

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N° 28 / MARS 2026

A man with grey hair, wearing a dark blue suit, white shirt, and patterned tie, stands next to a wooden table. On the table is a lamp with a gold base and a dark brown shade. The background is a solid green wall.

**« UN TERRITOIRE
PERFORMANT DOIT
S'INSCRIRE DANS
LA LOGIQUE DU
"ONE HEALTH" »**

YANN BUBIEN

**DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE
RÉGIONALE DE SANTÉ PROVENCE-
ALPES-CÔTE D'AZUR**



CRAPSLOG, le magazine d'information et de réflexion du CRAPS
45, rue Boissy d'Anglas - 75008 PARIS
accueil@thinktankcraps.fr
www.thinktankcraps.fr

Directeurs de publication
Didier Bazzocchi & Fabien Brisard

Président du comité éditorial
Hervé Chapron

Conception et Réalisation
Fabien Brisard, Anaïs Fossier, Marie-Claude Kouachy

Relecture
Karen Platel, Pierre-Maxime Claude

Illustration
Marius Guet

Crédits Photo
Cocktail santé - Philippe Chagnon, Shutterstock, Marie-Claude Kouachy, Julie Bourges

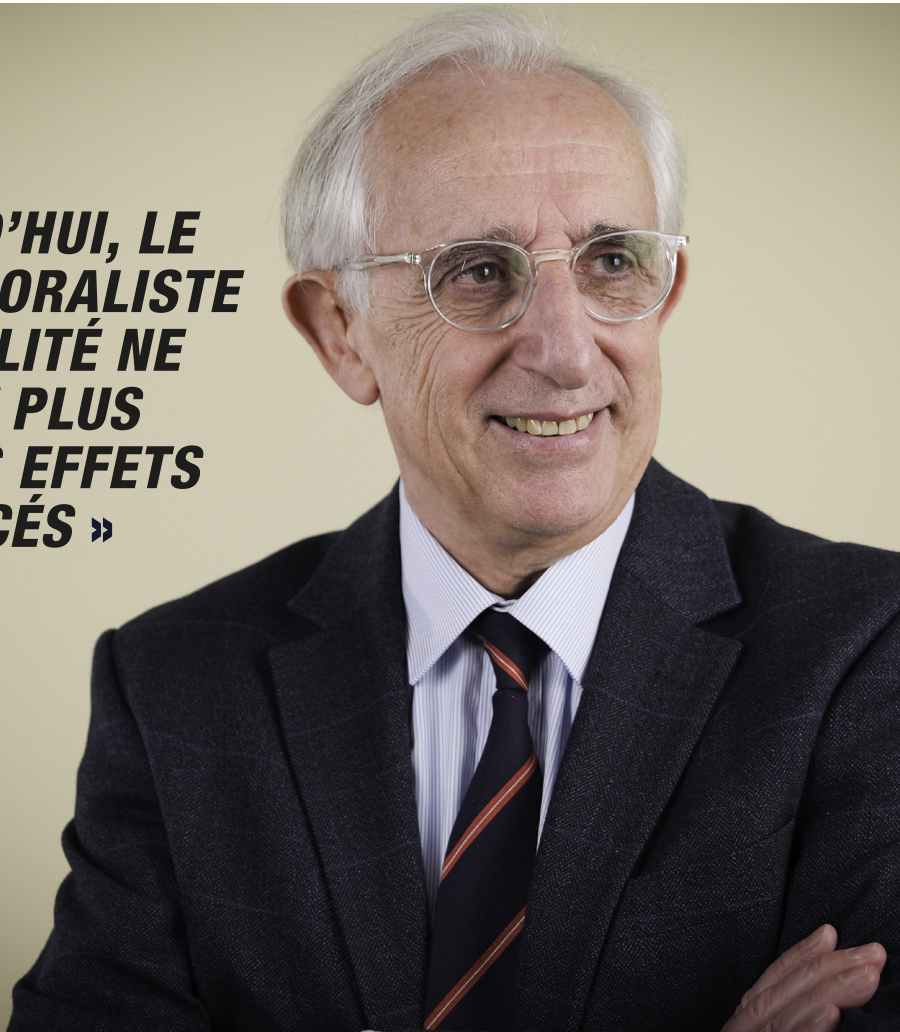
Impression
Imprimerie Chirat - mars 2026

Alors que Thomas Coville bouclait un tour du monde à la voile en 40 jours en dépit d'une mer déchaînée, le PLF et le PLFSS 2026 ont nécessité beaucoup plus de temps pour aboutir à des compromis incertains. D'un côté : l'engagement, la compétence, la force du collectif, puis la réussite. De l'autre : le refus de l'obstacle, l'ignorance feinte des réalités économiques et sociales, des égoïsmes partisans, puis l'affaiblissement du modèle de protection sociale dessiné par nos aînés à l'issue de la guerre.

Mais il serait facile et injuste d'en accabler les seuls parlementaires, les pouvoirs publics ou encore l'Europe. Après la chute du mur de Berlin en 1989, les Français ont touché les « dividendes de la paix ». Concomitamment, la mondialisation de l'économie leur a permis d'accéder à une consommation effrénée. L'économie de la demande s'est substituée à l'économie de l'offre. Elle a conduit l'État-providence à octroyer toujours plus de subventions, de « nouveaux droits » - sans jamais évoquer les devoirs nécessaires envers le bien commun -, mais aussi à se désintéresser des investissements d'avenir, à ignorer les limites d'une redistribution durablement financée par la dette publique, à faire fi de l'inéluctable avancée en âge de la génération du baby-boom.

Portés par les attentes de l'électorat, les pouvoirs publics ont créé un modèle de redistribution qui fait la part belle aux « insiders » : les personnes les mieux ancrées dans le marché du travail et dans la société, et laisse de côté les « outsiders » : travailleurs aux boulots ingrats, à temps partiel et mal rémunérés, petits exploitants agricoles, autoentrepreneurs... ainsi que les fonctionnaires de première ligne (policiers, enseignants, infirmiers, médecins, aides-soignants...) devant affronter quotidiennement la détresse, la violence... La redistribution bénéficie désormais à une part majoritaire de la population, mais ne répond plus à sa finalité sociale originelle. Ceci compromet le maintien du contrat social, fondateur de la démocratie. Mais comment sortir sans casse sociale de cette redistribution prodigue dont l'ampleur n'est

« AUJOURD'HUI, LE DISCOURS MORALISTE SUR L'ÉGALITÉ NE PRODUIT PLUS AUCUN DES EFFETS ANNONCÉS »



pas durablement compatible avec le redressement nécessaire de nos finances publiques ?

À la fin du XIX^e siècle, l'école solidariste de Léon Bourgeois proposa une nouvelle approche morale, considérant que tout être humain, dès sa naissance, bénéficie des progrès apportés par la civilisation. Partant de ce postulat, l'école solidariste considérait que les plus favorisés socialement sont les plus grands bénéficiaires des développements économiques, sociaux, politiques, culturels... Ils contractent ainsi une dette envers les moins favorisés, dette dont ils doivent s'acquitter par leur contribution à la redistribution. Nous avons perdu de vue cette conception humaniste de la société, tout comme certains des principes de solidarité voulus par les signataires de la « déclaration des jours heureux » du Conseil national de la Résistance. De nos jou-

rs, le clientélisme politique néglige l'injonction morale de solidarité, au profit de la formule lapidaire « apportons de nouveaux droits aux citoyens ! ». Force est de constater que s'il sert les « insiders », ce clientélisme produit de l'exclusion, de l'inégalité et un appauvrissement progressif du pays. L'accès aux soins se détériore, la part de la population pauvre a augmenté depuis le milieu des années 2000 et le PIB par habitant, indicateur de niveau de vie moyen, se situe désormais en dessous de la moyenne de l'Union européenne.

L'école solidariste de Léon Bourgeois, portée par des valeurs morales et humanistes, fut à l'origine de l'impôt sur le revenu et des premières assurances sociales. Aujourd'hui, le discours moraliste sur l'égalité ne produit plus aucun des effets annoncés. Rien d'étonnant, comme l'expliquait Vladimir

Jankélévitch critiquant l'existentialisme sartrien : « Ce n'est pas le discours qui détient la clé de la morale, c'est l'action » ! Notre défi collectif désormais, n'est-il pas de sortir de la rhétorique de l'intention pour passer à l'action : susciter le retour de l'appétence au risque et du sens de l'effort partagé, accepter collectivement de travailler plus et d'investir plus - fut-ce aux dépens d'une consommation importée, financée par le déficit public -, rétablir le niveau de la production intérieure et de la productivité ? N'est-ce pas un impératif nécessaire à la survie de notre modèle de protection sociale, ciment du pacte républicain, autant qu'au maintien du niveau de vie de nos concitoyens dans la durée ? Difficile chemin de crête, direz-vous ! Ce numéro du CRAPSLOG vous livre d'intéressantes analyses et propositions dans ce sens. Bonne lecture ! ■

SOMMAIRE



L'IMAGE 8

LE CRAPS REÇOIT
PATRICK MARTIN



FOCUS 10

LES JEUNES FACE
À L'EMPLOI



ITW 14

YANN BUBIÉ,
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS PACA



DOSSIER 38

REDISTRIBUERIONS-NOUS AU-DELÀ
DE L'OPTIMUM SOCIAL ?



TRIBUNE 50

RETRAITE DES FEMMES : LA
FIN DES INÉGALITÉS
EST-ELLE POUR DEMAIN ?



TRIBUNE 56

LE DIALOGUE SOCIAL DANS
L'ENTREPRISE, UN LEVIER POUR
REFONDER NOTRE PROTECTION SOCIALE



ITW 60

MICHEL YAHIEL,
ANCIEN CONSEILLER SOCIAL À L'ÉLYSÉE



TRIBUNE 70

SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION :
DE LA RECONNAISSANCE
PROCLAMÉE À L'ACTION CONCRÈTE



TRIBUNE 74

LA DÉMOCRATIE SE DÉLITE :
ET SI LA SOLUTION, C'ÉTAIT NOUS ?

SOMMAIRE



TRIBUNE 78

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ ONE HEALTH



TRIBUNE 82

L'ESPRIT CRITIQUE CONTRE LA TYRANNIE DE L'IMMÉDIAT



TRIBUNE 86

POUR UNE FRANCE QUI OSE L'ART COMME POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE



TRIBUNE 98

TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ : L'INNOVATION NUMÉRIQUE EST UN LEVIER, PAS UN BUT



TRIBUNE 102

LA REFORTE DE LA CCAM : UN CHANTIER AUX MULTIPLES ENJEUX



TRIBUNE 106

ENCADRER L'INNOVATION SANS LA FREINER : VERS UNE APPROCHE COOPÉRATIVE ENTRE LES ACTEURS



TRIBUNE 114

L'ENTREPRISE LIBÉRALE, UN MODÈLE D'AVENIR !



TRIBUNE 116

LES BONS COMPTES FONT LES BONNES RÉFORMES



TRIBUNE 119

ET SI LA FRAGILISATION DE LA PROTECTION SOCIALE ÉTAIT UNE ARME ?



TRIBUNE 123

RÉFORME DE LA PSC : UNE RECOMPOSITION DU MARCHÉ ENGAGÉE



TRIBUNE 128

RETOUR SUR L'HISTOIRE D'UN ACTEUR SOCIAL MÉCONNU : LA MUTUALITÉ



TRIBUNE 136

URBANISME ET SANTÉ MENTALE EN 2026 : VERS UN URBANISME RELATIONNEL ?



DOSSIER 142

FACE À L'ÉVOLUTION DES MALADIES CHRONIQUES, COMMENT PRÉSERVER LA SOUTENABILITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SOIN ?



ITW 150

DR CATHERINE GRENIER, MÉDECIN-CONSEIL NATIONAL DE LA CNAM



ITW 159

DR JEAN-PAUL ORTIZ, PRÉSIDENT D'HONNEUR DE LA CSMF



ITW 166

MAGALI LEO, COORDINATRICE D'ACTION PATIENTS



TRIBUNE 176

VERS UN « STATUT DE L'ÉLU » POUR LES REPRÉSENTANTS DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX ?



TRIBUNE 180

RÉFORME DU 100 % SANTÉ : HÉTÉROGÉNÉITÉ SECTORIELLE ET ENJEUX SYSTÉMIQUES



L'IMAGE

Patrick MARTIN

Président du Medef
MED

Patrick Martin, Président du Medef, accueilli à l'occasion du premier dîner-débat de l'année 2026 par le Président du CRAPS, Didier Bazzocchi et le Président de la FHP, Lamine Gharbi - février 2026.



LES JEUNES FACE À L'EMPLOI

PAR BRUNO COQUET
ÉCONOMISTE ET MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU CRAPS

L'emploi des jeunes est une préoccupation à laquelle tous les gouvernements ont été confrontés depuis 50 ans. Au cours du dernier dîner-débat du CRAPS, le président du Medef a mis l'accent sur la question de l'implication des jeunes dans le marché du travail. Il a notamment mentionné que les « NEETs » constituent une importante réserve de main d'œuvre inactive et en marge du marché du travail, et souligné que si la plupart de ces jeunes étaient en emploi le financement de la protection sociale ne poserait pas de problème.

Ce zoom sur l'emploi des jeunes fait un point sur la situation de l'ensemble des jeunes de 15 à 29 ans sur le marché du travail, de manière à bien mettre en évidence l'enjeu que représente l'insertion en emploi de ces jeunes NEETs.

On dénombre actuellement 12,1 millions de jeunes de 15 à 29 ans. Par-

mi eux environ 5,3 millions sont encore en formation initiale, dont 3 millions d'étudiants dans l'enseignement supérieur ; 1,6 million de ces jeunes cumulent scolarité et emploi dont 1 million en apprentissage, si bien que tous les autres (3,7 millions) suivent un cursus sans travailler, et sont ainsi classés comme « inactifs » dans les statistiques.

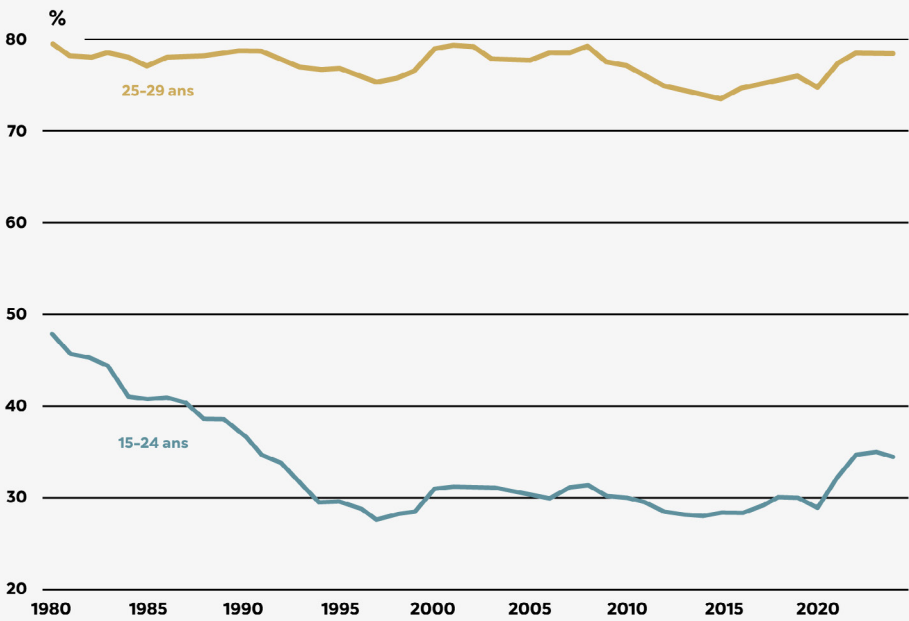
Seulement 7,5 % des jeunes sortent prématurément du système scolaire avec, au maximum, le brevet des collèges (environ 60 000) par an, moitié moins qu'au début des années 2000. Et 52 % jeunes qui sortent actuellement de formation initiale sont diplômés de l'enseignement supérieur.

Les jeunes entrent sur le marché du travail à 22 ans et demi en moyenne, si bien qu'un peu moins de 50 % des 15 à 29 ans sont en emploi, soit 5,7 millions (Graphique 1). Ce taux est de

34 % pour les moins de 25 ans puis se normalise au fur et à mesure que l'on s'élève dans les tranches d'âge, pour atteindre 78 % pour les 25-29 ans.

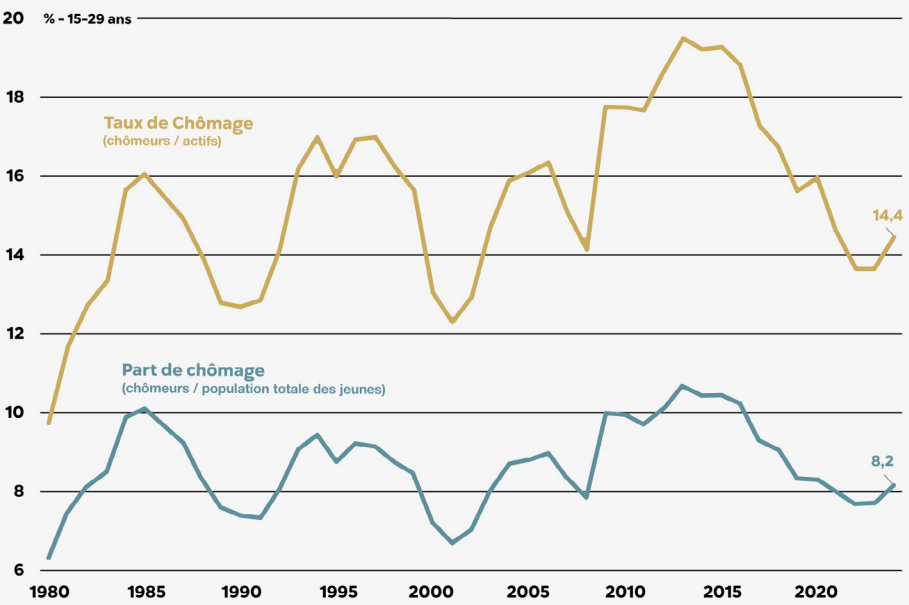
Le rebond récent de cet indicateur vient du fait que les apprentis sont à la fois comptés comme salariés à temps plein et comme étudiants. Le boom de l'apprentissage ayant pour l'essentiel fait préférer cette voie de formation en alternance à une scolarité classique, son effet statistique a été de transformer des étudiants inactifs en salariés actifs. Or, la hausse de l'apprentissage (+600 000 en 5 ans), le taux d'emploi des jeunes serait resté à son étiage. En outre il faut souligner que la manière dont cette politique a été paramétrée n'a pas fait baisser le nombre absolu de jeunes chômeurs car ce ne sont pas les plus à risque de chômage qui ont suivi ces formations en alternance.

1 - Taux d'emploi des jeunes de 15 à 29 ans (1980 - 2024)



Source : Insee

2 - Taux et part de chômage des jeunes de 15 à 29 ans (1980 - 2024)



Lecture : en 2024, le taux de chômage atteignait 14,4 % des actifs de 15 à 29 ans. Ces chômeurs représentaient 8,2 % de l'ensemble de cette classe d'âge.

La situation des jeunes sur le marché du travail est le plus souvent décrite au prisme de leur taux de chômage. Mais compte tenu de ce que la plupart des jeunes sont encore en études et inactifs ou bien diplômés et en emploi, le taux de chômage (Graphique 2) est un indicateur très biaisé, qui exagère le phénomène à l'échelle de l'ensemble de la jeunesse.

En effet, les jeunes qui entrent le plus tôt en activité à la fois peu nombreux et plus difficilement employables car peu ou pas diplômés : les chômeurs sont donc proportionnellement nombreux au sein de cette population active réduite. Le taux de chômage étant le ratio de ces deux ensembles, il est donc très élevé touchant 27% des jeunes de 15 à 19 ans et 16,3% des 15-24 ans. Les jeunes plus employables sont ceux qui ont poursuivi leurs études avec succès, qui trouvent un emploi rapidement dès lors qu'ils se présentent sur le marché du travail : quasi simultanément actifs et en emploi, leur taux de chômage est plus faible (9,9% pour les 25-29 ans).

Pour corriger ces effets de composition on peut rapporter le nombre de jeunes chômeurs à l'ensemble de la classe d'âge, active ou non : cette part des jeunes au chômage est aujourd'hui de 8,2% (Graphique 2). Elle a fluctué entre 7% et 10% depuis le début des années 1980, au fil de la conjoncture économique, et ces fluctuations ont été atténuées par les politiques de « contrats aidés » (« emplois jeunes », etc.) dans lesquels étaient placés les jeunes les moins employables et dont le nombre est passé de

900 000 bénéficiaires au tournant des années 2000 - soit environ un jeune sur dix à l'époque - à 150 000 aujourd'hui.

Formation, emploi ou chômage ne rendent cependant encore pas complètement compte de la situation des jeunes sur le marché du travail : 1,5 million d'entre eux ne sont ni en emploi, ni en études, ni en formation, ce sont les « NEETs ». (Graphique 3)

« IL EST CLAIR QUE NOTRE MARCHÉ DU TRAVAIL EST ENCORE TRÈS LOIN D'ÊTRE CONTRAINT PAS LA DÉMOGRAPHIE AU REGARD DU GRAND NOMBRE DE JEUNES D'ÂGE ACTIF POTENTIELLEMENT MOBILISABLES : NOTRE PROBLÈME EST D'ACCROÎTRE LE TAUX D'ACTIVITÉ, DES JEUNES EN PARTICULIER MAIS PAS SEULEMENT »

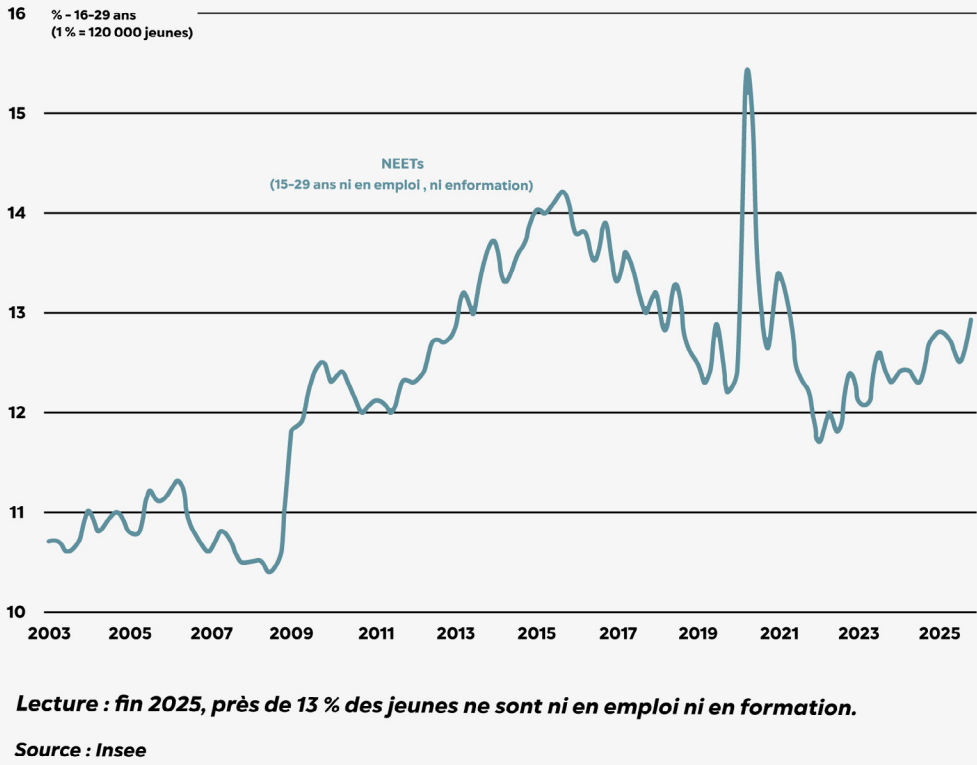
Jusque dans les années 1990, ce choix de l'inactivité pouvait être attribué à un découragement à se porter sur le marché du travail alors que le chômage était très élevé (ce que l'on appelle un effet de flexion) : il était difficile de faire sa place, les emplois étant rares et les générations nombreuses. Le ralentissement de la population active qui engendre des difficultés de recrutement aurait pu inverser cet effet, mais cette inactivité s'est au contraire accrue (+240 000 jeunes en 20 ans).

Dans le même sens et de façon plus inquiétante encore, on observe aussi qu'un nombre croissant de jeunes ayant terminé leur formation initiale depuis 1 à 4 ans restent inactifs (ni en emploi, ni au chômage) (Graphique 4). S'agissant de 4 générations cette situation concerne 500 000 jeunes, un peu plus de 130 000 si l'on ambitionnait de retrouver le niveau des années 2000 alors que le marché du travail était bien plus difficile.

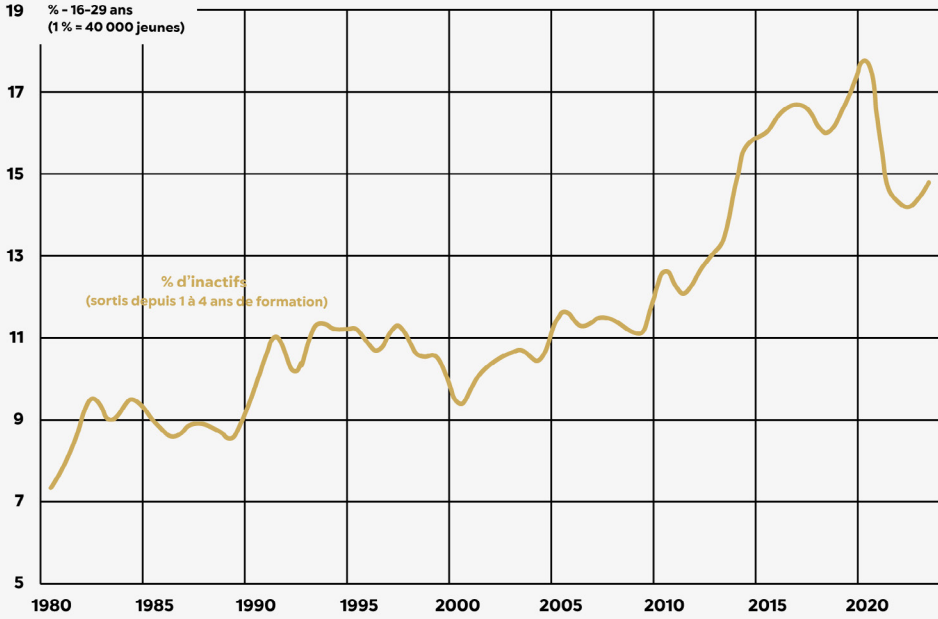
Dans ces conditions favorables le taux de pauvreté au seuil de 60% (mesuré pour les 18-29 ans en 2023) a dans le même temps augmenté de 14,7% à 17,5%, touchant soit 190 000 jeunes pauvres de plus en 20 ans.

Ces statistiques se recouvrent en partie, les unes les autres, mais quelle que soit la manière d'envisager la situation des jeunes sur le marché du travail, l'évidence est que cette tranche d'âge compte un nombre croissant d'inactifs, formés, disponibles et en capacité de travailler. Même s'il est évidemment difficile d'identifier et de résoudre à 100% et du jour au lendemain les problèmes évoqués ci-dessus, il est clair que notre marché du travail est encore très loin d'être contraint par la démographie au regard du grand nombre de jeunes d'âge actif potentiellement mobilisables : notre problème est d'accroître le taux d'activité, des jeunes en particulier mais pas seulement. En termes de finances de la protection sociale une augmentation des taux d'activité et d'emploi entraînerait une hausse des ressources mais aussi une baisse des dépenses, ne serait-ce que parce que l'incidence de la pauvreté diminuerait à raison de la hausse des revenus du travail. ■

3 - Part des jeunes de 15 à 29 ans ni en emploi ni en études (2003 - 2025)



4 - Inactifs parmi les jeunes de 15 à 29 ans sortis de formation (1980-2023)



INTER-
VIEW

**YANN
BUBIEN**
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE
L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

"ONE HEALTH"

« MÊME SI CETTE EXPRESSION N'ÉTAIT PAS ENCORE UTILISÉE À L'ÉPOQUE, C'EST BIEN CETTE LOGIQUE QUI GUIDAIT DÉJÀ L'ACTION PUBLIQUE. AVEC L'ADOPTION EN 2009 DE LA LOI « HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ, TERRITOIRES », PUIS EN 2010, LE DÉPLOIEMENT EFFECTIF DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ »

LES ARS ONT ÉTÉ CRÉÉES EN 2010 POUR METTRE FIN À UN PILOTAGE DE LA SANTÉ DISPERSÉ ENTRE L'ÉTAT, LES DÉPARTEMENTS ET L'ASSURANCE MALADIE, ET POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES. ELLES CRISTALLISENT CEPENDANT DE NOMBREUSES INTERROGATIONS, QU'ELLES VIENNENT DES ÉLUS, DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ OU DES USAGERS. COMMENT VOYEZ-VOUS L'ÉVOLUTION DU RÔLE DES ARS ET QUELLES SERAIENT, SELON VOUS, LES PISTES POUR RENFORCER LEUR EFFICACITÉ ET LEUR LISIBILITÉ AUPRÈS DES ACTEURS DU TERRITOIRE ?

Les agences régionales de santé ont été créées pour renforcer l'unité du pilotage des politiques de santé en France avec l'ambition d'articuler l'ensemble de leurs composantes, que ce soit la prévention, les soins de premier recours, l'hôpital, la santé publique, le médico-social ou la santé-environnement. Il s'agissait de rapprocher ces différentes dimensions afin de construire un parcours de santé cohérent et coordonné entre le sanitaire et le médico-social. Face au constat d'activités

dispersées, parfois redondantes et insuffisamment articulées entre elles, le choix a donc été fait de fusionner sept institutions au sein d'une structure unique. Ayant été aux côtés de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, lors de l'initiation de cette réforme, je tiens à souligner que la création des ARS a représenté une innovation majeure dans notre pays, fruit d'un consensus très large qui a dépassé les clivages habituels et réuni l'ensemble des acteurs concernés, qu'il s'agisse des partis politiques, des collectivités territoriales, des organisations syndicales ou des fédérations. La réforme des ARS s'est donc construite sur un accord transversal et largement partagé qui traduisait une volonté collective de renforcer à la fois l'efficacité et la lisibilité de l'action publique dans le champ de la santé.

Toutes les parties prenantes appelaient de leurs vœux un pilotage unique et renforcé pour mettre en œuvre ce que nous appelons aujourd'hui « One Health ». Même si cette expression n'était pas encore utilisée à l'époque, c'est bien cette logique qui guidait déjà l'action publique. Avec l'adop-



tion en 2009 de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », puis en 2010, le déploiement effectif des agences régionales de santé sur le terrain après une année entière consacrée à leur mise en place, le dispositif a véritablement pris corps. Je considère que cette réforme a été de qualité, à la fois nécessaire et structurante. Les débats internationaux actuels sur le « One Health » démontrent d'ailleurs combien cette vision était juste et précurseuse.

L'enjeu actuel consiste à préserver cette architecture tout en renforçant la coopération avec l'ensemble des acteurs, car les attentes en matière de proximité et d'ancrage territorial sont réelles et pleinement légitimes. L'évolution naturelle des agences régionales de santé les conduit désormais à renforcer leur travail avec l'échelon départemental et avec les collectivités territoriales. La collaboration avec les communes, les départements et les régions fonctionne bien, à travers des relations qui se sont progressivement structurées sur le terrain. Néanmoins, certains territoires restent confrontés à des difficultés persistantes. Ce constat appelle à un renforcement des liens avec l'ensemble des collectivités, ainsi qu'avec les préfets régionaux et départementaux, avec lesquels la coopération est déjà très efficace. L'agence ne doit pas être uniquement perçue comme une structure régionale. Elle doit disposer d'une véritable capacité d'action au niveau départemental puisque c'est à cette échelle que se jouent de plus en plus la proximité et

l'efficacité de l'action en santé publique.

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ TRAVERSE UNE PÉRIODE DE FORTES TENSIONS À L'HÔPITAL COMME EN MÉDECINE DE VILLE. LES PROFESSIONNELS ALERTENT SUR LE MANQUE DE MOYENS QUI LIMITE LEUR CAPACITÉ À PRODIGER DES SOINS DE QUALITÉ, TANDIS QUE LES PATIENTS EXPRIMENT LEUR DIFFICULTÉ À OBTENIR UN RENDEZ-VOUS DANS DES DÉLAIS RAISONNABLES. POURTANT, LES DISPARITÉS TERRITORIALES EN MATIÈRE DE QUALITÉ DES SOINS RESTENT PEU CONNUES DU PUBLIC. SELON VOUS, QUELLES SONT LES PRIORITÉS POUR GARANTIR À LA FOIS UN DÉLAI D'ACCÈS ACCEPTABLE ET UNE VÉRITABLE QUALITÉ DE SOINS, QUEL QUE SOIT LE BASSIN DE VIE ?

Ayant dirigé plusieurs centres hospitaliers universitaires, j'ai pu constater sur une période de dix ans l'essor remarquable des sciences médicales, l'amélioration continue des plateaux techniques et l'émergence de thérapies innovantes, telles que les immunothérapies ou les CAR-T cells. Pourtant, en dépit de ces avancées technologiques et médicales majeures, notre système de santé se trouve aujourd'hui sous tension et un paradoxe demeure. Le sentiment d'un accès aux soins toujours plus difficile persiste en effet au sein de la population alors même que le nombre de consultations a fortement augmenté, passant d'environ trois par an et

L'ÉVOLUTION NATURELLE DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ LES CONDUIT DÉSORMAIS À RENFORCER LEUR TRAVAIL AVEC L'ÉCHELON DÉPARTEMENTAL ET AVEC LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES. LA COLLABORATION AVEC LES COMMUNES, LES DÉPARTEMENTS ET LES RÉGIONS FONCTIONNE BIEN, À TRAVERS DES RELATIONS QUI SE SONT PROGRESSIVEMENT STRUCTURÉES SUR LE TERRAIN

par Français il y a vingt ans à près de sept aujourd'hui. Notre rapport à la santé a en revanche profondément évolué puisque les citoyens attendent un accès aux soins plus rapide, plus simple et plus fluide. Cette exigence se traduit notamment par une demande croissante d'examen tels que les scanners, les IRM, et les traitements innovants, largement stimulée par Internet et les réseaux sociaux.

En parallèle, les modes d'exercice et les attentes des médecins évoluent également avec une tendance à une activité globalement moins soutenue que celle de leurs prédécesseurs. On observe ainsi une corrélation entre la diminution du temps médical disponible en médecine générale et l'augmentation d'environ 5 % par an des passages aux urgences. On constate par ailleurs que les dépenses de santé ont fortement augmenté au cours des vingt dernières années. Dans ce contexte, le Ségur de la santé a constitué une avancée majeure souhaitée par le gouvernement et par le ministre Olivier Véran, avec des revalorisations salariales de l'ordre de 10 à 20 % selon les métiers à l'hôpital (représentant près de 8 milliards d'euros par an), ainsi qu'un vaste plan d'investissement de 19 milliards d'euros visant à moderniser les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Malgré les nombreuses actions engagées, les difficultés d'accès aux soins de proximité demeurent très marquées dans certains territoires. Ces



« LE SÉGUR DE LA SANTÉ A CONSTITUÉ UNE AVANCÉE MAJEURE SOUHAITÉE PAR LE GOUVERNEMENT ET PAR LE MINISTRE OLIVIER VÉRAN, AVEC DES REVALORISATIONS SALARIALES DE L'ORDRE DE 10 À 20 % SELON LES MÉTIERS À L'HÔPITAL »

inégalités s'expliquent entre autres par une concentration des professionnels de santé dans les grandes métropoles et les zones littorales. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, cette réalité est particulièrement visible entre les trois départements du littoral et ceux de l'intérieur. Ainsi, alors même que la région compte davantage de médecins généralistes et spécialistes que la moyenne nationale, 17 % des patients n'y disposent pas de médecin traitant. Dans d'autres régions, cette proportion peut même atteindre 20 à 25 %. La région PACA figure pourtant parmi les mieux dotées de France, toutes professions confondues, avec 105 médecins généralistes pour 100 000 habitants et 250 infirmiers libéraux.

Cette situation alimente chez les Français un sentiment de décalage. D'un côté, notre système de santé se modernise rapidement, porté par des technologies toujours plus performantes, la robotisation et le renforcement des plateaux techniques. De l'autre, l'accès aux soins de proximité reste profondément inégal selon les territoires. Face à cet enjeu majeur, les

pouvoirs publics, le gouvernement et les agences régionales de santé sont pleinement mobilisés pour rétablir de la proximité là où elle fait défaut. La création d'une quatrième année d'internat en médecine générale s'inscrit dans cette logique avec l'espoir qu'un grand nombre de ces internes choisissent ensuite de s'installer durablement dans les territoires où ils auront été formés. Dès son entrée en vigueur, cette mesure devrait donc permettre d'augmenter le nombre de docteurs juniors dans les territoires les plus en tension et de renforcer concrètement l'offre de soins.

Nos priorités d'action sont claires. La première consiste à mieux accompagner l'installation des professionnels de santé, grâce à un zonage plus pertinent, des aides financières adaptées et, surtout, la mise en place de guichets uniques associant les ARS, les collectivités territoriales et l'Assurance maladie, afin de simplifier et d'accélérer les démarches. Nous devons également poursuivre et amplifier le développement de l'exercice coordonné, notamment à travers les maisons de

santé pluri-professionnelles et les centres de santé. C'est un mouvement que nous avons engagé lorsque j'étais aux côtés d'Agnès Buzyn, et qui est désormais déployé à l'échelle nationale. Enfin, des dispositifs comme « Un médecin près de chez vous » et « France Santé » viennent compléter cet ensemble, en apportant des solutions concrètes et immédiates pour faciliter l'accès aux soins partout en France, et pour chacun.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ACCROÎT MÉCANIQUEMENT LES BESOINS DE SANTÉ ALORS QUE L'OFFRE EST FRAGILISÉE ET INÉGALEMENT RÉPARTIE. CERTAINS TERRITOIRES RURAUX CONNAISSENT DE VÉRITABLES PÉNURIES, TANDIS QUE L'ACCÈS À UN SPÉCIALISTE PEUT EXIGER UN AN D'ATTENTE, VOIRE PLUS, ENTRAÎNANT DES PERTES DE CHANCE MAJEURES POUR LES PATIENTS. DANS UNE RÉGION COMME LA VÔTRE, QUELLE STRATÉGIE METTEZ-VOUS EN ŒUVRE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES ZONES SOUS-DOTÉES

ET RÉGULER UNE OFFRE PARFOIS EXCÉDENTAIRE SUR LE LITTORAL ?

C'est une question décisive non seulement pour la France, mais pour l'ensemble des pays occidentaux et, plus largement, un enjeu mondial. Le vieillissement démographique et la progression des maladies chroniques ont une acuité particulière en Europe et la France n'y échappe évidemment pas. Avec l'arrivée à l'âge de la retraite des générations issues du baby-boom, nous allons voir une part croissante de la population dépasser les 65, puis les 70 ans. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, nous anticipons le « pic » du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie entre 2045 et 2056 selon les départements, avec une hausse de l'ordre de 50 % de cette catégorie de population dans certains départements entre 2021 et 2050. Ce basculement constitue l'un des grands défis des prochaines années. Il nous faudra donc nous y préparer pleinement. Dans ce contexte, les ARS travaillent étroitement avec les conseils départementaux, car le médico-social est au

cœur de cette transformation et l'ensemble du secteur est en train de se réinventer.

Le « virage domiciliaire » en est un exemple éclairant. Toutes les enquêtes le confirment, chacun souhaite pouvoir rester chez soi le plus longtemps possible. Cette aspiration se traduit très concrètement par une évolution profonde du rôle des EHPAD. Il y a dix ans, on y passait en moyenne les cinq dernières années de sa vie. Il y a trois ans, cette durée était descendue à deux ans, et en 2026, elle est désormais estimée autour d'un an et demi. Autrement dit, le séjour en EHPAD s'est nettement raccourci parce que les personnes âgées privilégient, autant que possible, le maintien à domicile. Pour rendre possible ce maintien à domicile, il convient cependant d'adapter les logements et de renforcer l'offre d'accompagnement. C'est précisément ce que nous construisons avec les départements en développant les services de soins et d'hospitalisation à domicile, en créant davantage de structures de jour (y compris des EHPAD de jour) en organisant des temps de répit indispensables pour les aidants et en soutenant l'émergence de solutions nouvelles comme l'habitat partagé. L'objectif consiste à proposer une palette de réponses beaucoup plus large et plus souple, à la hauteur des attentes de cette nouvelle génération de personnes âgées qui ne souhaitent plus entrer dans une maison de retraite telle qu'on l'a connue jusqu'ici. Cette évolution suppose de changer de regard sur notre manière de penser la société et l'accompagnement du grand âge. Les progrès technologiques et l'apport de l'intelligence artificielle ouvrent à cet égard des perspectives très concrètes avec, par exemple, des dispositifs capables d'alerter en

« EN PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR, NOUS ANTICIPONS LE « PIC » DU NOMBRE DE PERSONNES EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE ENTRE 2045 ET 2056 SELON LES DÉPARTEMENTS, AVEC UNE HAUSSE DE L'ORDRE DE 50 % DE CETTE CATÉGORIE DE POPULATION DANS CERTAINS DÉPARTEMENTS ENTRE 2021 ET 2050 »

cas de chute à domicile, et qui fonctionnent très bien.

Plusieurs leviers complémentaires peuvent aussi être mobilisés. Nous disposons d'un outil particulièrement précieux : les hôpitaux de proximité. Ces établissements, qui ont succédé aux anciens hôpitaux locaux, reposent sur une labellisation exigeante. Ils ne comprennent ni chirurgie ni obstétrique, mais peuvent accueillir un service d'urgence et assurer des activités de radiologie, de médecine ou de gériatrie. Leur financement dédié permet, de surcroît, de sécuriser un modèle économique stabilisé. Dans les territoires ruraux ou isolés, la demande est particulièrement forte et ces structures répondent à un besoin concret et immédiat de médecine générale, biologie médicale, radiologie, prise en charge gériatrique et, souvent, accès aux urgences. Elles incarnent une offre de santé de proximité à la fois réaliste et adaptée aux attentes des habitants.



Sur le plan de la pertinence, nous devons faire évoluer notre logiciel de pensée. Des services de chirurgie ou de maternité dont l'activité demeure trop faible soulèvent en effet inévitablement des questions de qualité et de sécurité des soins que nous ne pouvons pas ignorer. C'est un point de vigilance majeur. D'autant que les technologies disponibles aujourd'hui, à l'instar de la télémedecine, de la télésurveillance, et de la téléexpertise, nous permettent d'assurer une prise en charge à distance, exigeante, structurée, et compatible avec un haut niveau de qualité. Dans une pharmacie de Moustiers-Sainte-Marie, dans les Alpes-de-Haute-Provence, nous avons par exemple installé un rétinographe. Le pharmacien, formé à son utilisation, accompagne le patient qui réalise l'examen directement sur place. L'intelligence artificielle fournit un premier résultat immédiat, puis l'image est transmise à un cabinet d'ophtalmologie à Aix-en-Provence pour validation. Ce dispositif évite des déplacements inutiles, rassure rapidement les patients et garantit une prise en charge de qualité, au plus près des besoins.

Nous développons en parallèle de nombreuses actions « d'aller-vers », indispensables pour toucher les publics les plus éloignés du système de santé. Avec la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, nous finançons notamment le déploiement d'un Médicobus dans les Hautes-Alpes, d'un Mammobile pour le dépistage du cancer du sein, ainsi que d'un Gynécobus dans le Var. Ces dispositifs permettent d'apporter des solutions de soins rapides et mobiles aux habitants, là où elles manquent.

LES DÉPENSES DE SANTÉ REPRÉSENTENT 12 % DU PIB, DONT PRÈS DE 108 MILLIARDS D'EUROS POUR LES SOINS DE VILLE. LES PARCOURS RESTENT PARFOIS SOUS-OPTIMISÉS, CERTAINS PATIENTS MULTIPLIENT LES CONSULTATIONS ET DES ACTES REDONDANTS ET INUTILES PERSISTENT. COMMENT AGIR

SUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME ET L'INFORMATION DES PATIENTS POUR ÉVITER LES REDONDANCES, RENFORCER LA PERTINENCE DES SOINS ET AMÉLIORER LES PARCOURS ?

