnent mal** : on raisonne sur les moyens (effectifs, budgets) plutôt que sur les **résultats** (rechutes évitées, rémission, décès évités)
- Pour exemple : Les rechutes concernent environ 50 % des patients suivis pour dépendance aux opioïdes
- **Appel à adapter les politiques de santé aux innovations** et à évaluer les **trajectoires** plutôt que la seule activité (ex. : CSAPA évalués sur les efforts contre les rechutes, non sur le nombre de patients reçus)
- Évaluer les **programmes de prévention** sur des pratiques économiques robustes (ex. : programme *Interception*, article 51, évalué sur ≥ 5 ans avec un comité scientifique international)
- **Financer la qualité** de façon partagée et collective ; aujourd'hui les seuils en cancérologie sont appliqués de façon hétérogène selon les régions.

Axe n°7 : L'Europe et l'innovation : veiller à ne pas décrocher

- Stratégies chinoises et comportements américains sur les prix des médicaments inquiètent : **l'Europe ne doit pas décrocher** (Sophie Beaupère)
- Sur l'IA, les établissements publics sont déjà engagés : 65 % utilisent l'IA en production, 90 % envisagent d'investir dans les trois ans, notamment en IA générative (baromètre FHF)
- Malgré cela, la France reste **très mauvaise en innovation financière** dans un secteur pourtant solvable (Alain Sommer).

Axe n°8 : Confiance, alliance et responsabilités

Plusieurs intervenants convergent sur les conditions du succès :

- « *Rien ne se fera sans espoir et sans confiance entre les professionnels, et sans alliance. Le futur en dépend.* » (Rachel Bocher)
- « *La confiance n'est pas suffisante entre nous. Il faudrait améliorer la collaboration, même si ça demande une révolution culturelle.* » (Jean-Baptiste Caillard)
- **Responsabilité populationnelle** inscrite dans la loi, à étendre (Alexandra Liparo)
- Implication des citoyens : éducation thérapeutique, information des populations, orientation vers le soin (Sophie Beaupère)
- Un cadre de décision **clair** est indispensable : beaucoup d'acteurs veulent décider, mais le cadre fait défaut. (Christine Schibler)

LES PROPOSITIONS PRINCIPALES À RETENIR

1. **Rééquilibrer la régulation** des prix vers les volumes : pertinence, qualité, prévention, organisation
2. **Investir** et sanctuariser des crédits d'investissement ; raisonner en liquidités (« *cash avant care* »)
3. **Faire de la prévention un véritable horizon budgétaire** (2,1 % aujourd'hui) en s'appuyant sur des programmes évalués
4. **Structurer les parcours de soins** via des systèmes intégrés et des organisations territoriales (responsabilité populationnelle, HAD, ambulatoire)
5. **Pluriannualité budgétaire** pour redonner de la visibilité aux professionnels
6. **Financer la qualité** de manière partagée et collective, au-delà des 1 à 2 % actuels.
7. **Évaluer les résultats** (trajectoires, rechutes évitées) plutôt que la seule activité
8. **Clarifier la gouvernance** : qui décide, qui est responsable ?
9. **Veiller à la place de l'Europe** face aux stratégies américaines et chinoises sur le médicament et l'innovation
10. **Partager les bénéfices de la pertinence** entre acteurs, plutôt que d'en faire un instrument de contrôle

COMPTE - RENDU

Introduction et animation :

Dominique Maigne, Pascal Maurel, Gaëtan Casanova, co-présidents de l'UC2m

Entretien : Marc Fleurbaey, économiste et philosophe, professeur à la Paris School of Economics.

Entretien : Nicolas Revel, directeur général de l'AP-HP et auteur de la note « Quel avenir pour l'hôpital public », Terra Nova, mai 2026
Présentation du rapport du HCAAM par **Alain Sommer**, consultant en économie : « La France dépense-t-elle trop pour sa santé ? » (Rapport mai 2026)

Table ronde :

Sophie Beaupère, déléguée générale, Unicancer, **Jean-Baptiste Caillard**, président, Conférence nationale des URPS-ML, **Alexandra Liparo**, responsable adjointe de l'offre de soins, FHF, **Christine Schibler**, déléguée générale, FHP, **Rachel Bocher**, présidente de l'INPH, **Arnaud Vesin**, directeur général CAMURUS France.

Introduction - La médecine, sujet politique*

Chercher à cerner la valeur et le prix de la santé « *peut susciter de l'embarras, voire de l'indignation* » *. Ne dit-on pas que la santé n'a pas de prix ?

En y réfléchissant avec raison, les actes médicaux et soignants sont d'une grande valeur ... mais ils coûtent chers à la collectivité. S'il payait les prestations à leur juste prix, le citoyen pourrait chercher à faire des économies et le professionnel de santé à être plus raisonnable dans les dépenses engagées. Ou, ce qui serait plus grave et non souhaitable, le citoyen pourrait renoncer à se soigner tant les moyens mis en œuvre lui sont inaccessibles, comme cela est le cas dans la plupart des pays pauvres. En tout cas, si les dépenses de santé n'étaient pas collectivisées, comme elles le sont chez nous, la majorité des citoyens n'auraient pas les moyens d'accéder à des soins de qualité.

Mais, dans la réalité, les moyens mis dans la santé sont toujours limités parce que, dans nos contrées, les soins financés par des budgets publics sont en concurrence avec d'autres

priorités. « *Nous sommes dans un système fini face à une demande infinie* », nous disait déjà Michel Foucault ***.

Aussi, la médecine est bien un sujet économique et politique.

Les rapports d'experts se multiplient montrant que des marges d'amélioration et des formes de régulation sont possibles dans le cadre d'une organisation du système de santé qui ne serait pas bouleversée mais réformée.

Aussi, il est important de proposer des pistes de réforme à l'occasion des prochaines élections et de commencer par l'essentiel. Quelle valeur donne-t-on à la médecine ?

Les recommandations faites dans le cadre de ce séminaire s'inscrivent dans une démarche constructive et collective en veillant à ne pas tomber dans l'irrationnel des idéologies de rupture. Nous l'engageons avec intérêt et vigilance pour éclairer les nombreux débats publics.

Pascal Maurel

**Séminaire de l'Université du changement en médecine, Paris, 2 juillet 2026*

***La valeur de la santé, (Editions érès, juillet 2024, 18,50€), sous la direction de Paul Loup Weil-Dibuc, Clémence Thébaut et Fabrice Gzil.*

**** cité page 11, Éthique et économie de la santé, apports mutuels, La valeur de la santé, Editions érès.*

La valeur et le prix de la santé.

Comment parler de valeur et de prix à propos de la santé que l'on considère comme porteuse de valeurs non marchandes ? En fait, la médecine moderne est au centre d'intérêts économiques et financiers considérables. Avec des pratiques tournées, dans les pays développés, vers la performance et l'innovation, la question se pose avec acuité sur fond de déficits financiers et comptables très importants.

« *Mesurer la valeur des pratiques, des organisations et des technologies (...) suppose de mesurer la valeur que la collectivité accorde au prolongement de la vie* ». Tel est l'incipit du livre « *La valeur de la santé* », comme le précise également l'économiste Marc Fleurbaey***, contributeur de ce livre, en ouverture du séminaire, « *la valeur de la santé est liée à la question de la valeur de la vie. Cette idée rencontre souvent du scepticisme chez des non-économistes* », nous rappelle-t-il. Parce que les économistes tentent de mettre une jauge économique sur des choses aussi sacrées que la vie et la santé.

Dans le concret, poursuit le chercheur, il y a aussi une problématique d'inégalité : « *si l'on donne une valeur économique à la santé ou à la vie, est-ce que cela ne va pas « marchander » le domaine ?* »

Trop ou pas assez ?

Le budget de la santé, en France, représente environ 11,5 % du PIB. Sans savoir, à priori, si ce niveau de dépenses est acceptable, excessif voire insuffisant. Ce sujet est central à la veille d'une élection politique au cours de laquelle les questions économiques et sociales seront posées.

Face à l'importance des dépenses de santé, plusieurs questions se posent sachant que le Commissariat à la stratégie et au plan, dans ses travaux de méthodologie de l'évaluation socio-économique des investissements publics, note que beaucoup d'investissements publics ont des conséquences en termes de sécurité et donc d'impact sur les vies sauvées ou les vies épargnées (accidentalité) : la régulation est-elle suffisante ? En fait-on trop ou pas ? Quelles dépenses diverses autres que des dépenses médicales doivent être intégrées comme ayant des impacts significatifs sur la santé ?

Quel sens donner à la valeur en santé

La Haute Autorité de Santé travaille, pour sa part, sur la révision des valeurs données à la santé et à la vie, nous précise le chercheur, même si l'analyse économique en santé est encore cependant peu développée, poursuit-il.

Dominique Maigne, co-président de l'UC2m nous rappelle quelques éléments de contexte : en 2013, la HAS (Haute autorité de santé) a été chargée d'intégrer la médico-économie à ses évaluations, à la suite d'un choix politique. L'intégration a ensuite progressé, « *notamment sur des cas d'école comme l'arrivée des antiviraux permettant d'éradiquer l'hépatite C, avec des coûts élevés mais des vies sauvées dès la première année* », nous rappelle-t-il, alors qu'il était le directeur général de la HAS.

Aussi, il convient de s'appuyer sur des approches politiques de transparence, de démocratie, de rationalité, et d'expliquer ces méthodes dans la réalité des pratiques.