La santé représente près de 12 % de notre PIB. Les données récentes nous placent juste derrière les États-Unis, à un niveau comparable à celui de l'Allemagne, de la Suisse et des grands pays occidentaux. La France figure ainsi parmi les nations qui consacrent le plus de ressources à leur système de soins. Cette réalité nous oblige à poser clairement la question de la soutenabilité, car nous ne pourrions pas indéfiniment dépenser plus. Dès lors, l'objectif est clair : mieux utiliser les ressources dont nous disposons. Cela suppose d'agir à la fois sur l'organisation du système et sur l'information donnée aux patients afin de limiter les redondances, éviter les actes non pertinents et préserver notre capacité à financer les soins réellement nécessaires. Sur ce sujet, le gouvernement, le ministère, l'Assurance maladie et les ARS sont pleinement mobilisés. Nous travaillons ensemble pour renforcer la pertinence des prises en charge.

Cette mobilisation se traduit concrètement dans les territoires. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, sous l'impulsion conjointe d'Agnès Buzyn et du docteur Sylvia Benzaken, et avec l'engagement de nos équipes, cette démarche est déployée au plus près du terrain, en lien avec l'ensemble des établissements. Si nous voulons progresser en matière de pertinence, nous devons d'abord parler des parcours de soins. Lorsque les parcours sont insuffisamment lisibles ou insuffisamment coordonnés, les patients peuvent multiplier les consultations, cumuler les examens et, parfois, subir des actes redondants ou inutiles. C'est exactement ce que nous devons corriger. Les données récentes sur la mortalité périnatale, qui placent la France au 21^e

rang sur 28 pays européens, rappellent par ailleurs l'ampleur des enjeux, en particulier en maternité. C'est un signal fort. Il montre que la pertinence est aussi au cœur de la performance, à la fois clinique et économique, et qu'elle dépend de la qualité de l'organisation et de la continuité des prises en charge.

Renforcer la pertinence suppose aussi de poser la question des actes : mobiliser les ressources là où elles produisent le plus de valeur, et avancer vers une véritable logique de valeur. Ces interrogations sont d'autant plus essentielles que les écarts entre régions, et parfois même entre départements, sont préoccupants. Dans ce contexte, nous devons recréer une dynamique positive pour réduire les actes médicaux ou chirurgicaux inutiles dans certains territoires, mieux orienter l'effort collectif, et permettre aux patients d'accéder plus vite à ce qui leur est réellement nécessaire.

Les professionnels de santé s'engagent déjà pleinement dans cette démarche. De nombreuses sociétés savantes, conscientes de la contribution déterminante qu'elles peuvent apporter, sont aujourd'hui pleinement mobilisées. Lorsque les radiologues identifient que 20 à 30 % des actes d'imagerie ne sont pas utiles, cela renvoie à un double enjeu : un gaspillage de ressources, mais aussi une perte de temps pour les patients. Réduire ces examens inutiles est donc nécessaire, et c'est aussi un moyen très concret d'améliorer les parcours. Moins d'examens inutiles permet davantage de disponibilité

pour ceux qui en ont réellement besoin, et donc des délais d'accès réduits. Plus largement, la pertinence ne doit pas se limiter aux parcours de soins et aux actes. Elle concerne également les prescriptions. On constate en effet, en matière de médicaments, un niveau de gaspillage encore trop élevé. Si ce gaspillage engendre un coût économique important, son impact environnemental est tout aussi significatif, puisque l'essentiel de l'empreinte carbone du secteur de la santé provient des médicaments et des dispositifs médicaux. C'est donc un enjeu central qui nous concerne collectivement.

Pour progresser durablement, nous devons en parallèle mobiliser des leviers qui permettent d'agir plus en amont et de mieux cibler les décisions. La prévention et l'intelligence artificielle constituent à cet égard, des leviers déterminants pour renforcer la pertinence des soins. Elles permettent non seulement d'agir plus tôt,



mais aussi d'éviter ce qui est inutile, en concentrant les ressources là où elles sont réellement nécessaires.

S'agissant de l'intelligence artificielle, nous sommes face à une transformation profonde, déjà visible dans nos usages, nos réflexes et nos façons de travailler. Ainsi, au bloc opératoire, la robotisation s'est installée depuis plusieurs années. De la même manière, en imagerie et en radiologie, l'impact de l'intelligence artificielle est désormais évident et s'intègre progressivement dans les pratiques quotidiennes. L'anatomopathologie illustre aussi très clairement cette dynamique puisque la numérisation des lames, combinée au recours à l'IA, modifie la discipline en profondeur avec la participation active des anatomopathologistes. Au-delà

de ces exemples, il faut enfin souligner que cette mutation concerne déjà de nombreux autres secteurs et que cela va continuer. Dès lors, l'enjeu n'est pas uniquement de s'y adapter, mais surtout de s'organiser collectivement pour ne pas la subir. Dans cette perspective, les professionnels de santé ont un rôle central à jouer. Leur engagement est indispensable à la fois pour mieux comprendre ces outils et pour anticiper l'évolution de leurs pratiques, puisque la manière d'exercer est appelée à se transformer progressivement. L'intelligence artificielle ouvre en effet des possibilités qu'il était difficile d'imaginer auparavant et toutes les études convergent : elle modifiera nos modes de raisonnement. Il nous faudra donc nous former différemment pour accompagner cette évolution de manière maîtrisée et constructive.

La prévention constitue par ailleurs un axe central. Prévenir, promouvoir la santé, renforcer la santé publique sont des leviers essentiels parce qu'ils permettront d'éviter l'apparition de nombreuses pathologies dans les années à venir. Tous les pays se sont engagés sur cette voie, mais certains avancent plus vite que d'autres. L'exemple de l'Australie est particulièrement parlant : on y compte environ 4 % de fumeurs, contre 24 % en France, malgré les progrès récents. Même constat pour la vaccination contre le HPV : garçons et filles y sont vaccinés à près de 100 % depuis dix ans,

« NOUS TRAVAILLONS BEAUCOUP SUR L'URBANISME ET L'ARCHITECTURE FAVORABLES À LA SANTÉ. UNE VILLE PLUS VÉGÉTALISÉE, UN HÔPITAL ENTOURÉ ET TRAVERSÉ PAR LA NATURE, DES TRANSPORTS EN COMMUN RÉELLEMENT ADAPTÉS AUX PERSONNES ÂGÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP SONT DES ÉLÉMENTS QUI CHANGENT CONCRÈTEMENT LA VIE D'UN TERRITOIRE ET CONSTITUENT UN PUISSANT LEVIER DE PRÉVENTION »

alors que nous n'atteignons que 24 % en France. Enfin, la prévention est un enjeu de société qui concerne les collectivités territoriales, l'urbanisme, l'écologie, l'alimentation. C'est un sujet interministériel, qui suppose une mobilisation collective. C'est en ce sens que j'ai organisé avec Anne Beinier un grand colloque sur la prévention en santé au ministère en janvier ; un colloque qui sera décliné en 2026 et 2027 dans toutes les régions et qui fera l'objet d'un livre blanc en mai 2026.

C'est pour cela que nous travaillons beaucoup sur l'urbanisme et l'architecture favorables à la santé. Une ville plus végétalisée, un hôpital entouré et traversé par la nature, des transports en commun réellement adaptés aux personnes âgées ou en situation de handicap sont des éléments qui changent concrètement la vie d'un territoire et constituent un puissant levier de prévention. Notre collaboration avec les agriculteurs, autour des enjeux écologiques, des circuits courts et de la proximité, participe également à améliorer la santé de nos concitoyens. Et, bien sûr, la qualité de l'air, de l'eau, et plus large-

ment de notre environnement fait pleinement partie de cette démarche. Au fond, tout converge vers la prévention et la promotion de la santé. C'est un engagement citoyen que nous devons porter collectivement si nous voulons faire évoluer durablement la santé de la population.

PLUSIEURS RÉGIONS ET PAYS TELS QUE LE DANEMARK, LA CATALOGNE, OU ENCORE LE PAYS BASQUE ONT DÉVELOPPÉ DES MODÈLES D'ORGANISATION POPULATIONNELLE, VISANT À MIEUX COORDONNER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES COMPLEXES ET À MAÎTRISER LES COÛTS. CE TYPE DE MODÈLE PEUT-IL INSPIRER L'ÉVOLUTION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET, SI OUI, À QUELLES CONDITIONS ?

Ces exemples peuvent être profondément inspirants. Au CRAPS, comme au GRAPH, think tank que je préside, nous avons d'ailleurs travaillé avec la Catalogne pour identifier ce qui pourrait en France, être adapté et transposé. Il faut cependant rappeler avant toute chose que le Da-



nemark, la Catalogne ou le Pays basque connaissent des contextes culturels et institutionnels très éloignés du nôtre. En Italie, en Allemagne ou en Espagne, les identités régionales sont souvent plus anciennes, plus fortes et plus structurantes qu'elles ne le sont chez nous. La France reste, elle, marquée par une tradition de centralisation très particulière, dans laquelle Paris conserve un rôle singulier à la fois politique, économique et culturel.

C'est pour cela que nous pouvons nous en inspirer, mais que nous ne pouvons pas tout transposer. Un modèle ne peut être efficace que s'il embrasse la culture d'un territoire et ses équilibres propres. L'enjeu n'est donc pas de calquer mais d'adapter. Cela étant dit, ces exemples nous apprennent beaucoup parce qu'ils s'appuient sur des dynamiques de régionalisation engagées depuis longtemps. Les Länder en Allemagne, les régions en Italie, ou encore les communautés autonomes en Espagne constituent des cadres solides, structurés, qui permettent une organisation plus directement ancrée dans les territoires. Quant au Danemark, souvent cité en exemple, notamment en matière de prévention, il faut rappeler qu'il s'agit d'un pays plus petit que la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. La comparaison doit donc toujours être nuancée.

Pour autant, les bonnes idées sont précieuses et je crois beaucoup à l'utilité des benchmarks. C'est exactement la démarche que nous menons au CRAPS et au GRAPH : identifier les meilleures pratiques en Europe, puis les adapter, et non les reproduire, en fonction des réalités françaises. Dans ces régions et pays, la clarté du pilotage à l'échelle territoriale comme régionale est particulièrement intéressante. En France, nous avançons dans cette direction avec les GHT, les CPTS et les départements. La dynamique est engagée, mais elle doit encore être consolidée. J'y crois profondément, car la

proximité et l'ancrage territorial sont devenus des conditions de réussite.

Ensuite, ces régions et ces pays ont fait depuis longtemps le choix d'investir dans la prévention, les soins primaires et une approche populationnelle. Nous avons commencé à évoluer dans ce sens, mais il faut aller plus loin, car les citoyens attendent des soins de premier recours plus accessibles, plus lisibles et plus proches de leur quotidien. Le Service d'accès aux soins (SAS), proposé par le Dr François Braun et le Dr Thomas Mesnier, en est une illustration très concrète. En appelant le 15, un patient peut être orienté vers un rendez-vous le jour même ou le lendemain, auprès d'un médecin généraliste intégré au dispositif. C'est une réponse rapide, de proximité et qui améliore réellement l'accès aux soins. Cette évolution s'accompagne aussi d'un mouvement de fond dans l'organisation des pratiques. Médecins et paramédicaux plébiscitent l'exercice coordonné, à travers les maisons de santé, les équipes de soins primaires ou encore les équipes de soins spécialisés. Ces organisations permettent d'accéder plus vite au bon professionnel et, lorsque c'est nécessaire, d'être orienté plus rapidement vers un spécialiste.

Dans cette logique, les fonctions de coordination se sont multipliées sur les territoires et c'est une excellente chose. Aujourd'hui, le parcours de santé structure de plus en plus l'action de terrain, et c'est un progrès important. Un autre enjeu majeur réside dans l'accès pour les médecins à des données populationnelles locales mieux structurées et plus facilement mobilisables. C'est une condition centrale si nous voulons vraiment piloter une action de santé à l'échelle d'un territoire et pas uniquement à partir d'une logique d'offre ou d'établissements. Nous devons en parallèle avancer vers une intégration beaucoup plus étroite entre le sanitaire et le social. Cela suppose de

mieux articuler les ARS, les départements, la CNSA, les acteurs de l'aide à domicile, et sans oublier les aidants. Leur rôle devient en effet de plus en plus déterminant compte tenu du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques. La coordination entre la ville, l'hôpital, le médico-social et le domicile devra donc continuer à se renforcer. Enfin, si nous voulons réussir cette transformation, les modes de financement devront être diversifiés pour évoluer vers une logique davantage tournée vers le parcours, la coordination et la proximité. Plusieurs initiatives s'inscrivent déjà dans cette direction, qu'il s'agisse des expérimentations de l'Article 51, des CPTS les plus matures, ou des groupements hospitaliers de territoire qui gagnent progressivement en efficacité.

LE NUMÉRIQUE ET L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE OUVRONT LA VOIE À UN SYSTÈME DE SANTÉ PLUS ACCESSIBLE, PLUS RÉACTIF ET CAPABLE D'ASSURER UN HAUT NIVEAU DE SERVICE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE. COMMENT IMAGINEZ-VOUS UN FUTUR SYSTÈME DE SANTÉ « AUGMENTÉ » ET PILOTÉ PAR LA DONNÉE, ET QUELS LEVIERS LES ARS PEUVENT-ELLES ACTIVER POUR S'Y PRÉPARER ?

Il est frappant de constater la vitesse à laquelle les grandes ruptures s'enchaînent. Là où la révolution agricole, l'invention de la roue, puis la révolution industrielle et plus récemment la révolution numérique des années 1970 se sont déployées sur des décennies, la révolution de l'intelligence artificielle s'impose, elle, en quelques années. Le rythme s'est considérablement accéléré, nous ne sommes plus dans des évolutions lentes, étalées sur plusieurs générations, mais dans



des transformations majeures qui s'accélèrent presque d'un mois à l'autre. En outre, l'IA ne concerne plus seulement les experts ou les milieux technologiques, elle touche des publics très larges. Nous ne sommes donc pas face à une simple innovation technologique mais bien face à une transformation systémique et, au fond, civilisationnelle.

Dès lors, il nous faut intégrer l'IA à nos raisonnements et à nos organisations afin d'en maîtriser pleinement les usages. Et c'est précisément ce qui ouvre la voie à un système de santé « augmenté », un système plus accessible, plus réactif, plus fluide, et capable d'assurer un haut niveau de service sur l'ensemble du territoire, à condition qu'il soit piloté par des données robustes et sécurisées. Les bénéfices de l'intelligence artificielle sont multiples, en permettant notamment de faire gagner un temps considérable aux professionnels, en améliorant la qualité, et en renforçant l'efficacité et l'accélération des processus. C'est par ailleurs un puissant levier pour renforcer le maintien à domicile. Grâce à la domotique et aux outils de prévention du risque de chute, elle permet à chacun de vivre plus longtemps chez soi, dans de meilleures conditions de sécurité.

L'IA peut aussi rendre notre système plus réactif, notamment dans des situations où chaque minute compte. Nous menons actuellement dans les Bouches-du-Rhône, au SAMU 13, une expérimentation particulièrement prometteuse grâce à une IA capable d'identifier plus rapidement une urgence vitale à partir de la voix et du vocabulaire utilisés lors d'un appel. Les premiers résultats sont très encourageants. L'IA ouvre également des perspectives importantes pour améliorer l'organisation du système et mieux piloter les ressources en permettant par exemple d'optimiser la planification des flux (notamment aux urgences), la gestion des blocs opératoires

ou encore l'élaboration des plannings. Autrement dit, elle peut contribuer à réduire les points de friction qui dégradent la qualité de service, en particulier dans les secteurs les plus sous tension. Sur le plan de la recherche et de l'innovation, l'intelligence artificielle ouvre par ailleurs des perspectives considérables.

Enfin, ce pilotage « augmenté » ne concerne pas uniquement les soins au sens strict puisque l'IA fiabilise aussi un certain nombre de procédures internes (achats, appels d'offres...). Elle permet de surcroît de réduire les erreurs, de sécuriser les processus et d'intégrer de manière plus systématique l'ensemble des contraintes juridiques. C'est également une condition de performance parce qu'un système de santé réactif repose sur des fonctions supports solides. Si le potentiel est immense, il suppose cependant un cadre de confiance, des données bien structurées, et une capacité à transformer ces données en cas d'usage concrets, utiles aux professionnels comme aux patients.

C'est précisément là que les ARS, qui se sont déjà pleinement saisies de ces transformations, ont un rôle essentiel à jouer. Nous travaillons sur des cas d'usage concrets, notamment avec le CIUS de Marseille que nous finançons avec les fédérations. À l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, nous avons engagé dès 2025 une réflexion structurée sur l'IA, à la fois pour nos usages internes et pour accompagner les professionnels de santé. Nous avons d'ailleurs recruté une personne dédiée afin de soutenir l'ensemble des acteurs sur les territoires. Ces avancées sont nombreuses, mais elles doivent maintenant se déployer de manière cohérente et coordonnée. Pour réussir, je crois qu'il faut tenir un principe simple mais central : le « focus utilisateur ». Ayant créé lorsque j'étais au CHU de Bordeaux un cercle de l'innovation, j'ai souvent constaté que

« IL EST FRAPPANT DE CONSTATER LA VITESSE À LAQUELLE LES GRANDES RUPTURES S'ENCHAÎNENT. LÀ OÙ LA RÉVOLUTION AGRICOLE, L'INVENTION DE LA ROUE, PUIS LA RÉVOLUTION INDUSTRIELLE ET PLUS RÉCEMMENT LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE DES ANNÉES 1970 SE SONT DÉPLOYÉES SUR DES DÉCENNIES, LA RÉVOLUTION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE S'IMPOSE, ELLE, EN QUELQUES ANNÉES »

certaines dispositifs échouent non parce qu'ils sont mauvais, mais parce qu'ils ne répondent pas aux besoins réels des utilisateurs.

C'est là, selon moi, la clé d'un système de santé réellement « augmenté » et piloté par la donnée : partir de l'expérience utilisateur, celle du professionnel comme celle du patient, pour viser, au bout de la chaîne, un bénéfice concret.

LE SECTEUR DE LA SANTÉ CONNAÎT UNE ACCÉLÉRATION TECHNOLOGIQUE SANS PRÉCÉDENT, ALORS MÊME QUE LE SYSTÈME DOIT COMPOSER AVEC UN DÉFICIT ÉCONOMIQUE STRUCTUREL. EN PARALLÈLE, LES PROCESSUS D'ÉVALUATION NÉCESSAIRES À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS PEUVENT FREINER L'INNOVATION. COMMENT RÉSOUDRE CETTE ÉQUATION : ACCÉLÉRER L'INTÉGRATION DES INNOVATIONS SANS COMPROMETTRE LA SÉCURITÉ ET TOUT EN TENANT COMPTE DES CONTRAINTES BUDGÉTAIRES ?

Pour résoudre cette équation, nous devons en premier lieu transformer notre manière d'introduire l'innovation dans le système de santé. Il faut passer à une logique de « tester, mesurer, décider ». Autrement dit, nous devons privilégier une expérimentation encadrée plutôt qu'une approche fondée sur l'alternative « autorisation ou blocage », avec un objectif clair : accélérer l'accès à l'innovation sans renoncer à la prudence ni à la protection, en assumant que l'on teste précisément pour évaluer et objectiver les bénéfices.

Dans cette perspective, les tiers-lieux d'expérimentation sont particulièrement intéressants en permettant de rapprocher les acteurs, de confronter les besoins réels aux solutions proposées, et de vérifier rapidement ce qui fonctionne. L'écosystème français offre d'ailleurs un cadre propice à cette dynamique à travers France 2030, les IHU, les RHU, ou encore les entrepôts de données. Lorsque je dirigeais le CHU de Bordeaux, nous avons créé « Station e-santé », un tiers-lieu conçu pour mettre en relation start-up et professionnels de santé, afin de croiser



les usages, les attentes et les solutions technologiques pour y répondre. Cela a très bien fonctionné.

Nous disposons aujourd'hui d'exemples tout aussi solides en Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui montrent que cette méthode apporte des résultats concrets lorsqu'elle est structurée et pilotée dans la durée. Mais accélérer ne veut pas dire « ajouter des innovations » sans méthode. Dans un contexte de déficit, il est indispensable d'intégrer la dimension médico-économique dès le début. Nous devons être en mesure d'identifier précisément ce que l'innovation permet de réduire : hospitalisations évitables, passages aux urgences, examens de biologie, transports sanitaires, prescriptions de médicaments ou encore arrêts de travail... L'innovation n'a de sens que si elle améliore réellement le parcours, en évitant des étapes inutiles, en raccourcissant des délais, ou en rendant la prise en charge plus efficace et plus sûre.

C'est là que se joue l'équilibre entre innovation, sécurité et soutenabilité. Nous devons également faire évoluer nos modèles d'évaluation. Cela suppose d'adapter les exigences au niveau de risque, avec des standards maximaux lorsque la sécurité du patient est fortement engagée, comme c'est le cas pour les implants, les médicaments, certaines IA décisionnelles ou les sujets à enjeux éthiques et, à l'inverse, avec des procédures plus simples et plus rapides lorsque le risque est faible, notamment pour des innovations organisationnelles ou administratives. L'enjeu, après l'expérimentation, est ensuite de permettre une diffusion large lorsque le risque est limité et que la plus-value est démontrée. Mais cette diffusion ne peut pas être pensée comme un simple déploiement technique, elle doit être conditionnée à une intégration dans un schéma organisationnel clair et à un véritable accompagnement au changement.

Ces innovations transforment par ailleurs profondément les pratiques et donc la formation. Nous avons tous été formés dans un cadre qui, trente ans plus tard, est largement bouleversé. L'évolution est rapide, continue, et concerne toutes les disciplines. Le changement est quasi constant et nos façons de travailler, mais aussi de penser, évoluent parfois en quelques mois. Cela implique une formation continue pour tous et une capacité d'adaptation devenue essentielle. Enfin, dans un contexte budgétaire contraint, nous devons aussi assumer une logique de priorisation. Nous devons définir des priorités d'innovation au niveau national et régional pour concentrer l'effort sur les besoins les plus critiques. Nous devons être plus sélectifs à l'avenir, non pas pour freiner l'innovation, mais pour choisir les innovations réellement pertinentes dans un secteur donné, au plus près des attentes des patients et des réalités des territoires.

LES TROUBLES PSYCHIQUES REPRÉSENTENT LE PREMIER POSTE DE DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE (26 MILLIARDS D'EUROS PAR AN). PARADOXALEMENT, 50 % DES PERSONNES CONCERNÉES NE SONT PAS PRISES EN CHARGE. LA SITUATION SEMBLE S'AGGRAVER CHEZ LES JEUNES, NOTAMMENT DEPUIS LE COVID ET AVEC L'IMPACT DES RÉSEAUX SOCIAUX. VOUS EN AVEZ FAIT UNE PRIORITÉ RÉGIONALE. QUELLES ACTIONS SONT AUJOURD'HUI LES PLUS PERTINENTES POUR RÉPONDRE À CETTE URGENCE ET AMÉLIORER RÉELLEMENT L'ACCÈS AUX SOINS ?

J'ai fait de la santé mentale, sujet que je porte depuis 20 ans, une priorité régionale parce que nous sommes face à un enjeu majeur de santé publique. Les chiffres sont particulièrement préoccupants : 55 % des jeunes de 18 à 24 ans ont déjà été concernés par un problème de santé mentale, un jeune sur trois es-

time ne pas prendre suffisamment soin de sa santé mentale, et le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans. Il est aussi important de rappeler que les jeunes ne sont pas les seuls concernés. Les agriculteurs, par exemple, particulièrement exposés à l'isolement, présentent un taux de suicide très inquiétant. Plus largement, toutes les personnes isolées, quels que soient leur âge ou leur métier sont davantage vulnérables.

« J'AI FAIT DE LA SANTÉ MENTALE, SUJET QUE JE PORTE DEPUIS 20 ANS, UNE PRIORITÉ RÉGIONALE PARCE QUE NOUS SOMMES FACE À UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE »

Dans ce contexte, la crise du Covid a joué un rôle à la fois de révélateur et d'accélérateur. Elle a été un révélateur parce que des jeunes confinés, privés d'interactions sociales, se sont tournés massivement vers les réseaux sociaux, avec le risque d'accentuer encore leur isolement. Elle a été un accélérateur parce que d'autres facteurs se sont imposés ou aggravés dans le même temps, comme l'écoanxiété, l'anxiété géopolitique et l'exposition continue aux conflits et aux crises à travers les médias et les réseaux sociaux. Ces derniers jouent d'ailleurs un rôle particulièrement fort, avec des algorithmes capables de capter et d'exploiter certaines

fragilités émotionnelles. L'addiction aux écrans – qui concerne aussi les adultes qui passent parfois plusieurs heures par jour sur les réseaux – quasiment inexistante il y a dix ans, est devenue un sujet de santé mentale à part entière.

Face à cette urgence, les actions les plus pertinentes sont d'abord celles qui permettent de répondre rapidement aux situations critiques, notamment lorsque le risque suicidaire est présent. Plusieurs dispositifs ont été déployés, comme le

31 14, dédié à la prévention du suicide, ou Vigilans, qui assure le suivi après une tentative. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, nous travaillons également avec l'association ASMA, qui accompagne des adolescents ayant fait une tentative de suicide grâce à une permanence téléphonique et un suivi au long cours. La disponibilité et la continuité de la réponse peuvent changer radicalement l'issue d'une situation, c'est donc un point essentiel en santé mentale. Améliorer réellement l'accès aux soins, c'est aussi rendre le recours plus simple, plus lisible, et plus accessible pour les patients qui ne sont pas forcément dans une urgence vitale mais qui

souffrent. C'est tout le sens de dispositifs comme Mon soutien psy, lancé en 2024, qui permet de bénéficier de douze consultations chez un psychologue. C'est un dispositif qui fonctionne très bien, avec une demande qui ne cesse d'augmenter.

Parallèlement, nous devons continuer à faire évoluer l'offre de prise en charge, pour mieux l'adapter à la diversité des besoins. Le secteur psychiatrique continue de se transformer avec les CMP, l'hospitalisation complète ou de jour, les équipes mobiles de psychiatrie, la montée en puissance des IPA en psychiatrie, ou encore la structuration progressive de la filière addictologie. Cette évolution est importante parce qu'elle permet de proposer des réponses plus graduées, plus mobiles, et parfois plus précoces. Nous développons également, dans le cadre du SAS, une prise en charge dédiée à la santé mentale, avec un accès possible à un psychiatre, un pédopsychiatre ou un psychologue selon la situation. L'objectif vise à faciliter l'orientation vers le bon professionnel, au bon moment, et éviter que des personnes restent sans solution pendant des semaines, voire des mois.

Cependant, au-delà des dispositifs, la santé mentale est avant tout un enjeu de société. C'est ce qui justifie pleinement qu'elle soit la Grande cause nationale en 2025 et encore en 2026, car on ne peut pas la traiter uniquement par le prisme sanitaire. Pour obtenir des résultats durables, il faut mobiliser l'ensemble des acteurs : psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, IPA, associations, pairs aidants, mais aussi l'école et les familles. L'école a un rôle fondamental à jouer avec un repérage précoce dès la maternelle et le primaire. Repérer plus tôt, intervenir plus tôt, orienter plus vite sont des conditions majeures pour éviter que les situations se dégradent, et pour limiter les ruptures de parcours. Enfin, je crois beaucoup à un levier sou-

vent sous-estimé qu'est la montée en compétences de la population elle-même. Les Premiers Secours en Santé Mentale, largement développés en Australie depuis déjà 25 ans, apparaissent particulièrement utiles. Former le grand public permet de repérer plus tôt une personne en détresse, d'adopter les bons réflexes et, parfois, d'éviter un drame.

L'ACCÈS À L'INFORMATION N'A JAMAIS ÉTÉ AUSSI LARGE, ET POURTANT LA SCIENCE EST RÉGULIÈREMENT REMISE EN CAUSE. CE PHÉNOMÈNE VOUS INQUIÈTE-T-IL ? L'ARS A-T-ELLE UN RÔLE À JOUER POUR SOUTENIR LES SOCIÉTÉS SAVANTES, INFORMER LES CITOYENS ET OUTILLER LES PROFESSIONNELS FACE À LA DÉSINFORMATION ?

L'un des sujets les plus attaqués aujourd'hui, c'est la vaccination. Ce n'est d'ailleurs pas seulement une question française, c'est un enjeu mondial. Les fake news, les fake meds et les campagnes de désinformation circulent massivement sur Internet et les réseaux sociaux, parfois sous forme d'actions coordonnées qui visent directement nos démocraties. Nous l'avons vu de manière très nette pendant la crise du Covid, mais aussi dans les mois et les années qui ont suivi. Depuis la pandémie, la science, et la vaccination en particulier, n'ont sans doute jamais été autant mises en cause. Il y a là un paradoxe frappant puisque nous sommes le pays de Pasteur et que nous avons inventé le vaccin. Il faut d'ailleurs souligner que pendant longtemps la vaccination n'était pas l'objet de contestations, notamment parce que nous disposions d'un recul scientifique solide et largement partagé.

Pourtant, aujourd'hui, les rumeurs et les fausses informations se diffusent à une vitesse considérable. Cela concerne bien sûr la vaccination contre le Covid, mais aussi celle contre la grippe ou encore le HPV. Et c'est d'autant plus préoccupant



que sur le HPV, nous avons un retour extrêmement positif puisque les pays qui vaccinent massivement depuis dix ans ont déjà évité des milliers de cancers. Malgré cela, certains continuent d'affirmer qu'il ne faudrait pas se faire vacciner, et cette remise en cause de la science est évidemment très inquiétante. Face à cette situation, la ministre Stéphanie Rist a lancé en janvier 2026 une stratégie nationale de lutte contre la désinformation en santé, à la suite du rapport sur le sujet établi par Mathieu Molimard, Dominique Costagliola et Hervé Maisonneuve, auquel j'ai contribué. De nombreux acteurs sont aujourd'hui mobilisés pour contrer ces fausses informations. C'est un travail collectif, qui implique l'État, les professionnels de santé, les associations, mais aussi chacun d'entre nous.

Il arrive que certains professionnels eux-mêmes expriment des doutes ou des inquiétudes, ce qui renforce encore l'importance d'un discours commun, clair,

cohérent et fondé sur des données scientifiquement établies. Nous devons absolument éviter un retour à une forme d'obscurantisme à l'ère d'Internet. Cela exige à la fois de la pédagogie et de la transparence : oui, un vaccin peut provoquer des effets indésirables et il faut le dire, mais il faut aussi rappeler que ne pas se vacciner expose à un risque infiniment plus élevé. Les vaccins ont sauvé des populations entières et pourtant, certaines maladies réapparaissent. Nous l'avons vu avec la rougeole, pour laquelle nous avons observé des foyers importants dans la région l'hiver dernier, alors même qu'elle avait quasiment disparu depuis des décennies. C'est profondément regrettable, et cela montre à quel point la vigilance doit rester constante.

Dans ce contexte, l'agence régionale de santé, aux côtés de l'État, a un rôle à jouer et même une responsabilité pour soutenir un discours scientifique clair, cohérent et accessible. Concrètement,

nous répondons systématiquement aux sollicitations de la presse, nous communiquons sur l'ensemble de nos supports « traditionnels » comme numériques, et nous adaptons nos messages pour qu'ils soient plus pédagogiques, plus incarnés, et plus proches des publics qui en ont le plus besoin. Nous travaillons par exemple avec l'Éducation nationale, notamment pour la vaccination HPV et méningocoque dans les collèges, en lien avec le recteur de la région académique. Nous mobilisons également des relais et des figures publiques, comme des sportifs ou des artistes, pour toucher des publics moins réceptifs aux messages institutionnels. L'enjeu, au fond, est de ramener de la science, du bon sens et de la confiance dans le débat. Cela suppose l'engagement de tous. Chaque professionnel de santé doit pouvoir répondre aux questions, expliquer, rassurer et accompagner. C'est un effort collectif, indispensable pour protéger la santé publique et éviter que des maladies que nous avons presque éradiquées ne reviennent durablement sur nos territoires.

D'ICI 2030, PLUS D'UN QUART DES FRANÇAIS POURRAIT ÊTRE CONCERNÉ PAR L'OBÉSITÉ. CETTE « ÉPIDÉMIE SILENCIEUSE » A DES CONSÉQUENCES MAJEURES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE, LA SANTÉ MENTALE, L'INTÉGRATION SOCIALE ET LA QUALITÉ DE VIE. LA PRÉVENTION RESTE POURTANT TRÈS INSUFFISANTE. À L'ÉCHELLE D'UNE ARS, PENSEZ-VOUS POUVOIR MOBILISER DURABLEMENT LES PROFESSIONNELS ET LES CITOYENS POUR FAIRE DE LA LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE ?

L'obésité n'est pas seulement une question individuelle, c'est une épidémie silencieuse qui s'installe souvent dès l'enfance et révèle de manière très nette les inégalités sociales. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, elle est quatre fois et demie

plus fréquente dans les territoires les plus défavorisés. Nous ne pouvons donc pas espérer lutter efficacement contre l'obésité sans agir simultanément sur les inégalités sociales de santé et sans déployer une prévention précoce, large et continue. Cela suppose une approche de santé globale qui dépasse le seul champ du soin et mobilise plusieurs leviers tels que l'alimentation, l'environnement, l'urbanisme et l'accès à l'activité physique. Les études montrent par exemple que plus l'activité physique est intégrée au quotidien, plus l'alimentation est variée et équilibrée, plus l'accès au sport est facilité et plus le risque d'obésité diminue. Ces déterminants doivent donc être abordés ensemble, de manière coordonnée, et non uniquement sous un angle sanitaire. C'est d'ailleurs tout l'esprit des États généraux de l'obésité, qui se sont tenus le 4 mars au ministère de la Santé et auxquels j'ai participé, sous l'impulsion d'Anne-Sophie Joly, la présidente et fondatrice du Collectif national des associations d'obèses (CNAO).

Concrètement, cette mobilisation doit commencer dès le plus jeune âge, avec une approche à 360 degrés prenant également en compte le cadre familial, les conditions de vie, l'exposition aux écrans, la qualité du sommeil, l'accès aux soins et les facteurs psychologiques. Nous savons aujourd'hui que plus le temps passé devant les écrans augmente, plus le risque de prise de poids s'élève, ce qui renforce l'importance d'une prévention fondée sur des habitudes de vie durables. C'est dans cet esprit qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur, nous accompagnons une cinquantaine de structures d'exercice coordonné dans le cadre du programme Retrouve ton cap, déployé avec l'Assurance maladie, afin de proposer une prise en charge précoce, pluridisciplinaire et au plus près des familles, car l'obésité infantile est aussi un enjeu familial. En outre, parce que la réduction des inégalités territoriales est

essentielle, la lutte contre l'obésité infantile et la promotion de l'activité physique sont désormais intégrées aux contrats locaux de santé, comme celui signé avec la ville de Marseille, dans une logique pleinement cohérente avec l'approche « One Health ».

Nous renforçons également le sport-santé, avec 41 maisons sport-santé déployées dans la région, en partenariat avec les villes et les départements. L'objectif est de rendre l'activité physique adaptée plus accessible, en particulier pour les publics les plus vulnérables, en s'appuyant à la fois sur la prescription d'activité physique et sur la formation des professionnels de santé, qui ne mobilisent pas encore suffisamment ce levier pourtant essentiel.

COMME NOUS VENONS DE LE VOIR, LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, L'ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE, LA RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS ET LA TRANSFORMATION DES PATHOLOGIES METTENT NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ SOUS TENSION. IL FAUT AGIR DANS L'URGENCE, MAIS AUSSI PENSER LE LONG TERME. À QUOI RESSEMBLERAIT, SELON VOUS, UN TERRITOIRE DE SANTÉ IDÉAL EN 2035 ? QUELS SERAIENT SES PRINCIPES CLÉS D'ORGANISATION ?

Décrire un territoire de santé idéal n'est pas un exercice facile et pour cause : depuis cinquante ans, nous nous sommes souvent trompés. Le numerus clausus en est une illustration particulièrement révélatrice. Longtemps considéré comme une mesure pertinente, il s'est révélé avec le recul être une erreur majeure dont nous subissons encore les conséquences. Cela montre qu'une organisation pertinente à un moment donné peut devenir inadaptée ensuite. C'est précisément pour cette raison qu'un territoire de santé idéal est avant tout un territoire capable d'évoluer rapidement. Lorsqu'une organisation ne

fonctionne pas, lorsqu'elle conduit à une impasse, il faut savoir s'arrêter, corriger et changer de cap. Un système de santé n'a de sens que s'il répond aux besoins de la population qu'il accompagne. S'il n'y parvient plus, il doit impérativement s'adapter aux enjeux du moment.

Lorsque nous avons travaillé il y a quelques mois sur cette notion de territoire idéal avec de nombreux professionnels, nos regards étaient parfois très différents, mais nous avons progressivement convergé vers quelques principes essentiels. Le premier principe est celui d'une gouvernance claire et partagée. C'est-à-dire un pilotage local fort, lisible, capable de fédérer les acteurs autour d'une vision commune. Et c'est lorsque la gouvernance territoriale est structurée et assumée que les politiques publiques gagnent réellement en efficacité.

Le deuxième principe est une offre de soins équilibrée et accessible, construite à partir de la réalité du terrain. Cela suppose de partir du nombre d'hôpitaux, de cliniques, de structures médico-sociales, de médecins ou d'infirmiers disponibles sur un périmètre donné, pour organiser les réponses en fonction des besoins réels de la population. Mais cette offre, aussi riche soit-elle, ne peut fonctionner que si elle repose sur un troisième principe : la coordination. Dès qu'il y a un défaut de coordination, on génère du gaspillage, du temps perdu, et une mobilisation inefficace des ressources, ce qui est particulièrement regrettable là où les tensions d'accès aux soins sont déjà fortes. Cette coordination doit exister entre l'hôpital, la ville, le médico-social et le domicile, mais aussi entre le secteur public, le privé lucratif et le privé non lucratif.

La France dispose d'un système très complet, mais sa richesse même en fait un système complexe. Contrairement à d'autres pays où l'architecture est plus

« UN TERRITOIRE DE SANTÉ IDÉAL EST AVANT TOUT UN TERRITOIRE CAPABLE D'ÉVOLUER RAPIDEMENT »

unifiée, notre pluralité d'acteurs est à la fois une force et un défi. À cet égard, la coopération doit l'emporter sur la compétition, car lorsque les ressources se raréfient et que les budgets raccourcissent, il devient indispensable de mutualiser. Sur le terrain, tous les professionnels le disent, qu'ils soient médecins ou paramédicaux, issus du public ou du privé : nous ne nous coordonnons pas encore suffisamment. Les agences régionales de santé ont un rôle majeur à jouer pour encourager et structurer cette dynamique.

Un territoire de santé idéal est aussi un territoire qui assume pleinement l'entrée dans une santé augmentée et connectée. En quelques années, parfois en quelques mois, nous avons changé de dimension : la télémédecine, la télésanté, la télésurveillance et l'intelligence artificielle sont devenues des outils incontournables. Qu'il s'agisse du dépistage, de l'aide au diagnostic, des prédictions, de la rédaction de comptes rendus, de la gestion des flux ou de l'efficacité organisationnelle, ces outils transforment déjà le système. Les dispositifs connectés ouvrent eux aussi des perspectives nouvelles, notamment pour le télésuivi, et permettent des avan-

cées majeures dans des domaines comme la cardiologie ou le suivi des maladies chroniques.

Cet idéal ne peut cependant pas être uniquement technologique, il doit également reposer sur une approche globale de la santé. Un territoire performant doit s'inscrire dans la logique du « One Health », en intégrant les déterminants sociaux et environnementaux que sont le logement, l'emploi, l'éducation, la pollution, ou encore l'alimentation. Ce mouvement est mondial, et l'on voit de plus en plus d'acteurs vouloir s'y engager, tant il apparaît désormais comme une évidence pour construire l'avenir. Enfin, un territoire de santé idéal repose sur un dernier principe : la transparence et l'évaluation continue. Pour restaurer et renforcer la confiance des citoyens, il faut des données publiques accessibles, compréhensibles et fiables. Il faut aussi accepter d'évaluer en permanence les actions menées. Dans un monde qui évolue aussi vite, continuer à déployer une action inefficace n'est pas seulement inutile, c'est coûteux. Cela suppose donc de savoir reconnaître quand on se trompe, de rectifier le tir et d'adapter sa stratégie. ■



REDISTRIBUERIONS- NOUS AU-DELÀ DE L'OPTIMUM SOCIAL ?

PAR RÉGIS DE LAROULLIÈRE
MEMBRE DU CONSEIL D'ORIENTATION DU CRAPS ET ANIMATEUR DES FORUMS MAC MAHON
&
DIDIER BAZZOCCHI
PRÉSIDENT DU CRAPS

Les causes du déficit public français et les moyens de le résorber sont, tout particulièrement depuis le dérapage de 2023-2024, durablement en débat. Par fonction, 57,1% de la dépense publique est affectée à la protection sociale.¹ Cette dépense croît plus vite que notre économie dans son ensemble. La question de la maîtrise de cette dépense, et plus largement de la soutenabilité économique de notre modèle de protection sociale, largement fondé sur la redistribution, est de plus en plus fréquemment posée.

À la lumière des études récentes de l'INSEE sur la redistribution dans notre pays, nous nous sommes interrogés sur ce point : faut-il augmenter indéfiniment la redistribution, ou y a-t-il un optimum à atteindre ? Nous partageons dans ce dossier le questionnement dérangeant auquel cette étude nous a conduits à ce stade :

aurions-nous même dépassé cet optimum social ?

Nous sommes partis de l'étude de l'INSEE sur la redistribution élargie², qui interpelle. L'information selon laquelle l'écart de revenu entre les ménages aisés (10% de la population) et les ménages pauvres (13% de la population dans cette étude) est ramené d'un ratio de 1 à 18 avant transferts³ à un ratio de 1 à 3 après transferts³ a été largement reprise et commentée. Les transferts réduisent très fortement les inégalités⁴, et contribuent de manière significative au niveau de vie d'une vaste majorité de nos concitoyens. Jusqu'où faut-il aller dans ce sens ?

REDISTRIBUTION : DE QUOI PARLE-T-ON ?

La redistribution est un élément essentiel de notre pacte républicain. Elle

existe, à des niveaux divers certes, dans toutes les civilisations, à toutes les époques, et tout particulièrement dans nos démocraties occidentales aujourd'hui. Elle répond à une triple nécessité : une nécessité morale ou sociale, allant des secours apportés aux indigents à la réduction des inégalités ; une nécessité économique, allant de l'éducation et de la santé de tous qui contribue fortement à la productivité du travail et au niveau de vie, au maintien de la croissance économique dans les périodes de crise ; une nécessité politique allant de l'ordre public (émeutes de la misère) au ciment du vivre-ensemble, la fraternité de la devise républicaine.

Dans notre référentiel français et le discours public qui le traduit, toute réduction des inégalités va ainsi dans le bon sens. Tout élargissement des inégalités est une régression et une injustice sociale, à rebours du sens de

1. *fipco.fr*

2. *Insee.fr*

3. Écart mesuré en termes de niveau de vie par ménage et par unité de consommation (UC), sur la base des chiffres de 2019.

4. Les revenus par UC des 13 % les plus pauvres sont multipliés par 3,6 par l'effet des transferts élargis, alors que ceux des 10% les plus aisés sont réduits de 40 %. Ce dernier chiffre est le solde de 60 % de prélèvements compensés par 20% de transferts, dont la moitié au titre des retraites.

l'Histoire. S'agit-il pour autant de viser une égalité parfaite ? L'ambition ne va pas jusque-là. Elle vise plutôt un niveau supérieur d'équilibre à atteindre : jusqu'où et à quel rythme convient-il d'adapter notre système, compte tenu des objectifs sociaux, économiques et politiques poursuivis ?

Simultanément, dans le contexte actuel de déséquilibre de nos finances publiques, de croissance de la charge de la dette, et de grande difficulté à redresser nos comptes, la question de la soutenabilité de notre modèle social est de plus en plus fréquemment évoquée. Certaines analyses estiment que les dépenses de protection sociale contribuent de manière significative, et pour certaines de manière majoritaire, aux déséquilibres publics.⁵ Elles posent la question de savoir comment concilier redressement des comptes publics et maintien d'un haut niveau de protection sociale. Où trouver les ressources pour équilibrer les dépenses, alors que depuis des décennies, nous n'y arrivons pas ? Faudrait-il même réduire certaines de ces dépenses, comme par exemple l'indexation des retraites ou l'indemnisation du chômage ?