Consentement et préférence

Deux grandeurs sont fondamentales : la valeur de la vie statistique et la valeur d'une année de vie.

Une approche traditionnelle, aujourd'hui jugée trop étroite, consiste à mesurer la valeur de la vie par la productivité : un an de revenu pour la valeur d'une année de vie. Mais cela ne couvre pas la qualité de vie, ni ce que les personnes valorisent au-delà de la production.

On s'appuie donc davantage sur le consentement à payer, en particulier pour une réduction de risque d'accident. Concrètement, si l'on réduit un taux de risque d'accident mortel de 1 pour 1 000 et que l'on observe le consentement à payer de la population ciblée, on multiplie ce consentement par 1 000. Ce calcul donne environ la valeur d'une vie statistique.

Une révision récente propose, pour des pays comparables à la France, un montant de l'ordre de 7 millions d'euros pour une vie sauvée.

Pour une année de vie, l'ordre de grandeur est d'environ 180 000 euros, selon l'espérance de vie gagnée.

Valeur et richesse

Pour illustrer son propos, Marc Fleurbaey donne un repère : la valeur d'une année de vie est souvent de l'ordre de 2 à 3 années de revenus.

Cela implique, donc, une proportionnalité à la richesse de la population considérée.

On estime souvent cela par des préférences révélées (primes pour métiers à risques, consentement à payer pour des sécurités renforcées).

Ces approches ne sont pas parfaitement fiables : dans le marché du travail, le chômage, la « myopie » sur les risques et les contraintes de pauvreté peuvent biaiser la lecture éthique de ces primes.

D'où le développement d'autres méthodes par préférences déclarées dans des enquêtes et même des estimations directes du consentement à payer pour des années de vie.

Quoi qu'il en coûte

Le point central demeure : l'approche par le risque introduit un paramètre supplémentaire qui est l'attitude face au risque, ce qui complexifie l'interprétation.

Cela a-t-il du sens ?

Marc Fleurbaey répond par la positive : « *On ne peut pas appliquer le « quoi qu'il en coûte » à toutes les dimensions de la vie : quantité de vie et qualité de vie doivent être distinguées. Sauver des vies ne peut pas être le seul critère. Il faut aussi arbitrer entre la prévention, les soins, les dimensions du budget de l'État et aussi les budgets familiaux et individuels.* »

Ça vaut la peine ?

La difficulté empirique n'est pas tant d'évaluer la santé en théorie que de mesurer l'impact des dépenses de santé sur la santé produite (années de vie gagnées).

Il faut être prudent : les personnes ne réfléchissent pas toujours avec suffisamment de profondeur à l'importance qu'elles accordent à leur santé et à leur vie. Mais exclure complètement les préférences et les valeurs mène à des approches arbitraires. L'idée est donc de s'appuyer sur les valeurs mais avec prudence et éventuellement avec approfondissement. Toutefois, on ne connaît pas très bien « la technologie » du système de santé.

En effet, définir l'ampleur optimale pour une période donnée demeure difficile.

Si une année de vie vaut 180 000 euros et qu'on envisage un milliard d'euros supplémentaire, et qu'on suppose que cela génère des années de vie gagnées, on peut estimer à quel volume d'années de vie cela « vaut la peine ».

Des ordres de grandeur suggèrent que cela peut avoir du sens si les impacts sont crédibles, notamment selon les gains d'équipement ou d'organisation.

Le revenu et la valeur

Pour éviter de dire que « *la vie d'une personne riche vaut plus* », on applique souvent une valeur uniforme à tout le monde, sans différencier le consentement à payer selon la richesse.

Cela évite un problème direct mais reste une incohérence : on fait varier la valeur avec le niveau de développement du pays, sans appliquer la logique d'inégalités au sein du pays.

Une autre façon, plus cohérente mais plus compliquée est d'accepter que les consentements à payer diffèrent selon la richesse. Il faut alors appliquer des pondérations en faveur des populations défavorisées, sur une base éthique en priorisant les intérêts des plus défavorisés. Selon le niveau de priorité accordé, cela peut justifier de prioriser des programmes ciblant les populations pauvres.

Ces analyses sont à partager entre les responsables politiques, les professionnels de santé, en s'appuyant sur des données comparatives disponibles tant ces questions sont partagées en Europe.

Déséquilibres

En réaction, Nicolas Revel, le Directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris rappelle, pour sa part, que « *notre difficulté ne tient pas tant au niveau actuel des dépenses de santé, notamment au regard de notre population, mais au rythme de leur évolution dans les prochaines années et surtout à l'épuisement des leviers de régulation qui ont été massivement utilisés au cours des quinze dernières années, notamment sur les prix et les tarifs, et qui ne pourront être mobilisés dans les mêmes proportions en post Covid* ».