Le réalisme nous semble imposer d'engager explicitement l'analyse de la situation, avec prudence et en reconnaissant la complexité du sujet. Nous espérons ouvrir un débat utile à la recherche et à l'acceptation de mesures qui permettront de stabiliser d'abord, de redresser ensuite notre situation financière, condition nécessaire à la pérennité d'un système de protection sociale indispensable aux plus précaires et aux plus démunis : ils sont les premiers touchés lorsque la situation économique se tend, comme l'illustrent plusieurs indicateurs récents (augmentation du taux de pauvreté, du nombre de personnes sans logement, des difficultés d'accès aux soins, etc).

« AUX EXTRÉMITÉS DE LA FRACTION DE LA POPULATION QUI COUVRE 80% DES MÉNAGES, L'ÉVENTAIL DES RÉMUNÉRATIONS VA DE 1 À 6,4 AVANT REDISTRIBUTION, ET NE VA PLUS QUE DE 1 À 1,7 APRÈS REDISTRIBUTION ÉLARGIE. IL EST DIVISÉ PAR PRÈS DE QUATRE »

Dans ses études sur la réduction des inégalités, l'INSEE définit deux niveaux de redistribution :

- La « redistribution usuelle », qui tient compte des prestations familiales, des minima sociaux et de la prime d'activité du côté des transferts perçus, et des impôts directs (impôt sur le revenu, taxe foncière...) et des prélèvements sociaux type CSG ou CRDS du côté des transferts versés ;
- La « redistribution élargie », qui ajoute à la redistribution usuelle : les pensions de retraite, les allocations chômage, les transferts sociaux en nature (santé, éducation, action sociale, logement) et les services publics collectifs (police, justice, etc.), et déduit les taxes sur les produits et la production, ainsi que les cotisations sociales.

Nous adoptons dans la suite la définition de l'INSEE pour analyser les effets de la redistribution, en termes économiques et sociaux, selon une distribution en vingtiles, qui regroupent la population en 20 groupes égaux comptant chacun 5 % des ménages. Nous partons des ratios de revenus et des effets de la redistribution élargie entre les vingtiles extrêmes, à savoir, le premier vingtile (et sa valeur moyenne pour les ménages les moins favorisés) et le vingtième vingtile (et sa valeur

moyenne pour les ménages les plus favorisés).

Nous n'approfondirons pas dans le cadre de ce dossier l'analyse des 4 vingtiles extrêmes, largement débattue par ailleurs. Nous nous concentrerons sur le cœur de notre population, à l'exclusion des deux vingtiles les moins favorisés et des deux vingtiles les plus favorisés. Les 16 vingtiles centraux représentent 80 % de notre population, qui ne sont ni pauvres ni aisés.

LA REDISTRIBUTION ÉLARGIE RÉDUIT FORTEMENT LES INÉGALITÉS DE REVENUS DE LA VASTE MAJORITÉ DES FRANÇAIS

L'étude de l'INSEE sur la redistribution élargie précitée est abondamment documentée, et met en avant des conclusions claires, dont notamment celles mentionnées en introduction. Elle précise que 57 % des citoyens bénéficient des transferts opérés par la redistribution élargie. Ces transferts sont financés, en solde net, par les 43 % des autres citoyens. Ces transferts réduisent fortement les inégalités de revenus de la majorité des Français.

Après redistribution élargie, les écarts de revenus entre les populations les moins aisées et les plus aisées (vingtiles extrêmes) demeurent significatifs

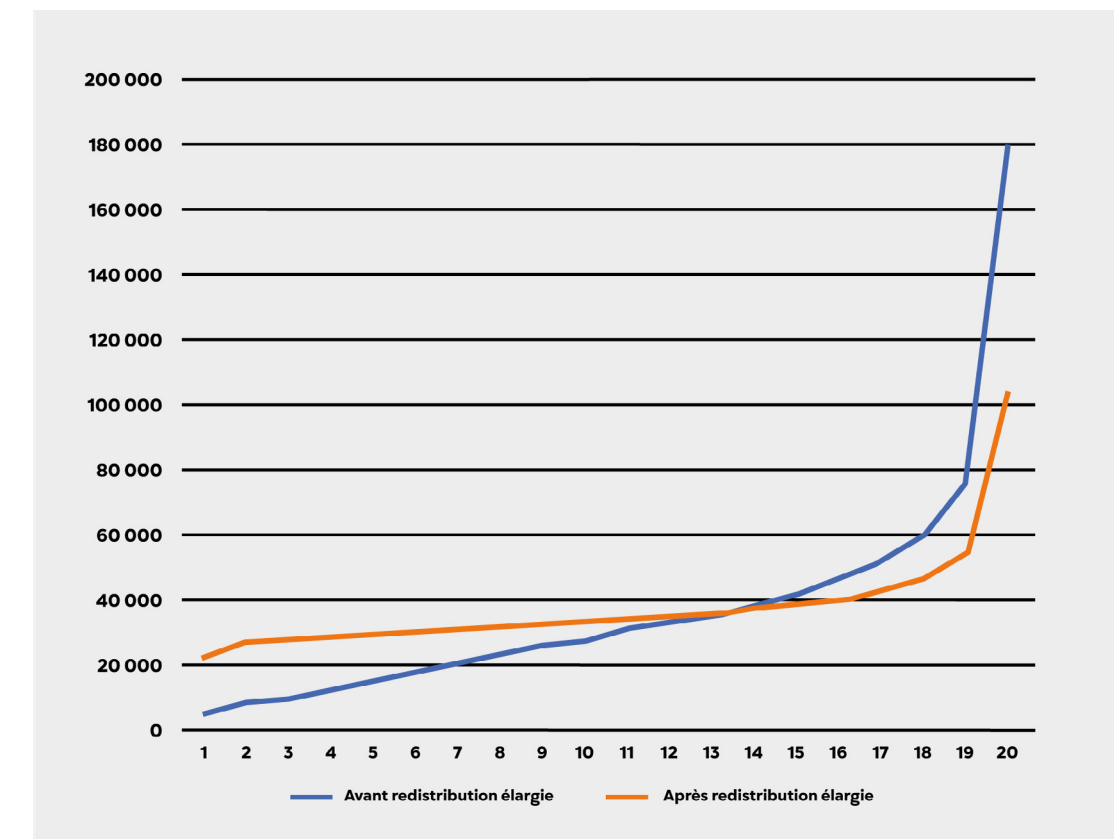
L'écart entre les vingtiles extrêmes est de 1 à 36 avant redistribution et de 1 à 4,6 après redistribution élargie.⁶ C'est nettement plus que mentionné en introduction pour l'écart entre les ménages pauvres et les ménages aisés, catégories deux fois plus larges. Cet écart serait encore nettement supérieur en considérant les centiles, etc.

Nous n'approfondirons pas ici ce qui concerne les extrêmes, parce que ce sujet est très largement débattu par

ailleurs, comme indiqué précédemment, ainsi que pour la raison suivante : la structure des revenus et des dépenses des 10 %, puis des 5 % des ménages les plus aisés en termes de niveau de vie, et plus encore des 1 % ou 0,1 % est de plus en plus différente de celle du reste de la population. Les revenus du patrimoine prennent une part croissante puis prépondérante dans les revenus. Surtout, en ce qui concerne leurs dépenses, les investissements y prennent de même une place progressivement très prépondérante.

Économiquement, et aussi socialement, il nous semble nécessaire de distinguer dans ces analyses ce qui relève de la consommation (chacun consomme pour soi, ce qui entre en concurrence avec la consommation des autres) de ce qui relève de l'investissement (l'investissement rapporte un revenu à l'investisseur, souvent réinvesti au demeurant, mais surtout il est également indispensable à tous car il fait les emplois, l'innovation, la productivité du travail, et au bout du compte le niveau de vie de chacun et la souveraineté. Il a ainsi une forte dimension d'intérêt général). Cette dimension de l'investissement appelle à nos yeux une prise en compte spécifique, qui va au delà du cadre du présent dossier.

Force est également de constater que, depuis très longtemps, et notamment depuis le début du siècle dernier



5. Nicolas Dufourcq, « La dette sociale de la France » publié aux Éditions Odile Jacob en octobre 2025.

6. Du côté des ménages les plus pauvres, le revenu après redistribution élargie varie assez peu : il est de 22 420 euros par UC pour les 5 % les plus pauvres, de 26 410 pour les suivants, et de 28.020 et 28.470 pour les deux tranches suivantes. À l'autre extrémité, il est de 103 580 pour les 5 % les plus aisés, 54 170 pour ceux d'en-dessous, puis de 46 490 et 42 510 pour les deux tranches suivantes.

avec la création de l'impôt sur le revenu, la recherche des moyens de taxer davantage les riches est active. Depuis 50 ans, de nombreuses réformes ont été conduites en ce sens au fil des alternances, avec une efficacité relative et des limites désormais bien tangibles. Faute d'y parvenir suffisamment, nous nous sommes massivement endettés. Dans quelle mesure cette piste peut-elle réellement contribuer significativement au redressement, et quelles autres mesures pourraient être nécessaires, à l'aune des ajustements auxquels tous les autres pays confrontés à une situation similaire à celle de nos finances publiques ont finalement été contraints de procéder ? C'est sur ce dernier aspect que nous concentrons la suite du dossier.

Mais les écarts de revenus sont fortement réduits pour 80 % de la population

Sans que les remarques précédentes n'épuisent le sujet des ménages les plus aisés et du bon niveau de leur contribution à la redistribution, nous focaliserons la suite du dossier sur les 80 % de la population qui ne sont ni les plus pauvres, ni les plus aisés et dont la majorité des revenus sont consommés. Ils couvrent la vaste majorité de notre population, quels que soient les diplômes, le secteur d'activité ou l'ancienneté professionnelle du chef de famille.

Comme on le voit sur l'illustration 1, la redistribution élargie bénéficie à plus de la moitié de la population. Aux extrémités de la fraction de la population qui couvre 80 % des ménages, de tout âge et de tout niveau social et de toute ancienneté professionnelle du chef de famille comme indiqué précédemment, l'éventail des rémunéra-

tions va de 1 à 6,4 avant redistribution, et de 1 à 1,7 après redistribution élargie⁷. La redistribution a donc un effet considérable pour 80 % de la population : elle divise l'éventail des rémunérations par près de quatre.

La redistribution élargie améliore le revenu de 57 % de la population. Au niveau de la médiane, cette amélioration est encore sensible, de 20 % pour le 10^e vingtile et de 8 % pour le 11^e vingtile, environ 13 % au niveau de la médiane. Le revenu après redistribution élargie du vingtile du bas de la population considérée ici est de 85% de revenu élargi médian. À l'autre extrémité de l'éventail, le vingtile du haut a un revenu après distribution élargie de 40 % supérieur à la médiane.

Convient-il de réduire encore ce ratio de 1,7, et jusqu'où ? Ou bien aurait-il été trop réduit, selon le questionnement que nous esquissons en introduction ? C'est sur cette fraction centrale de 80 % de la population que nous nous concentrerons pour la suite de ce dossier.

AVANT REDISTRIBUTION, L'ÉVENTAIL DES SALAIRES EST DE 1 À 3 POUR LES 90 % DES SALARIÉS À TEMPS PLEIN

Si le revenu par unité de consommation et par ménage après redistribution élargie permet de mesurer précisément l'impact de la redistribution sur le niveau de vie, les chiffres correspondants parlent peu au grand public. Une approche plus simple et plus parlante, même si elle est moins complète et porte sur des comparaisons avant redistribution, consiste à se concentrer sur la dispersion des salaires.

Nous partirons dans un premier temps de la typologie du rapport sur les inégalités en France de l'Observatoire des inégalités, et analyserons ensuite au travers de ce prisme la dispersion des salaires des salariés du secteur privé à temps plein à partir des chiffres de l'INSEE de 2024.

Les inégalités de revenus selon l'Observatoire des inégalités

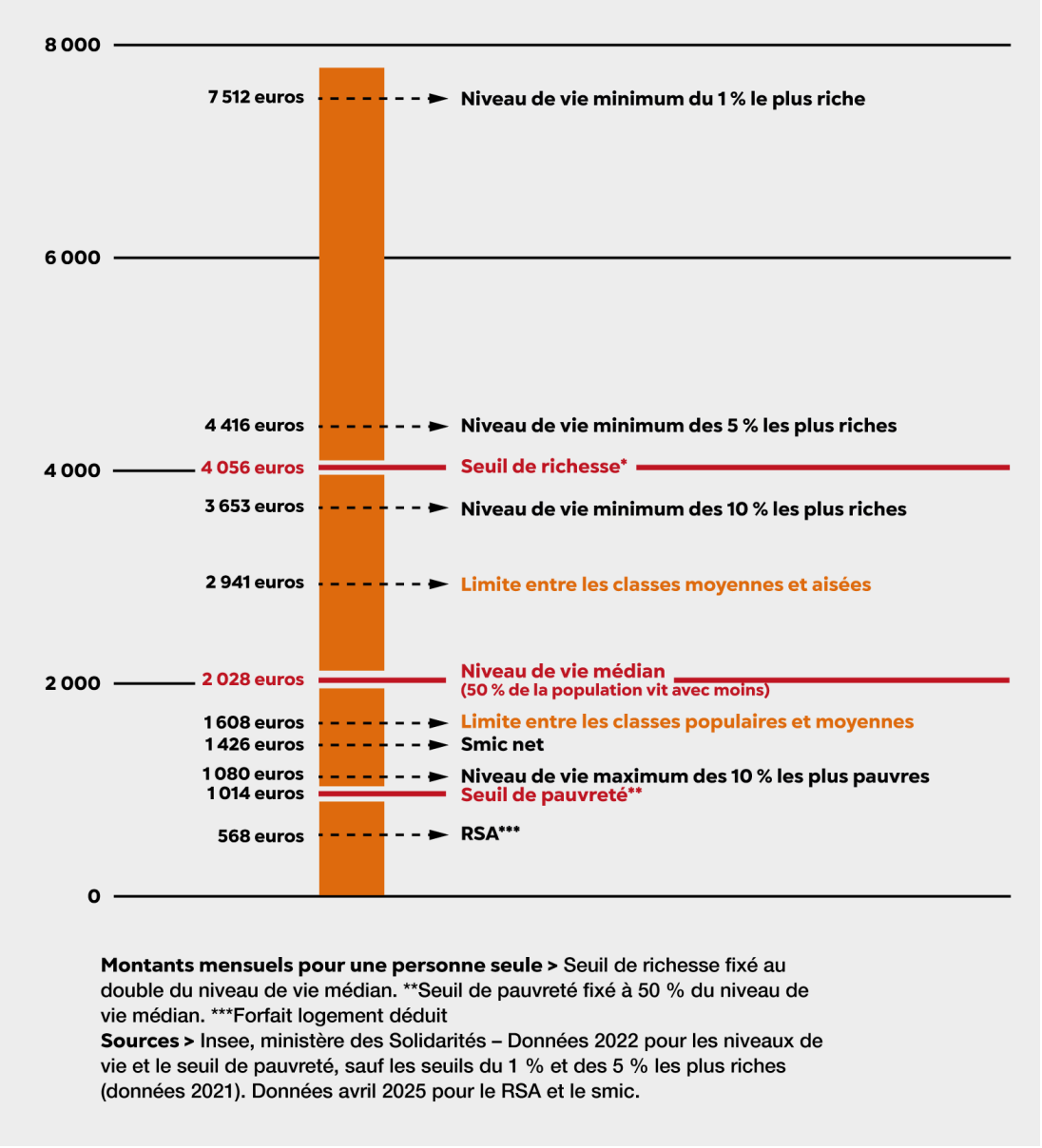
L'élément de référence est ici le niveau de vie médian. La moitié de la population gagne davantage, et la moitié gagne moins. L'élément principal est le salaire, mais le



niveau de vie médian tient compte des autres revenus, ainsi que des prestations sociales et de l'impôt sur le revenu⁸, incluant ainsi une fraction substantielle des transferts monétaires. Pour une personne seule¹⁰, ce niveau de vie médian est de 2 028 euros (chiffres de 2022) par mois.

De façon conventionnelle, le seuil de la richesse est du double de la médiane, soit 4 056 euros. Environ 7 % de la population est au-dessus de ce seuil¹¹.

À l'autre extrémité de l'éventail, le seuil de pauvreté est conventionnellement pour l'Observatoire des inégalités de 50 %¹² du revenu médian, soit 1 014 euros par mois. 8,1 % de la population gagne moins. Le seuil correspondant aux 10 % les plus pauvres en est peu éloigné, à 1 080 euros.



7. Aux extrémités de cette fraction de la population, constituée des 16 vingtiles centraux qui couvrent 80 % des ménages, le rapport entre le vingtile inférieur (le troisième de la distribution totale) et le vingtile supérieur (le 18^e de la distribution totale) est de 6,4 avant et de 1,7 après redistribution élargie.
8. inegalites.fr
9. inegalites.fr - chiffres 2023.

Dans cette approche en termes de niveau de vie, l'éventail des revenus de la population compris entre le SMIC net et le seuil de la richesse va de 1 à 2,85 après redistribution financière usuelle, mais avant redistribution élargie.

L'éventail des salaires pour les 90 % des salariés situés sous le seuil de la richesse est de 1 à 3

Pour se rapprocher des grandeurs qui nous sont les plus familières, transposons cette analyse aux seuls salaires, sur la base des chiffres de 2024 de l'INSEE pour les salariés du secteur privé¹³. Le salaire net médian en Équivalent Temps Plein, sans prise en compte des impôts et de la redistribution, est de 2 190 euros par mois¹⁴. Il se trouve être assez proche du revenu médian calculé par l'Observatoire des inégalités : à la médiane, prélèvements et redistribution usuelle sont relativement proches.

Ce salaire net médian se compare également à un salaire net moyen de 2 733 euros, supérieur de 25 % au salaire médian du fait de la dissymétrie de la distribution (i.e. si tous les salaires étaient égaux, ils seraient de 2 733 euros nets par mois).

Un peu moins de 10 % des salariés sont au-dessus du double de la médiane, le seuil conventionnel de richesse

(4 360 euros), et 1 % sont au-dessus de 10 261 euros. Aucun n'est en dessous de la moitié (1 095 euros) car le SMIC est au-dessus de ce seuil (1 400, ou plus exactement 1 398,70 euros nets par mois du 1^{er} janvier au 31 octobre 2024¹⁵, soit 64 % de la médiane).

10 % gagnent moins de 1 480 euros et 10 % gagnent plus de 4 330. En se concentrant sur les 80 % de salariés situés entre ces deux seuils, l'éventail de rémunération nette (avant redistribution) va de 1 à 2,9.

Pour les 80 % qui représentent la vaste majorité de notre population, l'éventail des salaires, traduction monétaire de la hiérarchie des métiers et des déroulements de carrière, avant impôts et redistribution, va ainsi de 1 à moins de trois.

Cet éventail reste quasiment le même si l'on part du bas de la distribution, car la courbe est quasiment plate au début du fait du minimum : pour les 90 % qui sont entre le SMIC et le seuil de la richesse (deux fois la médiane), l'éventail va de 1 à 3,1 pour ce qui concerne le salaire net. Et si l'on compare le SMIC net au seuil de la richesse dans la définition de l'Observatoire des inégalités, l'éventail est de 1 à 2,85, comme indiqué précédemment.

Pour apprécier ce que représente le haut de cet éventail de rémunération, et à titre indicatif, le traitement mensuel net d'un professeur agrégé à plein temps est de 2 083,40 euros en début de carrière au 1^{er} janvier 2024 et de 4 342,43 euros au plus haut de l'échelle, soit un coefficient de 1 à un peu plus de 2 pour le déroulement de carrière.

Que devient cet éventail si l'on le considère après redistribution élargie ? L'étude de l'INSEE ne descend pas à ce niveau de détail. Il serait intéressant de disposer d'une exploitation de la base de données. On peut néanmoins tenter d'en faire une estimation approximative, en transposant aux salariés les coefficients de l'étude portant sur l'ensemble des ménages et de leurs revenus. Le salarié médian voit dans cette approche son revenu mensuel net augmenter de 13 % et passer de 2 190 euros à 2 470 euros. Celui qui est en bas de l'échelle passe de 1 400 à 85 % du précédent, soit 2 100 euros. Celui qui est au

seuil de la richesse passe de 4 330 à 140 % du revenu élargi médian soit 3 460 euros.

Abordé sous cet éclairage, on peut s'interroger : l'éventail des salaires, de 1 à 3 pour 90 % des salariés avant redistribution, est-il suffisant pour y loger, après redistribution élargie, la hiérarchie des métiers en fonction de la durée des études, de la compétence, de l'implication et de la valeur produite, ainsi que les déroulements de carrière¹⁶, dans un éventail ramené de 1 à 1,7 après cette distribution élargie ?

Y AURAIT-IL UN OPTIMUM DE REDISTRIBUTION QUE NOUS AURIONS FRANCHI ?

Trois exemples concrets des effets de la redistribution sur les comportements

Sans que les exemples ne valient démonstration, les auteurs proposent aux lecteurs deux illustrations récentes du questionnement sur les effets de la redistribution.

À la suite de la présentation fin 2025 devant un panel d'étudiants en M2 de l'ouvrage « En route vers les pénuries ? Il y a une alternative... »¹⁷, l'intervenant demanda à quelques étudiants et jeunes professionnels comment ils voyaient la situation pour ce qui les concerne. Réponse immédiate et simple : voyez-vous, nous savons bien que nous allons largement travailler pour les autres, à commencer par la retraite et la santé des retraités. Quand le temps de la retraite viendra pour nous, les conditions nous seront moins favorables. Alors nous nous ajustons dès maintenant, en dosant travail et loisirs différemment de nos prédécesseurs.

À la même époque, une personne exerçant une profession paramédicale en région parisienne, récemment père de famille, interrogée sur son attitude face au travail répond : voyez-vous, je gagne 3 000 euros par mois. Je pourrais travailler plus, et gagner 4 000, mais il y a trop de prélèvements, pour des personnes qui ne le méritent pas toutes ; aussi je préfère ne pas travailler davantage et consacrer davantage de temps à ma famille et à mes loisirs. Opinion largement partagée dans le corps médical, qui, selon les professionnels du secteur, explique une partie de la pénurie de médecins, ou plus exactement, de temps médical.

Difficile de ne pas penser à la semaine de 4 jours ou au télétravail dans le premier cas, aux pénuries de personnels de santé et à la déclaration d'un récent ministre de la Santé selon laquelle, lorsqu'un médecin prend sa retraite, il en faut 2,3 pour le remplacer.

De manière plus générale, mesuré en heures travaillées dans le pays ramené au nombre d'habitants, nos voisins sont actuellement au moins 15 % plus actifs que nous. L'écart pourrait progressivement monter à 25 %, voire 33 % si les exemples rapportés ci-dessus continuent de se développer en l'état des incitations au travail.

À une échelle plus large, et c'est le troisième exemple, le cas du Ségur de la santé mériterait d'être analysé avec le recul dont on dispose à présent. Les rémunérations ont été significativement augmentées, sans qu'un financement ne soit mis en place. Il s'agissait d'une juste reconnaissance du rôle, des efforts et de la charge mentale de professions servant l'intérêt général et notre santé à tous.

Au plan économique, il en a résulté financièrement¹⁸ une hausse des déficits publics générant une accélération de la croissance de la dette. A-t-elle simultanément rendu ces métiers plus attractifs, augmentant le nombre d'étudiants, ce qui est positif à terme pour l'offre de soins, mais alors au détriment de quelles autres filières de formation ? A-t-elle incité des personnels à faire davantage d'heures, du fait que les heures de travail étaient mieux payées en moyenne ? À l'inverse, les personnels soignants comme les infirmières qui faisaient des heures supplémentaires pour boucler leurs fins de mois ont-ils pu s'en dispenser, générant une contraction de l'offre de soins ? Au total, cette dépense additionnelle a-t-elle généré à moyen terme une hausse ou une diminution du nombre d'heures travaillées en santé dans notre pays ?

Plus globalement, augmenter la redistribution peut-il à un certain stade faire baisser la quantité de travail et le niveau de vie de nos concitoyens ?

En partant de zéro et dans un premier temps, augmenter la redistribution améliore la satisfaction sociale. Cela améliore également l'activité économique et le niveau de vie d'une partie de la population : son état de santé et son aptitude à travailler s'améliore, et sa demande de consommation est solvabilisée.



13. [insee.fr](https://www.insee.fr)
14. 2 190 euros en 2024 et 2 091 en 2022, ce dernier chiffre pouvant se comparer au revenu médian de 2 028 euros de l'Observatoire des inégalités pour la même année
15. En 2022, le SMIC net était de 1 302 euros par mois représentant 64 % du revenu médian calculé par l'Observatoire des inégalités.

16. Déroulements de carrière pour ceux qui terminent à l'intérieur de la plage de rémunération examinée ici. Il est possible de terminer sa carrière au-dessus du seuil de 4 360 euros nets par mois, ce qui est le cas d'une large fraction de l'encadrement.
17. « En route vers les pénuries ? Il y a une alternative... » par Régis de Larouillère publié en juin 2025 aux Éditions du CRAPS.
18. Au-delà de l'approche financière, l'augmentation de la rémunération des personnels concernés a eu un autre impact sur l'économie réelle. Leur rémunération additionnelle leur a permis d'acheter davantage, c'était l'objectif, mais en évinçant à due concurrence les autres acheteurs dans tous les secteurs en tension, par exemple pour le logement. Cette amputation de la consommation réelle des autres a représenté une baisse du pouvoir d'achat de l'ordre de 0,5%.

Plus largement, et sans chercher à être exhaustif, la conflictualité dans les entreprises, et aussi hors des entreprises, se réduit, ce qui est également positif pour l'économie.

Pour autant, il est clair que ce n'est pas sans limite. Prenons le cas extrême d'une économie totalement redistributive, dans laquelle tous les revenus après redistribution sont égaux. Pour un travailleur bénéficiant des minima sociaux, quelle sera son incitation à travailler ? Pour un travailleur fortement productif, quelle sera son incitation à travailler beaucoup, en quantité, en qualité et en intensité ? Assurément, une fraction d'entre eux lèvera le pied, sans compter ceux qui préféreront aller travailler dans un environnement où ils auront un meilleur retour sur leur contribution.

À l'image du débat sur la taille du gâteau à produire et à partager, quelle sera l'incitation de chacun à contribuer à la production dudit gâteau, s'il est assuré d'en avoir une part identique aux autres ? Avec le temps, le gâteau deviendra assurément plus petit, voire très petit. On voit ici toute l'importance de s'accorder sur le partage du gâteau !

Graphiquement, on peut représenter ce phénomène par une première courbe représentant la satisfaction économique globale (en pratique, le niveau de vie global) en fonction du taux de redistribution (voir graphique plus loin). Elle est faible lorsque la redistribution est nulle, augmente jusqu'à un maximum, que l'on qualifiera d'optimum économique, puis décroît, jusqu'à s'effondrer si la redistribution devient très importante.

Redistribuerions-nous déjà au-delà de l'optimum économique ?

Si l'existence d'une telle courbe s'intuit bien, comment savoir où nous sommes sur cette courbe ? En l'absence d'études permettant de quantifier la courbe, du moins pouvons-nous nous interroger sur le point de savoir si nous redistribuons au-delà de l'optimum. Plusieurs indices justifient la question.

Dans nos démocraties, le niveau de la redistribution est déterminé par le consentement à cette redistribution de la part des contributeurs, de même que le consentement à l'impôt est censé dimensionner le niveau de la dépense publique. Dès l'instant où les dépenses dépassent le con-

sentement, un déficit structurel s'installe, d'autant moins durablement soutenable qu'il est important.

Depuis 50 ans, le budget de l'État n'arrive plus à financer la dépense publique majorée des financements apportés aux régimes sociaux au titre de la redistribution. La dette qui en résulte est sur une trajectoire financièrement insoutenable, à tel point que la Cour des comptes appelle à présent notre attention sur la perte de contrôle de la dépense publique et de la dépense sociale.

Par comparaison aux autres pays, notamment européens, notre pays est un de ceux qui redistribuent le plus et où les citoyens travaillent le moins. Les auteurs n'ont pas connaissance d'études internationales de corrélation, et plus encore de causalité, sur ce point, qui mériterait d'être éclairé.

La littérature française récente sur le travail qui ne paye plus nous semble traduire la même perception. Plus largement, l'expérience de l'entreprise confirme que les travailleurs adaptent leur contribution à leur rétribution, et à la perception qu'ils ont de son caractère plus ou moins équitable, quel que soit leur positionnement dans l'échelle des salaires. En

particulier, l'absence de perspective d'évolution positive est un puissant facteur de démotivation, en attestent notamment les attitudes de désengagement reprochées parfois aux salariés seniors, qui pour leur part ont parfois symétriquement un sentiment de faible reconnaissance, notamment financière ou en matière de formation en fin de carrière.

Franchir cet optimum de redistribution provoque l'enclenchement d'un cercle vicieux, qui peut aller jusqu'à une spirale infernale. La diminution progressive d'activité qui résulte du franchissement du seuil réduit la base prélevable, ce qui, à redistribution et dépenses publiques constantes, augmente les déficits. En France, les plans de redressement des comptes publics comportent un volet d'augmentation des prélèvements, qui accentue les mouvements de retrait par rapport au travail, diminuant à

nouveau la production consommable et le niveau de vie, et réalimentent les déficits. Et ainsi de suite. N'est-ce pas ce que nous constatons actuellement, avec par exemple la suspension de la réforme des retraites de 2023 ?

Pour revenir à notre illustration graphique évoquée plus haut, sans que cette courbe ne soit identique selon les pays, elle est analogue. Un pays comme les États-Unis, très peu redistributif, se trouve sur la partie gauche de la courbe. Les pays redistributifs comme les pays européens sont plus à droite, et la France est parmi les pays européens les plus redistributifs.

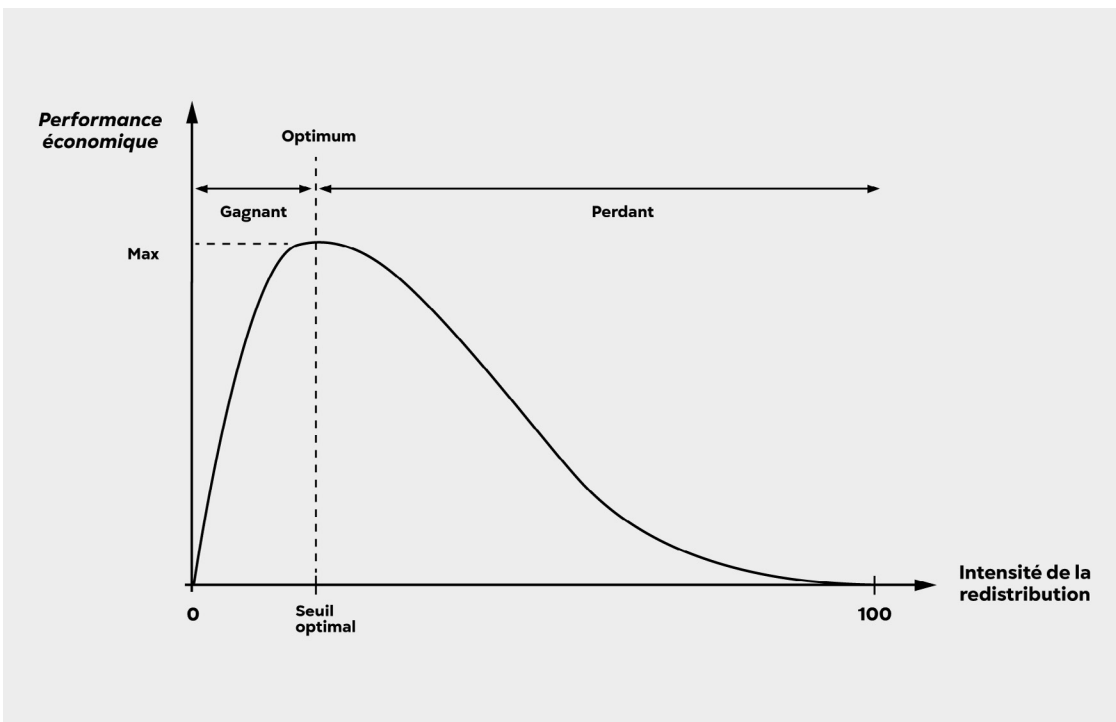
Y aurait-il également un optimum de redistribution sociale, que nous pourrions également avoir dépassé ?

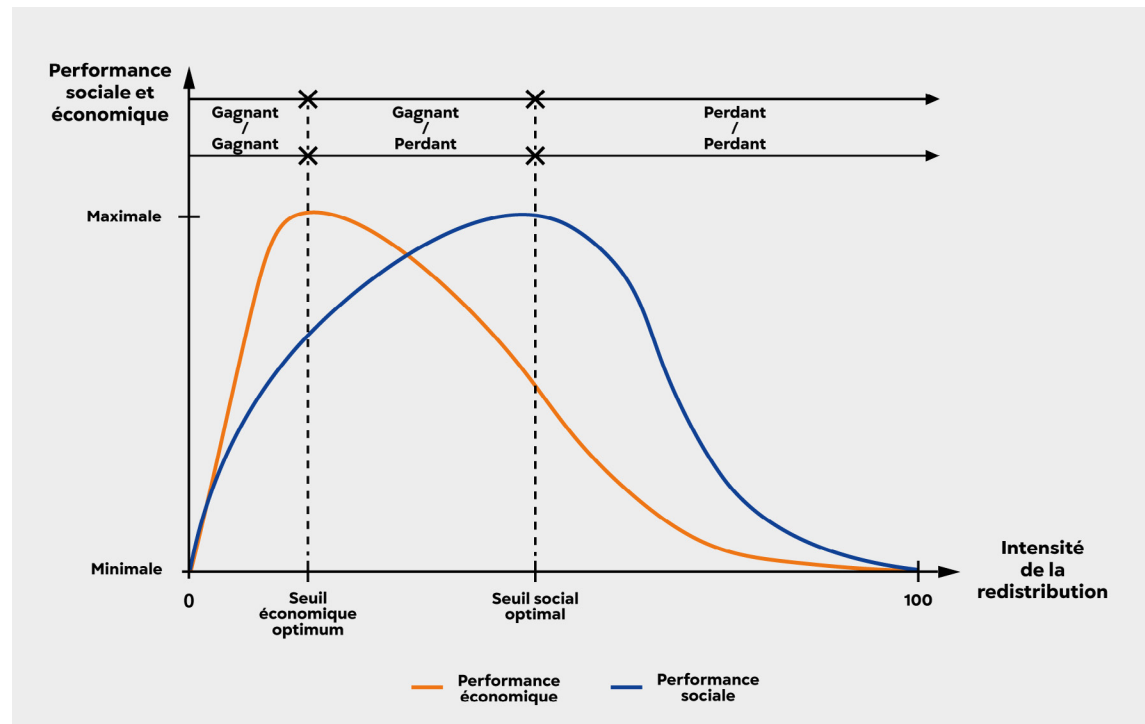
Augmenter la redistribution au-delà de l'optimum économique peut améliorer le sentiment de justice sociale, au moins aussi longtemps que cela correspond au pacte républicain et reste dans les limites du consentement aux prélèvements correspondants. L'arbitrage est économiquement perdant mais socialement et politiquement gagnant.

Mais redistribuer au-delà de l'optimum économique peut, au-delà d'un certain point, soulever des enjeux d'acceptabilité et d'incitations, susceptibles d'affecter la satisfaction individuelle et la cohésion sociale. En premier lieu, la satisfaction de vivre dans un monde plus juste cède rapidement le pas à l'insuffisance du pouvoir d'achat pour une grande partie de la population, devenue à présent la première préoccupation de nos concitoyens. Ensuite, le ressenti de déclassement qui résulte, dans les comparaisons et la concurrence internationale, de notre appauvrissement relatif, affecte chaque Français chacun à son niveau.

Enfin, la justice sociale résiste mal à la pénurie de ressources et finit par affecter davantage les plus démunis et les plus fragiles que ceux qui sont mieux placés pour défendre leur part dans la redistribution. Par exemple, la

« PAR COMPARAISON AUX AUTRES PAYS, NOTAMMENT EUROPÉENS, NOTRE PAYS EST UN DE CEUX QUI REDISTRIBUENT LE PLUS ET OÙ LES CITOYENS TRAVAILLENT LE MOINS »





pénurie de logements actuelle génère une augmentation du nombre des sans-abri. Cette inégalité structurelle générée in fine par un système construit pour apporter de l'équité nous semble très critiquable au plan moral. De plus, elle brise le pacte social de l'après-guerre qui liait les citoyens et la prospérité au travail, rupture qui nous paraît de nature à alimenter attitudes de retrait et radicalisations.

Lorsque s'enclenche la spirale infernale évoquée ci-dessus, augmenter les prélèvements ne suffit plus. La pression augmente pour réduire les dépenses, y compris sociales, en attestent tous les plans de redressement mis en œuvre dans les pays de l'Union européenne confrontés à cette situation : Italie, Espagne, Portugal, Grèce. Les ajustements, pour n'avoir pas été faits à temps, sont d'autant plus importants et douloureux.

Il faut également s'interroger sur la justice sociale au regard de ceux qui sont contributeurs nets. L'intégralité des transferts leurs semblent-ils justifiés ? Ce qui concerne les plus fragiles et démunis, et plus largement ceux qui n'ont pas la possibilité de subvenir seuls à leurs besoins, ne fait pas débat. Mais les 57 % des ménages bénéficiaires nets de la redistribution élargie font-ils l'objet du

même consentement à la redistribution de la part des 43 % de contributeurs ? Certains ne s'abritent-ils pas derrière les plus démunis pour protéger ce qui est considéré par d'autres comme des privilèges. Ont-ils même la perception de ce qu'ils sont bénéficiaires nets de la redistribution, et pour ceux qui le sont, en sont-ils reconnaissants ? Sont-ils même conscients que l'exercice de la solidarité suppose l'existence d'une convergence objective d'intérêts, dans la durée ?

Enfin, en démocratie, une majorité de bénéficiaires va généralement chercher à améliorer sa situation. Les minoritaires contributeurs ont alors un sentiment croissant d'injustice en voyant le rejet du travail et la préférence pour la redistribution qui en résulte. Cela conduit certains à réduire encore leur implication dans le travail, leur mobilité ou leurs choix d'activité.

Revenons à la redistribution élargie. Les citoyens relevant des vingtiles de part et d'autre de la médiane sont bénéficiaires nets de la redistribution. Avant redistribution, le onzième vingtile gagne en moyenne 3 690 euros de plus par an et par UC que le dixième. Après redistribution élargie, l'écart est ramené à 820 euros. 22 % de la va-

leur additionnelle produite, cela vaut-il la peine de l'effort correspondant ?

La justice sociale n'est-elle pas également de donner au travailleur la juste part de la valeur de sa production ?

Toujours au voisinage de la médiane, pour le dixième vingtile, les prélèvements représentent 65 % des revenus avant transferts, et la redistribution élargie 85 % de cette même base¹⁹. Donner directement au travailleur la juste part de la valeur qu'il produit ne serait-il pas beaucoup plus motivant que de la donner par la redistribution, où ce dont il bénéficie varie assez peu en fonction de son revenu, alors que ce qu'il y contribue varie fortement ?

Dans notre représentation graphique apparaît ainsi une deuxième courbe, celle de la satisfaction sociale, décalée sur la droite par rapport à la première.

On constate ainsi sur ce graphique l'existence de trois zones.

Jusqu'au maximum de la performance économique, l'augmentation de la redistribution est économiquement et socialement gagnante.

Entre ce maximum et celui de la performance sociale, l'augmentation de la redistribution est socialement gagnante et économiquement perdante.

Au-delà de ces deux maximums, l'augmentation de la redistribution est perdante, économiquement et socialement. S'il n'est pas remédié à cette situation, un effondrement finit par se produire, progressivement, comme ce fut le cas pour les pays ayant choisi le modèle communiste et qui l'ont abandonné ou fortement révisé à la rupture de 1989, ou soudainement comme cela s'est passé en Grèce.

Cette courbe de la satisfaction sociale en fonction de la redistribution n'a-t-elle pas la forme d'un toboggan, où l'on monte marche par marche comme nous l'avons fait après la Seconde Guerre mondiale, pour parvenir à un sommet, que nous aurions dépassé sans nous en apercevoir ? Nous l'aurions dépassé à partir du moment où nos finances publiques sont passées en déficit structurel. Nous avons commencé à en prendre conscience avec la crise du budget et des finances publiques de l'été 2024.

Réduisant peu nos déficits, nous nous sommes malgré tout engagés dans la pente devant nous, jalonnée des dégradations de la notation de notre dette publique, et voyons avec inquiétude au bas de la pente, l'accident financier. Pour revenir sur la plateforme du toboggan, la première étape n'est-elle pas de comprendre ce qui nous arrive ?

CONCLUSION

À ce stade de l'analyse des chiffres et des comportements, et de nos travaux sur ce sujet, nous concluons par quatre recommandations.

Se mettre sereinement d'accord sur l'existence d'un optimum économique et d'un optimum social de la redistribution.

Examiner plus à fond et débattre contradictoirement du point de savoir si, comme le craignent les auteurs, nous aurions dépassé l'optimum économique (c'est le sujet de l'insuffisance du pouvoir d'achat et de la souveraineté), ainsi que l'optimum de justice sociale (c'est le sujet de l'arbitrage entre la protection des plus fragiles et démunis, une large redistribution, et la juste part de la valeur de leur production à laisser à ceux qui produisent).

S'il faut réduire la redistribution, ne serait-ce que pour des raisons de contrainte financière et de rééquilibrage des comptes publics, préférer le redéploiement et le recentrage au rabotage, qu'il s'agisse des populations prioritairement bénéficiaires ou du juste niveau de la redistribution.

En toute hypothèse, examiner les voies et moyens de restaurer le bon fonctionnement du jeu démocratique, et réaligner les intérêts des parties prenantes, pour revenir dans les limites du consentement à l'impôt et aux prélèvements obligatoires. Le recours à l'endettement a dépassé sa limite de soutenabilité.

*
* * *

L'objectif quant à lui demeure inchangé : à chacun selon ses besoins certes, mais dans un système soutenable, dans lequel chacun, sur l'ensemble de l'échelle, contribue équitablement selon ses moyens ? ■

¹⁹. Pour ce dixième vingtile, les prélèvements représentent encore 54 % des revenus primaires après transferts, et la redistribution élargie 71 % de cette même base.

RETRAITE DES FEMMES : LA FIN DES INÉGALITÉS EST-ELLE POUR DEMAIN ?

PAR ÉLISE DEBIÈS

MEMBRE DU CONSEIL D'ORIENTATION DU CRAPS, AVOCATE AU BARREAU DE PARIS ET CHARGÉE D'ENSEIGNEMENT À LA FACULTÉ DE DROIT DE LA SORBONNE

Fin 2023, 17,2 millions de personnes bénéficiaient d'une retraite en France, soit plus du quart de la population¹. Le régime général comptait 15,4 millions de retraités fin 2024, soit une augmentation de 43 % en 20 ans². Ce poids considérable des retraités dans la population française explique les préoccupations sur la soutenabilité du système de retraite par répartition, la baisse de la natalité³ et la perte d'autonomie.

Si la retraite occupe une telle place dans le débat public en France, c'est aussi parce qu'elle constitue l'aboutis-

sement des années de vie active et les inégalités qui ne cessent de s'y accroître, qu'elle incarne les crispations intergénérationnelles qui se durcissent. Enfin, elle cristallise les inégalités de genre.

D'autres combats, tout aussi légitimes, occupent aujourd'hui l'espace public en matière de genre. L'intersexualité appelle à identifier la personne autrement que par le sexe⁴ et le non-genre s'impose. Ce sont des questions cruciales auxquelles la Sécurité sociale française devra faire face, incarnées en premier lieu par son sym-

1. DREES, Les retraités et les retraites - Édition 2025, Panoramas de la Drees, sous la direction de Pierre Cheloudko.

2. CNAV, Statistiques et recherche sur le vieillissement, Recueil statistique - Édition 2025.

3. En 2025, le solde naturel en France est négatif pour la première fois depuis la fin de la seconde guerre mondiale, Bilan démographique 2025, Insee.

4. Benjamin Moron-Puech, L'affaire du sexe neutre : une illustration de la régression des droits humains en Europe, Recueil Dalloz, 2 mars 2023.



bole, le numéro de Sécurité sociale, qui commence par 1 pour les hommes et 2 pour les femmes.

Les chiffres montrent pourtant toute la pertinence d'« aborder les retraites à partir du féminin⁵ ». Les femmes perçoivent aujourd'hui en France une pension 38 % inférieure à celle des hommes (26 % en incluant les pensions de réversion⁶).

Loin de faire le jeu d'un patriarcat dépassé, examiner les raisons des écarts de pensions entre hommes et femmes, qui n'ont pas diminué depuis dix ans, c'est s'interroger sur un système de retraite « fondé sur un modèle de carrière continue, ascendante et bien rémunérée, c'est-à-dire sur un modèle masculin de carrière⁷ ».

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES INÉGALITÉS ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES EN MATIÈRE DE RETRAITE

L'ambition d'équité entre les sexes en matière de retraite affirmée par l'article L.111-2-1 du Code de la Sécurité sociale⁸ est aujourd'hui un vœu pieux. Fin 2023, la pension mensuelle moyenne de droit direct des retraités résidant en France, après prise en compte de l'éventuelle majoration pour trois enfants ou plus, s'élève à 1 666 euros bruts, soit 1 541 euros nets des prélèvements sociaux. Le montant de la pension de droit direct des femmes est inférieur de 38 % à celui des hommes, contre un écart de 50 % en 2004⁹.

Nous soulignons la diminution progressive de cet écart, mais surtout la lenteur de cette progression, proprement insupportable. On est loin de l'égalité des montants de pensions entre hommes et femmes promise, en 1999, à horizon 2020¹⁰. Pire, cet écart n'a pratiquement pas dimi-

nué en 10 ans : en 2014, les femmes disposaient d'une retraite inférieure de 39,3 % à celle des hommes¹¹. Le Conseil d'orientation des retraites (COR) reconnaît dans son rapport d'avant la réforme des retraites de 2023¹² que l'égalité homme-femme en matière de montant de retraite pourrait être atteinte en 2070 en France ! La France se situe ainsi en 2024 au-dessus de la moyenne OCDE¹³ des écarts de pensions hommes-femmes.

L'écart retenu pour la France par l'OCDE inclut les pensions de réversion, qui concernent plus souvent les femmes, situant cet écart à 25 %, c'est-à-dire exactement le même qu'en 2014¹⁴.

Bien que minoritaires sur le marché du travail, les femmes sont les plus nombreuses parmi les retraités de droit direct (53 %) car elles vivent plus longtemps. Elles liquident leurs droits à la retraite en moyenne 8 mois après les hommes en 2023, à 63 ans et 1 mois en moyenne, contre 62 ans et 5 mois pour les hommes¹⁵.

Toujours en raison de leur longévité, et à cause du faible niveau de leurs retraites personnelles, elles sont aussi surreprésentées chez les titulaires des pensions de réversion, toujours réservées aux couples mariés en dépit de la diversité des unions.

Les différences de montants de pensions s'expliquent par l'emploi des femmes, plus souvent à temps partiel, leurs rémunérations, toujours plus basses que celles des hommes en dépit du principe d'égalité martelé, et par leurs interruptions de carrières plus fréquentes. Le facteur essentiel de cette inégalité, à savoir les carrières hachées des femmes du fait de la maternité, est décisif dans le montant final des retraites, qui fait la part belle à la durée d'assurance et au salaire annuel moyen¹⁶. Avant de nous interroger sur l'efficacité de quelques récentes

mesures paramétriques correctives en France, un détour par « l'Europe » s'impose.

LES RÈGLES EUROPÉENNES À LA RES- COUSSE... DES HOMMES

La législation et jurisprudence européenne ont œuvré pour la suppression des discriminations... à l'encontre des hommes en matière de retraite. L'article 7 de la directive 79/7/CEE du Conseil du 19 décembre 1978 relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de Sécurité sociale permet, à titre transitoire, la survivance de la majoration de durée d'assurance en raison de l'incidence sur la carrière professionnelle de l'éducation de l'enfant pendant les 4 années suivant sa naissance, en faveur des mères. La directive prévoit en effet que l'élimination des disparités entre hommes et femmes doit être progressive. En France, la Cour de cassation a évolué vers plus d'égalité en faveur des pères qui ont élevé leur enfant. Rappelant que les prestations sociales sont des biens au sens de l'article 1^{er} du protocole n° 1 de la Convention européenne des droits de l'Homme, la deuxième chambre civile dans son arrêt du 21 décembre 2006¹⁷ considère ainsi, en application de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)¹⁸ qu'il n'existe « aucun motif de faire une discrimination entre une femme qui n'a pas interrompu sa carrière pour élever ses enfants et un homme qui apporte la preuve qu'il a élevé seul son enfant ».

Le législateur français a fait un pas vers les pères en 2003 : ils pouvaient désormais bénéficier de cette majoration s'ils apportaient la preuve d'avoir élevé seuls leur enfant durant ses 4 premières années d'existence.

Aujourd'hui en France, pour les salariés, une majoration de quatre trimestres est réservée à la mère pour sa maternité. Deux autres majorations de même durée bénéficient aux parents (ou à l'assuré à qui sont confiées les fonctions parentales), l'une pour l'éducation des enfants, l'autre pour l'adoption simple ou plénière d'un enfant pendant sa minorité.

La réforme de 2023 garantit à la mère un plancher de deux trimestres, sur les quatre trimestres de la majo-



ration « éducation ». La répartition des deux autres trimestres intervient entre les parents d'un commun accord dans les six mois du quatrième anniversaire de l'enfant ou de son adoption, à condition pour le parent d'établir qu'il a assumé à titre principal l'éducation de l'enfant.

La majoration garantie à la mère n'est, en l'état actuel des textes, pas subordonnée à la condition d'avoir élevé l'enfant, et le parent qui apporterait la preuve qu'il a élevé seul un enfant n'en bénéficierait pas... au mépris des règles européennes sur l'égalité des sexes ?

L'égalité « formelle » retenue par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), qui refuse de reconnaître dans la loi les mères comme le parent a priori « privilégié », traduit une tension vers l'égalité « réelle » entre les hommes et les femmes, qui passerait par la suppression de tout stéréotype de genre dans la loi. Mais l'éducation des enfants n'est pas le seul facteur d'inégalité : les

5. Maryse Badel, Femmes, familles, retraites : un point après la réforme, RDSS 2023 P. 640.

6. Communiqué de presse 13 novembre 2025.

7. Laure Camaji, Avantages familiaux de retraite : quelle(s) égalité(s) pour la retraite entre les femmes et les hommes ? Regards (En3s) n°50, décembre 2016.

8. Article L.111-2-1 CSS : « Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la durée de la retraite comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent ».

9. DREES, panorama préc., note 1.

10. « Les disparités de retraite entre hommes et femmes : vers une réduction », note Insee n° 03/G211, janvier 1999.

11. DREES, Les retraités et les retraites – Édition 2016, Drees, coll. Études et statistiques.

12. cor-retraites.fr

13. OCDE, Panorama des pensions, novembre 2025.

14. DREES, panorama préc., note 11.

15. DREES, panorama préc., note 1.

16. Emma Zerrillo, Retraite – Regards critiques sur le calcul des trimestres utiles à la liquidation de la retraite de base, La Semaine Juridique Social n°10, 11 mars 2025, 1061.

17. Cass. 2^e Civ., 21 décembre 2006, n° 04-30.586.

18. Cour EDH 4 juin 1992, Wessels-Bergervoet c/ Pays-Bas ; Cour EDH 11 juin 2002, Willis c/ Royaume-Uni.

femmes cumulent les situations défavorables au regard du mode de calcul de la retraite en France¹⁹.

DES RÉDUCTIONS INSUFFISANTES DES INÉGALITÉS DE PENSIONS ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES

Les conditions de validation de la durée d’assurance constituent le facteur déterminant du montant des retraites, qui pénalise les salariés moins intégrés professionnellement, dont les femmes.

Des mesures paramétriques correctives sont régulièrement prises, y compris par la réforme de 2023 et la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026, pour compenser l’absence ou l’insuffisance de cotisations, y compris spécifiques aux mères. Ces mesures passent totalement inaperçues du débat public, qui se focalise sur l’âge de départ à la retraite.

Concernant le recul de l’âge de départ, l’étude d’impact²⁰ du projet de loi de financement rectificative de la Sécurité sociale pour 2023 portant réforme des retraites²¹ montre que les femmes seront davantage impactées par ce recul de 62 à 64 ans. Elles devront, à terme, travailler en moyenne 7 mois de plus contre 5 mois pour les hommes. Pour certaines générations, 1980 par exemple, on passe même du simple au double : les femmes devraient partir en moyenne 8 mois plus tard, 4 mois pour les hommes. C’est toujours la maternité qui est en cause : celles qui pouvaient partir dès 62 ans à taux plein grâce aux trimestres « enfants » devront, lorsque la réforme reprendra son cours, attendre l’âge légal, soit jusqu’à 2 ans de plus, pour partir.

Pour atténuer les conséquences du report de l’âge légal, en particulier pour les mères, la réforme de 2023 prévoit la « surcote parentale » qui compense la réduction de l’« utilité » des trimestres enfants pour valider le nombre de trimestres nécessaires au taux plein. Ce droit à surcote (et non au départ) est ouvert aux assurés atteignant le taux plein à 63 ans et bénéficiant d’un trimestre au titre des majorations de durée d’assurance pour enfant.

D’autres adaptations visent à compenser les aléas de carrière ou l’impact de la parentalité et de l’aidance, encore presque exclusivement l’apanage des femmes²², sur la durée d’assurance. Outre la garantie « plancher » de 2 trimestres réservés à la mère pour l’éducation d’un enfant, la réforme permettra de prendre en compte les trimestres d’affiliation à l’Assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF) et à l’Assurance vieillesse des aidants (AVA) à la fois pour l’éligibilité aux retraites anticipées pour carrières longues et pour l’attribution du minimum contributif majoré. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 a ajouté la prise en compte des majorations de durée d’assurance pour naissance d’un enfant (dans la limite de deux trimestres) pour permettre l’ouverture des droits à une retraite anticipée pour carrière longue.

La réforme de 2023 intervient aussi sur les inégalités dans le calcul de la pension, en valorisant les périodes de perception des indemnités journalières pour maternité antérieures au 1^{er} janvier 2012, dans le salaire de base servant au calcul de la pension (salaire annuel moyen).

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 a enfin retenu une nouvelle base pour le salaire annuel moyen pris en compte dans le calcul de la retraite. Il s’agit actuellement de celui des 25 meilleures années de la carrière, salaires revalorisés comme les retraites. Ce seront à l’avenir les 24 meilleures années pour les mères d’un enfant, les 23 meilleures années pour les mères de deux enfants et plus²³.

Mais ces quelques avancées sont loin de traiter le fond du problème. De manière plus générale, la réforme de 2023 a mis en exergue la nécessité d’avoir une analyse approfondie des droits familiaux et conjugaux de retraite. Ces derniers ont fait l’objet de propositions de scénarios du COR en octobre 2024²⁴.

LA NATALITÉ, PIÈCE MAÎTRESSE DE LA REFONDATION D’UN SYSTÈME DE RETRAITE PENSÉ POUR LES HOMMES... ET LES FEMMES

Les débats du PLFSS 2025, qui ont principalement abouti en matière de retraite à la suspension provisoire

du calendrier d’augmentation de l’âge légal de départ à la retraite, n’ont pas complètement passé sous silence la question centrale de la réduction des inégalités de pensions entre les hommes et les femmes, ne serait-ce que parce que cette équité est nécessaire au « réarmement démographique du pays ».

Depuis le début des années 2010, la France connaît en effet une baisse tendancielle de la fécondité, même si celle-ci reste au-dessus de la moyenne européenne. Cette baisse est particulièrement marquée depuis 2021. En 2025, l’indicateur conjoncturel de fécondité s’établit à 1,56 enfant par femme (le plus faible depuis 1917), contre presque 2 en 2014. Cette chute de la natalité a des causes connues²⁵.

L’enquête réalisée par le Conseil de la famille du HCFEA sur la typologie des approches de la parentalité chez les 20-35 ans²⁶ révèle que l’approche de la parentalité à laquelle les personnes interrogées adhèrent, qu’elles aient ou non des enfants, est marquée par le genre et l’histoire familiale.

Parmi les personnes sans enfants, 64 % de ceux qui ont une approche « conformiste » de la parentalité sont des hommes, alors que les femmes représentent plus de 57 % des personnes qui adhèrent à une vision « contraignante » de la parentalité. Les raisons pour ne pas vouloir d’enfant ne sont pas seulement économiques, mais invoquent aussi que « Le monde va trop mal » ou « Je souhaite garder ma liberté ».

Les femmes qui ont déjà un enfant oublient l’approche contraignante (à laquelle n’adhèrent que 12 % des parents de 20 à 35 ans interrogés) au profit de l’approche

épanouissante (67% des mères)²⁷, qui les pousse à vouloir un autre enfant. Après le premier enfant, les femmes ont le désir d’un deuxième !

Hommes et femmes ne sont pas égaux devant la maternité, il convient par conséquent d’accompagner spécifiquement les femmes après l’accouchement. Ainsi, en Corée du Sud, les centres de soins postnatals, les sanhujoriwon, sont un passage quasi-obligé après la naissance d’un enfant. Ces centres destinés à favoriser la natalité et le bien-être maternel permettent aux mères de se détendre deux à trois semaines avec leur nouveau-né, loin de tout stress après l’accouchement, en profitant d’un personnel attentif et de nombreux soins pour récupérer. La politique nataliste ne peut être le seul argument pour sauver les équilibres intergénérationnels au cœur du système de retraite français par répartition ; mais le congé supplémentaire de naissance instauré par la LFSS en complément des congés maternité et paternité apparaît bien dérisoire.

L’inégalité fondamentale et nécessaire de la maternité se traduit ensuite à chaque âge

de la vie par des stéréotypes de genre qui affectent les femmes. Ces stéréotypes se retrouvent dans le montant de la retraite, reflet de la vie active. Mais le système de retraite est aussi, malgré des efforts correctifs constants mais insuffisants du législateur pour la prise en compte de trimestres « assimilés » (et non cotisés), inéquitable dans ses principes mêmes, qui favorisent la carrière continue et ascendante des hommes. En prendre conscience, c’est déjà amorcer les ressorts d’un changement. ■

25. Le rapport « Typologie des approches de la parentalité chez les 20-35 ans du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) liste les facteurs avancés pour comprendre le phénomène : « Problèmes matériels (emploi précaire, revenus trop faibles, logement trop petit...), politiques publiques inadaptées ou insuffisantes, raisons écologiques, désir de carrière des femmes et d'émancipation, peur de l'avenir, perte de confiance, exigences accrues s'agissant du ou de la partenaire avec lequel réaliser ce projet de parentalité ou encore difficultés accrues pour rencontrer un ou une partenaire, volonté de construire un projet de parentalité en dehors du couple hétéronormé, etc. ».

26. hcfea.gouv.fr - typologie des approches de la parentalité chez les 20-35 ans.

27. « Ici, on devrait se rappeler que le vocabulaire de l'épanouissement s'applique d'abord aux fleurs, et que les fleurs ne fleurissent pas à la seule fin de fleurir, mais en vue de la fructification. Les êtres humains ont certes d'innombrables façons de fructifier. Mais l'engendrement en fait partie, comme pour tout vivant », Olivier Rey, « Défécondité, pourquoi nous avons perdu le désir de la vie », Le Figaro 29 octobre 2025 ; entretien sur « Défécondité, ses raisons, sa déraison » Tracts Gallimard, octobre 2025.

28. teamfrance-export.fr.

19. Laure Camaji, art. préc., note 7.

20. Rapport sur les objectifs et les effets du projet de réforme des retraites, janvier 2023, Légifrance.

21. Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale (LRFSS) pour 2023

22. L'étude « Être aidant en Europe aujourd'hui – Étude sur les besoins et les défis rencontrés par les aidants familiaux en Europe », COFACE, Bruxelles, 2017, réalisée par Madgi Birtha et Kathrin Holm révèle que dans 85 % des cas, ce sont des femmes, âgées de 35 à 64 ans, qui assurent ces tâches, principalement en tant que mères, filles, belles-filles et épouses/partenaires.

23. Sont concernés le régime général et tous les régimes alignés (travailleurs indépendants, salariés agricoles) et le régime des non-salariés agricoles.

24. cor-retraites.fr.



LE DIALOGUE SOCIAL DANS L'ENTREPRISE, UN LEVIER POUR REFONDER NOTRE PROTECTION SOCIALE

PAR QUENTIN BÉRIOT
DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DE LA FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS PARITAIRES DE PROTECTION SOCIALE

Notre système de protection sociale est à un moment décisif de son histoire. Confronté à des tensions durables – démographiques, économiques, sanitaires et technologiques – il ne peut plus évoluer uniquement par ajustements paramétriques de PLFSS en PLFSS ou par une focalisation exclusive sur ses modalités de financement entre Assurance maladie obligatoire (AMO) et Assurance maladie complémentaire (AMC).

Cela appelle une réflexion politique de fond sur ses lieux de construction, ses modes de gouvernance et ses le-

viers d'action. Dans ce contexte, la réaffirmation du rôle du paritarisme au sein des branches et du dialogue social dans l'entreprise constitue une opportunité majeure.

L'ENTREPRISE, UN LIEU D'ÉQUILIBRE FAVORISANT « L'EXPRESSION DU PARITARISME »

L'entreprise est un point d'équilibre entre les besoins de compétitivité et de sécurisation des salariés. C'est aujourd'hui l'un des rares espaces où se rencontrent concrètement les enjeux de compétitivité économique, de pouvoir d'achat, de santé, de prévention et de bien-être au travail. C'est un lieu où les arbitrages sont réels,

où les décisions ont des effets immédiats, et où la protection sociale cesse d'être abstraite pour devenir vécue. C'est précisément parce qu'il s'exerce dans l'entreprise que le dialogue social investit des champs situés aux confins des ressources humaines et de la protection sociale : en fonction des métiers, des branches professionnelles ou encore de l'activité, les dispositifs d'action sur la santé mentale, sur la prévention des arrêts de travail, sur le maintien en emploi des seniors, voire sur l'attractivité d'un secteur et la sécurisation des parcours des salariés, peuvent se construire pragmatiquement.

LE PARITARISME, LE CONSENSUS COMME ACCÉLÉRATEUR DE LA TRANSFORMATION...

Dès lors que les objectifs sont partagés, le paritarisme constitue un mode de gouvernance singulier et précieux. Il permet de construire des positions fondées sur des consensus solides, issus du dialogue et non sur des logiques unilatérales. Et dès lors que l'on ne finit pas uniquement sur la plus petite position commune, cette capacité à produire des consensus responsables constitue aujourd'hui un atout politique majeur. Il suppose donc une capacité partagée à hiérarchiser les priorités, à assumer des arbitrages parfois exigeants et à inscrire l'accord dans une trajectoire de transformation explicite. À défaut, le dialogue social sécuriserait l'existant plutôt que de préparer l'avenir.

Le paritarisme ne constitue pas seulement un cadre de gouvernance équilibré ; il est également un accélérateur d'action et de transformation dès lors que le dialogue aboutit. Lorsque les partenaires sociaux parviennent à des accords fondés sur la confiance, ils sécurisent, par la compréhension fine des réalités de l'entreprise, les décisions prises et en facilitent leur mise en œuvre. Ce consensus préalable donne un socle robuste et légitime, qui permet d'aller plus vite, plus loin et plus durablement que des réformes imposées. La déclinaison par le dialogue social au sein de l'entreprise comme « territoire de santé » appelle néanmoins une vigilance particulière : toutes ne disposent ni des mêmes ressources ni du même degré de structuration du dialogue social.

C'est précisément cette capacité à conjuguer solidité du compromis et pragmatisme dans l'exécution qui fait du paritarisme et du dialogue social des leviers stratégiques de transformation de la protection

sociale. Loin de ralentir l'action publique ou collective, le paritarisme peut réduire les blocages, limiter les effets d'annonce et favoriser des solutions opérationnelles appropriables par les acteurs de terrain.

... ET COMME FACTEUR DE SOUTENABILITÉ

En ce sens, l'accord des partenaires sociaux n'est pas un préalable formel : il est un facteur de performance et de soutenabilité des politiques sociales et de santé. À cet égard, la soutenabilité de notre modèle social ne saurait être réduite à une question de financement ou à la seule articulation entre Assurance maladie obligatoire et complémentaire. Elle dépend de notre capacité collective à repenser l'organisation, la régulation et l'efficacité du système de santé d'une part et à consolider un cadre d'action souverain d'autre part.

Forfaitisation de certains traitements, développement de parcours coordonnés renforcés, suivi et évaluation des prises en charge, responsabilisation accrue des patients et des professionnels de santé, etc. Le paritarisme peut devenir un outil d'ingénierie : au niveau de la branche ou de l'entreprise, les partenaires sociaux peuvent 1) identifier des pathologies ou situations à fort impact (TMS, santé mentale, lombalgies, maladies chroniques) qui permettent 2) de concevoir et 3) d'évaluer des dispositifs pertinents dont les groupes paritaires sont naturellement les opérateurs, plutôt que des dispositifs généraux conçus « d'en haut ». Il ne s'agit pas de se substituer à l'organisation publique, mais de la compléter, en faisant de l'entreprise l'espace d'expression du dernier kilomètre, là où l'action publique peine à agir seule.

Maîtrise des données, encadrement des usages de l'intelligence artificielle, exigences de cybersécurité : ces enjeux ne sont pas neutres. Ils conditionnent la confiance des assurés, l'équité des prises en charge et, plus largement, la souveraineté de notre modèle social.

Là encore, « l'expression du paritarisme » déclinée au sein de l'entreprise offre un cadre pertinent pour concilier innovation, protection des droits et responsabilité collective.

Enfin, en considérant pleinement l'entreprise comme territoire de santé et de prévention, le paritarisme renforce ainsi sa légitimité auprès des pouvoirs publics et contribue à renouveler l'action publique elle-même.

LA FIPS, UN OUTIL POLITIQUE AU SERVICE DU PARITARISME

Le changement de nom du Centre technique des institutions de prévoyance en Fédération des institutions paritaires de protection sociale (FIPS) traduit cette ambition.

En faisant de l'entreprise un axe pivot de la réflexion, la Fédération des institutions paritaires de protection sociale (FIPS) ne s'inscrit ni dans une logique corporatiste, ni dans la défense d'intérêts institutionnels particuliers. Au contraire, parler de l'entreprise, c'est parler des clients de nos groupes de protection sociale (GPS), de celles et ceux qui, au quotidien, font vivre la protection sociale : employeurs et salariés.

En se situant à ce niveau, la parole de la FIPS gagne en force et en crédibilité. Elle ne défend pas un modèle pour lui-même ; elle s'attache à l'efficacité sociale et économique des dispositifs au plus près des usages.

La FIPS entend par conséquent être un outil au service du paritarisme, un espace de réflexion, de proposition et de contribution au débat public, au-delà des logiques institutionnelles. C'est dans cet esprit qu'elle assume pleinement une parole plus politique, plus contributive et résolument tournée vers l'intérêt de ses clients et de la collectivité. ■



LES POLITIQUES DE L'EMPLOI RESTENT LARGEMENT CONÇUES ET PILOTÉES À L'ÉCHELLE NATIONALE ALORS QUE LES RÉALITÉS DU MARCHÉ DU TRAVAIL VARIENT FORTEMENT D'UN TERRITOIRE À L'AUTRE. PENSEZ-VOUS QU'UNE TERRITORIALISATION PLUS POUSSÉE EN LA MATIÈRE PERMETTRAIT D'EN AMÉLIORER L'EFFICACITÉ ?

C'est une question ancienne qui montre bien que, malgré de nombreuses réformes engagées depuis l'apparition du chômage de masse, nous n'avons pas réussi à apporter des réponses pleinement satisfaisantes. Cette persistance du débat illustre à la fois la complexité du sujet et les limites des approches successives qui ont été mises en œuvre. De ma double expérience des politiques nationales de l'emploi et des politiques régionales, notamment lorsque je dirigeais l'Association des régions de France, je pense qu'il est indispensable d'imbriquer à minima ces deux dimensions.

Nous ne pouvons pas concevoir une politique de l'emploi efficace depuis « un bureau parisien », déconnecté des réalités locales. Mais à l'inverse, elle ne peut pas non plus se réduire à une juxtaposition d'actions territoriales - aussi pertinentes soient-elles - menées sur de petits périmètres sans approche d'ensemble. Cette vision peut s'exprimer à l'échelle d'un

bassin d'emploi ou d'un niveau de collectivité territoriale comme d'une intercommunalité, dès lors qu'elle permet de donner du sens et de la lisibilité à l'action publique.

Nous constatons aujourd'hui que ces politiques produisent de meilleurs résultats lorsqu'elles reposent sur une coopération entre les acteurs et sur une mobilisation coordonnée des moyens, en évitant l'empilement des dispositifs, travers bien connu de notre système. Quand nous avons développé le compte personnel de formation (CPF) pour le ministère du Travail à la Caisse des Dépôts, les résultats étaient encore plus probants lorsque nous

« LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE REPOSE D'ABORD SUR DES FONDAMENTAUX SIMPLES : LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE ET LE NIVEAU DE L'EMPLOI »

MICHEL YAHIEL

ANCIEN CONSEILLER SOCIAL À L'ÉLYSÉE
PRÉSIDENT DE L'AUTORITÉ DES RELATIONS SOCIALES
DES PLATEFORMES D'EMPLOI

avons conclu des conventions de coopération avec des régions, des branches professionnelles ou encore de grandes entreprises. Chacun intervenait alors sur des champs clairement identifiés et apportait son expertise propre au service d'un objectif commun.

Une région dynamique dispose par ailleurs naturellement d'une connaissance plus fine de son écosystème économique et social que le ministère du Travail, même si ce dernier déploie de réels efforts pour s'adapter. Pour autant, la région n'a pas vocation à piloter des outils nationaux ou communautaires structurants tels que France Travail ou le Fonds social européen, et c'est une bonne chose. In fine, tout dépend de la volonté des parties prenantes qui peu-

vent choisir de défendre des positions de principe et de se neutraliser mutuellement ou au contraire de coopérer dans l'intérêt général en acceptant un certain degré de souplesse.

MALGRÉ LES RÉFORMES SUCCESSIVES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DE L'APPRENTISSAGE ET LES MOYENS CONSIDÉRABLES ALLOUÉS, LES DÉSÉQUILIBRES DU MARCHÉ DU TRAVAIL PERSISTENT. COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS CE DÉCALAGE ENTRE AMBITION, BUDGETS ET RÉSULTATS ? EST-CE UN PROBLÈME DE PILOTAGE, D'ORIENTATION DES PUBLICS, DE DIALOGUE AVEC LES ENTREPRISES, OU UN MODÈLE À REPENSER ?

Il y a incontestablement eu une rupture positive à la suite de l'élection d'Emmanuel Macron, avec l'adoption d'une véritable démarche fondée sur les compétences qui s'est traduite par la création d'un haut-commissariat dédié et par la mobilisation de moyens financiers considérables (de l'ordre de quinze milliards d'euros à l'origine). L'ambition était claire : donner un véritable « coup de boost » aux compétences pour renforcer l'attractivité et la compétitivité de l'économie française, en répondant plus efficacement aux besoins du marché du travail. Cette orientation a, entre autres, permis un développement très significatif de l'apprentissage rendu possible par une phase de soutien assumée pour enclencher la dynamique. Comme souvent dans ce type de politique publique, l'investissement initial a certes été élevé, mais les résultats étaient bien réels et objectivables.

Nous n'avons toutefois sans doute pas suffisamment capitalisé sur les dispositifs mis en œuvre à cette période, en particulier ceux portés par Muriel Pénicaud, dont le départ a été relativement brutal. Il existait alors une cohérence d'action assez rare, soutenue à la fois par la qualité des équipes mobilisées et par l'engagement des partenaires concernés. Toutefois, sous la contrainte croissante des finances publiques, un mouvement de repli s'est ensuite opéré. Les aides à l'apprentissage ont été réduites, les dépenses consacrées à la formation professionnelle se sont contractées et le fonctionnement du compte personnel de formation a été ajusté, notamment avec l'introduction d'un ticket modérateur. Cette inflexion traduisait une vision relativement restrictive, voire de court terme.

Une approche davantage ancrée dans les réalités des bassins d'emploi aurait sans doute permis de préserver la dynamique tout en améliorant l'efficacité. Par ailleurs, les entreprises - en parti-

culier les TPE et les PME - ne disposent pas toujours des moyens, des outils ou de la visibilité nécessaires pour exprimer clairement leurs besoins en compétences et les anticiper. Or, sans cette capacité d'anticipation et de dialogue, le décalage entre les ambitions affichées, les budgets mobilisés et les résultats observés tend à se creuser.

L'ESSOR DES PLATEFORMES NUMÉRIQUES, DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET DE L'AUTOMATISATION TRANSFORME LE MARCHÉ DU TRAVAIL. FACE À LA DISPARITION DE CERTAINS EMPLOIS ET À LA PÉNURIE DE COMPÉTENCES DANS D'AUTRES, QUELLES PRIORITÉS FIXER ? FORMATION INITIALE, RECONVERSION, SÉCURISATION DES PARCOURS ? ET DANS QUELS DÉLAIS PEUT-ON ESPÉRER DES EFFETS ?

Les révolutions technologiques doivent être envisagées comme une véritable comptabilité en partie double. D'un côté, des menaces réelles et identifiables pèsent sur certains métiers, en particulier les fonctions intermédiaires dont le cœur d'activité repose sur la production de synthèses, de rapports, d'analyses ou de procès-verbaux. Ces tâches concernent un spectre large de professions - des huissiers de justice aux techniciens supérieurs, voire à certaines spécialités médicales. À mesure que son coût diminue et que sa fiabilité progresse, l'intelligence artificielle investira progressivement ces niches professionnelles qui n'en sont déjà plus.

D'un autre côté, cette transformation ouvrira nécessairement la voie à de nouvelles activités, à de nouveaux métiers et à des besoins accrus en compétences. Elle créera des fonctions de pilotage, de supervision, de contrôle et d'appropriation de ces outils. Il ne faut donc pas succomber à la tentation de se focaliser exclusivement sur les destructions d'em-

« NOUS NE PARVIENDRONS PAS À RÉÉQUILIBRER DURABLEMENT NOTRE SYSTÈME DE RETRAITES SANS AGIR SIMULTANÉMENT SUR DEUX LEVIERS : L'AUGMENTATION DE LA PRODUCTIVITÉ ET LA QUANTITÉ DE TRAVAIL »

ploi potentielles, au risque d'alimenter des inquiétudes excessives. Mais il serait tout aussi préjudiciable de faire preuve de naïveté face à l'ampleur et à la rapidité de la vague en cours.

L'exemple de Schneider Electric est à cet égard révélateur : au sein du groupe, près des deux tiers des courriels échangés sont aujourd'hui générés par des processus d'intelligence artificielle, sans intervention humaine directe. Nous sommes donc confrontés à une mutation dont l'ampleur pourrait, à terme, dépasser celle de l'invention de l'imprimerie ou même d'Internet. Dans ce contexte, l'anticipation et la préparation sont essentielles. La formation initiale doit intégrer pleinement ces nouveaux outils, mais l'enjeu majeur réside sans doute dans la formation continue, la reconversion et la sécurisation des parcours professionnels. Il est donc crucial d'accompagner les transitions, en particulier pour éviter que les salariés les plus âgés ne soient davantage marginalisés. On observe en effet un gradient d'âge marqué dans l'appropriation de ces tech-

nologies, les générations les plus jeunes y étant spontanément plus à l'aise.

Il existe néanmoins des raisons de rester optimiste puisque de nombreuses études montrent que les Français ont déjà largement adopté ces technologies, y compris au sein de publics peu favorisés. Cela laisse penser que si nous mettons en place des accompagnements adaptés et des politiques publiques cohérentes, le bilan global de cette transformation pourrait être non seulement positif, mais surtout davantage maîtrisé que subi, contrairement aux craintes qui s'expriment aujourd'hui.

LES PLATEFORMES ONT PROFONDÉMENT MODIFIÉ LA RELATION AU TRAVAIL. LES TRAVAILLEURS DES PLATEFORMES SONT SOUVENT PEU PROTÉGÉS PAR NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE. CETTE RELATION DOIT-ELLE ÊTRE MIEUX RÉGULÉE OU JURIDIQUEMENT CLARIFIÉE ?

Sur le plan juridique, la situation est aujourd'hui relativement claire : la relation

entre les plateformes et les travailleurs repose sur un contrat commercial et non sur un contrat de travail. Ce cadre correspond, pour l'essentiel, à la volonté des deux parties. Ni les plateformes ni la majorité des travailleurs concernés ne souhaitent remettre en cause ce modèle, même si certaines organisations syndicales continuent de plaider pour une requalification en salariat, en mettant en avant les formes de dépendance économique observées dans les faits.

La contrepartie de ce choix a été explicitement posée par le législateur qui a demandé aux acteurs du secteur de contribuer à la construction d'un cadre social spécifique. C'est précisément la mission de l'Autorité des relations sociales des plateformes d'emploi (ARPE) : organiser la représentativité des organisations professionnelles, via des élections permettant d'identifier des interlocuteurs légitimes

et favoriser la conclusion d'accords collectifs. À ce stade, une dizaine d'accords ont déjà été conclus, notamment sur des sujets essentiels tels que la santé et la sécurité au travail.

Les réalités diffèrent toutefois sensiblement selon les métiers. Les chauffeurs VTC bénéficient désormais d'un encadrement plus structuré et parviennent, dans l'ensemble, à stabiliser leur activité. La situation des livreurs apparaît en revanche plus préoccupante puisqu'ils cumulent souvent précarité économique, exposition accrue aux risques d'accidents et, parfois, fragilité administrative. Dans ce contexte, une implication plus forte des plateformes - en particulier des acteurs dominants comme Uber - serait souhaitable afin de mieux répondre à ces enjeux sociaux.

Par ailleurs, la directive européenne en cours de transposition, attendue à l'horizon de la fin 2026, introduira de nouvelles exigences pour l'ensemble du secteur. Si les plateformes souhaitent préserver le modèle français fondé sur l'indépendance, elles devront nécessairement consentir des efforts supplémentaires en matière de protection sociale et de régulation. Les prochaines années constituent donc une période charnière. Elles doivent être mises à profit pour consolider ces professions et sécuriser les parcours.

LE FAIBLE TAUX D'EMPLOI DES SENIORS CONSTITUE UN PARADOXE FRANÇAIS, NOTAMMENT AU REGARD DU RECOURS MASSIF AUX PRÉ-RETRAITES IL Y A ENCORE VINGT-CINQ ANS. POURTANT, INVERSER CETTE TENDANCE

APPARAÎT AUJOURD'HUI NÉCESSAIRE, À LA FOIS POUR LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE RETRAITE ET POUR FAIRE FACE À L'« ÉLÉPHANT DÉMOGRAPHIQUE » QUI ACCROÎT LA DEMANDE DANS CERTAINS SECTEURS TOUT EN RÉVÉLANT DE FORTES PÉNURIES, NOTAMMENT DE MAIN-D'ŒUVRE. QUELS LEVIERS VOUS PARAÎSSENT LES PLUS EFFICACES POUR RELEVER DURABLEMENT LE TAUX D'EMPLOI DES SENIORS ?

Nous ne parviendrons pas à rééquilibrer durablement notre système de retraites sans agir simultanément sur deux leviers : l'augmentation de la productivité et la quantité de travail. De ce point de vue, la France a enregistré des progrès réels ces dernières années. Il y a encore une décennie, entre 40 % et 50 % des salariés n'étaient plus actifs au moment d'atteindre l'âge de la retraite. Cette situation s'est améliorée et le nombre de seniors en emploi a sensiblement progressé, même si cette évolution demeure insuffisante au regard des défis démographiques et financiers auxquels nous sommes confrontés. Cette difficulté tient en partie à une réticence sociologique profonde à l'idée de travailler plus longtemps, réticence partagée à la fois par les salariés et, dans une certaine mesure, par les entreprises. Ces dernières n'ont pas toujours su - ou pu - mettre en place des dispositifs réellement attractifs pour maintenir les seniors en activité, au-delà de la seule question salariale.

Or, les conditions de travail, l'aménagement des fins de carrière, l'organisation des parcours professionnels et la reconnaissance de l'expérience jouent un rôle déterminant. À cet égard, des mécanismes favorisant la transmission intergénérationnelle comme le contrat de génération, allaient dans le bon sens. Ils permettaient d'articuler maintien en emploi des seniors et intégration des jeunes tout en organisant le transfert des compétences et des

savoir-faire. Ce type de dispositif mérite d'être repensé et adapté car il n'existe sans doute pas de meilleure école que l'entreprise elle-même lorsqu'elle est pleinement mobilisée dans une logique de transmission. Relever durablement le taux d'emploi des seniors suppose donc une approche globale : agir sur les représentations, adapter les organisations du travail et valoriser davantage l'expérience comme un atout économique et collectif.

DANS CE CONTEXTE, LE DÉBAT SUR LE TEMPS DE TRAVAIL - ET EN PARTICULIER SUR LES 35 HEURES - VOUS PARAÎT-IL PERTINENT ? PEUT-IL CONSTITUER UN LEVIER RÉALISTE POUR L'EMPLOI ET LA COMPÉTITIVITÉ, OU S'AGIT-IL D'UN FAUX DÉBAT QUI OCCULTE DES ENJEUX PLUS STRUCTURANTS DU MARCHÉ DU TRAVAIL ?

Les 35 heures constituent encore pour certains un véritable traumatisme et, pour d'autres, un élément désormais profondément structurant du marché du travail français. Quoi qu'il en soit, le sujet a largement quitté le devant de la scène médiatique et politique. Il ne suscite plus les débats passionnés d'autrefois. Aujourd'hui, la focale s'est déplacée vers la question des retraites qui concentre l'essentiel des tensions et des interrogations. Nous avons sans doute manqué une occasion historique au milieu des années 1990, lorsque nous avons avancé l'idée d'un compromis global pour travailler moins chaque semaine, mais plus longtemps sur l'ensemble de la carrière. Une telle approche aurait permis de conjuguer deux objectifs majeurs que sont la lutte contre le chômage à court terme tout en contribuant à l'équilibre des régimes de retraite à long terme.

Cette proposition était probablement trop ambitieuse ou trop en avance sur son temps pour rencontrer un écho suffisant. Il apparaît aujourd'hui plus que jamais né-



TVA SOCIALE

« POUR MA PART, JE RESTE SCEPTIQUE. NOUS DISPOSONS DÉJÀ, AVEC LA CSG, D'UN PRÉLÈVEMENT À LA FOIS TRÈS PRODUCTIF, RELATIVEMENT ÉQUITABLE ET SIMPLE À GÉRER »

cessaire de traiter de manière conjointe et cohérente les questions du temps de travail, de l'emploi et des retraites, plutôt que de les aborder séparément. C'est en articulant ces différentes dimensions, comme tente de le faire la conférence actuellement en cours, que l'on peut espérer apporter des réponses durables aux déséquilibres structurels du marché du travail et de notre système social.

LA SITUATION DES FINANCES PUBLIQUES ET EN PARTICULIER CELLE DES COMPTES SOCIAUX, RELANCE LE DÉBAT SUR LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE. LA PISTE DE LA « TVA SOCIALE » REVIENT RÉGULIÈREMENT DANS LE DÉBAT PUBLIC. SELON VOUS, UN TEL MÉCANISME PEUT-IL RÉELLEMENT CONTRIBUER À ALLÉGER LE COÛT DU TRAVAIL, RENFORCER LA COMPÉTITIVITÉ DES ENTREPRISES ET FAVORISER L'EMPLOI, Y COMPRIS EN L'ABSENCE DE CROISSANCE FORTE ?

L'approche n'est pas absurde, mais elle relève selon moi davantage de la fausse bonne idée que de la véritable solution. La TVA est par nature un impôt fiscalement régressif. Elle s'applique de manière uniforme à tous les consommateurs, quels que soient leurs revenus, et pèse proportionnellement davantage sur les ménages modestes. Ses partisans mettent en avant plusieurs arguments. D'abord, son caractère supposé « indolore », dans la mesure où elle est peu visible pour le contribuable. Ensuite, son impact potentiel sur le commerce extérieur. En allégeant les charges pesant sur le travail elle pourrait favoriser les exportations et renchérir les importations. Les économistes soulignent également qu'elle permettrait d'élargir l'assiette du financement de la protection sociale, aujourd'hui largement concentrée sur les revenus du travail.

Pour ma part, je reste sceptique. Nous disposons déjà, avec la CSG, d'un prélèvement à la fois très productif, relativement équitable et simple à gérer. Si un effort supplémentaire devait être consenti pour financer la protection sociale, il me semblerait plus cohérent et plus transparent de l'assumer par ce canal clairement identifié, plutôt que de recourir à un mécanisme comme la « TVA sociale », dont les effets réels, notamment en matière de pouvoir d'achat et d'équité, demeurent difficiles à maîtriser. En définitive, le débat sur la TVA sociale ne doit pas occulter la question centrale : celle de la soutenabilité globale de notre modèle social et du partage clair et assumé de son financement.

NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE APPARAÎT FRAGILISÉ PAR LES DÉFICITS, LE VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE ET LES TRANSFORMATIONS DU TRAVAIL. QUELLES DEVRAIENT ÊTRE, SELON VOUS, LES PRIORITÉS POUR EN ASSURER LA PÉRENNITÉ À LONG TERME ? LES PARTENAIRES SOCIAUX ONT-ILS UN RÔLE DÉCISIF À JOUER POUR GARANTIR LA TRANSMISSION DE CE MODÈLE AUX GÉNÉRATIONS FUTURES, SANS ALOURDIR LE POIDS DE LA DETTE, TOUT EN LUI DONNANT UNE NOUVELLE IDENTITÉ PAR RAPPORT À L'HÉRITAGE DES ORDONNANCES DE 1945 ?

La pérennité de notre système de protection sociale repose d'abord sur des fondamentaux simples : la croissance économique et le niveau de l'emploi. Notre modèle est très largement financé par l'activité et par les cotisations qui en découlent. Sans dynamisme économique ni élargissement du nombre de cotisants, aucun ajustement technique ne suffira à garantir son équilibre durable. Dans ce contexte, la question des retraites ne doit pas occulter un enjeu tout aussi structurant, voire plus préoccupant à long terme, à savoir celui des dépenses de santé. Le progrès scientifique, l'innovation médicale et l'allongement de l'espérance de vie constituent des avancées majeures. Mais ces progrès ont un coût croissant et structurel qu'il nous faut assumer collectivement. La difficulté tient moins à la légitimité de ces dépenses qu'à leur soutenabilité.

Face à ces défis, une priorité s'impose. Nous devons simplifier, clarifier et renforcer la gouvernance d'un système aujourd'hui trop éclaté et peu lisible. Les partenaires sociaux ont, à cet égard, un rôle déterminant dans les régimes contributifs, comme les retraites, où leur légitimité historique est forte. En revanche, leur place est plus limitée dans des domaines tels que la santé ou la branche famille, qui relèvent davantage de choix



de solidarité nationale et de décisions politiques au sens large. La hausse des recettes ne pourra pas reposer uniquement sur des ajustements fiscaux. Elle suppose avant tout d'augmenter le nombre de personnes en emploi, en particulier parmi les jeunes et les seniors. Leur mobilisation constitue en effet un levier essentiel. Il n'existe toutefois aucune mesure miracle. Les déséquilibres actuels exigent une action cohérente, stable et inscrite dans la durée, ce qui suppose de la continuité politique et de la constance dans les réformes.

Ce débat est également indissociable de celui de l'immigration. De nombreux secteurs essentiels tels que le bâtiment ou l'agriculture peinent à recruter. Le problème n'est donc pas tant de former des actifs français qui, pour beaucoup, ne souhaitent pas occuper ces postes, que de permettre à des personnes venues d'ailleurs, prêtes à les exercer, de le faire dans un cadre légal, organisé et sécurisé. Plusieurs pays européens, à l'instar de l'Italie ou de l'Espagne, ont récemment

procédé à des régularisations massives pour répondre à leurs besoins économiques. La France sera, elle aussi, confrontée à des besoins considérables de main-d'œuvre, tant en termes de volume que de compétences. Ignorer ou différer cette réalité serait risqué, avec des conséquences économiques et politiques potentiellement difficiles à maîtriser.

Plus largement, la France a souvent tendance à actionner simultanément le frein et l'accélérateur, puis à s'étonner du manque de fluidité du système. Assurer la transmission de notre modèle social aux générations futures suppose au contraire de la cohérence, de la clarté et une vision assumée. Espérons alors que la période à venir permettra de renouer avec l'esprit de réforme et de transformation qui prévalait en 2017, tout en intégrant pleinement les contraintes actuelles de maîtrise de la dépense publique.