Concernant les dépenses sur le PIB, la France apparaît à un niveau élevé, au même niveau que l'Allemagne, l'Autriche et la Suisse. Mais si l'on mesure la dépense par habitant, la France se situe beaucoup plus bas, ce qui renvoie à un écart lié à notre PIB par habitant.

Entre 2014 et 2024, la progression réelle de la dépense de santé a été plus modérée en France que dans la plupart des pays voisins. Si le déficit s'est fortement accru après le Covid, c'est en raison de mesures exceptionnelles de revalorisation des salaires à l'hôpital et des rémunérations des libéraux, sans recette nouvelle en face.

Épuisement des leviers

Le vrai sujet auquel nous sommes confrontés porte sur la dynamique des dépenses de santé dans les années à venir qui doit pouvoir être maîtrisée sans peser sur la capacité du système à répondre aux besoins de santé. La dépense de santé est la combinaison de trois facteurs : volumes de soins, prix/tarifs des prestations fournies et taux de remboursement.

La régulation s'est surtout faite par les prix avec des baisses répétées de tarifs, en particulier sur les médicaments. Or, ces leviers deviennent aujourd'hui difficiles à activer davantage.

Aussi, selon le directeur de l'AP-HP, qui fut directeur de l'Assurance maladie, il faut « *rééquilibrer les moteurs de la régulation de manière moins paramétrique, plus structurelle avec davantage de régulation par les volumes en agissant sur la pertinence des soins, la qualité, la prévention et l'organisation.* »

Transformation

L'hôpital doit devenir un moteur de la transformation du système de santé en abordant les questions de la prise en charge des pathologies chroniques, de la gradation des soins et de la pertinence des soins.

Le directeur d'hôpital évoque les enjeux d'attractivité dont les conditions de travail, le temps de travail, l'attractivité des métiers, l'innovation, les capacités d'investissement pour traiter des contraintes structurelles nombreuses dont la rénovation des bâtiments, la climatisation (d'actualité ! NdR), les normes ...

Des pistes de régulation

En réaction, Gaëtan Casanova, Co-Président de l'UC2m, interroge Nicolas Revel sur les prix des produits de santé :

- Quand on évoque les enjeux pharmaceutiques, il existe un risque d'évolution durable de la stratégie américaine sur le médicament, ce qui rendrait les régulations plus difficiles. Comment anticiper ce risque ?

- Sur l'évolution de la profession infirmière et l'objectif d'éviter les hospitalisations, des exemples sont donnés à partir de la nouvelle convention infirmière, notamment dans la prise en charge du diabète de type 2 et la possibilité de visites infirmières uniquement pour certains actes de surveillance. Sur la proposition de moduler le remboursement selon le comportement des patients (ex. réduire le remboursement pour un défaut de prévention/vaccination), comment juger une telle approche ?

Nicolas Revel répond :

- Sur la stratégie américaine, celle-ci risque de ne pas être seulement conjoncturelle et de perdurer au-delà de la présidence actuelle. L'Europe risque d'en subir des effets durables et de ne plus pouvoir tenir ses prix aussi bien que dans la période ante-Covid
- Sur le rôle des infirmiers, il est évident qu'ils ont vocation à prendre une place croissante et même déterminante dans le suivi des patients chroniques, à travers la télésurveillance mais aussi un suivi par l'éducation thérapeutique, les consultations infirmières et des interventions à domicile. Il faut éviter une organisation uniquement par télésuivi à distance
- Sur la modulation des remboursements selon le comportement, Nicolas Revel prône de favoriser des politiques fiscales comportementales sur les facteurs de risque (tabac, aliments transformés) avec des signaux économiques, plutôt qu'un mécanisme de sanction des conduites à risque par un moindre remboursement au moment des prises en charge médicales

Prévention, indicateurs et coordination

Les débats à venir porteront sur les thèmes :

- L'importance des préventions primaire, secondaire et tertiaire
- Le besoin de financement pluriannuel
- L'exigence de transparence
- L'utilité d'avoir des indicateurs robustes, lisibles pour les citoyens et les professionnels
- La coordination des nouveaux métiers qui peuvent créer des silos si les parcours ne sont pas structurés
- Le sujet de systèmes intégrés et d'organisations territoriales comme une réponse : approche populationnelle, indicateurs orientés vers des résultats et pilotage de la chaîne de soins

« La France dépense-t-elle trop pour la santé ? »

Les échanges sont articulés autour du récent rapport du HCAAM* présenté et commenté par Alain Sommer, expert économique des sujets de santé.

Premier point sur le rapport : le déficit de financement est un vrai problème, mais il ne veut pas dire que la France dépense trop. Peut-être ne finance-t-elle pas assez bien sa santé ? Ce qui compte, c'est la dépense absolue et la productivité.

Et l'expert de provoquer : les Français dépensent 200 milliards pour les vacances et 300 milliards pour la santé et en Allemagne, le tourisme, c'est pire !

Les questions sont :

- Sur le diagnostic économique, un consensus peut-il être établi ?
- La France dépense-t-elle beaucoup ?
- A-t-elle un haut niveau de protection sanitaire ?
- Les choix s'ils sont expliqués peuvent-ils être assumés dans la durée, c'est-à-dire pas sur cinq ans mais sur trente ans

Pour l'analyste, les réponses sont :

- La dépense par habitant est d'environ 6 000 dollars par habitant, soit un peu moins que l'Allemagne, la Suisse ou le Luxembourg, mais beaucoup plus que l'Espagne
- Le coût moyen des infirmières françaises est très inférieur à celui de l'Allemagne ou de la Belgique ; le coût complet des médecins est inférieur ; la densité médicale est inférieure ; et le coût de nos médicaments est inférieur
- Les gens sont moins bien payés en France qu'ailleurs, y compris les médecins libéraux et ils travaillent plus
- Nous avons plus d'hôpitaux par habitant qu'en Allemagne, mais les hôpitaux français semblent mieux gérés, avec des durées moyennes de séjour plus courtes
- La France est moins équipée en scanners et IRM, mais plus en PET-scan
- Nous sommes plutôt très productifs et cela date d'une vingtaine d'années : Tous les établissements ne sont pas hyper-productifs mais en moyenne ils sont efficaces et les gens sont mal payés
- Le déclassement se fait lentement : quand les besoins augmentent, on donne la priorité au paiement du personnel et on n'investit pas. Quand l'argent manque, le système protège le fonctionnement courant
- En innovation financière, nous sommes très mauvais alors que la santé est un secteur solvable et que, dans d'autres pays, les idées de financement abondent
- Nous sommes dans un système qui privilégie les charges courantes et n'innove pas, au moment où l'innovation, en particulier l'IA, va tout bouleverser
- Le taux d'utilisation des ressources en clinique est élevé : 90 % d'utilisation dans une clinique française, 60 % en Allemagne
- Nous n'avons plus beaucoup de marge de productivité, sauf dans certains établissements

Que faudrait-il faire ?

- « *D'abord, penser cash avant de penser care !* » : raisonner en liquidités
- Avant de parler de la pertinence des actes, demandons-nous si elle va réellement diminuer le cash décaissé
- Réduire la pertinence des actes dans un service sous-occupé ne génère aucune économie
- Penser en capacité de soins : Aux urgences, l'Espagne a de meilleures performances que nous ; en Belgique, « *leur principal problème, ce sont les Français qui viennent aux urgences* »
- Les pays performants le sont parce que les structures de soins sont intégrées. Le concept de « *capacité de soins* » permet d'intégrer, pour une offre donnée, les différents intervenants
- Il va donc falloir investir. Quand un hôpital n'est pas utilisé à fond, il faut se poser des questions et quand une décision ne réduit pas les dépenses, il faut l'arrêter
- Enfin, nous avons un problème de qualité. « *Un soin de mauvaise qualité, ce n'est pas un soin* ». Nous avons mis la qualité à 1 ou 2 % du financement
- Dernier point, très frappant : en France, on ne sait pas qui prend la décision. « *Nous avons un problème de priorité, de prise de décision et de prise de responsabilité* »

Alexandra Liparo (FHF) répond : « *À la Fédération hospitalière de France, nous partageons la nécessité d'investir et de sanctuariser des crédits d'investissement. Sur l'IA, les établissements publics de santé se sont quand même lancés : notre baromètre indique que 65 % de nos établissements utilisent déjà l'intelligence artificielle en production et 90 % envisagent d'investir sur les trois prochaines années, notamment en IA générative - interprétation de données, aide au diagnostic.* »

Christophe Clément-Cottuz, membre de l'UC2m : « *Je témoigne de deux expériences. En 2008, j'ai travaillé, pour IBM, sur la réforme du système de santé en Catalogne : ce qui l'a*

caractérisée, c'est qu'il y avait un pilote - le président de la Généralité - qui a rationalisé, réduisant par exemple quatorze hôpitaux à huit, et qui avait déjà intégré la prévention dans une vision à quinze ans, y compris l'intégration des données sociales dans les dossiers des citoyens. Vingt ans après, c'est un système ultra-performant. En Belgique aussi, j'ai rencontré à Liège un directeur médical de l'évolution numérique dont l'organisation d'hôpitaux dispose d'un comité stratégique réfléchissant à dix ou quinze ans, avec les collectivités territoriales et tous les acteurs du territoire. En France, je ne connais aucun établissement doté d'une vision à dix ou quinze ans. »