LE SYSTÈME DE RETRAITE PAR RÉPARTITION EST-IL SOUTENABLE À LONG TERME FACE AUX ENJEUX AUXQUELS IL

« JE RESTE FAVORABLE À L'IDÉE D'UN RÉGIME UNIVERSEL À CONDITION DE NE PAS EN FAIRE UN HORIZON PRÉCIPITÉ OU IDÉALISÉ »

EST CONFRONTÉ ? PEUT-IL ÊTRE SAUVÉ PAR DES AJUSTEMENTS PARAMÉTRIQUES OU FAUT-IL ENVISAGER UNE TRANSFORMATION PLUS STRUCTURELLE ? L'INTRODUCTION D'UNE PART DE CAPITALISATION CONSTITUERAIT-ELLE UNE SOLUTION PERTINENTE ?

Je reste favorable à l'idée d'un régime universel à condition de ne pas en faire un horizon précipité ou idéalisé. Une telle transformation engage en effet des équilibres sociaux et financiers majeurs ; elle exige du temps, de la méthode et une véritable pédagogie. À défaut, nous risquons de fragiliser l'édifice au lieu de le consolider. La réforme finalement abandonnée comportait des avancées significatives, notamment en matière de prise en compte de la pénibilité, de reconnaissance des carrières hachées et de correction de certaines inégalités, en particulier celles qui affectent les parcours professionnels des femmes. Ces acquis ne devraient pas être perdus de vue dans la réflexion à venir.

Avant toute nouvelle étape, il paraît essentiel d'établir des constats partagés et

de construire une véritable culture commune de la retraite. Les notions d'âge légal, de durée de cotisation, de taux plein ou de mécanismes de calcul restent complexes et souvent mal comprises. Clarifier ces paramètres constitue un préalable indispensable. Ce travail de pédagogie ne supprimera pas les désaccords - légitimes dans un débat de cette ampleur -, mais il permettra de réduire les malentendus et d'élever le niveau du débat public. L'introduction d'une part de capitalisation, ne saurait, quant à elle, constituer une solution miracle. Si elle peut éventuellement jouer un rôle complémentaire, elle ne remplacera pas les fondements du système par répartition qui demeurent au cœur de notre modèle social. Le véritable enjeu réside moins dans l'opposition entre répartition et capitalisation que dans la capacité collective à assurer la soutenabilité, la lisibilité et l'équité du système dans la durée. Le chantier reste considérable. Il demande du temps, de la constance et une volonté collective clairement affirmée ! ■



Considérées depuis plusieurs décennies comme le parent pauvre de la médecine, en raison d'un manque de reconnaissance et de financements insuffisants, la santé mentale et la psychiatrie se sont retrouvées, ces dernières années, propulsées au premier rang des grands enjeux de santé publique.

Selon Santé publique France, les troubles anxio-dépressifs concernaient jusqu'à 20 % de la population française lors des périodes de confinement entre 2020 et 2022, et, sur cette même période, les urgences ont observé une augmentation de près de 200 % des consultations pour troubles de l'humeur et gestes suicidaires. Ces chiffres, qui illustrent le profond mal-être d'une population et les failles d'un système de soins peinant à répondre à la détresse de ses patients, marquent une réalité plus durable : la pandémie n'a fait que révéler et aggraver des tendances déjà préoccupantes.

La crise de la Covid-19, en laissant place à une nouvelle crise sanitaire, celle de la santé mentale, a contribué à la prise de conscience générale de la place que mérite cette dernière. Composante essentielle de la santé et du bien-être, ainsi que droit fondamental de tous les individus, la santé mentale est désormais reconnue comme étant l'affaire de tous.

SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE : LE BILAN APRÈS UN AN DE GRANDE CAUSE NATIONALE

En déclarant la santé mentale et la psychiatrie Grande cause nationale 2025 à l'automne 2024, Michel Barnier actait l'urgence d'agir pour une meilleure reconnaissance de la santé mentale et une amélioration de l'offre de soins à la hauteur des enjeux. Si cette reconnaissance constitue un premier pas louable vers une prise

SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION : DE LA RECONNAISSANCE PROCLAMÉE À L'ACTION CONCRÈTE

**PAR MYLÈNE BONNEL
VICE-PRÉSIDENTE DÉLÉGUÉE DE LA MGEN**

de conscience collective, force est de constater qu'elle n'a été suivie que d'effets limités. Les initiatives portées par les pouvoirs publics se sont résumées à quelques campagnes de communication appelant chacun à veiller sur sa propre santé mentale ou sur celle de ses proches, plaçant ainsi la responsabilité individuelle au premier plan. Par ailleurs, le plan « Santé mentale et psychiatrie », présenté en juin 2025 - soit six mois après le début de la Grande cause nationale - prévoit 26 mesures ambitieuses, mais son articulation opérationnelle et le financement global de leur déploiement restent à préciser. Enfin, reconduite Grande cause nationale pour l'année 2026, la santé mentale est paradoxalement restée très absente des débats sur le financement de la Sécurité sociale. Cette absence interroge, alors que les troubles psychiques représentent le premier poste de dépense de l'Assurance maladie, la première cause d'années vécues avec une invalidité et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail¹.

MGEN, première mutuelle des agents du service public, porte depuis les années 1950 un engagement constant pour la santé mentale et l'accès aux soins. Créatrice d'établissements spécialisés en santé mentale et pion-

¹. santepubliquefrance.fr



nière de parcours innovants, elle place au cœur de son action la qualité des soins et le respect des besoins globaux des patients. MGEN, engagée pour la libération de la parole et l'effectivité des droits, salue donc et soutient le travail de déstigmatisation entrepris par le gouvernement mais affirme qu'il ne remplace ni des moyens financiers pérennes, ni une organisation des soins adaptée et des prises en charge de qualité, accessibles sur l'ensemble du territoire. Si le nombre total de psychiatres a progressé au cours des dernières années, cette augmentation s'accompagne d'évolutions préoccupantes : un déport vers l'exercice libéral, une augmentation du temps partiel et une répartition territoriale très inégale, tandis qu'une baisse des effectifs est à prévoir à partir de 2030. Ces difficultés d'accès aux soins spécialisés reportent de fait une part croissante de la prise en charge en psychiatrie et en santé mentale sur les médecins généralistes, porte d'entrée du système de soins. Selon le Collège de médecine générale², en 2023 la souffrance psychique concernait 30 % de l'activité en médecine générale et représentait le premier motif de consultation pour les personnes âgées de 25 à 60 ans. Or, les médecins généralistes ne sont pas systématiquement formés aux problématiques psychiatriques. Ce déséquilibre entre l'offre de soins spécialisés et les besoins de santé mentale aboutit fréquemment à des prescriptions médicamenteuses inadéquates (anxiolytiques, somnifères, etc.). L'augmentation du nombre de praticiens formés et disponibles pour répondre aux enjeux de psychiatrie, ainsi que le renforcement de la concertation et la coordination entre professionnels sur les territoires sont donc des enjeux essentiels. En outre, au sein des structures spécialisées, le manque de professionnels porte également atteinte à la qualité des soins et aux droits des patients, car il induit une augmentation des restrictions de liberté et l'usage de la contention physique ou chimique. Parallèlement à la formation des professionnels, l'amélioration du cadre législatif encadrant ces restrictions de liberté, notamment pour les adolescents, serait une avancée importante dans la prise en charge. Actuellement, la loi encadrant les soins psychiatriques sans consentement est conçue pour les adultes, laissant un vide juridique pour les mineurs confrontés à des troubles sévères. Enfin, nous plaillons pour une logique d'anticipation et d'« aller-vers », avec des interventions en amont des décrochages scolaires et professionnels, et permettant de prévenir les hospitalisations complètes. Dans l'environnement professionnel, le rôle de la médecine du travail est également central : les médecins du travail doivent être mieux formés à re-

pérer les situations de souffrance psychique et prévenir les aggravations.

VIRAGE PRÉVENTIF : OBSTACLES STRUCTURELS ET AVANCÉES FRAGILES

Héritée des grandes découvertes médicales ayant marqué la fin du XVIII^e siècle et d'une protection sociale structurée pour compenser des aléas déjà survenus, l'approche curative a façonné l'organisation de notre système de soins. Cette approche, qui ne prend en compte que les risques et les résultats immédiats, engendre depuis lors une vision de la médecine et de la santé ne s'inscrivant pas dans la durée, tant au niveau des modes de financement que de l'organisation des soins. Si le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'émergence des enjeux de santé mentale et les difficultés financières font de l'approche préventive une nécessité, sa mise en œuvre se heurte toujours à des freins structurels, financiers et idéologiques. Les dépenses de prévention représentent à peine 2,6 % de la dépense courante de santé en 2025, contre 3,4 % en moyenne dans les pays de l'OCDE³.

L'inscription, dans la loi de financement de la Sécurité sociale 2026, d'un parcours de prévention destiné à intervenir en amont des maladies chroniques et de l'entrée en affection de longue durée constitue une évolution notable dans la manière d'appréhender la santé et les pathologies. Centré sur des prestations aujourd'hui non remboursées par l'Assurance maladie mais déterminantes pour prévenir l'aggravation des pathologies chroniques - comme l'accompagnement à l'activité physique ou la diététique, en complément de soins de psychologie et d'éducation thérapeutique déjà remboursés - ce parcours sera cofinancé par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

Si les critères médicaux d'accès et la liste des pathologies concernées restent à définir après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), ce dispositif fait pour la première fois de la prévention une composante organisée et structurée de l'offre de soins, ouvrant la voie à une logique d'anticipation. Il tranche avec les interventions isolées pour agir tout au long de la vie sur les déterminants de santé. Cette démarche, associée au renforcement prévu de l'articulation entre acteurs de soins, devrait permettre le repérage des risques et la réduction des inégalités

d'accès à la prévention (bilans réguliers, éducation à la santé, accompagnements personnalisés).

Acteurs de terrain, déjà financeurs de l'activité physique adaptée et de consultations nutritionnelles, les mutuelles sont pleinement disposées à soutenir cette démarche et à co-construire des actions de prévention. Cependant, cette mesure, qui cherche à intervenir auprès de personnes identifiées comme présentant des facteurs de risque, ne constitue pas pleinement une rupture avec le modèle curatif et s'inscrit encore largement dans une approche centrée sur les pathologies et leurs trajectoires médicales. Le risque est alors de limiter la prévention à une logique de repérage et d'accompagnement ciblé, sans agir plus largement sur les déterminants de santé.

Or, la capacité des actions de prévention à dépasser une prévention essentiellement secondaire - puisqu'elle nécessite l'existence de facteurs de risque - et à s'inscrire dans une vision plus globale de promotion et d'éducation à la santé est déterminante pour une population bien portante. Cette mesure, qui intervient utilement auprès des personnes présentant des facteurs de risque, est donc moins l'aboutissement d'un virage préventif que le signal d'un changement de cap encore fragile et largement à consolider et élargir.

LES MUTUELLES, PARTENAIRES STRATÉGIQUES D'UNE PRÉVENTION AMBITIEUSE

Par leur ancrage territorial, leur capacité à aller vers les populations et leur rôle de financeurs solidaires, les mutuelles occupent une place stratégique dans la promotion de la santé et de la prévention, tant au regard des troubles psychiques que des affections somatiques. Elles promeuvent une approche ambitieuse de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, ciblant les déterminants bio-psycho-sociaux et les individus dans leur globalité,

luttant pour l'effectivité des droits et contre le non-recours aux soins.

En parallèle de leurs activités d'assurance, les mutuelles proposent une offre de soins non lucrative majeure. Elle contribue significativement à l'accès aux soins en prévenant les pertes de chance. À titre d'exemple, MGEN, par son appartenance au groupe VVY, premier opérateur privé non lucratif en matière d'offre de soins et d'accompagnement, met à disposition de tous, adhérents ou non, 1 800 structures de soins et d'accompagnement mutualistes, qu'elle cogère et cofinance sur l'ensemble du territoire français. Réparties y compris dans les zones peu attractives, elles offrent des soins de grande qualité avec des restes à charge nuls ou maîtrisés, apportant ainsi des réponses de proximité au cœur des territoires, à tous les âges de la vie.

Face à la complexité des parcours, il est nécessaire de miser sur l'innovation pour répondre aux besoins globaux des patients et s'adapter aux enjeux contemporains de santé. Dans le champ de la santé mentale, nous développons de nouveaux parcours de prise en charge, centrés sur les jeunes et leurs problématiques. Nous renfor-

çons également les compétences de nos soignants avec le développement des infirmiers en pratique avancée (IPA) et nous accompagnons nos patients à travers des dispositifs d'empowerment comme la « paire aideance », qui favorise également la libération de la parole. Enfin, toujours en quête de globalité, nous agissons également sur les environnements de travail afin de prévenir les risques psychosociaux et les décrochages professionnels. Convaincue que cette approche globale et transversale constitue la condition d'un système de soins efficient, d'un juste soin et d'une population durablement en bonne santé, MGEN appelle ainsi les pouvoirs publics à rechercher cette approche lors de l'élaboration des futures politiques de santé et de prévention. ■

2. cmg.fr

3. oecd.org



Qu'est-ce qu'être citoyen aujourd'hui ?

La démocratie est, par nature, fragile. Non parce qu'elle serait faible, mais parce qu'elle repose sur un équilibre vivant : le débat, la confrontation et le respect des points de vue, la construction collective. Elle n'est jamais acquise, jamais achevée.

Être citoyen, ce n'est donc pas seulement jouir de droits ou se conformer à des devoirs ; c'est contribuer de façon active à cet équilibre démocratique. C'est accepter d'interroger les décisions publiques, de les contester parfois, de les enrichir souvent, et surtout d'y prendre part. Or, à l'heure où le débat politique se réduit trop souvent à des débats clivants et donc

stériles, où la parole publique devient un simple « élément de langage » la rendant inaudible, je m'interroge : quelle place reste-t-il réellement au citoyen dans une société qui semble de plus en plus lui échapper ?

Car le citoyen contemporain est trop fréquemment appréhendé sous deux angles réducteurs. D'un côté, il est

**PAR ÉRIC CHENUT
PRÉSIDENT DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE**

LA DÉMOCRATIE SE DÉLITE : ET SI LA SOLUTION, C'ÉTAIT NOUS ?

« POUR QUE LES HOMMES, TANT QU'ILS SONT DES HOMMES, SE LAISSENT ASSUJETTIR, IL FAUT DE DEUX CHOSÉS L'UNE : OU QU'ILS Y SOIENT CONTRAINTS, OU QU'ILS SOIENT TROMPÉS. »

DISCOURS DE LA SERVITUDE VOLONTAIRE D'ÉTIENNE DE LA BOÉTIE

défini comme contribuable, vertu cardinale du citoyen modèle. Il est ainsi sommé de participer financièrement, sans véritable association, aux choix collectifs qui engagent l'avenir. De l'autre, il est traité en consommateur infantilisé, immergé dans des logiques marchandes qui l'enferment dans des arbitrages individuels, souvent contradictoires avec l'intérêt général - qu'il s'agisse de l'accès aux droits sociaux ou des débats récents sur les modes de consommation mondialisés et numérisés.

Dans ces deux figures - le contribuable et le consommateur - le citoyen est privé de son rôle politique. On ne lui demande plus de comprendre, de délibérer, de décider. Pire encore, on l'infantilise : on lui évite la complexité, on

entretient le déni collectif, puis on lui reproche ses choix - ou ses renoncements.

Cette mise à distance a une conséquence évidente : elle fait oublier à chacun qu'il possède un pouvoir d'agir. Souvent culpabilisé, rarement écouté, le citoyen finit par douter de sa légitimité. Il ne choisit plus ; il subit.

Cette mise à distance entraîne une conséquence majeure : elle finit par convaincre chacun de nous que nous n'avons plus prise sur rien. Peu à peu, on oublie que nous disposons d'un pouvoir d'agir, que la citoyenneté n'est pas un statut attribué mais une capacité que l'on exerce. À force d'être culpabilisé, rarement écouté, le citoyen finit par douter de sa légitimité. Il ne choisit plus ; il subit.

En se détournant de la délibération et de l'exercice de la démocratie, au moment d'ailleurs où on aurait le plus besoin de lui, c'est toute la démocratie qui s'affaiblit.

La santé, premier révélateur d'un citoyen mis à distance

Vous vous en doutez : pour illustrer ce déclassement progressif du citoyen, je commencerai par ce que je connais le mieux : notre modèle de protection sociale, et en particulier notre système de santé.

Combien de citoyens savent réellement pourquoi ils paient et à quoi, concrètement, ils contribuent ? Trop souvent, ces questions demeurent sans réponse claire. Et, lorsqu'une explication parvient à émerger, c'est presque toujours grâce à l'intermédiation : un professionnel de santé, un proche, un militant mutualiste, un bénévole qui, sur le terrain, réintroduit du sens.

Je regrette profondément que la santé soit devenue le miroir grossissant de cette mise à distance démocratique : chacun en a besoin, chacun s'y projette, chacun y investit et pourtant, chacun s'y sent de moins en moins acteur. La succession de réformes technocratiques, les tensions budgétaires, les injonctions contradictoires adressées aux professionnels comme aux usagers matérialisent un système où le citoyen n'est plus invité à participer.

Les récents débats autour du budget de la sécu en sont une illustration presque caricaturale. Une taxe pour les complémentaires santé adoptée sur le dos de l'assuré, un amendement sur les tarifs manifestement inconstitutionnel, et des millions de Français qui se retrouvent dans l'incompréhension la plus totale, ne sachant naturellement pas qui croire.

Ce que je vois et ce que je pressens, c'est un citoyen qui abandonne, un citoyen qui ne croit plus en la parole publique : c'est une désaffection démocratique.

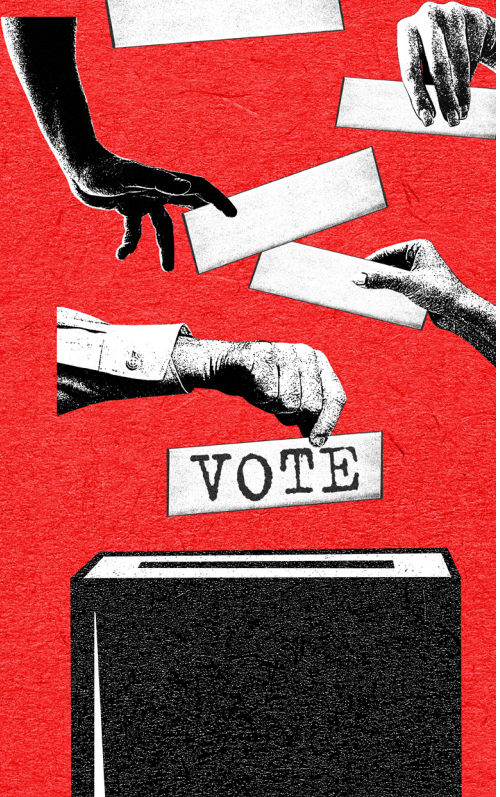
La raréfaction des espaces de citoyenneté

Car cette désaffection démocratique ne naît pas seulement des décisions incomprises, elle s'enracine dans un phénomène plus profond et plus préoccupant : la raréfaction des espaces où la citoyenneté peut réellement s'exercer. Les lieux où l'on décide, où l'on délibère, où l'on agit ensemble deviennent l'exception. À force de réduire la citoyenneté à un geste - un vote, un paiement, une opinion ponctuelle - on finit par assécher ce qui la rend vivante : la participation, la discussion, la responsabilité. Cette raréfaction est souvent justifiée au nom d'une supposée efficacité. Mais ce « gain de temps » apparent coûte cher par la suite : dans l'incompréhension, dans la non-acceptation des décisions, et parfois même dans l'incohérence ou l'inconstance de politiques qui n'ont

pas été construites avec celles et ceux qu'elles concernent. Ce que l'on croit gagner en vitesse, on le perd en légitimité - et, à terme, en solidarité démocratique.

Cette année, j'ai des craintes, car l'élection municipale, l'un des derniers espaces où la confiance tient encore, montre à son tour des signes de fragilisation. Elle est bousculée par la polarisation du débat public, par une pression sociale croissante sur les élus locaux, et par la difficulté d'exercer un mandat devenu exigeant, parfois ingrat. Beaucoup de maires le disent : ils sont en première ligne, souvent seuls, face à des attentes immenses et des moyens qui ne suivent plus.

Pourtant, la démocratie locale repose sur un principe simple et puissant : la proximité. Les décisions s'y voient, s'y vivent, s'y éprouvent. Un maire rend des comptes à celles et ceux qu'il croise chaque jour et la redevabilité y est concrète, presque palpable : une crèche qui ouvre, un centre de santé qui renaît, une place réaménagée. C'est la démocratie en actes, celle où l'on mesure immédiatement les effets du collectif. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si, selon plusieurs études du Cevipof ou de l'AMF,



le maire reste un pilier de confiance et l'élu préféré des Français.

Heureusement, il y a encore de l'espoir et il existe encore des foyers de citoyenneté réelle. Dans le mouvement social, dans l'économie sociale et solidaire, dans les collectifs de quartier, des femmes et des hommes inventent des manières de continuer à faire société. On y débat et on construit des solutions tangibles : une maison de santé portée localement, des actions de proximité par une section mutualiste, des associations d'usagers qui organisent des transports pour se rendre à l'hôpital, des collectifs de riverains qui obtiennent l'ouverture d'une maison médicale de garde, ou une SCIC (société coopérative d'intérêt général) qui gère un lieu culturel. Là, la citoyenneté n'est pas un statut : c'est une pratique, une mise en commun, un pouvoir d'agir. Et c'est bien là le cœur du problème.

La citoyenneté ne peut pas survivre lorsqu'on la cantonnera à un bulletin de vote, aussi essentiel soit-il. Elle a besoin d'espace, de respiration, de confrontation des idées et non des opinions. Elle a besoin de lieux où le citoyen n'est pas un spectateur qu'on informe, mais un acteur qu'on écoute, qu'on implique, à qui l'on confie une part de la décision.

Décloisonner et ouvrir

Sortons des cercles fermés, des cénacles qui parlent de la société sans la convier. Rendre les institutions accessibles, c'est rompre avec l'entre-soi intellectuel et technocratique. Cela implique des décisions claires et in-

telligibles. Mais cela implique aussi des lieux, physiques comme numériques, où chacun peut comprendre à quoi il contribue, ce qu'il reçoit et comment il peut réellement peser.

Décloisonner, c'est surtout redonner de la responsabilité au citoyen, et montrer la confiance que nous plaçons en lui. Dans la santé, cela signifie associer usagers et professionnels à la conception des parcours, à l'évaluation des politiques, à la gouvernance des lieux de soins. Dans la protection sociale, cela signifie remettre l'adhérent au centre : non comme spectateur, mais comme copropriétaire d'un bien commun qui a voix au chapitre.

Nous sommes nombreux, dans la société civile organisée, à porter cette conviction. C'est d'ailleurs ce qui nous a conduits, il y a quelques semaines, à lancer une consultation citoyenne et de débat : les États généraux de la santé et de la protection Sociale. Non pas pour faire un effet d'annonce, mais parce que nous savons que si nous - corps intermédiaires, mutuelles, associations de patients et d'usagers, fédérations, syndicats - ne recréons pas ces ponts, personne ne le fera à notre place. La responsabilité de réinventer le débat collectif nous appartient.

Mais ces ponts ne servent que si quelqu'un les traverse. Et être citoyen demande un effort : entrer dans les espaces de débat au lieu de rester en retrait, discuter sans disqualifier, écouter sans renoncer à ses convictions, chercher des compromis plutôt que des certitudes rapides.

Nous pouvons, collectivement, dépasser la culture du ressentiment et des colères entretenues. Choisir l'engagement plutôt que la passivité, la discussion plutôt que la suspicion, l'action collective plutôt que l'isolement. C'est à vous, c'est à nous de nous saisir de ces espaces, d'y porter nos voix et d'y construire du commun, dans ce qui fait à la fois la difficulté et la grandeur de la vie démocratique.

C'est en acceptant de nous hisser à la hauteur de nos responsabilités que nous pourrons, ensemble, offrir à la démocratie les conditions dont elle a besoin pour continuer à grandir. ■

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ ONE HEALTH : PASSER DU PRINCIPE À L'ACTION DANS UN CONTEXTE DE CONTRAINTES FISCALES

PAR RAPHAËL CANONNE
JEUNE DÉLÉGUÉ FRANÇAIS AU
G20 YOUTH SUMMIT (Y20),
INSTITUT OPEN DIPLOMACY

Crisés sanitaires, dérèglement climatique, perte de biodiversité, tensions géopolitiques, restrictions budgétaires : l'époque est celle de la polycrise¹. Face à cette accumulation de chocs systémiques, une tentation persiste : traiter chaque problème isolément, à budget constant et à gouvernance inchangée. Cette approche n'est plus soutenable.

Dans ce contexte pourtant contraint, une dynamique positive émerge : le développement progressif de l'approche Une Seule Santé (One Health). Celle-ci repose sur un constat désormais bien établi selon lequel la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes sont profondément interdépendantes. Zoonoses, antibiorésistance, pollution de l'air, insécurité alimentaire ou encore maladies vectorielles constituent autant de manifestations d'un même déséquilibre systémique².

Un concept prometteur pour lequel une question demeure : comment passer des

principes à l'action, alors même que les marges de manœuvre fiscales se réduisent³ ?

À l'international, un panel d'experts de haut niveau réunit les Organisations mondiales de la santé (OMS), de la Santé animale (OMSA), de l'Alimentation et de l'Agriculture (FAO) ainsi que le Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE). Ensemble, ils affirment que la crise sanitaire mondiale ne peut être dissociée des crises environnementales et climatiques, mettant en lumière l'importance d'une approche globale et intégrée⁴.

En France, cette dynamique se concrétise depuis plusieurs années déjà à travers une implication forte de la société civile d'une part, et par l'action institutionnelle d'autre part, avec Santé publique France et l'ANSES supervisant la majorité des travaux nationaux. Cette dernière, accompagnée par le CNRS, l'INRAE et l'INSERM, envisage d'ailleurs de publier prochainement un plan d'action national One Health concret et opérationnel⁵. Cet engagement se prolonge également à travers l'organisation d'événements majeurs, comme le Forum One Sustainable Health à Lyon en 2025 et l'annonce d'un Sommet mondial One Health prévu en avril 2026.

Notons que dans notre contexte de rigueur budgétaire, l'approche One Health est de plus en plus reconnue comme économiquement rationnelle. Puisque les investissements préventifs (surveillance intégrée, vaccination animale, adaptation climatique, réduction de l'usage des antibiotiques) génèrent des bénéfices sanitaires et économiques largement supérieurs à leurs coûts initiaux⁶.

Ainsi, l'approche One Health ne propose pas de « faire plus avec moins », mais bien de faire autrement : agir en amont, décroisonner les politiques publiques et rechercher des co-bénéfices sanitaires, environnementaux et économiques.

Plusieurs exemples concrets montrent que l'approche fonctionne lorsqu'elle est territorialisée et structurée sur la durée⁶. À Lyon ou Munich, des politiques d'urbanisme intègrent désormais les liens entre climat, santé et biodiversité⁷. En Grèce, des programmes éducatifs articulent nutrition, environnement et santé dès la petite enfance⁸. En Inde, des politiques agroécologiques à grande échelle ont démontré qu'il était possible d'améliorer simultanément les rendements agricoles, la santé des populations et la biodiversité⁹. Dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie

du Sud, des programmes de prévention communautaire combinant santé humaine et animale ont réduit durablement la prévalence de certaines maladies zoonotiques¹⁰. Pourtant, malgré le récent essor du concept et sa reconnaissance claire, l'approche One Health reste aujourd'hui insuffisamment opérationnalisée. Les différentes initiatives restent souvent fragmentées, parfois expérimentales, rarement dotées de financements pérennes et encore trop peu intégrées dans les architectures budgétaires et administratives classiques. Le Forum One Sustainable Health de Lyon (2025) a mis en lumière ce paradoxe : One Health est largement reconnu comme pertinent, mais demeure mal adapté aux logiques actuelles de gouvernance et de financement public, historiquement conçues pour le cloisonnement sectoriel¹¹.

Il apparaît que plusieurs faiblesses structurelles entravent aujourd'hui le déploiement effectif de One Health :

- **Des données difficiles à exploiter** : la fragmentation des données humaines, animales et environnementales, combinée à une interopérabilité insuffisante, freine la mise en place de systèmes d'alerte précoce réellement intégrés ;
- **Une gouvernance encore cloisonnée** : il apparaît clairement à l'international, et à moindre mesure à l'échelle nationale, que les ministères et agences sanitaires continuent de fonctionner en silos, sans véritable chef de file national doté d'un mandat transversal fort ;
- **Des financements fragmentés et court-termistes** : la dépendance à des projets ponctuels, l'absence de budgets explicitement fléchés One Health et la faible articulation entre financements santé, climat et biodiversité compromettent la durabilité des actions ;
- **Une opérationnalisation insuffisante** : les stratégies relatives au One Health manquent encore souvent d'objectifs mesurables, de calendriers précis et de responsabilités clairement attribuées, ce qui limite leur mise en œuvre concrète ;
- **Un risque de « One Health washing »** : le concept étant parfois utilisé comme un label politique ou communicationnel, sans remise en cause des

modèles agricoles, alimentaires ou industriels dominants.

- **Des résistances culturelles, économiques et politiques** : le poids des lobbies, la sensibilité de certains leviers (alimentation, antibiotiques) et la difficulté à accepter des bénéfices différés ralentissent les réformes structurelles ;
- **Une appropriation encore limitée par la société civile**, alors même qu'elle est indispensable à la légitimité et à la durabilité des politiques One Health ;
- **Des enjeux spécifiques difficiles à traiter**, notamment dans les territoires ultramarins, où les vulnérabilités sanitaires, environnementales et climatiques exigent des réponses spécifiques et différenciées.

À partir de ces constats, les acteurs du milieu identifient plusieurs leviers réalistes, mesurables et progressifs pouvant être utilisés pour inverser la tendance, même sous contrainte fiscale¹¹.

- **Une gouvernance intersectorielle forte est un prérequis à l'implémentation réussie à grande échelle** de One Health. Il est nécessaire de dépasser durablement les logiques ministérielles en silos, en instituant et renforçant les instances de pilotage transversales telles que l'ANSES. Il faut également les doter d'un réel pouvoir d'arbitrage et associer à leurs travaux l'État, les collectivités, les agences, les chercheurs et la société civile. Sans ce cadre, l'approche Une Seule Santé restera incantatoire ;
- L'opérationnalisation de One Health suppose un changement de paradigme budgétaire. **Les financements doivent devenir pluriannuels, intégrés et fléchés** vers la prévention (fonds One Health, fléchage de recettes environnementales, financements mixtes public-privé), en reconnaissant que les investissements environnementaux, agricoles ou territoriaux constituent également des investissements sanitaires. Il est indispensable de sortir de la logique de projets ponctuels au profit de mécanismes durables et mutualisés ;



- Déployer **une plateforme nationale de données One Health** intégrant données sanitaires, vétérinaires et environnementales, selon des standards d'interopérabilité et de gouvernance éthique. Anticiper les crises sanitaires exige des systèmes de surveillance intégrés. Le partage et l'interopérabilité des données de santé humaine, animale et environnementale constituent une priorité, tout comme le soutien à une recherche véritablement transdisciplinaire, capable d'éclairer l'action publique et les décisions budgétaires ;
- One Health ne pourra s'imposer sans **l'adhésion des professionnels et des citoyens**¹². Cela passe par l'éducation à la prévention, le renforcement de la formation initiale et continue, la sensibilisation et l'implication des acteurs de terrain afin de faire de One Health un projet collectif, ancré dans les territoires et socialement accepté. Soutenir des projets territoriaux participatifs associant citoyens, professionnels et collectivités. Cette appropriation est également indispensable pour limiter l'influence de certains intérêts sectoriels et éviter un risque croissant de One Health washing, où le concept serait mobilisé à des fins de communication sans transformation réelle des pratiques ;
- **Intégrer systématiquement une analyse conjointe** des impacts sanitaires, environnementaux et sociaux dans l'évaluation des politiques publiques, afin d'orienter les décisions vers les options les plus protectrices de la santé globale et les plus efficaces à long terme.

Prévu en France en avril 2026, le premier Sommet mondial One Health constituera une opportunité stratégique décisive. Il ne devra pas être un sommet de plus, mais un moment de bascule, débouchant sur : des engagements mesurables et suivis, des mécanismes de gouvernance renforcés, et une intégration réelle de One Health dans les politiques publiques nationales et internationales. Il est l'opportunité de faire savoir que même dans un monde contraint, l'approche « Une Seule Santé » n'est pas un luxe. C'est une réorganisation nécessaire de notre manière de penser la santé, la prévention et la solidarité entre humains et avec leur environnement.

Alors aujourd'hui, la question n'est plus de savoir si nous pouvons nous le permettre, mais si nous pouvons encore nous permettre de faire autrement. ■

SOURCES

[1] : Rapport : Comprendre et combattre la polycrise. (2025). Open Diplomacy. <https://www.open-diplomacy.fr/masterpage-polycrise-bas-cule-historique-changement-epoque>

[2] : One Health. (2022, 9 mai). World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1

[3] : Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 | budget.gouv.fr. https://www.budget.gouv.fr/reperes/finances_publicques/articles/loi-financement-securite-sociale-2025

[4] : One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). (2025, 27 mars). <https://www.who.int/groups/one-health-high-level-expert-panel>

[5] : « Nous allons proposer la stratégie de recherche One Health française ». (2025, 3 novembre). CNRS. <https://www.cnrs.fr/fr/actualite/nous-allons-proposer-la-strategie-de-recherche-one-health-francaise>

[6] : Salvi, N. (2025, 17 décembre). Transition écologique et One Health à l'hôpital : quelle réalité ? CRAPS. <https://www.thinktankcraps.fr/transition-ecologique-et-one-health-a-lhopital-quelle-realite/>

[7] : One Health : une approche de santé globale | Ville de Lyon. <https://www.lyon.fr/actions-et-projets/lyon-ville-sant%C3%A9/One-Health-une-approche-de-sant%C3%A9-globale>

[8] : Papageorgiou, S. (2025). Integrated Action Plan City of Elefsina. URBACT. <https://urbact.eu/sites/default/files/2025-12/IAP%20Elefsina%20%28EN%29.pdf>

[9] : Berger et al. (2025). India's agroecology programme, 'Zero Budget Natural Farming', delivers biodiversity and economic benefits without lowering yields. *Nature ecology & evolution*, 9(11), 2057–2068. <https://doi.org/10.1038/s41559-025-02849-7>

[10] : Prezode. (2025, 23 octobre). PREZODE in Action in the Global South - Prezode. <https://prezode-initiative.org/en/preacts/>

[11] : One Sustainable Health Forum. (2023). Conference report : Healthy Planet for healthy Life ! https://fondation-uscdt.org/wp-content/uploads/2025/12/0-OSH-declaration_2025_BAT_basse-def.pdf

[12] : Krabansky, F. (2023). Retrouver un réel impact en santé avec les concepts One Health et la santé dans toutes les politiques. CRAPS. <https://www.thinktankcraps.fr/retrouver-un-impact-sante-one-health-politiques/>

L'ESPRIT CRITIQUE CONTRE LA TYRANNIE DE L'IMMÉDIAT

PAR MARION DA ROS POLI
PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION NATIONALE
DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE FRANCE

L'esprit critique est devenu un mot-valise. On l'invoque comme on brandit un totem, censé nous protéger des dérives contemporaines : fake news, complotisme, populisme, défiance envers les institutions, etc. Pourtant, à force de le citer, on en oublie l'essentiel : l'esprit critique n'est ni inné, ni automatique, ni confortable. Il est une pratique exigeante, parfois ingrate, mais toujours politique.

Dans une société saturée d'informations, la question n'est plus tant de savoir si nous avons accès aux faits, mais si nous sommes encore capables de les hiérarchiser, de les contextualiser et, surtout, de les penser.



Néanmoins, nous aimons croire que nos opinions nous appartiennent. Qu'elles sont le produit d'une réflexion personnelle, autonome, éclairée. Emmanuel Kant définissait pourtant l'esprit critique comme la sortie de l'« état de minorité », c'est-à-dire la capacité à penser par soi-même sans se laisser guider par une autorité extérieure. Deux siècles plus tard, cette injonction n'a rien perdu de sa radicalité. Car nos esprits sont traversés de biais, largement documentés par les sciences cognitives. Daniel Kahneman a montré combien notre pensée est gouvernée par des raccourcis mentaux, efficaces mais trompeurs.

Nous ne cherchons pas la vérité : nous cherchons la confirmation. Nous ne raisonnons pas contre nos croyances, mais à partir d'elles.

À cela s'ajoute une caractéristique propre à notre époque : la délégation de la pensée. Les algorithmes décident de ce qui mérite notre attention. Les formats courts imposent leur temporalité. Et désormais, l'intelligence artificielle est capable de structurer nos raisonnements, parfois mieux que nous-mêmes. Le danger principal n'est pas qu'elle se trompe, mais qu'elle nous dispense de l'effort de penser.

Hannah Arendt alertait déjà sur le risque d'une pensée remplacée par la répétition de discours dominants. Ce qu'elle appelait la « banalité du mal » n'était pas l'absence d'intelligence, mais l'absence de réflexion. Aujourd'hui, cette absence n'est plus imposée par la censure, mais par la vitesse.

Nous vivons dans une société où réagir est plus valorisé que comprendre. Où l'indignation tient lieu d'analyse. Où l'opinion instantanée supprime le raisonnement construit. Le sociologue Pierre Bourdieu parlait d'une violence symbolique qui agit précisément parce qu'elle est invisible : elle façonne nos cadres de pensée sans jamais se présenter comme telle.

En santé, à présent, la question de l'esprit critique est loin d'être abstraite. La médecine moderne s'est construite contre les certitudes non interrogées, contre l'argument d'autorité, contre les traditions non évaluées. Karl Popper rappelait d'ailleurs que la science progresse non par l'accumulation de vérités, mais par la réfutation permanente de ses hypothèses.

Pourtant, jamais les discours simplificateurs n'ont été aussi audibles dans le champ sanitaire. Confusion entre expérience individuelle et preuve scientifique, diffusion massive de fausses informations médicales, remise en cause globale de l'expertise : en prenant ne serait-ce que la crise du Covid-19, on identifie aisément la profonde fragilité de notre rapport collectif à la connaissance.

Cependant, cette crise était aussi la nôtre. Avions-nous suffisamment formé les soignants à l'esprit critique, au doute, à l'incertitude ? Savions-nous expliquer la complexité sans l'écraser ? Nul ne pouvait accabler les « non-savants », nous l'étions tous, à différentes échelles.

Rappelons que dans un système de santé sous tension, la tentation est grande de chercher des réponses simples à des problèmes structurels.

C'est d'ailleurs ici que le militantisme prend tout son sens.

Au sein de l'ANEMF, nous portons des combats complexes, techniques, profondément politiques : actions en faveur de la qualité de vie étudiante, défense d'un système de santé solidaire et attractif, opposition aux propositions démagogiques, etc.

Ces luttes exigent précisément ce que notre époque fragilise : la capacité à déconstruire des discours simplistes, à analyser des politiques publiques au-delà des slogans, à produire une intelligence collective. Nous sommes souvent accusés de corporatisme, parfois de naïveté. Pourtant, ce que nous revendiquons, c'est un devoir de véritablement penser les solutions, avec celles et ceux



qui s'engagent aujourd'hui pour faire le système de santé de demain.

L'intelligence collective n'est pas la somme d'opinions individuelles persuadées de détenir la vérité. C'est un processus conflictuel, argumenté, parfois inconfortable. Elle suppose l'esprit critique, y compris envers soi-même.

Par conséquent, exercer son esprit critique aujourd'hui ne se résume pas à lire quelques articles, à écouter des experts ou à signaler des fake news. C'est un effort quotidien qui implique de s'exposer à l'incertitude, de supporter le doute et d'accepter de remettre en question ses propres convictions.

Dans une société qui valorise la rapidité, la viralité et la réaction émotionnelle, cet effort devient presque subversif. Il nécessite de ralentir volontairement, de créer des espaces pour la réflexion, de prendre le temps de lire des textes longs, contradictoires, de confronter des sources et de résister à l'immédiateté qui transforme le débat en flux continu. La lecture critique (et non passive) est finalement un acte politique : elle oblige à hiérarchiser

l'information, à distinguer opinion et analyse, ressenti et raisonnement.

Enfin, l'esprit critique, aujourd'hui, implique aussi une forme d'humilité active. Il s'agit de reconnaître ce que nous ne savons pas, d'accepter le doute comme condition de toute réflexion sérieuse, et de résister à la tentation de la solution immédiate et séduisante. Jacques Ellul mettait en garde contre la logique imposée par la technique : elle simplifie, elle standardise, elle rend l'action presque automatique. Face à cela, réfléchir lentement, confronter, discuter et rester vigilant deviennent des actes de résistance.

Ainsi, exercer son esprit critique est un processus multidimensionnel : individuel et collectif, intellectuel et pratique, lent et fermé aux injonctions de l'instantané. C'est accepter de passer du temps à penser, à douter, à argumenter, à confronter, à lire, à écrire, à écouter. Tout ce que le secteur médical d'aujourd'hui devrait être, en vain.

Foucault écrivait que la critique consiste à « ne pas être gouverné comme cela ». Aujourd'hui, en santé comme en politique, peut-être faudrait-il ajouter : ne pas penser comme cela, automatiquement, sans examen.

Bien qu'acquis, l'esprit critique n'est pas un luxe académique. C'est une nécessité collective. Et sans doute l'un des combats les plus urgents de notre temps. ■

SOURCES

Emmanuel Kant, *Qu'est-ce que les Lumières ?* - 1784

Hannah Arendt, *Eichmann à Jérusalem* - 1963

Pierre Bourdieu, *La domination masculine* - 1998

Karl Popper, *La logique de la découverte scientifique* - 1934

Daniel Kahneman, *Système 1 / Système 2 : Les deux vitesses de la pensée* - 2011

Jacques Ellul, *Le système technicien* - 1977



POUR UNE FRANCE QUI OSE L'ART COMME POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

PAR OLIVIER TOMA
FONDATEUR DE PRIMUM NON NOCERE

PARTIE I

L'ART COMME DÉTERMINANT MAJEUR DE SANTÉ : CE QUE DÉMONTRE RÉELLEMENT LA SCIENCE

La santé mentale est devenue l'un des marqueurs les plus précis de la fragilité de notre époque. Stress chronique, anxiété, isolement, épuisement professionnel, perte de sens : jamais ces réalités n'avaient occupé autant d'espace dans nos vies et dans les consultations médicales. Dans ce paysage saturé d'alertes, il existe pourtant un levier que la France sous-utilise encore largement : l'art. Non pas l'art comme divertissement ou comme supplément culturel, mais l'art comme mécanisme biologique, psychologique et social de réparation.

Depuis une dizaine d'années, les connaissances scientifiques ont profondément évolué. Ce qui relevait autrefois de l'intuition - « l'art apaise », « l'art fait du bien », « l'art libère » - s'appuie désormais sur un socle de preuves solides. En 2019, l'Organisation mondiale de la santé publie la première revue mondiale examinant plus de neuf cents études sur le lien entre arts et santé. Une revue sans fioritures, rédigée avec la rigueur d'un rapport médical, et dont les conclusions étonnent par leur clarté : les activités artistiques améliorent l'humeur, réduisent le stress et l'anxiété, renforcent la résilience, soutiennent

l'expression émotionnelle, améliorent la qualité de vie et contribuent à la prévention comme au traitement de nombreux troubles psychiques. Quatre ans plus tard, une mise à jour du même rapport élargit encore la portée de ces constats. L'art n'est plus seulement présenté comme un facteur de bien-être, mais comme un déterminant de santé, au même titre que l'activité physique ou la nutrition.

Ce changement de statut s'explique par une meilleure compréhension des mécanismes biologiques en jeu. Les neurosciences ont montré que le simple fait de créer - peindre, dessiner, modeler, écrire, chanter - entraîne une diminution mesurable du cortisol, l'hormone du stress chronique. Cette baisse survient rapidement, parfois dès les premières minutes, et se retrouve dans des études menées auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées. Parallèlement, l'activité artistique stimule la production de dopamine, impliquée dans la motivation et le plaisir, et de sérotonine, essentielle à la stabilisation émotionnelle. Autrement dit, créer modifie l'équilibre neurochimique du cerveau de manière com-

parable, dans certains cas, à des interventions psychocorporelles reconnues.