Rachel Bocher, présidente de l'INPH : *« Sur la prise de décision et de responsabilité, beaucoup d'acteurs souhaiteraient décider, mais il faut que le cadre soit clair. Il ne faut plus fonctionner en silos : les fédérations hospitalières ont été reçues par la ministre dans le cadre d'un comité de pilotage de l'efficacité hospitalière, avec un plan de pertinence et d'économies... mais sans objectif chiffré, et dont l'un des volets est la consolidation de l'hôpital public dans les territoires. Par ailleurs, le rapport Charges et Produits montrerait un effondrement de l'activité des hôpitaux de proximité : c'est peut-être une opportunité. »*

Table ronde : « Le prix et la valeur de la santé »

Participants : Sophie Beaupère (DG Unicancer), Rachel Bocher (Présidente INPH), Jean-Baptiste Caillard (Président CN-URPS Médecins libéraux), Alexandra Liparo (Responsable adjointe, Pôle O.F.F.R.E.S, FHF), Christine Schibler (DG FHP), Arnaud Vesin (DG de Camurus) et des membres du Groupe des 100 de l'UC2m.

Sophie Beaupère évoque les orientations qu'elle porte avec Unicancer sur la prévention, la qualité, la pertinence des soins et la coordination des actions conduites :

Sur la **prévention**, il y a toujours un questionnement pour mieux évaluer les actions entreprises. *« Or, nous savons maintenant que les programmes de prévention peuvent s'appuyer sur des pratiques économiques robustes ».*

Elle prend l'exemple du programme de prévention Interception suivi par un « article 51 », porté à l'origine à Gustave Roussy par Suzette Delaloge, aujourd'hui présidente de l'INCa. Interception a été conçu dans une dimension nationale avec une évaluation médico-économique et un comité scientifique international.

Cette expérimentation sera évaluée à partir de données scientifiques rigoureuses en se projetant sur au moins cinq ans.

Qualité et pertinence : pour Sophie Beaupère, le financement à la qualité est insuffisant avec des seuils en cancérologie appliqués de façon hétérogène selon les régions.

« Nous pouvons faire mieux et le mode de financement de la qualité est encore insuffisant, alors que les incitations fonctionnent en général si on travaille sur les indicateurs de qualité de manière partagée et collective. Nous souhaitons être proactifs », ajout-t-elle.

Coordination : Notre système est très cloisonné. Des articles 51 d'intégration dans des parcours existent depuis plusieurs années, avec télésurveillance et télémedecine. *« Des parcours coordonnés doivent être construits comme cela est fait en médecine nucléaire ».*

Il faut *« pousser et intégrer »* les innovations organisationnelles de manière plus rapide. Les logiques économiques et budgétaires pluriannuelles constitueraient des méthodes anticipatrices. Un récent rapport de la Cour des comptes l'a souligné et *« je déplore que nous n'anticipions pas suffisamment les choses »*, précise la dirigeante.

Sur l'innovation et la recherche médicale, Unicancer se dit préoccupé par la place de l'Europe. Les stratégies de la Chine et les comportements des États-Unis, notamment sur les prix des médicaments *« nous inquiètent et nous devons veiller à ce que l'Europe ne décroche pas ».*

Et pour conclure, la responsable nous encourage à *« être compétitifs alors que nous avons l'expertise scientifique ».*

Alexandra Liparo (FHF) rappelle le contexte :

Le vieillissement de la population doit être pris en compte dans nos politiques publiques, avec 21 millions de personnes de plus de 60 ans en 2030, une transition écologique qui s'impose à nous avec des événements climatiques extrêmes et longs, l'explosion des maladies chroniques avec 37 % de la population porteuse d'une maladie chronique et qui seront 43 % en 2035.

« Nous sommes à la croisée des chemins »

Ces données doivent être replacées dans un contexte de contraintes financières fortes. Le gouvernement a récemment demandé 6 milliards d'euros d'économies dont 2 milliards portés par la Sécurité sociale. La Cour des comptes, de son côté, évoque 2 milliards d'économie par an jusqu'en 2030.

Or, rappelle la responsable adjointe de la FHF : *« La santé ne peut pas être perçue que comme une charge, elle est aussi un investissement social qui permet la cohésion de la population ».*

Selon Alexandra Liparo, *« Il semble que nous soyons à la croisée des chemins et il est demandé de dépenser moins. Or, la question n'est pas nécessairement de dépenser moins, mais de dépenser mieux. »*

L'hôpital public a fait la démonstration de sa performance

L'efficacité des établissements publics de santé n'est plus à démontrer.

L'hôpital public continue pourtant de démontrer sa capacité à assurer des missions essentielles avec, entre autres :

- Deux années consécutives d'augmentation de l'activité de séjours de plus de 4,5 % ;
- 82 % des cancers pédiatriques,
- 72 % des cancers de sévérité 3 et 4,
- Plus de 2/3 des séjours avec nuitée.

La dégradation de la situation financière des établissements publics de santé s'explique d'abord par les sous-financements des revalorisations salariales pour 1,7 Mds € (rapport IGAS/IGF), et le sous-financement de l'inflation, estimé par la FHF à 1,3 Mds €.

La pertinence des soins comme levier de l'organisation de l'offre

Pour la FHF, le problème posé est surtout celui de l'allocation des ressources et de leur efficacité :

« Il existe d'importantes marges d'économie via la pertinence des soins. Aujourd'hui, on constate des écarts de 1 à 4 pour des actes médicaux selon les régions, sans que cela ne s'explique par des raisons épidémiologiques ou démographiques. Il nous faut réduire les variations non justifiées entre les territoires, inciter à la prévention et développer des dispositifs comme la responsabilité populationnelle ».

La prévention est la première source de diminution des dépenses en santé

- Concernant la prévention, *« le meilleur soin est celui que l'on peut éviter, en retardant l'entrée dans la maladie ou en limitant l'aggravation »*. Une réduction de 1 % des actes rapporte 600 millions d'euros
- Une baisse de 1 % sur les prescriptions de médicaments rapporte 640 millions d'euros d'économie
- Selon la Cour des comptes, une année gagnée d'espérance de vie en bonne santé, sans incapacité permet de gagner 1,5 Mds d'euros par an
- Selon la Cour des comptes, les dépenses de prévention n'ont progressé que de 2,1 %/an en moyenne, soit bien en deçà de l'inflation
- Avec une vaccination contre la grippe efficace, on pourrait avoir, selon les études, des effets rapides et rapporter une économie de l'ordre de 700 millions d'euros, si on

respectait les standards attendus avec une diminution des arrêts maladie, une baisse d'hospitalisation ...

- La vaccination HPV a entraîné une baisse de cancers de l'utérus de 77 % en Australie qui est un pays leader sur le sujet. L'éradication est attendue en 2040 dans les pays du nord de l'Europe
- La prévention de la bronchiolite avec le *Beyfortus* a 80 % d'efficacité avec 5 800 hospitalisations d'enfants en moins
- L'éducation thérapeutique et les autres dispositifs de prise en charge du vieillissement sont des leviers efficaces pour une réduction *in fine* des dépenses de santé
- La responsabilité populationnelle a généré, pour la prise en charge du diabète et des insuffisances cardiaques : 33 % d'hospitalisations de moins aux urgences, une diminution de 50 % des longs séjours sur les cinq territoires concernés. La responsabilité populationnelle a été inscrite dans la loi en 2019 et la FHF a porté son extension à 11 territoires

Christine Schibler (FHP)

La Déléguée générale de la FHP souligne les axes de développement portés par sa fédération professionnelle.

« *Nos sujets doivent avoir une portée politique dans le cadre de l'élection présidentielle, même si les responsables politiques ne s'engagent pas facilement sur ces sujets techniques et difficiles à appréhender* », déclare la responsable de la FHP.

Christine Schibler poursuit : La situation économique est difficile pour les établissements privés qu'elle représente.

Prioriser des objectifs

Aussi, il faut, en premier lieu, prioriser quelques objectifs dans le cadre d'une stratégie nationale de santé. La déclinaison de ces objectifs pourrait permettre d'engager une mutation des prises en charge.

Une transformation des modalités de prise en charge devrait s'opérer autour de l'HAD et de l'ambulatoire en en faisant les formes prioritaires de prise en charge.

Or, on est tous en deçà de ce que nous pourrions faire.

Les hospitalisations évitables représentent 900 millions €

Il nous faut retravailler la Carte hospitalière en prônant une organisation territoriale inclusive avec tous les acteurs, en consolidant les offres dans les territoires.

Nous avons constaté que les hôpitaux de proximité ont une activité qui baisse depuis quelques années.

Or, nous devons nous engager dans le soutien d'établissements de qualité et chacun doit prendre ses responsabilités.

Les seuils sont intangibles et les établissements non certifiés par la HAS devraient être fermés.

Chaque euro dépensé doit être utile

Nous devons garantir l'accès à des médecins et des équipes pluridisciplinaires dans les territoires.

« *Chaque euro dépensé doit être utile* », ce qui amène quels que soient les statuts à « *revisiter des socles pour voir s'ils correspondent à la réalité* ».

Jean-Baptiste Caillard (CN-URPS Médecins libéraux)

Le Président de la CN URPS-ML souligne les tensions sur les ressources médicales. Avec moins de médecins libéraux et face à des exigences accrues, le système de santé se débat dans de profondes difficultés.

« *Un cercle vicieux s'est engagé puisque la société et les gouvernements demandent de faire plus de consultations avec moins de moyens et de professionnels* ». L'attractivité libérale en pâtit. Or, les médecins ne sont plus aussi présents sur le terrain.