Ces effets ne se limitent pas à la chimie du cerveau. Ils se manifestent également dans la respiration, la posture, la fréquence cardiaque, et même dans la manière dont les personnes interagissent entre elles. La pratique artistique ralentit naturellement le rythme respiratoire et crée un état de cohérence cardiaque, proche de celui observé lors de la méditation. Les gestes lents et répétitifs du dessin ou de la calligraphie, par exemple, induisent une forme d'apaisement physiologique qui permet aux émotions de se réguler avec moins de frictions. Dans les activités collectives, un phénomène encore plus fascinant apparaît : les corps se synchronisent, les regards se croisent différemment, les respirations s'alignent. Cette synchronisation, largement étudiée en psychologie sociale, restaure une forme de lien humain souvent érodé par les modes de vie contemporains.

La plasticité neuronale, elle aussi, est concernée. Plusieurs études d'imagerie cérébrale ont mis en évidence une augmentation de la connectivité dans les zones impliquées dans l'attention, la prise de décision et la régulation émotionnelle après quelques semaines seulement de pratique régulière d'une activité artistique. Le cerveau, littéralement, se reprogramme. Il se renforce. Il apprend à répondre différemment aux stimuli du quotidien. Les personnes qui créent régulièrement développent une meilleure tolérance au stress, une capacité accrue à se concentrer et une plus grande flexibilité cognitive, ce que les psychiatres appellent la « résilience ».

Ce phénomène touche toute la trajectoire de vie. Chez les enfants, les activités artistiques renforcent la socialisation, l'attention et l'estime de soi. Chez les adolescents, elles permettent une expression émotionnelle souvent

difficile à verbaliser autrement. Chez les adultes, elles agissent comme un moyen de régulation du stress et un rempart contre la fatigue mentale. Chez les personnes âgées, elles ralentissent le déclin cognitif, maintiennent les capacités relationnelles et réduisent l'anxiété liée à la perte d'autonomie.

Les bénéfices apparaissent également dans les contextes cliniques. Pour les personnes souffrant de dépression, les programmes associant pratique artistique et psychothérapie montrent une amélioration plus rapide et plus profonde que la thérapie seule. Chez les patients atteints de troubles anxieux, la création agit comme un outil de stabilisation et de recentrage. Dans certains services psychiatriques, notamment en Finlande, au Canada et au Japon, l'art est intégré au parcours de soins comme complément thérapeutique reconnu.

Un aspect mérite ici d'être souligné : l'art est universel, accessible, adaptable à tous les milieux et à toutes les ressources. Il ne nécessite ni technologie complexe, ni infrastructure lourde, ni compétence préalable. Son coût est modeste, voire dérisoire, comparé au coût économique et humain des troubles anxieux, de la dépression, de l'épuisement professionnel ou des arrêts de travail de longue durée.

Là où une hospitalisation coûte des milliers d'euros, un atelier artistique collectif représente une dépense marginale, mais peut contribuer à éviter une aggravation, un isolement prolongé ou une rupture professionnelle.

Ce que disent finalement les études, lorsqu'on les lit sans filtre, est simple : l'art est l'un des moyens les plus puissants, les plus naturels et les plus sous-estimés pour améliorer la santé mentale des populations. Ce n'est pas un luxe. Ce n'est pas un « en plus ». C'est un outil de santé publique.



PARTIE II

TROIS PRATIQUES ARTISTIQUES AU BANC D'ESSAI : CE QUE MONTRENT RÉELLEMENT LES ÉTUDES

Si l'ensemble des disciplines artistiques améliore la santé mentale, certaines ont fait l'objet de recherches plus approfondies que d'autres. Non pas parce qu'elles seraient plus nobles ou plus « efficaces » que le reste, mais parce qu'elles sont plus faciles à observer, à reproduire et à mesurer dans des protocoles scientifiques. Trois univers reviennent ainsi régulièrement dans les publications internationales : les arts visuels, la calligraphie et les arts du trait, et les arts corporels et sensoriels. Trois manières différentes d'engager le corps, l'attention, la mémoire, le geste, l'émotion et le lien. Trois langages, au fond, pour dire la même chose : nous avons besoin de créer pour rester humains.

LES ARTS VISUELS : LE GESTE QUI APAISE, LA COULEUR QUI RÉPARE

Il existe quelque chose d'immédiat dans les arts visuels. Quiconque a posé un pinceau sur une toile, plongé ses doigts dans la matière, tracé un trait, façonné de l'argile, collé une image ou même colorié une forme géométrique sait que le geste, à lui seul, modifie l'état intérieur. Dès les

premières minutes, l'attention se focalise, la respiration ralentit, le mental cesse de tourner en boucle.

Les études menées ces dernières années ont confirmé ce que des millions de personnes ressentent intuitivement. Dans plusieurs expérimentations, des chercheurs ont mesuré le taux de cortisol avant et après une séance de peinture ou de dessin. La baisse est nette, rapide, parfois spectaculaire. L'effet ne dépend pas du niveau artistique. Il ne dépend pas de la beauté du résultat. Il dépend du processus. Internet regorge d'images d'ateliers de peinture qui ressemblent à des fêtes improvisées ; la science, elle, regorge de courbes montrant que ce simple geste entraîne une régulation émotionnelle immédiate.

D'autres effets apparaissent lorsqu'on observe la pratique sur plusieurs semaines. Les participants décrivent moins d'anxiété, une meilleure clarté mentale, une amélioration du sommeil, une augmentation de l'estime de soi. Les soignants ayant participé à des ateliers de peinture après la crise Covid expliquent qu'ils ont retrouvé un espace d'expression qu'aucun dispositif institution-



sans mots. Dans certains Ehpad néerlandais, des artistes en résidence travaillent avec les résidents dans des ateliers de peinture hebdomadaires : les troubles du comportement diminuent, les relations avec les soignants s'améliorent, les résidents reprennent des initiatives. La peinture devient un vecteur de dignité et d'humanité.

LA CALLIGRAPHIE ET LES ARTS DU TRAIT : LA PRÉCISION COMME PORTE D'ENTRÉE VERS LA STABILITÉ ÉMOTIONNELLE

À des milliers de kilomètres de là, dans les salles silencieuses où les maîtres japonais tracent des lignes de noir profond sur des feuilles blanches, une autre évidence apparaît : la calligraphie n'est pas seulement un art, c'est une méditation incarnée. Cette discipline, répandue au Japon, en Chine, en Corée, mais aussi dans les traditions arabes et latines, s'est imposée comme l'une des pratiques les plus étudiées dans le domaine de la santé mentale.

Contrairement à la peinture, qui peut être expansive, expressive, parfois explosive, la calligraphie est un art du contrôle, du souffle, de la lenteur. Elle exige une attention totale. Elle impose de revenir au corps, au geste juste, à la pression du pinceau, à la continuité du mouvement. On ne peut pas « penser à autre chose » en calligraphiant. Le geste réclame la présence absolue.

Les études scientifiques réalisées en Asie montrent que la calligraphie fait baisser la tension artérielle, stabilise la fréquence cardiaque, améliore la mémoire de travail et réduit significativement l'anxiété. Les chercheurs parlent même d'un effet « quasi-méditatif », mais qui s'adresse à celles et ceux qui ont du mal à « faire le vide » en méditation classique. Ici, le vide se fait par le trait. Il se fait par le souffle. Il se fait par la répétition d'un geste, jamais tout à fait identique, jamais tout à fait différent.

Dans certains hôpitaux japonais, la calligraphie est utilisée pour aider les patients à stabiliser leurs émotions, à reprendre confiance, à développer une forme de maîtrise intérieure. Pour les personnes ayant vécu des épisodes anxieux sévères, tracer un trait devient une victoire. Pour

d'autres, une manière de restaurer le lien entre le corps et l'esprit. Pour les adolescents, souvent submergés par l'hyperstimulation, la calligraphie offre un espace de ralentissement essentiel.

Elle agit aussi sur le rapport au monde. À travers le geste, les personnes apprennent à faire moins, à faire mieux, à revenir à l'essentiel.

Dans un monde saturé de vitesse, la calligraphie rappelle une vérité simple : on ne peut pas aller plus vite que son propre souffle.

LES ARTS CORPORELS ET SENSORIELS : RETROUVER SON CORPS POUR RETROUVER SON ESPRIT

Si la peinture apaise et la calligraphie recentre, les arts corporels réconcilient. Ils réconcilient le corps et l'esprit, la posture et l'intention, le mouvement et l'émotion. Danse, taï chi, qi gong, ikebana, expériences multisensorielles : autant de pratiques qui utilisent le mouvement, la gravité, la lenteur ou la sensorialité pour reconstruire une stabilité intérieure.

La danse est probablement l'exemple le plus frappant. Dans les programmes thérapeutiques menés en Scandinavie ou au Royaume-Uni, des groupes de danse ont été proposés à des personnes souffrant de dépression. Les résultats sont étonnants : amélioration significative des symptômes, augmentation de l'estime de soi, amélioration de la capacité à interagir avec les autres. La danse engage tout le corps : elle mobilise les muscles, stimule les endorphines, active la mémoire, et surtout recrée une dynamique sociale. On danse rarement seul ; et même lorsqu'on danse seul, on danse dans un espace partagé. C'est peut-être cette dimension collective qui en fait un outil de santé si puissant.

Le taï chi et le qi gong, quant à eux, sont étudiés depuis plus de vingt ans pour leurs effets sur la santé mentale.

Leur lenteur, loin d'être un détail, est leur force. Le corps avance millimètre par millimètre, le souffle se synchronise naturellement avec le mouvement, la concentration s'installe. Les études montrent une diminution de l'anxiété, une amélioration du sommeil, un apaisement général de l'hyperactivité cérébrale. Beaucoup de personnes en situation de fatigue mentale décrivent une sensation de « réinitialisation ».

L'ikebana, l'art japonais de composer des arrangements floraux, surprend souvent les observateurs. Pourquoi une pratique aussi simple, apparemment décorative, produit-elle des résultats si apaisants ? Là encore, le secret réside dans la précision, dans la lenteur, dans le rapport au vivant. Choisir une branche, orienter une tige, observer la lumière, équilibrer les volumes : chaque geste impose une attention douce. On ne peut pas être ailleurs lorsqu'on compose un ikebana. C'est une manière de redevenir présent, vraiment présent.

Enfin, les pratiques multisensorielles, encore peu répandues en France, ouvrent un champ immense. Les études de psychologie environnementale montrent que l'association de plusieurs sens - lumière douce, sons apaisants, odeurs naturelles, textures, couleurs - amplifie les effets sur la détente, l'attention et la régulation émotionnelle.

Ces dispositifs, souvent utilisés en gériatrie scandinave, gagnent du terrain en Europe. Ils préfigurent peut-être ce que sera demain la prise en charge non médicamenteuse du stress.

Dans tous ces cas, une même logique se dessine : l'art ne guérit pas « à la place » des thérapies médicales. Il n'est ni une alternative, ni un gadget. Il est un complément puissant, un cadre, un support, une respiration nécessaire. Ce n'est pas un traitement. C'est un terrain. Et sur ce terrain, beaucoup de choses redeviennent possibles.

« LES ÉTUDES SCIENTIFIQUES RÉALISÉES EN ASIE MONTRENT QUE LA CALLIGRAPHIE FAIT BAISSER LA TENSION ARTÉRIELLE, STABILISE LA FRÉQUENCE CARDIAQUE, AMÉLIORE LA MÉMOIRE DE TRAVAIL ET RÉDUIT SIGNIFICATIVEMENT L'ANXIÉTÉ »

PARTIE III

COMMENT LE MONDE AVANCE : QUAND LES SOCIÉTÉS RECONNAISSENT ENFIN L'ART COMME OUTIL DE SANTÉ MENTALE

La France n'est pas seule à s'interroger sur les moyens de renforcer la santé mentale de ses citoyens. Partout sur la planète, des institutions, des organisations de soins et des gouvernements ont commencé à intégrer l'art dans leurs politiques publiques. Certaines initiatives sont modestes, d'autres audacieuses, d'autres encore presque visionnaires. Elles ont en commun une conviction : les solutions aux troubles mentaux ne se trouvent pas uniquement dans les molécules, les dispositifs médico-sociaux ou les numéros d'urgence, mais aussi dans ce qui fait l'être humain depuis toujours, la création, le sensible, le lien esthétique au monde.

Ce voyage mondial, du Canada au Japon, du Royaume-Uni à la Scandinavie, montre une chose : l'art n'est plus un supplément culturel. Il devient une stratégie de santé.

LE CANADA : LE PREMIER PAYS À FAIRE PRES- CRIRE DES MUSÉES

L'un des premiers signaux forts est venu du Québec. À Montréal, depuis 2018, les médecins peuvent prescrire

une visite gratuite au Musée des Beaux-Arts. L'idée aurait pu faire sourire : comment une sortie culturelle pourrait-elle rivaliser avec une prescription médicale traditionnelle ? Pourtant, l'expérience est désormais abondamment documentée. Les participants décrivent une réduction nette du stress, une amélioration de l'humeur, une sensation de « reconnexion » . Les équipes médicales y voient un outil supplémentaire pour accompagner les patients en dépression légère, en anxiété, en isolement social. Pour beaucoup, il s'agit simplement d'une bouffée d'oxygène, d'un espace pour respirer à nouveau. Cette initiative, loin d'être anecdotique, a inspiré une réflexion nationale au Canada sur la place de l'art dans les parcours de soins. Elle a attiré l'attention de nombreux systèmes de santé européens, qui y voient une nouvelle manière d'aborder la prévention.

LE ROYAUME-UNI : QUAND LE NHS FAIT ENTRER L'ART DANS LA SANTÉ PUBLIQUE

De l'autre côté de l'Atlantique, le Royaume-Uni a choisi une approche encore plus ambitieuse. Le National Health

Service (NHS), souvent critiqué pour ses difficultés, a pourtant été pionnier dans un domaine : le social prescribing, littéralement la « prescription sociale ». Ce concept élargit le champ des prescriptions médicales à des activités qui renforcent le bien-être et la résilience psychique : ateliers artistiques, chorales, groupes de danse, ateliers d'écriture, activités physiques douces, interventions culturelles.

Dans plusieurs régions, l'art est intégré aux protocoles pour l'anxiété, la dépression, la solitude ou la charge mentale. Les praticiens généralistes - souvent débordés - se voient offrir un outil complémentaire à la parole et aux médicaments. Les études montrent une amélioration de l'autonomie des patients, une diminution du recours aux consultations d'urgence, et un sentiment de réinsertion sociale.

Le Royaume-Uni n'a pas simplement ajouté l'art en périphérie. Il l'a intégré dans la structure même de sa stratégie de santé publique. C'est peut-être cela, le vrai changement.

LA FINLANDE : L'ART COMME COMPOSANT DU SOIN PSY- CHIATRIQUE

Au nord, la Finlande mène depuis longtemps des expérimentations audacieuses dans les hôpitaux psychiatriques. Là-bas, la pratique artistique n'est pas considérée comme un simple atelier animé par un intervenant extérieur, mais comme un élément constitutif du parcours de soin. Peinture, sculpture, musique, espaces sensoriels, activités contemplatives : l'art est envisagé comme un vecteur de stabilisation émotionnelle et de dialogue intérieur.

Les résultats sont convaincants. Les patients participent davantage aux groupes, expriment mieux leurs émotions, et manifestent une diminution de l'agitation. Surtout, l'art devient un terrain de rencontre entre soignants et soignés. Dans ces contextes parfois difficiles, où la relation thérapeutique peut être fragile, le fait de créer ensemble

devient un moyen d'instaurer une confiance qui dépasse les mots.

LE DANEMARK : L'ARCHITECTURE ARTISTIQUE POUR APAISER LES ESPACES DE SOINS

Au Danemark, c'est une autre forme d'art qui s'invite dans la santé : l'art architectural. Copenhague et Aarhus ont repensé leurs hôpitaux pour y introduire des chemins de lumière, des œuvres suspendues, des matériaux naturels, des jardins intérieurs. Ce travail, réalisé avec des artistes, des architectes, des psychologues et des équipes médicales, repose sur une hypothèse simple : les espaces soignent.

Les résultats, mesurés sur la durée, montrent une diminution de l'anxiété des patients, une réduction des tensions au sein des équipes et une amélioration de la satisfaction générale. Le design devient un soin. L'esthétique devient une stratégie.

LE JAPON : L'UNION DU GESTE, DE LA LENTEUR ET DU VIVANT

À l'opposé culturel de l'Europe, mais très proche dans sa philosophie de santé mentale, le Japon a développé des pratiques qui relient l'art, le corps, la nature et la spiritualité. La calligraphie, l'ikebana, les arts martiaux doux,

les jardins thérapeutiques, les bains de forêt : autant de pratiques qui appartiennent à la fois à la culture et à la santé. Dans les écoles japonaises, des ateliers d'ikebana sont destinés à renforcer la concentration et la régulation émotionnelle. Dans les entreprises, des séances de calligraphie sont proposées pour favoriser le calme et l'attention. Dans les hôpitaux, les jardins sensoriels jouent un rôle stabilisant.

Ce qui surprend, vu d'Europe, c'est la normalité de ces pratiques. Là où nous voyons un « plus », le Japon voit un socle. Là où nous voyons un complément, il voit un fondement.



SINGAPOUR : L'ART AU SERVICE DE LA MÉMOIRE ET DE LA COHÉSION

À Singapour, l'art est devenu un outil pour accompagner les personnes atteintes de troubles neurocognitifs. Des programmes mêlant arts visuels, musique, narration et ateliers sensoriels ont montré des résultats significatifs : amélioration de la communication, diminution de l'anxiété, maintien de la qualité de vie. L'art agit comme une passerelle vers des capacités qui semblaient perdues. Là encore, une approche intégrée, structurée, assumée comme relevant de la santé.

LES PAYS-BAS : DES ARTISTES EN RÉSIDENCE DANS LES EHPAD

Aux Pays-Bas, l'intégration la plus spectaculaire concerne les maisons de retraite. Depuis plus de dix ans, de nombreux Ehpad accueillent des artistes en résidence. Ceux-ci travaillent avec les résidents pour créer des œuvres, organiser des performances, inventer des installations. Les effets sont multiples : amélioration de l'humeur, diminution des troubles du comportement, renforcement du lien soignant-résident. Certaines directions d'établissement parlent même d'un changement culturel profond : l'art rend les lieux vivants, et cette vitalité rejaillit sur tous.

LA BELGIQUE : L'ART-THÉRAPIE INTÉGRÉE DANS LES PARCOURS DE SOINS

En Belgique, l'art-thérapie a été institutionnalisée. Plusieurs programmes hospitaliers l'intègrent dans leurs équipes pluridisciplinaires. Cette reconnaissance nationale donne un cadre professionnel stable et favorise la montée en compétences des intervenants. Elle montre aussi que l'art n'est plus vu comme extérieur au soin, mais comme une brique pleine et entière du parcours.

LA SUÈDE : UNE POLITIQUE CULTURELLE POUR LES SENIORS

En Suède, la prescription culturelle destinée aux seniors lutte contre l'isolement et les troubles anxieux liés au vieillissement. Les villes de Stockholm et Göteborg ont évalué ces dispositifs : amélioration du moral, diminution des symptômes anxiodépressifs, renforcement des capacités relationnelles. L'art devient une politique sociale.

ET LA FRANCE ? UNE RICHESSE D'INITIATIVES, MAIS UN MANQUE DE CADRE

En France, la créativité existe. Les initiatives se multiplient. Les centres hospitaliers universitaires organisent des ateliers pour les soignants depuis la crise Covid. Certains Ehpad développent des approches multisensorielles ou artistiques. Des villes créent des ateliers destinés aux jeunes exposés au stress ou aux violences. Des universités proposent des ateliers de création pour réduire l'anxiété étudiante.

Mais tout cela reste fragmenté, dispersé, dépourvu de stratégie nationale. La France avance, mais sans feuille de route. C'est un paradoxe : nous disposons d'un territoire artistique exceptionnel, d'institutions culturelles puissantes, d'experts, de chercheurs, de lieux, de talents. Il ne manque qu'un cadre politique.

L'ATELIER DES CINQ SENS : UN LABORATOIRE VIVANT DE CE QUE LA FRANCE POURRAIT ACCOMPLIR

Au milieu de ces initiatives, certains lieux français laissent entrevoir ce que pourrait être une politique plus ambitieuse. L'Atelier des Cinq Sens, que je connais bien, fait partie de ces laboratoires vivants qui explorent simultanément l'art, la sensorialité, le vivant et la relation humaine. Dans cet espace, la peinture côtoie la calligraphie, l'ikebana dialogue avec les arts martiaux doux, les jardins sensoriels apaisent les visiteurs, les expériences artistiques s'intègrent aux pratiques de bien-être.

Il ne s'agit pas d'un lieu thérapeutique. Il ne s'agit pas d'un substitut au soin. Il s'agit d'un terrain d'expérimentation : comment les pratiques artistiques, vécues dans toute leur richesse, transforment-elles les personnes ? Comment apaisent-elles ? Comment restaurent-elles le lien, la présence, la joie ?

Ce type de lieu montre une direction possible pour la France : intégrer l'art au quotidien, non pas comme divertissement, mais comme support de santé mentale, en complément des dispositifs existants.

CONCLUSION

POUR UNE FRANCE QUI OSE L'ART COMME POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Il est temps de regarder les choses en face : la crise de santé mentale que traverse notre pays est profonde, systémique, multiforme. Elle touche les enfants confrontés au stress scolaire, les adolescents happés par la pression sociale et numérique, les étudiants épuisés, les salariés fragilisés par les charges mentales et organisationnelles, les aidants familiaux submergés, les soignants exténués, les seniors isolés. Elle frappe dans les entreprises, les écoles, les universités, les familles, les hôpitaux.

Pour y répondre, la France mobilise des moyens importants : psychologues, psychiatres, dispositifs médico-sociaux, numéros d'urgence, programmes d'accompagnement. Ces ressources sont indispensables, mais elles ne suffisent plus. Elles interviennent souvent trop tard, trop en aval, dans une logique de réparation.

Or, la santé mentale nécessite aussi de la prévention, de la présence, du lien, du sens, du vivant et, osons le dire, de la beauté.

Le monde scientifique l'a désormais établi : l'art agit sur le cerveau, sur le corps, sur les émotions et sur la relation à l'autre. Il apaise, structure, répare, relie. Il ne se substitue pas aux thérapies, mais il les accompagne. Il

n'empêche pas la souffrance, mais il aide à la traverser. Il ne se contente pas d'enjoliver l'existence : il la stabilise. Dans un pays où les arrêts de travail liés à la santé mentale explosent, où les retours au travail après un burn-out sont fragiles, où les hospitalisations pour dépression coûtent des centaines de millions d'euros chaque année, il serait raisonnable et même urgent de considérer des leviers complémentaires, accessibles, humains et peu coûteux.

C'est pourquoi il est temps que la France ose une démarche nouvelle, ambitieuse, structurée : un grand appel à manifestation d'intérêt national, destiné à mesurer pendant trois ans l'impact réel de pratiques artistiques régulières sur la santé mentale de différents publics.

Cet appel pourrait concerner des écoles, des collèges, des universités, des entreprises, des collectivités, des établissements de santé, des associations, des maisons de retraite. Il permettrait d'évaluer les effets d'activités artistiques hebdomadaires sur les enfants, sur les adolescents, sur les étudiants, sur les salariés en activité, sur les personnes en retour de burn-out ou de cancer, sur les seniors ou sur les publics en situation de précarité psychique.

L'objectif serait double.

D'abord, mesurer scientifiquement, avec rigueur, indépendance et transparence, les effets de ces pratiques sur l'anxiété, la dépression, la charge mentale, la concentration, la résilience et la qualité de vie.

Ensuite, comparer le coût de ces dispositifs à celui de l'hospitalisation, des médicaments, des rechutes, des arrêts de travail prolongés, des retours au travail difficiles, voire des ruptures professionnelles.

Autrement dit : démontrer, chiffres à l'appui, que les pratiques artistiques ne sont pas seulement bénéfiques pour l'individu, mais également pour la collectivité, pour l'économie, pour le système de soins, pour l'Assurance maladie et pour les entreprises.

Les entreprises, justement, ont un rôle décisif à jouer. Aujourd'hui, les études montrent que les salariés expriment un besoin profond de respiration, de sens, d'expression, de liens humains renoués. Intégrer l'art au cœur de la vie professionnelle, organiser des ateliers créatifs, exposer des œuvres dans les espaces de travail, intégrer des pratiques artistiques dans les démarches de prévention, de qualité de vie au travail ou de retour après maladie : autant d'initiatives simples, puissantes, dont le coût est dérisoire par rapport aux enjeux qu'elles peuvent transformer.

Il est probable que, dans quelques années, les organisations les plus performantes auront intégré des approches

artistiques à leur modèle de gestion. Non pas par esthétisme, mais par lucidité.

Si l'expérimentation nationale confirme ce que les études internationales montrent déjà, alors une proposition de loi pourrait être portée pour ouvrir et financer les « prescriptions artistiques ».

Mais le véritable enjeu dépasse le cadre législatif. Il s'agit de faire entrer l'art dans notre quotidien. Dans les écoles, dans les entreprises, dans les universités, dans les hôpitaux, dans les maisons de retraite. Il s'agit de redonner à chacun la possibilité de créer, de contempler, de ressentir, de se relier.

Il s'agit, au fond, d'un projet de civilisation.

L'art n'est pas une décoration.

Il n'est pas un luxe.

Il n'est pas une parenthèse.

Il est l'une des forces les plus anciennes, les plus naturelles, les plus humaines pour prendre soin de ce qui, en nous, vacille ou s'use.

La France a l'occasion d'être pionnière. Elle a les talents, les institutions, les chercheurs, les artistes, les lieux, les moyens. Il ne manque qu'une décision politique.

Osons franchir ce pas.

Osons faire de l'art un levier de santé.

Osons, enfin, considérer qu'une société plus apaisée, plus créative et plus humaine commence toujours par une chose simple : laisser une place à ce qui nous relie au monde. ■

TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ : L'INNOVATION NUMÉRIQUE EST UN LEVIER, PAS UN BUT

PAR DR CÉLINE ORHOND
FONDATRICE D'EXPe-SANTÉ



Innover en santé n'est plus une option : le système de santé doit gagner en efficacité pour faire face à la pression économique, aux tensions sur les ressources humaines et à l'augmentation des besoins de santé.

Ces enjeux de transformation organisationnelle et d'innovation sont au cœur des réformes et des plans en cours : découplage ville-hôpital, virage ambulatoire, structuration des parcours, plan France 2030.

S'il faut une part de créativité et de hauteur pour innover, la vraie difficulté en santé est bien l'intégration des innovations dans les organisations de soins. L'enjeu central, au-delà d'inventer de nouvelles solutions technologiques, est de faire en sorte que les professionnels de santé se les approprient et les intègrent réellement à leur pratique quotidienne.

Le numérique est un levier puissant pour parvenir à transformer les structures de soins et les pratiques professionnelles, mais il est un moyen et non un but en soi. Le paradoxe est fort : il n'y a jamais eu autant de solutions digitales et pourtant une grande partie d'entre elles restent sous-utilisées ou mal utilisées. Chaque solution sous-utilisée représente un coût financier et humain, mais surtout une occasion manquée d'améliorer le système de santé.

Innover n'est donc pas uniquement rêver de nouvelles technologies et d'IA mais réussir une transformation très concrète des organisations qui permette un usage réel, utile et durable des solutions numériques mises en place.

Co-construction ou faux centrage sur les utilisateurs ?

La première étape est évidemment la création des solutions. S'il est admis que les utilisateurs finaux doivent être intégrés à la conception, c'est loin d'être toujours le cas. On affirme beaucoup aujourd'hui co-construire avec les utilisateurs, mais la réalité est souvent différente. Trop de solutions arrivent encore « clefs en mains » dans les services, conçues à partir d'un besoin imaginé par les concepteurs, puis testées sur quelques utilisateurs. On voit encore souvent 2 ou 3 personnes avoir une idée, développer « leur » solution puis partir à la recherche d'utilisateurs pour la tester. C'est souvent trop tard.

Mettre réellement les premiers concernés au centre, patient comme professionnel, ce n'est pas uniquement leur donner une place dans un comité de pilotage ou faire des tests ensemble. C'est partir du besoin avéré et caractérisé d'un groupe d'utilisateurs pour chercher ensemble des solutions et s'assurer, dans le même temps, que l'on continue d'être en adéquation avec le besoin et que l'on s'oriente vers une réponse potentiellement innovante mais réaliste.

Tant que l'on parlera de co-construction en arrivant avec des solutions déjà figées, on continuera à produire de la frustration chez les professionnels et à fragiliser la confiance dans l'innovation.

De nombreuses initiatives ont eu lieu pour faciliter le rapprochement entre les industriels et les cliniciens, comme les tiers-lieux numériques en santé ou les clusters. Pour autant, on est encore loin d'une véritable conception partagée. Les spin-off sont de bonnes réponses, et d'autres

formes de partenariats profonds cliniciens/industriels, structurés sur la durée et réellement agiles, restent encore à développer en France.

Introduire une innovation, c'est bousculer un système

Toute organisation de santé, même imparfaite, fonctionne avec une forme d'équilibre : répartition des rôles, routines, compromis entre contraintes et réalités du terrain. Introduire une innovation digitale, ce n'est pas seulement ajouter un outil, c'est perturber cet équilibre.

Une innovation change des pratiques (modalité de prise en charge, de coordination), une organisation (qui fait quoi, quand, avec qui et avec quel outil) ou une façon de penser (fonctionnement différent, vision transversale plutôt qu'en silo). Il faut donc la penser comme capable de s'intégrer dans un système. Traiter une innovation comme un outil à ajouter sans toucher au reste, c'est sous-estimer la force de cet équilibre. Le système résiste, absorbe ou rejette la nouveauté... et la solution finit sur l'étagère.

Trois questions doivent être posées avant de déployer une innovation numérique en santé :

Comment va-t-elle transformer une organisation et donc comment va-t-on accompagner ce changement ?

Qu'est-ce que le patient va gagner et que va-t-il perdre à la fin du processus de soin ?

Comment cette innovation s'intègre-t-elle concrètement (et facilement) dans le modèle existant ?

Appropriation : partir de l'organisation avant de penser outil

Au-delà de la conception, l'enjeu est bien l'adoption réelle. La question à se poser, dès la conception est : comment cette nouvelle solution digitale peut-elle s'in-

tégrer facilement dans les organisations ? Quels sont les freins et comment en tenir compte dès la conception ?

Il s'agit ici d'avoir avant tout un diagnostic précis du fonctionnement d'une organisation : quels processus, quels points de friction, quel rôle joué par chacun, quelle valeur créée à chaque étape ?

Une fois les problèmes identifiés, on se demande comment les résoudre. La première question est celle de l'organisation : comment dois-je transformer l'organisation pour qu'elle fonctionne mieux ? C'est ensuite que l'on peut, parmi les leviers possibles, ajouter des solutions technologiques et des innovations.

On part ainsi d'un projet d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation pour y associer d'éventuelles innovations au service de ce projet. Agir dans l'autre sens en se disant « j'ai une innovation et la voici » ou « il faut numériser le parcours patient », c'est prendre un grand risque d'inefficacité. Le numérique doit venir consolider une trajectoire de transformation, pas la remplacer.

Une innovation doit simplifier les tâches et non les compliquer

Cela paraît évident et pourtant, on constate souvent que l'ajout d'une innovation ne simplifie pas les processus, il les alourdit. Par exemple, certaines solutions d'intelligence artificielle ajoutent une charge mentale aux prescripteurs ou certains outils digitaux nécessitent des saisies supplémentaires. Et si le déclenchement d'alertes peut aider à sécuriser une organisation, il peut aussi

générer une charge mentale importante auprès de soignants déjà débordés. C'est d'ailleurs le problème que l'on est amené à résoudre avec la multiplicité des dispositifs médicaux portés par les patients au long cours et qui génèrent de nombreux retours d'information vers les soignants, avec une organisation non structurée en regard. Ce n'est pas soutenable si l'on ne repense pas les organisations et les rôles et si les innovations ne permettent pas de gagner du temps sur d'autres tâches.

Une innovation numérique devrait faire gagner du temps ou, au minimum, simplifier un processus : supprimer une saisie redondante, clarifier les actions à mener, automatiser des tâches répétitives, alléger les tâches administratives.

Si une innovation ne permet pas de gagner du temps, elle ne doit pas en faire perdre. Les outils numériques dont l'IA doivent permettre de dégager du temps pour se concentrer sur les patients qui en ont le plus besoin, dont ceux avec des besoins spécifiques : difficultés sociales, manque d'autonomie, handicap, situations complexes. Le numérique aide d'ailleurs à repérer plus facilement ces patients

ne serait-ce que parce qu'ils ont davantage de difficultés à utiliser les outils.

Finalement, la question n'est pas seulement de gagner du temps, mais de décider comment on redistribue ce temps et les rôles pour libérer du temps aux soignants.

Approprier c'est avant tout donner du sens

« TANT QUE L'INNOVATION NUMÉRIQUE SERA PENSÉE D'ABORD COMME UN SUJET TECHNOLOGIQUE, ELLE RESTERA DIFFICILE À DÉVELOPPER. LORSQU'ELLE SERA ABORDÉE COMME UN PROJET GLOBAL DE TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS, DES RÔLES DE CHACUN ET DE L'EXPÉRIENCE VÉCUE PAR LES PATIENTS ET LES PROFESSIONNELS, ELLE POURRA DEVENIR UN PUISSANT LEVIER DE TRANSFORMATION »



Pour conduire la transformation, la question à se poser est : qu'est-ce qui fait sens pour les équipes et peut fédérer ?

Améliorer le quotidien, avoir une organisation plus fluide avec moins de frictions, moins de tensions est déjà un moteur important. Mais l'élément fédérateur est bien le bénéficiaire du système : le patient ! C'est bien pour lui que nous sommes tous là et c'est donc sur lui qu'il est important de se centrer. Montrer concrètement ce que l'innovation change dans sa vie et dans celle des soignants est souvent plus efficace qu'un long argumentaire technique.

Développer la communication sur les transformations réussies et sur l'intégration d'innovations est également un élément fédérateur : partager des exemples concrets, des avant/après, des irritants supprimés nourrit la confiance et l'envie de s'engager.

Manager par l'expérience patient et la valeur en santé

Positionner l'expérience patient au centre de la démarche de transformation est essentiel pour s'assurer de l'efficacité d'une solution : le résultat final est destiné au patient, il s'agit donc de se centrer sur lui tout au long du processus d'innovation.

Quelle valeur pour le patient au final ? Le sujet de la valeur en santé et des résultats des soins perçus par le patient est majeur.

Les questions à se poser sont : mon innovation crée-t-elle de la valeur ? Comment la mesurer ? L'expérience patient est une partie de la réponse. Mesurer les Patients Reported Outcomes (PROMs) qui renseignent sur l'état de santé perçu et Patient Reported Experience Measures (PREMs) qui renseignent sur le vécu du parcours est essentiel, et les outils digitaux le permettent de plus en plus.

L'expérience patient est aussi un driver pour le change management : élément fédérateur, porteur de sens et constitutif de valeur. Manager par l'expérience patient

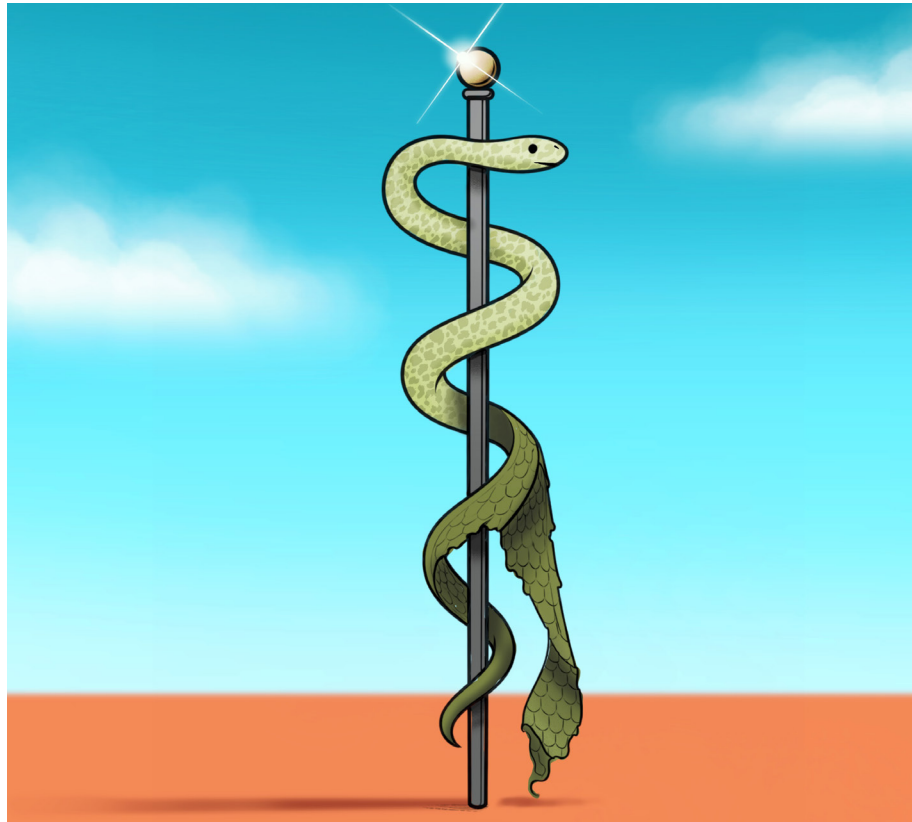
permet de mener une démarche de change management propice à l'innovation parce qu'elle aligne innovation numérique, organisation et soins autour d'un vécu auquel tout professionnel de santé est sensible.

Pour conclure,

Innover en santé n'est donc pas ajouter des outils numériques ou technologiques à un système déjà complexe. C'est accepter de modifier l'équilibre des structures de santé et des équipes de soins et conduire une démarche de transformation qu'il faut accompagner. Innover, c'est recentrer la réflexion sur l'humain avant tout, professionnel et patient, pour améliorer son expérience au travail ou lors d'un épisode de soin.

Tant que l'innovation numérique sera pensée d'abord comme un sujet technologique, elle restera difficile à développer. Lorsqu'elle sera abordée comme un projet global de transformation des organisations, des rôles de chacun et de l'expérience vécue par les patients et les professionnels, elle pourra devenir un puissant levier de transformation du système de santé.

L'innovation numérique est une nécessité et peut devenir le moteur d'une évolution en profondeur du système de santé, à condition de la penser d'abord comme un projet de transformation organisationnelle et humaine, dont le numérique n'est qu'un levier. ■



LA REFONTE DE LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM) : UN CHANTIER AUX MULTIPLES ENJEUX

**PAR DR CHRISTIAN ESPAGNO
PRÉSIDENT DU HAUT CONSEIL DES NOMENCLATURES**

En 2018, les travaux dans le cadre de la stratégie de transformation de notre système de santé « Ma santé 2022 » insistaient sur la nécessité de mettre à jour les nomenclatures et la classification générale des actes professionnels. Quelques années auparavant, l'IGAS soulignait déjà dans plusieurs rapports que la mise à jour des nomenclatures suppose un dispositif d'expertise in-

dépendant distinct des seuls payeurs et opérateurs de l'État et nécessite un travail scientifique structuré, appuyé sur les Conseils nationaux professionnels (CNP).

À cet effet, la LFSS pour 2020 a créé le Haut Conseil des nomenclatures et deux décrets d'application publiés en mai 2021 précisent ses missions et ses compétences.

Il est composé de 12 membres dont 10 médecins de terrain, un médecin de santé publique et un économiste de la santé, tous ayant une forte expérience pratique.

Les principales missions du HCN sont de trois ordres :

- Faire une refonte profonde de la CCAM devenue largement obsolète ;
- Améliorer la fluidité de l'inscription des nouveaux actes à la nomenclature ;
- Assurer une maintenance de cette nomenclature « au fil de l'eau ».

Chacune de ces trois missions s'accompagne de forts enjeux, tant dans leurs mises en œuvre que dans leurs impacts sur la modernité et la qualité des soins que nous devons fournir à nos concitoyens.

Dès sa création effective et la nomination de ses membres, le HCN a débuté le chantier de la refonte de la nomenclature par la mise en place de la méthodologie qui fut, conformément à la loi, validé par la CHAP (Commission de hiérarchisation des actes et des prestations) le 14 octobre 2021. Les CNP furent d'emblée une partie prenante indispensable en proposant les noms des 600 participants aux 43 groupes de travail en charge de 43 familles cohérentes d'actes médicaux. Le HCN a ensuite procédé à la nomination des 43 référents chargés de piloter les groupes de travail et d'assurer le lien avec le HCN. Ces groupes de travail, dénommés Comités cliniques, ont ainsi assuré la révision des 13 800 libellés de la CCAM selon plusieurs modalités :

- simple modification du libellé pour l'adapter aux évolutions des techniques et des pratiques
- subdivision du libellé quand la réalisation de l'acte pouvait maintenant se faire selon plusieurs modalités différentes
- regroupement des libellés si plusieurs libellés décrivaient le même acte
- suppression du libellé en cas d'obsolescence
- création d'un libellé en cas d'acte déjà couramment pratiqué mais non encore inscrit à la nomenclature

L'explosion des moyens informatiques au bloc opératoire, des systèmes de guidage ou de repérage, des différents types de voies d'abord ont imposé, contrairement à ce que nous pensions au départ, d'augmenter légèrement le nombre de libellés. Plutôt que de laisser des libellés ambigus décrivant des conditions très différentes de réalisation d'un acte, il nous a paru aller dans le sens d'une clarification et d'une meilleure connaissance de l'activité de mettre en place des libellés décrivant réellement la réalité de l'acte.

C'est donc au total environ 40 % des libellés qui ont dû être revus, ce qui montre bien combien l'obsolescence de la CCAM actuelle était devenue problématique.

Cette phase de redescription étant maintenant terminée, nous avons débuté dès 2024 la phase de rehiérarchisation de ces nouveaux libellés. Celle-ci consiste à attribuer à chacun des actes une valeur correspondante à la quantité de travail médical nécessaire pour sa réalisation. Cette valeur est relative d'un acte par rapport à l'autre de façon à établir une échelle unique de scores de travail pour l'ensemble des actes. Cette quantification relative du travail médical pour chaque acte servira de base aux partenaires conventionnels pour déterminer la valeur monétaire de l'acte.

La hiérarchisation se déroule en deux phases : « intra famille » pour établir une échelle de valeur au sein de chaque famille puis « inter famille » pour coordonner les valeurs de chaque famille entre elles. Pour cela, nous mettons en place, toujours avec l'aide des CNP, un comité de hiérarchisation de 15 à 30 membres piloté par le même référent que les comités cliniques afin d'assurer une continuité entre la redescription et la rehiérarchisation. Nous avons comme objectif fort de terminer les travaux de révision fin 2026 afin de pouvoir remettre notre travail aux partenaires conventionnels dès le début 2027.

Cette refonte complète, dont la nécessité absolue était reconnue à l'unanimité, permettra de fournir à chaque médecin un outil de description et de valorisation de son activité quotidienne, moderne, adapté aux pratiques et aux techniques actuelles. Il s'agit d'une base de données nationale unique contenant l'exhaustivité de l'activité médicale technique en France d'où l'importance de la qualité des libellés permettant une description précise des actes réalisés et d'éviter les codages erronés avec des libellés inappropriés du fait de l'absence de libellé

correspondant aux actes pratiqués. Il sera important de travailler très rapidement à l'interopérabilité de cette nouvelle CCAM avec d'autres bases de données, en particulier le SNDS (Système national des données de santé). La hiérarchisation commune de l'ensemble des actes médicaux constitue une base scientifique solide, cohérente et objective de la mesure du travail médical à la disposition des partenaires conventionnels pour déterminer le tarif opposable de chaque acte. La CCAM rénovée concerne également l'activité hospitalière publique et privée en ayant forcément un impact sur le PMSI. D'où le nécessité d'établir des passerelles entre ces deux systèmes, en particulier concernant le tarif des GHS et le coût de la pratique. Enfin, on doit souligner les liens de la CCAM avec l'impact exponentiel du numérique en santé. Une meilleure connaissance des pratiques a un impact majeur sur la mise en place d'outils performants d'aide au diagnostic, aux guidages, aux stratégies préventives et thérapeutiques. Une base de données cohérente, robuste, évolutive et interopérable contribuera à la mise en place d'algorithmes fiables et donc d'outils d'IA performants.

Cet énorme travail n'aura qu'un intérêt limité dans le temps si nous ne sommes toujours pas capables de faire vivre la CCAM pour éviter l'obsolescence que l'on a connue pour la NGAP et la première mouture de la CCAM.

Faire vivre la CCAM veut dire deux enjeux majeurs : inscrire les nouveaux actes le justifiant dans des délais et des conditions raisonnables et assurer une maintenance « au fil de l'eau » de l'ensemble des actes de cette base de données.

Concernant l'inscription des actes nouveaux, on est en face de deux situations différentes.

Soit un nouveau libellé a été proposé lors de la redescription pour un acte non encore inscrit alors qu'il est cou-

ramment pratiqué depuis plusieurs années. Dans ce cas, une procédure simplifiée a été mise en place avec la HAS pour une évaluation accélérée. Cela concerne environ un millier de nouveaux libellés dont la plupart devraient être inscrits dès le démarrage de la nouvelle CCAM.

Soit il s'agit d'un acte innovant, récent et encore peu pratiqué qui nécessite une évaluation approfondie de la HAS selon la procédure habituelle. La création d'une inscription provisoire, pour une durée de 3 ans renouvelable une fois, simultanément à la mise en place du HCN en 2021, est de nature à permettre de compléter l'évaluation de la HAS par des données en vie réelle qui peuvent être recueillies au moyen d'un registre. Encore faut-il que les CNP aient réellement les moyens de mettre en place de tels registres tant sur le plan logistique, humain que financiers ce qui est loin d'être le cas actuellement. D'où les réflexions menées actuellement dans le but de créer une « Task Force » regroupant toutes les parties prenantes afin d'aider et de piloter les CNP dans leur démarche de mise en place d'un registre. Si l'on veut que l'innovation en santé française ne continue pas à perdre du terrain par rapport aux pays qui nous entourent, il est indispensable de mettre en cohérence l'ensemble des procédures d'accès précoce existantes et surtout de coordonner et de

regrouper les différentes structures concernées. La réforme de la DGOS en cours dans ce domaine va dans le bon sens, mais il faudra passer de la parole aux actes et attendre avec impatience les premiers résultats.

La mise en place d'une maintenance régulière, qui n'a jamais été réalisée jusqu'à, présent, est un autre enjeu essentiel. Il est indispensable d'éviter l'obsolescence, avec tous ces effets délétères que l'on constate actuellement comme les codages d'actes par assimilations, très nombreux, qui rendent aveugle une partie de l'activité, faussent les analyses statistiques et génèrent des



biais de tarification. Il faut disposer en permanence de libellés décrivant la réalité des pratiques et permettant d'améliorer la pertinence des actes par la précision de leur description et la cohérence de leur hiérarchisation. Il faut également revoir de façon continue la hiérarchisation commune afin de suivre les évolutions des pratiques et des techniques : impact des nouveaux guidages, du numérique, des outils d'assistance opératoire et des courbes d'apprentissage qui peuvent modifier la quantité de travail médical nécessaire dans un sens comme dans l'autre.

Pour cela, le HCN travaille afin de proposer d'ici la fin du mandat de ces membres actuels (mai 2027) une méthodologie détaillée de maintenance « au fil de l'eau » dont les grandes lignes seront les suivantes : mettre en place une conférence annuelle de maintenance de la CCAM réunissant toutes les parties prenantes afin de déterminer les objectifs prioritaires, réaliser une planification systématique de la révision des actes par les 43 comités cliniques et créer une plateforme accessible par le site du HCN pour que chaque praticien, mais également l'ensemble des acteurs concernés (fédérations d'éta-

blissements, industriels,...), puissent indiquer toute difficulté de codage et obtenir une réponse rapide. L'analyse des remontées ainsi qu'une veille documentaire systématisée concernant les principales évolutions des techniques et des pratiques décrites dans la littérature devraient pouvoir largement bénéficier de l'aide de l'IA.

Cette maintenance opérationnelle nécessitera certes d'allouer au HCN un budget de quelques dizaines de milliers d'euros mais dont la somme restera bien modeste par rapport aux coûts générés par la nécessité d'une refonte complète tous les 20 ans.

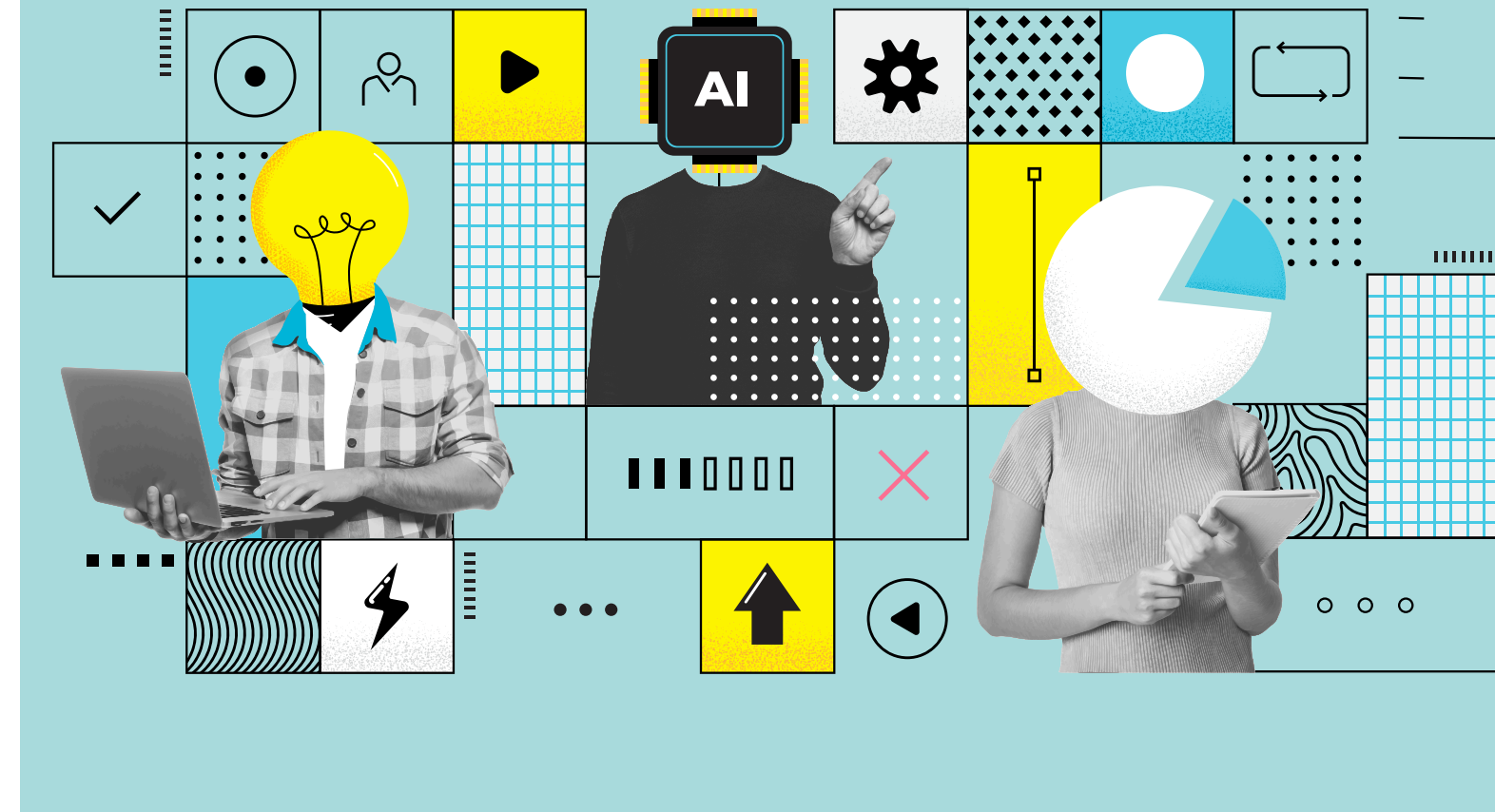
La description de l'activité médicale sous forme d'actes, même si elle reste pertinente pour la majorité des actes techniques, n'est plus adaptée à certaines prises en charge, en particulier pour les affections chroniques. Une réflexion concernant les forfaits a donc été entamée et est même avancée en ce qui concerne la radiothérapie. Le

comité clinique de radiothérapie a proposé une architecture en 8 grands forfaits en fonction de la technicité des traitements utilisés et de la charge de travail. Ces 8 forfaits sont différenciés en fonction des comorbidités et de la nature des cibles. Il reste maintenant à déterminer une méthodologie pour évaluer la quantité de travail médical pour chacun de ces forfaits et les inscrire dans la hiérarchie commune. Il s'agit d'un travail complexe mais indispensable si l'on veut préserver la cohérence et l'équilibre de la valorisation du travail médical quelle que soit l'activité. Un travail similaire a été initié par le comité clinique de néphrologie. D'autres domaines concernant les maladies chroniques pourront suivre.

En synthèse, on voit qu'au-delà de son aspect très technique, ce travail de refonte et de maintenance de la CCAM par le HCN soulève des enjeux essentiels conditionnant les modalités d'exercice quotidien de l'ensemble des médecins français mais surtout a un impact majeur sur la nature et l'avenir des soins fournis à nos concitoyens. ■

ENCADRER L'INNOVATION SANS LA FREINER : VERS UNE APPROCHE COOPÉRATIVE ENTRE LES ACTEURS

PAR DR NICOLAS LEBLANC
DIRECTEUR MÉDICAL DE LIVI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS DE SANTÉ PUBLIQUE



LA DÉCISION PUBLIQUE AU SERVICE DE L'INNOVATION

L'évolution rapide des attentes citoyennes et des contraintes budgétaires, en regard des mutations profondes de notre société, qu'elles soient géopolitiques ou socio-technologiques, impose aux acteurs de se redéfinir. Les rapports entre les acteurs du privé et du public sont au cœur même de la problématique, ne serait-ce que pour encaisser les secousses actuelles. En dehors des projets politiques radicaux qui viendraient à nier l'existence du marché, les bonnes interactions entre ces acteurs sont un des enjeux de la performance actuelle et future pour assurer notre développement en santé et ailleurs.

Or, à de multiples reprises, dans différents secteurs, la décision publique est pointée comme incohérente, imprévisible, instable, avec des normes considérées tantôt comme inflationnistes, tantôt comme insuffisantes. Dans le domaine des soins, c'est un des sujets d'exaspération

exprimé par les médecins à la source du mouvement social initié en janvier 2026.

L'histoire récente de la téléconsultation illustre parfaitement ce type de difficultés dans un domaine à la fois précis mais emblématique des mutations en cours :

- Un corpus juridique qui date de la loi HPST de 2009,
- Une convention très restrictive qui autorise le remboursement en 2018,
- Le Covid qui ouvre les usages par une nécessité impérieuse (2020),
- La reconnaissance dans le droit des sociétés de téléconsultation : processus d'agrément (LFSS 2023),
- Des conditions de mise en œuvre réglementaires (et infra-réglementaires) erratiques à la faveur de polémiques (l'affaire des abonnements de Ramsay Santé à l'été 2023), d'une négociation conven-

tionnelle qui vient modifier les référentiels, de calendriers impossibles et de ressources techniques publiques en regard insuffisantes.

Or, la France est en retard dans la pratique de la téléconsultation en Europe, alors que c'est un levier puissant et à portée de main d'efficacité et d'accès aux soins. Cela questionne les conditions pour une co-construction efficace. La première consiste en une continuité du pouvoir politique sur des orientations claires et cohérentes en la matière, embrassant tous les enjeux tant en termes de santé que d'impact économique. Mais ce n'est pas ici le propos que nous souhaitons aborder. La seconde condition concerne la mise en œuvre des politiques publiques, en l'occurrence celles de santé. Elle suppose que l'administration soit un acteur stratégique dans la mise en œuvre, sans être réduite à un simple appareil d'exécution tenu principalement en circonstance par les rapports de force des puissants en place (fédérations, syndicats, think tanks, associations, etc.). Les intérêts de ces derniers, hétérogènes et parfois contradictoires, rendent les problèmes difficilement résolubles en dehors

de positions tièdes ou lentes, en deçà des enjeux structurels, immédiats et des mutations rapides qui s'opèrent devant nous. In fine, la nécessaire adaptation de notre système patine, et les acteurs accumulent de la frustration jusqu'à la colère ou au désappointement. En ce qui concerne l'innovation en santé, elle se heurte, sur le terrain, à une gouvernance sanitaire en quête de sens. L'histoire récente de la téléconsultation en est la parfaite illustration. Entre injonctions contradictoires, calendriers difficilement tenables par toutes les parties prenantes et outils publics aléatoirement fonctionnels, la situation actuelle met en lumière trois verrous que l'administration doit traiter pour que les politiques publiques puissent satisfaire aux besoins des Français et, ici, à celui de l'accès et de la qualité des soins. Ce « Triple Verrou » administratif freine le développement de pratiques efficaces et dessert de facto une innovation dont le système de santé a pourtant besoin. Il est donc utile d'engager dès à présent une co-construction pour que les Français puissent bien se soigner avec tous les moyens à disposition.

À cet égard, l'innovation doit être pensée comme un atout avant de prendre en considération les peurs liées au changement. Elle concourt à améliorer l'accès aux soins et à diminuer la pression qui pèse sur le système. C'est aussi un secteur économique à fort potentiel de développement en France comme en Europe. Il apparaît alors nécessaire de dépasser la vision de ce domaine comme une simple variable d'ajustement ou « gadget » technologique, là où la télésanté s'impose comme un levier immédiat, mobilisable à grande échelle pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Au-delà de l'accès, c'est une question de soutenabilité économique. La Cour des comptes elle-même reconnaît que ce modèle permet une productivité accrue, l'évitement des passages aux urgences et la réduction des coûts de transport¹. Des économies potentielles majeures, estimées à près d'un milliard d'euros pour le système de santé, sont en jeu². Malgré cela, le déploiement de la téléconsultation reste bridé, comme en témoigne un taux d'usage en France très en deçà de la moyenne européenne : 3 % versus 16 % quand les meilleurs sont à 30 % d'usage³. L'administration occupe, par nature, une position centrale dans la transformation du système de santé. Elle en est à la fois l'architecte, la garante et le régulateur. À ce titre, elle devrait être le moteur et le catalyseur des évolutions engagées, notamment celles portées par le Ségur de la santé et le virage numérique. Or, dans les faits, un décalage persistant s'observe entre les ambitions proclamées et leur traduction opérationnelle. Ce fossé se manifeste concrètement dans certains dispositifs de mise en œuvre. Pensés pour structurer, sécuriser et encadrer l'innovation, ils se transforment parfois en processus lourds, longs et peu lisibles, ralentissant l'accès effectif des solutions pourtant matures et éprouvées. Il ne s'agit pas ici de contester la légitimité du cadre réglementaire, mais d'interroger sa capacité à s'adapter à des cycles d'innovation désormais beaucoup plus rapides que ceux de l'action administrative. Le principal point de tension ne réside donc pas tant dans

l'insuffisance des solutions que dans la difficulté à les intégrer dans un cadre normatif conçu pour un autre tempo. La responsabilité de tous les acteurs, y compris de l'administration, n'est pas d'entraver cette dynamique, mais de la rendre possible, en conciliant sécurité, équité et efficacité. Cela suppose non pas un renoncement à la régulation, mais une évolution de ses modalités : plus proportionnées, plus agiles, et mieux alignées avec les réalités du terrain. À défaut, le risque est de voir s'installer durablement un système où l'innovation existe mais demeure empêchée, au détriment des patients comme des professionnels de terrain.

LE GAP ENTRE L'AMBITION PUBLIQUE ET LA RÉALITÉ OPÉRATIONNELLE

L'inadaptation des outils

Plusieurs exemples viennent nourrir la lassitude de ceux qui opèrent au jour le jour à tous les endroits de la chaîne. Pour des raisons légitimes de lutte contre la fraude, en 2025, la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) impose la télétransmission via ameli-pro des arrêts de travail pour assurer la fiabilité des documents. Une initiative saluée par tous y compris par les sociétés de téléconsultation, or, pour les médecins qui exercent au sein de ces sociétés l'accès aux services d'ameli-pro est un parcours du combattant. En effet,

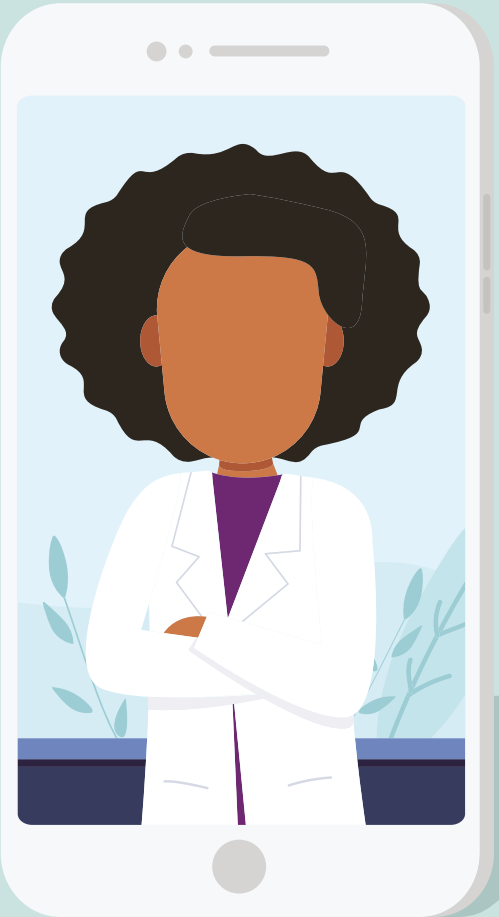
la e-CPS n'étant pas totalement fonctionnelle, les médecins téléconsultant ne peuvent, faute d'une numérisation incomplète de leur autorisation, accéder à ameli-pro à distance. Autrement dit l'interopérabilité des systèmes d'information des sociétés de téléconsultation et d'ameli-pro est empêchée par la nécessité d'utiliser un dispositif physique d'ouverture des droits (la fameuse CPS). Le courrier reçu début juillet du directeur de la CNAM nous informant de la date butoir de mise en œuvre au 1^{er} septembre n'avait pas intégré la contrainte technique. Il a fallu donc avec les acteurs de terrain trouver en urgence une solution par nature dégradée, c'est-à-dire lente qui passe pour partie par un retour au papier. Ainsi, ces mé-

decins (ils sont des milliers) passent par une procédure complexe de validation, source d'erreurs et de ralentissements. Actuellement, des centaines de médecins attendent leur accès et ne sont donc pas en mesure d'offrir les soins nécessaires.

La lourdeur procédurale

La procédure d'agrément des sociétés de téléconsultation, instaurée en 2023, a pour objectif d'assurer un cadre de telle sorte que les pratiques de téléconsultation répondent à des standards équivalents à ceux des soins réalisés en présentiel. Cette procédure repose sur un ensemble de critères techniques et organisationnels qui impliquent des adaptations significatives des outils, des processus et des pratiques de soins à distance, dans des délais ambitieux compte tenu de l'intégration utile dans le système d'information de santé national tel qu'il existe aujourd'hui.

L'agrément s'appuie notamment sur une certification délivrée par l'Agence du numérique en santé (ANS), structurée en quatre lots. Dans le cadre du lot 3, relatif notamment à la Messagerie sécurisée de santé (MSS), des difficultés d'interprétation des exigences ont été rencontrées. Malgré des échanges avec l'ANS et l'appui d'expertises spécialisées externes, certaines attentes sont restées insuffisamment explicitées, rendant l'anticipation et la planification des actions complexes. Avant le dépôt officiel des preuves sur le logiciel, nous souhaitons nous assurer au préalable de leur conformité aux exigences attendues. Les éléments ont donc été transmis à l'Agence, qui les a approuvés dans un premier temps avant que nous les déposions officiellement sur le logiciel. Malgré cette validation en amont, les preuves ont été rejetées dans un second temps sans crier gare après une longue analyse au pied du mur calendaire. Cette situation met en évidence les limites d'un processus dont la lisibilité et la prévisibilité peuvent être améliorées. Elle souligne l'importance de clarifier les attendus, de renforcer la cohérence entre les échanges informels et les procédures formelles, et de faciliter la mise en conformité des acteurs, y compris lorsque ceux-ci disposent d'un niveau élevé d'expertise technique.



L'incohérence des décisions

À la complexité procédurale s'ajoutent des incohérences dans certaines décisions administratives, qui peuvent réduire la capacité effective de pilotage du secteur concerné. La certification délivrée par l'ANS, et plus particulièrement les exigences associées au lot 4 relatif à la e-prescription, en constitue une illustration. Ce lot, piloté notamment par la Commission nationale de la dématérialisation des actes (CNDA), impose aux outils de téléconsultation de couvrir un ensemble de scénarios définis au niveau national. Or, certaines de ces exigences apparaissent difficilement compatibles avec les modèles opérationnels des sociétés de téléconsultation.

1. Cour des comptes, Les téléconsultations : une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l'accès aux soins, Paris, Cour des comptes, 2025.
2. institutmolinari.org, « Développer la téléconsultation permettrait au système de santé français d'économiser 1 milliard d'euros », 2022.
3. OECD, Health at a Glance : Europe 2024. State of Health in the EU cycle , Paris, 2024.



environnement marqué par une accumulation de contraintes hétérogènes. Les retours d'expérience font état de difficultés techniques, d'aléas procéduraux, de processus peu lisibles et d'un manque de coordination entre les différentes parties prenantes. Ces dysfonctionnements, lorsqu'ils s'additionnent, pèsent sur la capacité collective à déployer des solutions adaptées et peuvent affecter durablement l'engagement des équipes, y compris au sein des administrations chargées de leur mise en œuvre.

TROIS FACTEURS LIMITANTS DE L'ACTION PUBLIQUE

Ces situations ne peuvent être réduites à des cas isolés. Elles révèlent plutôt des contraintes structurelles de l'action administrative, issues de cadres conçus pour garantir la cohérence, la sécurité et l'égalité de traitement. Ainsi, peut-on les appréhender comme un triple verrou de l'action publique, correspondant à trois mécanismes durables qui conditionnent forte-

ment la capacité d'adaptation de l'action publique.

La dépendance au sentier et l'inertie culturelle

L'administration française souffre d'une « dépendance au sentier⁴ » (path dependency). Ce phénomène se définit comme l'enfermement progressif d'une organisation dans ses choix passés, rendant la bifurcation vers l'innovation structurellement coûteuse et culturellement difficile. Dans ce contexte, les évolutions de l'action publique s'inscrivent le plus souvent dans une logique incrémentale, fondée sur l'enchaînement de réformes limitées et progressives. Cette approche conduit l'administration à privilégier la reconduction de cadres et de procédures éprouvés, y compris lorsque leur efficacité est partielle⁵. Face à des dynamiques d'innovation plus rapides, notamment portées par des acteurs privés, cette temporalité contrainte peut produire un effet d'inertie. Même lorsque la volonté d'adaptation existe, les transformations

requièrent des délais significatifs, dans la mesure où elles impliquent également une révision préalable des normes, des organisations et des représentations internes qui structurent l'action administrative.

La déconnexion du terrain et le cloisonnement

Bien que la science politique ait largement documenté l'intérêt des approches ascendantes (bottom-up) pour améliorer la qualité et l'effectivité de la décision publique, la gouvernance du numérique en santé demeure majoritairement structurée selon une logique descendante (top-down)⁶. Les acteurs de terrain sont encore peu mobilisés en amont pour contribuer à l'analyse des besoins, des usages et des contraintes opérationnelles.

Les Assises de la téléconsultation, organisées au second semestre 2025, constituent une première étape dans cette direction. Toutefois, elles interviennent tardivement au regard du développement massif de la téléconsultation depuis 2020 et dans un contexte marqué par une lisibilité insuffisante des orientations publiques, comme l'a relevé la Cour des comptes. Cette temporalité décalée limite la capacité des pouvoirs publics à appréhender finement les réalités du terrain. Cette connaissance partielle des conditions concrètes de déploiement se traduit par des dispositifs de régulation et de cadrage qui peinent parfois à répondre aux attentes effectives de la société et des professionnels. Elle peut également conduire à l'élaboration de normes reposant sur des représentations incomplètes des pratiques, avec un risque d'inadéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens prescrits. À titre d'illustration, certains dispositifs d'agrément

induisent des développements techniques lourds, dont l'utilité opérationnelle apparaît limitée pour les acteurs de la téléconsultation, au regard de leurs modèles et de leurs contraintes spécifiques. Ces difficultés sont accentuées par un cloisonnement institutionnel persistant. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la CNAM, la Délégation au numérique en santé (DNS) et l'ANS rencontrent des obstacles à l'harmonisation de leurs calendriers, de leurs référentiels et de leurs exigences,

exposant les acteurs de terrain à des injonctions multiples, parfois contradictoires, dans des délais contraints voire intenable. L'absence d'un interlocuteur clairement identifié, disposant d'une compétence transversale et d'un mandat explicite pour coordonner ces dimensions, limite la fluidité du dialogue et la cohérence d'ensemble du pilotage public.

Enfin, la mobilisation importante de ressources nécessaires pour répondre à ces exigences administratives tend à détourner les acteurs concernés de leur cœur de mission, en particulier de leur capacité d'innovation et d'adaptation dans un secteur en évolution rapide.

Instabilité du cadre et relations public-privé

L'instabilité du cadre législatif, réglementaire et infra (référentiels et processus liés) traduit une relation encore ambivalente entre les pouvoirs publics et les acteurs privés du numérique en

santé. L'administration est amenée à encadrer des pratiques en évolution rapide, dont les ressorts opérationnels et les modèles économiques sont parfois imparfaitement appréhendés. Cette situation peut conduire à des ajustements réglementaires successifs, parfois imprévus, dont la cohérence et l'efficacité peuvent être discutées.

Dans le cadre de l'agrément des sociétés de téléconsultation, certaines modalités de mise en œuvre illustrent

« LA MOBILISATION IMPORTANTE DE RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR RÉPONDRE À CES EXIGENCES ADMINISTRATIVES TEND À DÉTOURNER LES ACTEURS CONCERNÉS DE LEUR CŒUR DE MISSION, EN PARTICULIER DE LEUR CAPACITÉ D'INNOVATION ET D'ADAPTATION DANS UN SECTEUR EN ÉVOLUTION RAPIDE »

4. PALIER B., « Path dependence », in BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 5^e éd., 2014, pp. 446-453.

5. JONSSON-LECLERC A., « Incrémentalisme », in BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 5^e éd., 2014, pp. 313-321.

6. COMMAILLE J., « Sociologie de l'action publique », in BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 5^e éd., 2014, pp. 576-584.

ces difficultés. Comme mentionné plus haut, des critères techniques ont pu être validés puis remis en question, des demandes d’accompagnement sont restées sans réponse sur des périodes prolongées, ou encore certaines exigences ont été modifiées tardivement. Ces évolutions, lorsqu’elles manquent de lisibilité ou de stabilité, compliquent l’anticipation et la mise en conformité des acteurs concernés. Ce mode de régulation, principalement fondé sur des exigences formelles et peu transparentes, limite les conditions d’une coopération structurée pourtant nécessaire dans un secteur en forte transformation. Par ailleurs, les débats sur la financiarisation des soins illustrent également une ambiance peu propice aux interactions constructives. En effet, leurs instrumentalisations dans l’espace public laissent poindre trop souvent uniquement les dangers obérant souvent les nécessités d’investissement nécessaires aux mutations structurelles du secteur. La stigmatisation des acteurs financiers à la faveur d’une lecture partielle des travaux en la matière masque une question essentielle : qui investira à la hauteur des enjeux technologiques et organisationnels au moment où la maîtrise des dépenses publiques laisse peu de marge de manœuvre aux acteurs publics ? Plus généralement, l’ambiance générale de disqualification croisée des acteurs est délétère au moment où les coopérations sont indispensables. Elle induit ici une prudence marquée des pouvoirs publics vis-à-vis de la collaboration avec des acteurs privés de santé, prudence qui contribue à l’instabilité observée⁷. Faute d’une compréhension suffisamment approfondie de ces nouveaux acteurs et de leurs pratiques, l’action publique tend alors à privilégier des ajustements successifs qui là aussi peuvent freiner les dynamiques d’innovation.

Les débats récents autour du projet de loi relatif à la lutte contre la fraude illustrent aussi la persistance de ces tensions. Un amendement visant à interdire la déli-

vrance et le renouvellement des arrêts de travail en télé-médecine a notamment été présenté, en commission des Affaires sociales, comme un outil de pilotage de la télésanté. Cette approche intervient toutefois dans un contexte marqué par des enjeux structurels plus larges, tels que la pénurie de temps médical et l’insuffisance d’outils publics de contrôle ciblé de la fraude. Une telle mesure risque ainsi de traiter les effets plutôt que les causes, en limitant un usage sans répondre aux déterminants profonds du phénomène observé. Par ailleurs, les plateformes de téléconsultation, orientées vers l’accès aux soins et l’accompagnement des patients, sont elles-mêmes exposées aux conséquences de la fraude et ont exprimé de manière récurrente leur volonté de se conformer aux exigences réglementaires et de coopérer avec les pouvoirs publics pour lutter contre ce fléau.

In fine, les objectifs poursuivis par les acteurs publics et privés apparaissent largement convergents en matière de réponse aux besoins sanitaires et sociaux. Les différences portent moins sur les finalités que sur les modalités d’action.

PERSPECTIVES ET LEVIER D’ACTIONS

Dans un contexte de tensions croissantes sur l’accès aux soins et sur la soutenabilité financière du système de santé,

le statu quo ne constitue plus une option opérationnelle. Les délais propres à l’action administrative, lorsqu’ils ne sont pas ajustés aux dynamiques du secteur, peuvent avoir des effets cumulatifs, tant sur le renoncement aux soins que sur l’efficacité globale des dépenses publiques. L’amélioration de la performance du système de santé et de l’action publique devient ainsi un impératif, partagé à l’échelle européenne et encouragé par l’OMS⁸. Répondre à ces enjeux suppose d’engager des transformations structurées et coordonnées autour de plusieurs leviers complémentaires.

En premier lieu, une meilleure synchronisation des calendriers réglementaires apparaît nécessaire. Elle implique une concertation effective et continue entre l’ensemble des parties prenantes, afin de mobiliser pleinement les capacités d’innovation, d’ingénierie et de déploiement des acteurs du numérique en santé.

En second lieu, le découplage des organisations administratives constitue un facteur clé de lisibilité et d’efficacité⁹. Une coordination renforcée entre les différentes entités publiques permettrait de fluidifier les échanges avec les acteurs externes et de faciliter, pour les patients comme pour les professionnels, l’identification d’interlocuteurs clairement responsables et compétents.

Enfin, le développement d’une politique d’expérimentation assumée et sécurisée apparaît indispensable. Accueillir l’innovation dans un cadre de confiance, fondé sur la coopération avec les acteurs privés, permettrait de valoriser des expertises complémentaires en matière de recherche et développement, d’agilité organisationnelle et de capacité d’investissement¹⁰. Cette approche s’inscrit pleinement dans les principes contemporains du pilotage de l’action publique, qui mettent l’accent sur la performance, l’évaluation et les résultats¹¹.

À l’issue de ce diagnostic, le constat du « triple verrou » - inertie des processus, décalage avec les réalités opérationnelles et relations insuffisamment stabilisées avec l’écosystème - met en évidence la nécessité d’une évolution des méthodes de gouvernance. Pour que la télésanté puisse répondre aux attentes qui lui sont assignées, un changement de posture collective est requis.

L’administration a, à cet égard, un rôle central à jouer : non plus uniquement comme instance de contrôle, mais comme coordinatrice et garante d’un cadre commun, capable d’orchestrer des contributions multiples au service de l’intérêt général. Une gouvernance partagée, fondée sur la confiance, la clarté des responsabilités et l’évaluation des résultats, constitue une condition essentielle

pour que l’innovation en santé se traduise durablement en bénéfices pour les patients, les professionnels et la collectivité¹². Aussi, pour que le management public¹³ puisse réaliser sa mue, encore faut-il des conditions extrinsèques favorables, à savoir une ossature politique solide et une volonté des acteurs civils à faire commun. C’est finalement de la responsabilité de tous. ■

BIBLIOGRAPHIE :

AUBERT I., Mutations du système de santé et logique de parcours : enjeux de complexité, de coordination et d’action publique, Gestion et management, Université Paris sciences et lettres, 2021.

BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. (dir.), Dictionnaire des politiques publiques, Paris, Presses de Sciences Po, 5^e éd., 2014.

Cour des comptes, Les téléconsultations : une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l’accès aux soins, Paris, Cour des comptes, 2025.

DEMORTAIN D., « Experts scientifiques et action publique : paradoxe et perspectives de recherche pour la sociologie politique de l’expertise », Sciences sociales et santé, vol. 38, n° 2, 2021, 8 p.

FOUDRIAT M., La co-construction : une alternative managériale, Rennes, Presses de l’EHESP, 2^e éd., 2019.

FRAISSE L., « 05. Co-construire l’action publique : apports et limites des politiques locales de l’économie sociale et solidaire en France », Politiques & management public, vol. 34, n° 1, 2017, 15p.

OCDE, Health at a Glance : Europe 2024. State of Health in the EU cycle, Paris, Organisation de Coopération et de Développement, 2024.

OMS, Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems: strategy report of the WHO Advisory Group on the Governance of the Private Sector for Universal Health Coverage, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2020.

SANNI YAYA H., « Article 5. Origines et développements des partenariats privé-public en santé dans les pays développés : principes enjeux et défis institutionnels », la revue de l’innovation : la revue de l’innovation dans le secteur public, vol. 10, n° 3, 2005, 12p.

7. SANNI YAYA H., « Article 5. Origines et développements des partenariats privé-public en santé dans les pays développés : principes enjeux et défis institutionnels », la revue de l’innovation : La revue de l’innovation dans le secteur public, vol. 10, n° 3, 2005, pp. 1-12.

8. who.int, Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems: strategy report of the WHO Advisory Group on the Governance of the Private Sector for Universal Health Coverage, 2020, URL : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018327>.

9. FRAISSE L., « 05. Co-construire l’action publique : apports et limites des politiques locales de l’économie sociale et solidaire en France », Politiques & management public, vol. 34, n° 1, 2017, pp. 105-120.

10. DEMORTAIN D., « Experts scientifiques et action publique : paradoxe et perspectives de recherche pour la sociologie politique de l’expertise », Sciences sociales et santé, vol. 38, n° 2, 2021, pp. 33-41.

11. JACOB S., « Evaluation », in BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. (dir.), Dictionnaire des politiques publiques, Paris, Presses de Sciences Po, 5^e éd., 2014, pp. 248-255.

12. FOUURIAT M., « Chapitre 1. Définition et dimensions de la co-construction », in FOUURIAT M., La co-construction : Une alternative managériale, Rennes, Presses de l’EHESP, 2^e éd., 2019, pp. 15-36.

13. PETERS B. G., « Nouveau management public », in BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. (dir.), Dictionnaire des politiques publiques, Paris, Presses de Sciences Po, 5^e éd., 2014, pp. 411-416.

**PAR DENIS RAYNAL
PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES
PROFESSIONS LIBÉRALES**

L'ENTREPRISE LIBÉRALE, UN MODÈLE D'AVENIR !



La question n'est pas nouvelle, mais elle n'a jamais été aussi pressante. Où vont les professions libérales ? À l'heure où l'économie se recompose, où les repères du travail changent et où les modèles d'organisation sont profondément interrogés, le secteur des professions libérales se trouve à un point de bascule. Non pas en situation de déclin mais à un moment de transformation profonde, qui engage à la fois son modèle économique, son identité et sa place dans la société.

Des défis multiples

Les professions libérales vivent aujourd'hui un double virage. Le premier est économique. Il se traduit par une accumulation de tensions subies comme l'inflation durable, la hausse des charges, l'instabilité fiscale et sociale, la complexification normative ou encore la financiarisation de certains secteurs. L'entreprise libérale, longtemps perçue comme une structure simple, est désormais confrontée à un environnement instable qui exige une forte capacité d'adaptation. Investir, employer, se développer ou transmettre sont devenus des actes stratégiques à part entière.

Dans le même temps, les formes d'exercice se diversifient : sociétés d'exercice, regroupements, plateformes, hybridations avec le salariat ou le micro-entrepreneuriat... Cette pluralité n'est pas en soi un problème. Elle est même un signe de vitalité. Mais elle pose une question centrale. Jusqu'où peut-on faire évoluer les structures sans remettre en cause ce qui fonde notre modèle libéral, basé sur l'indépendance du professionnel, sa responsabilité personnelle et la maîtrise de son acte ? La vigilance est indispensable face aux risques de subordination économique déguisée ou de dilution de la décision professionnelle. L'UNAPL est très attentive à ces aspects.

Le second virage est identitaire. Il est peut-être plus silencieux, mais tout aussi structurant. Les métiers évoluent, se recomposent. Les frontières traditionnelles s'estompent sous l'effet des innovations, des attentes des usagers et des transformations sociétales. Dans ce contexte, la tentation pourrait être de considérer l'identité libérale comme un héritage du passé. C'est

une erreur. L'indépendance, l'éthique, la responsabilité et l'humanisme ne sont pas des marqueurs figés. Ils constituent un socle pour la profession libérale, capable de donner du sens à la transformation.

Le numérique, et plus encore l'intelligence artificielle, symbolisent ces transformations. L'IA n'est ni une solution miracle ni une menace. Elle est un révélateur. Révélateur de ce qui peut être automatisé, standardisé, optimisé. Mais aussi révélateur de ce qui ne peut pas l'être : le jugement, l'analyse, la relation humaine, la responsabilité intellectuelle. Pour les professions libérales, l'enjeu n'est pas de résister à l'innovation, mais de la gouverner. D'en faire un outil au service de l'expertise. C'est tout le sens de l'idée d'« entreprise libérale augmentée » que nous portons à l'UNAPL. Une entreprise qui utilise la technologie pour mieux affirmer la valeur humaine de l'acte professionnel.

Enjeux sociétaux

À ces mutations économiques et technologiques s'ajoutent des mutations sociétales profondes. Les attentes des citoyens ont changé. Ils recherchent davantage de proximité, de lisibilité, de disponibilité. Ils attendent aussi un engagement sur les enjeux de responsabilité sociale, environnementale et territoriale. Les jeunes professionnels, quant à eux, expriment une aspiration forte à l'autonomie, au sens, à l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Là encore, le modèle libéral n'est pas en retrait. Il porte, au contraire, une promesse contemporaine d'un entrepreneuriat responsable, ancré dans les territoires.

Dans une société où le salariat se reconfigure et où la subordination perd de son évidence, l'entreprise libérale

apparaît comme une forme d'organisation moderne. Une entreprise de plein exercice, capable d'innover et de créer de la valeur, sans renoncer à l'indépendance ni à la responsabilité individuelle. Une entreprise qui ne dissocie pas performance économique et utilité sociale.

Face à ces recompositions, le rôle des corps intermédiaires est décisif. À l'UNAPL, notre responsabilité est de protéger ce qui fonde le modèle libéral, d'anticiper les mutations à venir et d'accompagner la transformation des pratiques. Cela suppose une vision stratégique de long terme, mais aussi un ancrage concret dans les réalités professionnelles. C'est à cette condition que les professions libérales pourront continuer à jouer leur rôle de pilier du lien social et économique.

Alors, où va-t-on ? Je suis convaincu que les transformations en cours ne fragilisent pas le modèle libéral. Elles le mettent à l'épreuve, et donc le renforcent. À l'horizon 2030, l'entreprise libérale sera mieux reconnue, plus collaborative, plus innovante. Elle aura intégré les outils numériques et l'intelligence artificielle comme des leviers de progrès, non comme des fins en soi. Elle sera encore plus attentive aux enjeux de responsabilité sociale, de transition écologique et d'attractivité

des métiers. Mais elle restera fidèle à ce qui la fonde : l'indépendance, l'éthique et l'humanisme.

L'avenir des professions libérales ne se décrète pas. Il se construit, collectivement. C'est cette ambition que nous portons aujourd'hui à l'UNAPL. Non pas pour préserver un modèle par nostalgie, mais pour affirmer qu'il constitue, plus que jamais, une réponse crédible aux défis contemporains. ■

**« DANS UNE SOCIÉTÉ
OÙ LE SALARIAT SE
RECONFIGURE ET OÙ LA
SUBORDINATION PERD
DE SON ÉVIDENCE,
L'ENTREPRISE LIBÉRALE
APPARAÎT COMME UNE
FORME D'ORGANISATION
MODERNE. UNE
ENTREPRISE DE PLEIN
EXERCICE, CAPABLE
D'INNOVER ET DE
CRÉER DE LA VALEUR,
SANS RENONCER À
L'INDÉPENDANCE NI À
LA RESPONSABILITÉ
INDIVIDUELLE »**

LES BONS COMPTES FONT LES BONNES RÉFORMES

PAR BRUNO COQUET
ÉCONOMISTE ET MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU CRAPS

Ce n'est un secret pour personne, notre système de protection sociale est en mauvaise santé et il coûte cher. Au fil des réformes et d'innombrables replâtrages, le sentiment se répand de toujours payer plus pour des droits qui rétrécissent... sauf les droits des « autres » qui en outre ne paieraient pas. Le lien entre prélèvements sociaux et prestations est brouillé, le consentement à payer s'étirole, chacun veut être sûr d'en avoir pour son argent, certains menaçant même de reprendre leurs billes quitte pour cela à faire douter de la viabilité du système.

Dissiper le brouillard comptable

La grande confusion qui règne dans les comptes publics nourrit ces suspicions qu'il faudra bien lever si l'on veut établir un diagnostic fiable et partagé, indispensable à l'acceptation de réformes d'ampleur. Deux voies sont possibles pour réformer : rendre plus efficaces les briques du système pour que l'ensemble soit plus économique, ou opérer des réductions bien ciblées dans les « dépenses sociales » en espérant que l'efficacité suivra. C'est cette deuxième stratégie qui domine les dé-

bats. Il faut donc plonger dans les dépenses sociales, un concept ad-hoc qui, en première approche, se compose de deux grands ensembles de nature très différente : d'une part les assurances sociales qui concentrent l'essentiel des critiques, d'autre part les transferts redistributifs au nom de la solidarité, qui malgré quelques grincements prennent continuellement de l'embonpoint.

Ce qui est fâcheux avec les comptes approximatifs, c'est que l'on ne peut rien en dire, mais aussi - par un étrange paradoxe - tout en dire sans risque d'être pris en défaut. Remettre de l'ordre dans les comptes publics est donc un préalable évident.

En matière de finances sociales, des principes fondamentaux sont poussés à leurs limites, comme par exemple la règle pourtant très flexible de non-affectation des recettes publiques¹ : qui en douterait peut tenter de trouver la logique qui a fini par aboutir au « schéma de la répartition des impositions affectées à la Sécurité sociale² », ou s'intéresser au chiffrage des dépenses non-contributives qui représentent 20 % des retraites³ et de l'assurance chômage⁴,

dépenses qui selon les cas devraient relever de la redistribution au titre de la pauvreté, de la politique familiale, de la politique culturelle, etc. et donc être débitées d'autres comptes que ceux des assurances sociales et être directement financées par le budget de l'État.

En mettant l'argent dans les mauvaises cases, les comptes d'apothicaire ont aussi l'inconvénient de décrédibiliser les comparaisons internationales par type de dépenses⁵ sur lesquelles nos gouvernements et les organisations internationales se basent pour prescrire les réformes prioritaires. Ce n'est pas rien compte tenu du poids normatif donné à ces comparaisons pour justifier du bien-fondé des réformes.

Si la confusion comptable semble n'avoir jamais gêné l'État, c'est possible parce qu'il en a souvent tiré parti, et l'a même organisée en substituant des contributions aux cotisations, allégeant ici tout en taxant ailleurs, compensant, bouchant les trous selon l'urgence du moment. Impécunieux au-delà de la sphère sociale, l'État a ainsi pu aspirer de nouvelles recettes dans le percolateur

1. Loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (dite LOLF), Art. 16 et suivants.

2. Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2026, Annexe 3 p. 16.

3. CHOPARD M. et al. (2025) « Fin 2020, les dispositifs de solidarité représentent 20 % des dépenses de retraite » Les dossiers de la DREES, n°130.

4. COQUET B. (2023) « Quelle trajectoire financière pour l'assurance chômage ? », Blog de l'OFCE.

5. Par exemple, s'il est communément admis que les dépenses de retraites pèsent 14 % du PIB en France, elles incluent pourtant 1 % du PIB de droits familiaux qui devraient être comptabilisés dans la politique familiale.

budgétaire commun, d'autant plus aisément que par la magie d'une métonymie qui échappe certainement à la majorité des assurés-contribuables, les cotisations d'hier avaient opportunément été requalifiées en contributions⁶, donc en impôts.