Ensemble

« La ressource libérale est plus faible même si les libéraux ont une forte productivité »

Les URPS agissent dans plusieurs directions : elles accompagnent les CPTS, promeuvent le travail aidé avec les assistants médicaux, favorisent le développement des IPA ... :

Le responsable professionnel souligne l'importance des solutions de travail collectif que mènent les URPS qu'il représente : MSP, CPTS, assistants médicaux, IPA en réclamant toutefois que soient opérées des clarifications nécessaires pour que les médecins y adhèrent positivement.

Le médecin cardiologue qu'il est soutient les démarches de pertinence et de collaboration interprofessionnelle pour éviter aux patients des pertes de bénéfices que la médecine apporte, de progrès social, de qualité des soins.

Enfin, ces démarches pourront modérer les dépenses et réduire les hospitalisations.

La baisse des hospitalisations est aussi un objectif pour les médecins libéraux. L'insuffisance cardiaque par exemple demande une « *réelle coordination* ».

50 % de la population n'est pas diagnostiquée et prise en charge.

Dans les pays nordiques, les infirmiers prennent en charge les insuffisants cardiaques. Le traitement leur est confié par l'automesure et le suivi des traitements qui est très protocolisé.

Partager

Concernant la pertinence « *c'est toujours le bâton* ». Or, il faudrait partager les bénéfices de la pertinence. « *C'est un tabou qui ne devrait pas en être un. La pertinence, c'est l'adressage, avec à la base une bonne protocolisation* ».

Et pour conclure, Jean-Baptiste Caillard souligne : « *La confiance n'est pas suffisante entre nous. Il faudrait améliorer la collaboration même si ça demande une révolution culturelle* ».

Arnaud Vesin (Camurus)

Le dirigeant d'entreprise, investi dans le secteur de la santé mentale, est engagé avec son laboratoire européen dans la lutte contre les addictions et pour une meilleure santé mentale des populations, d'une manière générale et plus spécifiquement pour les personnes touchées par les addictions aux opioïdes. Il s'agit là d'une question de santé publique majeure.

Il évoque son expérience de développement d'un médicament d'innovation reconnue qu'il souhaite diffuser en ville mais qu'il est difficile de développer par manque d'adaptation du système de financement et par défaut de remboursement vers les structures (pharmacies et cabinets médicaux, CSAPA ...) capables de le déployer.

Les modalités d'évaluation ne fonctionnent pas de manière optimale.

Les raisonnements s'opèrent sur les moyens à mettre en œuvre (effectifs, budgets) plutôt que sur les résultats qui sont les rechutes évitées, la rémission et les décès évités.

En effet, les rechutes sont très élevées chez certains patients suivis pour une dépendance aux opioïdes et il prône d'évaluer les trajectoires et non uniquement l'activité.

Il lance un appel pour une meilleure évaluation des pratiques et à une adaptation des politiques de santé aux innovations.

Les rechutes sont, en effet, très nombreuses, de l'ordre de 50 %.

On demande l'efficacité des CSAPA (Centres de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) sur le nombre de patients qu'ils reçoivent et sur les économies qu'ils font, alors que nous devrions les évaluer sur les efforts entrepris pour lutter contre les rechutes.

Rachel Bocher, présidente de l'INPH

Face aux masses financières évoquées, nous devons collectivement nous interroger sur les pratiques médicales, les réponses politiques et organisationnelles et donner un sens aux missions des médecins et des professionnels de santé.

Rachel Bocher rajoute quelques données qui l'ont frappée relatives à la période récente :

- 1 000 personnes sont mortes de la canicule
- 10 millions d'hospitalisations évitables
- Le coût de l'intérim médical (19 % des dépenses de personnel médical : NDR)
- 30 % de postes médicaux sont vacants à l'hôpital

Pour tirer des enseignements ayant valeur de conduite à tenir, la responsable médicale et professionnelle revient sur quelques thématiques :

- La pluriannualité budgétaire donnerait sans doute de la visibilité aux professionnels
- Le rôle et l'implication des citoyens sont importants : on peut les décliner par l'éducation thérapeutique, en informant les populations et en les conduisant vers le soin.
- La visibilité des parcours de soins est essentielle.
- Développer la prévention pour préserver son capital santé et ne pas épuiser les finances publiques et les ressources des soignants

Et elle conclut le séminaire en disant : « *Rien ne se fera sans espoir et sans confiance entre les professionnels, et sans alliance. Le futur en dépend* ».

Conclusions

Les organisateurs soulignent que les rapports entendus montrent des marges d'amélioration et des formes de régulation possibles dans le cadre de l'organisation du système de santé que nous connaissons.

Il est important de proposer des pistes de réforme à l'occasion des prochaines élections.

Les recommandations que nous ferons s'effectueront dans des démarches constructives et veilleront à :

- Ne pas tomber dans des idéologies de rupture mais proposer des pistes d'évolution systémiques pour rapprocher les professionnels et les usagers
- Traduire les réflexions en politiques réalistes