Le résultat est implacable : les « cotisations » sur les revenus d'activité ont diminué d'environ 3 % du PIB en 30 ans, cependant que l'ensemble des prélèvements fiscaux augmentait de 4 % du PIB. Ce bonneteau à plus de 100 milliards par an anémie les finances sociales au bénéfice du budget général⁷. Il est désormais facile de pointer les « subventions » à la protection sociale pour convaincre de la nécessité de réformes, budgétaires plutôt que substantielles.

Sganarelle refait les comptes sociaux

Sur ce terrain marécageux, les récits simplistes et les comptes à l'emporte-pièce remportent sans coup férir le match qui les oppose à la comptabilité, rigoureuse mais dénuée de charme.

Il n'est pourtant pas indispensable de faire apparaître un déficit et une dette aussi gros que possible pour convaincre de la nécessité de réformer. Il existe de nombreuses raisons objectives et largement partagées de revoir en profondeur la protection sociale : les poches d'inefficiences, la démographie, l'affaissement de la productivité, l'équité, les intérêts à payer, la nécessité de dégager des moyens pour d'autres dépenses stratégiques, économiques, écologiques, etc. mais il faut alors accepter une certaine complexité, vérifier la cohérence macroéconomique, avec à la clé un marketing de la réforme évidemment moins flamboyant.

Les compilateurs de la « dette sociale » se risquent rarement dans les méandres d'une comptabilité précise. Partant du postulat selon lequel toutes les dépenses non-sociales seraient financées, ils soldent les comptes publics sur les « dépenses sociales »... alors même que ce sont les seules à être en partie financées par des ressources

propres. Avec la même méthode, on pourrait tout aussi solidement faire apparaître une dette éducative (qui croîtrait au rythme de 6,7 % du PIB par an) une dette militaire (2,1 %), une dette de la fonction publique (12,4 %)⁸, etc. d'autant plus que toutes ces dépenses sont entièrement « subventionnées ».

C'est ainsi qu'en dépit de leurs approximations, ces assertions sur la dette sociale gagnent chaque jour une audience peu regardante sur l'exactitude des faits et des additions, qui relaie complaisamment des constats et des remèdes douteux.

Réparer la boussole de la contributivité

Les réformes qui seraient engagées sur des bases aussi fragiles - ou même fausses, risqueraient fort de ne rien résoudre au fond, quand bien même elles produiraient des économies. En s'avérant décevantes, elles ne restaureraient pas la confiance et le consentement à payer.

La question de qui paie quoi, combien et pourquoi devra de toute manière être clarifiée. Cela passe par le rétablissement d'une frontière très nette entre d'une part le financement des droits contributifs, c'est-à-dire dépendants du montant et de la durée des

cotisations (retraite, chômage, indemnités journalières), et d'autre part les prestations non-contributives, c'est-à-dire la redistribution qui a vocation à être financées par l'impôt (l'ensemble des autres dépenses dites sociales, santé, famille, pauvreté, etc.).

Cette boussole réparée, les assurés-contribuables seraient mieux informés quant aux enjeux des réformes, pour eux-mêmes et le corps social dans son ensemble. Les postures martiales, le rabot, la coupe au bol, le sang et les larmes qui nous sont promis pourraient être remisés au profit de transformations plus subtiles, plus consensuelles, certainement plus efficaces et mieux acceptées. ■



ET SI LA FRAGILISATION DE LA PROTECTION SOCIALE ÉTAIT UNE ARME ?

**PAR GÉNÉRAL DE CORPS AÉRIEN (2S)
JEAN-FRANÇOIS FURET-COSTE
PRÉSIDENT DE SOLIDARM - LE RENFORT SOCIAL DES
FORCES ARMÉES**

Alors que tout peut devenir arme, le social devient à son tour un champ stratégique. L'arsenalisation contemporaine ne se limite plus aux champs militaire, technologique ou informationnel : elle s'étend désormais au champ

social, où les fragilités collectives deviennent des vulnérabilités stratégiques. La dégradation de la protection sociale nourrit défiance, fractures et démobilisation, offrant un terrain favorable aux stratégies de déstabilisation et d'influence,

directes ou indirectes. Dès lors, la protection sociale ne peut plus être pensée comme un simple amortisseur des crises, mais comme une infrastructure stratégique de cohésion, de résilience et, in fine, de capacité de défense.

6. Le statut de la CSG, cotisation sociale ou impôt, a été l'objet d'une longue controverse. CABANNES X. (2016) « Le juge et la nature juridique de la CSG : retour sur quinze années de questionnement », revue française de finances publiques 2016/4 n°136.

7. Avec un PIB qui dépassera 2 950 milliards d'euros en 2025, 1 point de PIB vaut environ 30 milliards d'euros.

8. Sources : Dépense intérieure d'éducation (DIE, 2023) et le Projet de loi de finances 2026.



Le concept d'« arsenalisation » s'est imposé récemment dans le champ stratégique pour décrire une mutation profonde des conflictualités contemporaines. Il traduit une réalité désormais bien identifiée par les stratèges : tout peut devenir une arme. Bien au-delà du champ militaire, cette logique envahit désormais l'ensemble de la société : le politique, l'économique, le numérique, l'informationnel... mais aussi, fort logiquement, l'humain.

L'arsenalisation brouille les frontières traditionnelles entre paix et guerre, entre civil et militaire, entre protections et vulnérabilités.

Le retour de la guerre de haute intensité en Europe depuis 2022 a accéléré cette dynamique. Le réarmement capacitaire, industriel et moral redessine les priorités publiques, tandis que les formes de conflictualité se diversifient et s'enchevêtrent : opérations militaires, pressions économiques, cyberattaques, instrumentalisation de l'information, stratégies d'influence. Dans cet environnement, tout objet, toute dépendance, toute fragilité peut acquérir une dimension stratégique. Une infrastructure civile, un flux énergétique, un standard technologique ou un récit médiatique peuvent suffire à contraindre, dissuader, révolter ou déstabiliser.

Les exemples sont nombreux et désormais bien documentés. L'un d'eux est, et c'est la raison de cet article, la dégradation progressive de dispositifs de protection collective d'accès aux soins, particulièrement, mais aussi au logement ou aux prestations sociales. Celle-ci a nourri notre population nationale d'un fort sentiment d'abandon, de déclassement voire souvent de défiance vis-à-vis des institutions. Ce climat est bien évidemment un terrain favorable aux stratégies d'influence (au niveau national ou international), à la polarisation du débat public et à la diffusion de récits contestant la légitimité même de l'action publique.

En ce sens, la remise en cause ou l'instabilité des mécanismes de solidarité peut être analysée comme une forme d'arsenalisation indirecte : ce n'est pas une at-

taque frontale mais une pression diffuse, sur la durée, qui agit sur les ressorts sociaux et psychologiques de nos sociétés européennes. L'isolement, la fatigue psychique, la perte de confiance dans les institutions constituent autant de failles exploitables. Ces vulnérabilités peuvent devenir des leviers d'influence, de division ou de démobilisation collective.

Dans un tel contexte, la capacité de mobilisation nationale cesse d'être un acquis. L'incapacité à mobiliser devient un risque stratégique à part entière, directement corrélé à l'état du pacte social. Non pas par lâcheté ou indifférence, mais parce que le pacte implicite entre l'individu et la Nation est désormais perçu comme fragile ou inégalitaire, ou pire encore, en voie de déliquescence. Un citoyen qui a le sentiment que la société ne le protège

plus, ne le reconnaît plus ou ne tient plus ses promesses se pose la question du consentement au sacrifice ultime. Il ne va plus de soi.

La fragilisation de la protection sociale agit ici comme une faille. Elle affaiblit la cohésion du corps social, érode la confiance collective et crée des lignes de fracture exploitables par des acteurs ou des dynamiques cherchant à affaiblir les fondements de la République ou de la démocratie.

« L'INCAPACITÉ À MOBILISER DEVIENT UN RISQUE STRATÉGIQUE À PART ENTIÈRE, DIRECTEMENT CORRÉLÉ À L'ÉTAT DU PACTE SOCIAL »

Autrement dit, le social devient un facteur crucial : il revêt une dimension stratégique qui doit donc être défendue comme telle.

Cette lecture invite à dépasser une vision strictement compassionnelle ou réparatrice de la protection sociale. Compenser les vulnérabilités n'est pas seulement un impératif moral ou un choix de politique publique : c'est un enjeu de résilience collective. Renforcer la stabilité des familles, soutenir les plus fragiles, prévenir les ruptures sociales, maintenir un socle de confiance et de cohésion contribue directement à réduire l'exposition d'une communauté aux nouvelles formes de conflictualité.

Et bien évidemment, l'essor fulgurant de l'intelligence artificielle transforme encore plus profondément l'environ-



**« À L'HEURE OÙ
TOUT PEUT ÊTRE
INSTRUMENTALISÉ,
LA SOLIDARITÉ N'EST
PLUS SEULEMENT
UNE MOTIVATION, UN
PRINCIPE DIRECTEUR
OU UNE VALEUR, ELLE
DEVIENT UN ENJEU
STRATÉGIQUEL »**

nement informationnel : nos espaces numériques sont saturés par des contenus artificiels, brouillant le vrai et le faux. Là encore, si elle est appréhendée comme un ressort de cohésion nationale, la protection sociale entendue comme un ensemble de mécanismes de sécurisation, d'accompagnement et de soutien participe indirectement à la robustesse cognitive des citoyens.

Ainsi, se dessine une continuité inédite entre le champ de bataille, les infrastructures civiles, les plateformes numériques et le tissu social. L'arsenalisation de tout conduit à une forme de « guerre totale » diffuse, per-

manente, souvent invisible, mais aux effets profonds. Cette évolution redéfinit les rapports de force, fragilise nos repères traditionnels et impose de repenser nos défenses. Défenses militaires et technologiques, bien sûr, mais aussi et peut-être surtout défenses sociales.

Dans ce contexte, les acteurs de la protection sociale en général doivent être plus que des amortisseurs des crises. Intervenant résolument dans le champ de la prévention sociale, ils deviennent des contributeurs à la résilience nationale. En agissant sur les causes profondes de la fragilité, en empêchant les ruptures, en maintenant le lien et la cohésion, les structures de l'économie sociale et solidaire comme Solidarm que j'ai l'honneur de présider depuis 5 ans participent, à leur niveau, à la solidité du corps social et à la protection du collectif.

À l'heure où tout peut être instrumentalisé, la solidarité n'est plus seulement une motivation, un principe directeur ou une valeur, elle devient un enjeu stratégique. Une idée qui mérite, sans doute, d'être pleinement intégrée aux réflexions sur l'avenir de notre modèle de protection sociale.

À méditer. ■



RÉFORME DE LA PSC : UNE RECOMPOSITION DU MARCHÉ ENGAGÉE, DES RISQUES DIFFÉRÉS MAIS BIEN RÉELS

**PAR EUROGROUP CONSULTING
ANTOINE EVENNOU, PRINCIPAL ASSURANCE ET PROTECTION SOCIALE,
CAMILLE DUGELAY, MANAGER ASSURANCE ET PROTECTION SOCIALE,
AVEC L'APPUI D'ANTOINE DOUSSIN, CONSULTANT**

UN AN APRÈS LE LANCEMENT EFFECTIF DES PREMIERS CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES DANS LA FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT (FPE), L'HEURE N'EST PLUS AUX CONJECTURES RÉGLEMENTAIRES MAIS AU PREMIER BILAN CHIFFRÉ. SI LE « BIG BANG » REDOUTÉ N'A PAS BALAYÉ L'ENSEMBLE DU PAYSAGE MUTUALISTE, LES MOUVEMENTS DE FONDS OBSERVÉS EN 2025 CONFIRMENT UNE TRANSFORMATION STRUCTURELLE DU SECTEUR. ENTRE ILLUSION DE VOLUME POUR LES ACTEURS HISTORIQUES ET PERCÉE SIGNIFICATIVE DES NOUVEAUX ENTRANTS, RETOUR SUR UNE ANNÉE CHARNIÈRE.

La réforme de la Protection sociale complémentaire (PSC), initiée par l'ordonnance de 2021, avait pour ambition d'aligner le secteur public sur le privé (ANI 2013). En ce début d'année 2026, alors que la Fonction publique d'État a largement basculé dans ce nouveau régime de protection en santé et prévoyance, les Fonctions publiques territoriale et hospitalière suivent leurs propres rythmes. Les effets de marché se dessinent nettement et sont loin d'être un simple ajustement technique.

FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT : LE GRAND RAPATRIEMENT

C'est sur le versant de l'État que la mécanique de la réforme est la plus lisible. L'analyse des premiers basculements révèle que le principal effet de la PSC en santé n'est pas tant d'équiper des agents non couverts (environ 5 % d'agents non couverts avant la réforme de la PSC), mais de mettre fin à l'éparpillement des contrats.

Une croissance portée par la concentration

Avant la réforme, si environ 95 % des agents étaient couverts en santé, seuls 70 % en moyenne adhéraient aux contrats référencés par leur ministère. Les 25 % restants étaient « dispersés » dans la nature (contrats individuels, mutuelles du conjoint, etc.). L'obligation d'adhésion a agi comme un puissant accélérateur. Pour les opérateurs remportant les appels d'offres (acteurs historiques ou nouveaux entrants), le gain de volume est mécanique : le périmètre géré s'est mathématiquement élargi en incluant ces populations « rapatriées » par la réforme et les agents non couverts.

La percée confirmée des challengers

Ce mouvement de concentration ne profite toutefois pas uniquement aux mutuelles historiques de la Fonction publique référencées. Au contraire, la réforme a ouvert

une brèche dans laquelle se sont engouffrés des acteurs jusqu'alors peu présents sur le périmètre fonctionnaire. Selon les estimations consolidées par Eurogroup Consulting, les « nouveaux entrants » ont capté près de 28 % des parts de marché en santé. Ce chiffre témoigne de leur capacité à gérer des volumes de contrats massifs et marque la fin des monopoles : même sur des périmètres historiques majeurs (finances, transition écologique), les forteresses se sont ouvertes, laissant une part significative du marché à ces nouveaux acteurs. Cette dynamique se couple par ailleurs à des logiques d'alliances stratégiques sur certains marchés jusqu'alors inédites, redistribuant nécessairement les contrats.

Un effet volume qui masque une croissance globale atone

Cette dynamique de concentration est vitale pour l'équilibre économique des nouveaux contrats. Selon nos

analyses, elle permet de compenser la compression des revenus par l'apport de nouveaux adhérents. Pour les vainqueurs, l'équation semble positive : le chiffre d'affaires du marché « ministériel » a ainsi bondi de 39 %. Toutefois, à l'échelle du marché assurantiel global, la progression n'est que de 2 %, une hausse limitée qui correspond quasi exclusivement à l'entrée des agents auparavant non couverts.

Les mutuelles historiques de la fonction publique profitent en partie de cet appel d'air mais dans une équation financière complexe : si leur volume d'agents couverts progresse de 5,6 %, leur chiffre d'affaires n'augmente que de 2,6 %. Cet effet ciseau entre la croissance des effectifs et celle des revenus pose un défi immédiat de rentabilité technique. Avec des revenus par tête contraints et des coûts de gestion à piloter, la marge technique se retrouve sous pression.

Pour le marché de l'assurance dans sa globalité, le jeu reste à somme nulle : la croissance des contrats collectifs dans la fonction publique se fait par cannibalisation directe du marché individuel diffus, qui perd mécaniquement cette clientèle invisible, représentant un transfert de valeur estimé à près de 600 millions d'euros vers le périmètre des contrats de l'État.

« SI LA RÉFORME DE LA PSC N'A PAS CONDAMNÉ LE MODÈLE MUTUALISTE, ELLE VIENT INTERROGER SON APPROCHE AFFINITAIRE HISTORIQUE »

TERRITORIALE ET HOSPITALIÈRE : DEUX DYNAMIQUES, DEUX VITESSES

Si la FPE a subi un électrochoc, les deux autres versants connaissent des trajectoires plus amorties, mais non dénuées d'enjeux stratégiques.

La FPT : prime à la continuité et stratégies de diversification

Dans la Fonction publique territoriale, le séisme n'a pas eu lieu. Le maintien du système dual (labellisation / convention de participation) et l'absence d'obligation d'adhésion immédiate aux contrats collectifs en santé (loi de décembre 2025) ont figé les positions.

Les acteurs bien implantés conservent ainsi leur prédominance grâce à leur maillage local. Cependant, des mouvements intéressants s'opèrent. On note ainsi la dynamique d'autres acteurs, mutualistes ou non, qui confirme des stratégies de diversification de portefeuille en poussant leurs pions sur le marché territorial, cherchant ainsi à ne plus dépendre exclusivement de bastions historiques, notamment la FPE.

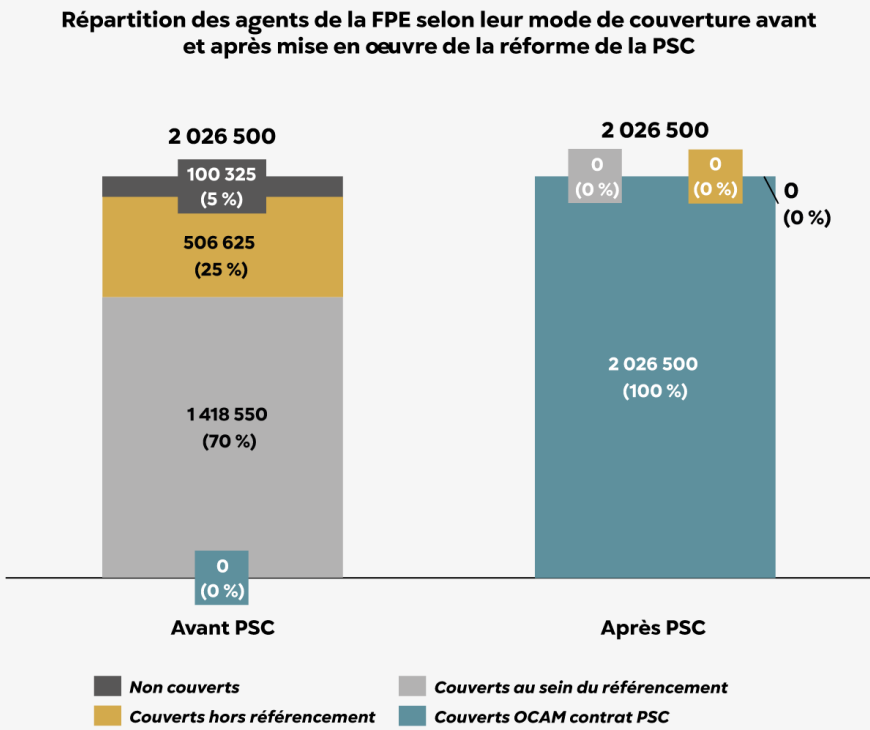
La FPH : l'inconnue de l'échelon géographique

Pour la Fonction publique hospitalière, le report de la réforme à 2027 (acté par la LFSS 2026) laisse planer le doute. Néanmoins, le scénario qui se dessine, à savoir une mise en œuvre à l'échelle des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) risque de reproduire, voire d'amplifier, les effets vus dans l'État. La taille critique des futurs contrats GHT attirera inévitablement les grands assureurs et groupes de protection sociale, créant une barrière à l'entrée complexe pour les petites mutuelles hospitalières locales. L'enjeu de concentration y sera encore plus violent.

Toutefois, si la mise en œuvre se faisait à un échelon plus territorial, les petits acteurs mutualistes ancrés dans les territoires pourraient tirer leur épingle du jeu.

UNE CONFIRMATION DES RISQUES ET UN IMPÉRATIF D'EXCELLENCE OPÉRATIONNELLE

L'an dernier, notre étude initiale alertait sur le fait qu'un tiers des mutuelles de la fonction publique (soit 6 % du marché global) se trouvaient en situation de risque fort. Le bilan de cette première vague confirme cette analyse, avec une nuance temporelle : si le volume global est protégé à date, des fragilités individuelles apparaissent. Plusieurs acteurs sectoriels (notamment sur les périmètres régaliens ou financiers) ayant perdu leur monopole se retrouvent aujourd'hui fragilisés.





Un effet de croissance « en trompe-l'œil » à anticiper

Pour les acteurs ayant « gagné » ou conservé leurs positions, la victoire ne doit pas masquer la fragilité du modèle. Ils entrent dans un cycle de 3 à 6 ans, en fonction des contrats, où la rentabilité sera sous tension permanente.

L'effet du rapatriement des 30 % d'agents diffus ne se reproduira pas deux fois : la croissance future sera nulle (purement démographique). Pire, les volumes seront peut-être en baisse à moyen-long terme, en fonction des choix de maîtrise budgétaire opérés par l'État. La compétition lors du prochain cycle de renouvellement ne pourra plus compter sur cet effet d'aubaine, exacerbant d'autant plus les tensions sur les marges.

La survie au prochain renouvellement se jouera ainsi sur deux tableaux stratégiques, confirmés par les résultats du baromètre 2026 des décideurs de l'assurance d'Eurogroup Consulting :

- L'excellence opérationnelle : citée par 57 % des décideurs comme la priorité absolue, la capacité à industrialiser la gestion est devenue vitale pour

préserver les marges techniques dans un environnement de prix contraints ;

- La diversification indispensable : toujours selon le baromètre, 57 % des assureurs identifient la diversification des marchés comme le levier de croissance clé. Pour les mutuelles de la fonction publique, sortir de la mono-activité santé pour développer la prévoyance et les services n'est plus une option, mais le seul rempart contre l'érosion de la rentabilité.

Vers une hybridation des modèles

Si la réforme de la PSC n'a pas condamné le modèle mutualiste, elle vient interroger son approche affinitaire historique. En standardisant les règles du jeu, la réforme marque sans doute la fin de la spécificité mutualiste en matière de développement commercial. L'avenir devrait ainsi confirmer l'effacement progressif des frontières entre les familles d'acteurs (mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance), accélérant un « rapprochement des mondes » rendu inévitable par cette nouvelle logique de marché. ■

ENTREPRISE OU GROUPEMENT OBTENANT LE MARCHÉ PSC EN SANTÉ PAR MINISTÈRE

Ministère	Entreprise ou groupement détenteur du contrat PSC santé	Volume de fonctionnaires concernés	Complémentaire(s) santé historique(s) positionnée(s) sur le champ ministériel
Ministère de l'Agriculture	AGRICA / MERCER	29 400	HARMONIE / AG2R / LA MONDIALE / GROUPAMA
Ministère de l'Économie et des Finances	ALAN	128 600	MGEFI / MCF
Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères	MGEN / MAEE	8 900	MAEE
Ministères de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports	MGEN / CNP	1 105 100	MGEN
Ministère des Armées	UNEO / HARMONIE	281 400	UNEO / HARMONIE
Ministère de l'Intérieur	MGP / MGEN	302 300	MGP / INTERIALE
Ministère de la Culture	MGEN	8 900	MGEN
Ministère de la Justice	INTERIALE / AXA	91 600	INTERIALE / AXA / MMJ
Ministères Sociaux	MGAS / MGEN / MNH / RELYENS	13 700	MGAS / SHAM / MGEN / HARMONIE
Ministère de la Transition Écologique	ALAN	45 600	MGEN
Services du Premier Ministre	ALAN	11 000	MGEFI

RETOUR SUR L'HISTOIRE D'UN ACTEUR SOCIAL MÉCONNU : LA MUTUALITÉ

PAR CHARLOTTE SINEY
HISTORIENNE, SPÉCIALISTE DE L'HISTOIRE DE LA
MUTUALITÉ, DE L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

ET DIDIER BAZZOCCHI
PRÉSIDENT DU CRAPS

Tour à tour assimilées à des institutions administratives ou à des compagnies d'assurance, les mutuelles sont souvent malmenées par les médias, dont l'attention reste focalisée sur leurs évolutions tarifaires. Mais qui sait que ces organismes à but non lucratif sont des acteurs clés de l'Économie sociale et solidaire ? Qui sait que ces groupements historiques, apparus très tôt dans notre histoire, ont participé à la lente construction du système de protection sociale français ? Qui sait que leur histoire est faite d'une succession de crises, subies et surmontées, qui en ont fait un mouvement social engagé dans de grands combats sociétaux ? Revenir aux sources de cette histoire nous permettra de mieux appréhender l'identité, complexe et mouvante, de cet acteur devenu indispensable à notre paysage social.

LE DÉFI DE LA RECONNAISSANCE

La mutualité est considérée comme le plus ancien mouvement social français. Nées à la fin du XVIII^e siècle, les sociétés de secours mutuels sont les héritières des corporations et des confréries médiévales, à l'origine des premières formes de protection mutuelle face aux risques

de la vie - maladie, accident, vieillesse et mort -, dans un contexte d’absence totale de l’État social. Reprenant cette tradition solidaire, les groupements mutualistes se diffusent au sein des métiers artisanaux urbains les plus qualifiés, auxquels ils procurent un modeste filet de sécurité. Mais ce mouvement encore fragile - seule une cinquantaine de sociétés est alors identifiée dans l’ensemble de l’Hexagone -, est très vite confronté à une première crise existentielle : en juin 1791, la loi Le Chapelier interdit toute forme de rassemblement dans le monde du travail. En d’autres termes, la mutualité est à peine née qu’elle est déjà proscrite.

Au-delà de la suppression de toute forme de privilège, qui implique la disparition des corporations professionnelles, la loi Le Chapelier se justifie par le programme social inédit élaboré par les révolutionnaires, reposant sur l’idée que « les secours publics sont une dette sacrée¹ »de la Nation. C’est ce qui explique les conséquences paradoxales de cette « loi terrible² »sur la mutualité : contrairement aux organisations corporatives, qui resteront longtemps victimes d’une sévère répression, les sociétés de secours mutuels font l’objet d’une certaine tolérance de la part des

pouvoirs publics en tant que palliatif à l’échec du programme révolutionnaire de secours publics, qui ne sera jamais concrétisé. Bien que juridiquement proscrites, les groupements mutualistes jouissent donc d’une situation de « liberté surveillée », qui se prolongera pendant près d’un demi-siècle.

Les choses changent radicalement sous le Second Empire, qui représente la deuxième grande fracture de l’histoire de la mutualité : le 26 mars 1852, Napoléon III décide de légaliser le mouvement, en promulguant le statut de « mutualité approuvée ». Sortant de cette situation

inconfortable de semi-liberté, les sociétés de secours mutuels bénéficient d’avantages matériels et financiers non négligeables, mais dont la contrepartie s’avère particulièrement lourde, au travers d’un contrôle étroit imposé par le pouvoir : en témoigne le remplacement de l’élection du président par sa nomination par l’empereur ou par le préfet, et la mainmise des notables locaux sur les conseils d’administration, sous le statut de « membres honoraires ». Cette tutelle du pouvoir est la source d’une profonde transformation de la mutualité : rupture avec le monde ouvrier et ouverture aux classes moyennes s’accompagnent d’un essor numérique sans précédent du mouvement qui passe de 2 500 organismes en 1848 à 5 700 en 1870, regroupant déjà près de 700 000 adhérents. La législation de 1852 accroît par ailleurs les possibilités d’action des sociétés, dont les prestations s’étoffent sensiblement : les modestes indemnités journalières, qui demeuraient leur principal secours, sont désormais complétées par le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, voire par des pensions de retraite et des allocations pour veuves et orphelins. Indépendamment du contrôle et de la notabilisation à laquelle elle est soumise, la mutualité gagne incontestablement en efficacité.

Il faut attendre 1898 pour que le pouvoir républicain réponde au vœu des mutualistes, en supprimant les clauses restrictives du décret de 1852. La Charte de la Mutualité, adoptée le 1^{er} avril 1898, lui offre de vastes perspectives dans l’ensemble de l’action sociale. Outre la levée de toute limitation quant à leurs axes d’intervention, la loi autorise les sociétés à se rassembler, non seulement localement, au sein d’unions départementales, mais aussi au plan national : c’est ce qui donnera naissance, en 1902, à la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF). Reconnue par les pouvoirs publics comme un

partenaire dans la prise en charge des problématiques sociales, la mutualité engage une diversification de ses activités : aux caisses de réassurance et d’obsèques, s’ajoute une gamme d’œuvres sociales sans cesse diversifiées.

S’ouvre l’heure des premières innovations sociales, qui propulsent la mutualité au rang de véritable acteur de santé : parmi elles, citons les pharmacies mutualistes, qui visent à démocratiser l’accès aux médicaments, encore réservés à une petite élite. Par la mise en place d’abonnements, permettant aux adhérents de se procurer gratuitement les remèdes, les mutualistes inaugurent les prémices du tiers-payant pharmaceutique. Il en va de même pour la mutualité maternelle, expérimentée à Paris en 1892 avant sa diffusion sur tout l’Hexagone : grâce à une double cotisation, ouvrière et patronale, le système pose les jalons des premières formes de congé maternité, alors inexistantes en France. La mutualité maternelle inspirera la loi votée en 1913, instaurant un congé maternité obligatoire et rémunéré de quatre semaines pour toutes les travailleuses. Ces quelques exemples révèlent le rôle moteur joué par le mouvement mutualiste, dont les initiatives montrent parfois la voie aux pouvoirs publics.

LE DÉFI DE L’OBLIGATION

Après la Grande Guerre et son lot de désastres humains, la mutualité est soumise à « l’embarrassante question de l’obligation³ ». L’explosion des besoins sociaux, alliée au retour dans le giron français des départements d’Alsace-Moselle, annexés par le Reich allemand depuis la défaite de 1870, implique la mise en œuvre d’un système de protection sociale obligatoire, face auquel la France s’était jusqu’alors montrée réfractaire. Le coup est rude pour le mouvement mutualiste, historiquement fondé sur la liberté, et dont les prérogatives se voient menacées par la perspective d’un régime généralisé de protection sociale. Mais nécessité fait loi pour ses responsables, qui comprennent le caractère inéluctable des assurances sociales. Tout l’enjeu sera désormais d’y négocier une place de choix, afin d’y jouer un rôle prépondérant : le pari est gagné lors de l’adoption des assurances sociales, en 1928 et 1930, au terme de laborieuses négociations avec l’ensemble des partenaires sociaux.

Le système, certes obligatoire, préserve néanmoins la liberté de choix des caisses par les assurés sociaux, selon un principe « d’affinité » mettant en concurrence des

organismes de nature mutualiste, syndicale et patronale. La mutualité y obtient une large place, tant au niveau local, par la gestion de caisses d’affinité, que dans les organismes nationaux. Facteur apparent de puissance, cette implication dans les assurances sociales n’est pas dénuée d’effets pervers : engluée dans la gestion administrative du régime, la mutualité y sacrifie une part « de son allant, de sa sociabilité, du caractère militant qui avait fait sa force avant 1914⁴ ». Ce qui pouvait a priori se présenter comme une force contribue donc finalement à l’affaiblissement du mouvement, victime d’un vieillissement de ses cadres, source de conservatisme et d’un éloignement de la base adhérente. Le ralliement officiel de la FNMF à la Charte du travail vichyste, en 1942, en apparaît comme la conséquence malheureuse, qui nuira longtemps à son image de marque.

Si la guerre et l’Occupation ne constituent paradoxalement pas un tournant fondamental dans l’histoire de la mutualité, en revanche, la Libération ouvre une période critique, liée à la mise en œuvre de la Sécurité sociale. Le système, élaboré par Pierre Laroque, conformément au programme du Conseil national de la Résistance (CNR), est destiné à couvrir l’ensemble de la population contre tous les risques sociaux, sans aucune exclusion, en rupture avec les anciennes assurances sociales. En vertu du modèle de démocratie sociale envisagé par le CNR, la gestion en est par ailleurs confiée aux représentants des assurés sociaux, autrement dit, aux syndicats et aux organisations patronales. Avancée sociale majeure pour la population française, la Sécurité sociale représente à l’inverse un redoutable choc pour la mutualité, qui se voit évincée de sa gestion, et dont les perspectives d’avenir sont mises en cause par l’ambition d’universalité du système. En dépit de l’ordonnance du 19 octobre 1945 qui prévoit de nouvelles missions mutualistes, notamment dans le cadre de « la prévention des risques sociaux et la réparation de leurs conséquences, [de] l’encouragement de la maternité et la protection de l’enfance et de la famille [et du] développement moral, intellectuel et physique de leurs membres », un sentiment de colère, puis d’abattement domine le mouvement.

Au terme de deux années de crise profonde, la mutualité se ressaisit et prend conscience des opportunités qui lui sont offertes. Outre la revendication du maintien de nombreux régimes particuliers, la prise en charge du ticket modérateur apparaît comme une nouvelle voie de développement pour les mutuelles, leur procurant une

1. Extrait de la Constitution de 1793.

2. Jean Jaurès, *Histoire socialiste de la Révolution française*, Éditions Rouff, 1900-1904.

3. Bernard Gibaud, « *Mutualité / Sécurité sociale. Un couple sous tension* », *Vingtième Siècle. Revue d’histoire*, n° 48, octobre-décembre 1995.

4. Michel Dreyfus, Michèle Ruffat, Vincent Viet, Danièle Voldman, « *Se protéger, être protégé, Une histoire des assurances sociales en France* », Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015.



fonction inédite de « complémentaires santé ». Pour finir, la loi Morice, adoptée en 1947, concourt à la réconciliation des sociétés mutualistes avec la Sécurité sociale, en les autorisant à devenir gestionnaires d’organismes obligatoires. Bien que sans grande portée pour une majorité de groupements, exception faite des mutuelles de fonctionnaires, la loi Morice représente néanmoins la « première étape d’une normalisation entre les deux organismes⁵ ».

La fin des années 1940 amorce une longue ère de reprise en main de la mutualité, placée sous le signe d’une intense modernisation, dans ses structures, ses prestations, ses modalités d’intervention comme dans son discours. Tout en adaptant ses interventions à l’évolution des besoins sociaux, cette dernière s’affirme comme un farouche défenseur de la Sécurité sociale face aux réformes entamées dès les années 1960. En parallèle, est engagée une action sanitaire et médico-sociale de grande ampleur, au travers de réalisations originales, voire avant-gardistes : cliniques chirurgicales, centres de santé, cabinets dentaires et magasins d’optique mutualistes fleurissent sur tout le territoire. Plus largement, le mouvement s’impose comme une force d’inclusion sociale à l’égard de catégories de populations marginalisées, voire stigmatisées, à l’instar des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou des malades mentaux : tous font l’objet de réalisations innovantes, contribuant à une prise en charge humaine et

digne. C’est également le cas des femmes, que certaines mutuelles viennent soutenir dans leurs combats pour le droit à disposer de leurs corps⁶. Incontestablement, les Trente Glorieuses signent l’affirmation de la mutualité comme un acteur social de premier plan.

LE DÉFI DE LA CONCURRENCE

Mais les chocs pétroliers ont raison de cette situation enviable. Au-delà des conséquences de la crise économique sur la Sécurité sociale, qui se répercutent doublement sur les groupements mutualistes, en tant que complémentaires et comme gestionnaires de réalisations sanitaires et sociales, la décennie 1970 ouvre la voie à un phénomène de concurrence de plus en plus offensif de la part d’organismes lucratifs qui pénètrent le « marché » de la complémentaire santé. Dans ce cadre, l’éthique solidaire et non-lucrative mutualiste constitue un maigre rempart face à une offre assurantielle discriminante, en fonction de l’âge et de l’état de santé, dont l’attrait s’accroît dans une société en proie à un individualisme grandissant. En dépit des espoirs des mutualistes, cette offensive assurantielle ne sera pas combattue, mais au contraire reconnue par les pouvoirs publics, au nom de la libre concurrence, au fondement de la construction européenne. C’est dans ce but qu’est entreprise une première réforme du Code de la mutualité, en 1985, qui officialise la concurrence dans le marché de la complémentaire santé.

En 2001, la seconde réforme du Code de la mutualité s’inscrit dans le prolongement de cette évolution, en alignant le fonctionnement des mutuelles sur la réglementation assurantielle européenne. La résistance mutualiste permet certes de préserver l’originalité du modèle français, et notamment la pluralité des activités, sauvegardée grâce à la mise en œuvre de différents livres du Code de la mutualité, spécifiques à chaque mission. Pour autant, la réforme de 2001 inaugure une ère de métamorphose du mouvement, sous le coup d’un processus de concentration accéléré, lié aux nouvelles normes, prudentielles, réglementaires et financières, qui s’avèrent insurmontables pour une majorité de groupements. En découle également un phénomène de banalisation sur le modèle assurantiel, conforté par une législation de plus en plus rigide qui affaiblit l’esprit d’innovation historique de la mutualité et en gomme les spécificités sociales.

Depuis un quart de siècle, confrontée à des défis et des crises multiformes, malmenée par une méconnaissance générale de sa véritable identité, la mutualité française adopte une posture défensive. Mais cet aperçu historique nous révèle que cette période troublée est loin d’être inédite dans le long cheminement qui a conduit les petites sociétés de secours mutuels prérévolutionnaires aux « géants » mutualistes du XXI^e siècle. Sans doute la crise est-elle le fondement même de la mutualité qui, comme le reste de l’Économie sociale et solidaire, est née par la crise, dans la crise, et pour y faire face, en répondant aux problèmes sociaux de son temps.

LE DÉFI DE L’ENGAGEMENT

Des nuages s’accumulent

Alors que les nuages s’accumulent sur le système français de protection sociale dans un monde bouleversé par les défis démographiques, la révolution technologique et les incertitudes géopolitiques, la Mutualité est à la croisée des chemins.

Longtemps portée par le militantisme de ses adhérents, son message semble daté dans cette société financiarisée, fracturée et individualiste.

Sous la pression des forces conjuguées du « tout-État » et du « tout marché », elle a accepté le principe au début du XXI^e siècle d’être à la fois un acteur de marché et de soutenir la prééminence de l’État pour la gouvernance et le financement du système français de santé. Une position paradoxale, une sorte de chemin de crête, qui n’existe plus parmi les grands pays industrialisés, la plupart des systèmes mutualistes ou associatifs ayant muté vers le marché.

Aujourd’hui, avec un déficit de la protection sociale estimé à la moitié du déficit public⁷, l’État se trouve placé devant « l’urgence du moment », comme l’explique le philosophe Frédéric Worms. Pour la LFSS 2026, le Parlement, a voté une lourde taxe à la charge des organismes complémentaires d’Assurance maladie et leur a simultanément interdit d’augmenter leurs tarifs. Désagréable pour les assureurs généralistes, pour lesquels la santé ne représente qu’une part minoritaire de l’activité, la situation est mortifère à terme pour les mutuelles, dont c’est l’activité principale.

Simultanément, on reparle de « grande Sécu » et de « bouclier sanitaire », alors même que l’étude des données de remboursement montre que le bouclier sanitaire est en réalité assuré par la couverture complémentaire. On ne sait « qui veut tuer les mutuelles ?⁸ », comme nous l’écrivions en 2020 au CRAPS sous la conduite de l’ambassadeur Louis Dominici et du très regretté Patrice Corbin. Mais l’offensive perdure et la crise est là.

Nos concitoyens attendent des réponses concrètes à leurs difficultés quotidiennes

En matière de santé, nos concitoyens sont confrontés à des difficultés croissantes :

- D’accès aux soins, qui touche désormais une part importante de la population ;
- D’accès à des médicaments critiques, la politique d’accès au marché étant plus restrictive que celle des pays voisins, ainsi que le dénoncent des associations de patients⁹, ou encore d’accès à des médicaments d’accompagnement des traitements, dits de confort, ne faisant plus l’objet de remboursement par l’Assurance maladie obligatoire mais contribuant néanmoins à la qualité de vie des patients ;
- De généralisation des pratiques de compléments d’honoraires dans certaines spécialités médicales et certaines régions, du fait notamment d’une nomenclature obsolète des actes médicaux ;
- D’absence de coordination des soins, pour les patients atteints de pathologies chroniques ou de pathologies aiguës sévères ;
- D’accès à l’information sur la qualité des soins des services hospitaliers médicaux ou chirurgicaux (par exemple, en l’absence de PROMS et de PREMS, généralisés aux Pays-Bas) ;

- ...

En d’autres temps, la Mutualité a su faire preuve d’innovation sociale pour répondre aux défis d’accès aux soins et de protection des personnes. Puis l’État-providence l’a écartée de cette mission et est même parvenu à en faire un service supplétif, collecteur de taxes et distributeur de

5. Bernard Gibaud, « Mutualité/Sécurité sociale (1945-1950) : la convergence conflictuelle », *Vie sociale*, n° 4, 2008.

6. À ce sujet, voir Charlotte Siney-Lange, *À l’initiative sociale. Les grands combats de la MGEN*, Paris, Les éditions du Châtelet, 2015.

7. Contribution à la mission flash de clarification du financement des retraites - Jean-Pascal Beauffret – Fondapol.

8. Qui veut tuer les mutuelles ? - CRAPS et MAEE - 2020.

9. Par exemple, voir le site web de l’AF3M sur le traitement du myélome multiple.

prestations réglementées. Ceci ne correspond pas à sa raison d'être, ni même aux attentes très diversifiées de la société. Il lui faut progressivement, mais de manière déterminée, sortir du marché de commodité¹⁰ dans lequel elle s'est laissée enfermer pour revenir à ce qui a fait sa raison d'être au cours des siècles écoulés.

L'urgence est avérée. L'actualité nous montre chaque jour qu'à l'échelle de la planète, des forces économiques et politiques puissantes peuvent faire voler en éclat le système keynésien qui a permis à nos concitoyens d'accéder à une protection sociale étendue.

L'engagement nécessaire

Dans ce monde bouleversé par des mutations technologiques, géopolitiques et démographiques, l'innovation sociale n'est plus seulement un enjeu d'expression de valeurs morales ou de différenciation, il devient pour ses acteurs l'instrument de leur résilience.

L'exemple de la prévention en est caractéristique. Définie en 1948 par l'OMS comme l'ensemble des mesures « visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », une partie de la prévention relève de la puissance publique. En santé, il en est ainsi de la prévention primaire¹¹, avec par exemple les campagnes d'information sur les addictions ou la politique du logement. En revanche, les préventions secondaire¹² ou tertiaire¹³ relèvent de la gestion d'un risque. Sous réserve de l'accès aux données nécessaires, qu'elles ne doivent cesser de revendiquer, les mutuelles peuvent y jouer un rôle déterminant, que les pouvoirs publics disent régulièrement vouloir lui confier, sans jamais en aborder les voies et moyens. Prenons l'obésité¹⁴, fléau touchant une part croissante de

la population, génératrice de nombreuses pathologies, telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires ou les cancers et excessivement coûteuse pour la Nation et pour les entreprises¹⁵. Les mutuelles sont aptes à mettre la prévention de l'obésité et de ses effets au cœur de leur modèle d'assurance sociale. Elles disposent de données - certes insuffisantes - pour détecter les situations à risque et proposer des programmes personnalisés et proportionnés, sont capables de conduire l'accompagnement nécessaire, notamment psychologique et d'activité physique, et de contribuer ainsi à la réduction de la morbidité, du nombre et de la durée des arrêts de travail, et de la fragilisation sociale des assurés. Il est communément admis que la prévention peut permettre une amélioration de l'état de santé de la population en dépit de



10. En économie, le terme commodité, néologisme par francisation de l'anglais « commodity », est parfois employé pour désigner un produit de base ou un produit de consommation courante, un produit standardisé, essentiel et courant, aux qualités parfaitement définies et connues des acheteurs - Wikipedia.

11. Actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations...) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail).

son vieillissement et stabiliser le niveau des dépenses de santé, ainsi que le coût des cotisations des organismes complémentaires d'Assurance maladie. Or aujourd'hui, si les mutuelles conduisent des actions de prévention, elles le font ponctuellement, sans pouvoir en démontrer l'efficacité globale pour la société.

Certes, le changement d'échelle nécessaire sur la prévention, comme sur d'autres sujets, nécessite pour les mutuelles une mobilisation d'énergie et de fonds propres, car les programmes de prévention nécessitent de l'innovation sociale et organisationnelle, et coûtent avant de produire leurs effets économiques sur le coût du risque, en deçà des bienfaits de santé et de qualité de vie pour les personnes. Le retour à une relation de confiance avec l'État, aujourd'hui fragilisée, comme l'histoire de la mutualité l'a montré, est aussi un prérequis. Mais précisément, si demain l'État voyait venir à lui un partenaire engagé, l'aidant à traiter d'un grand sujet de santé publique contribuant à la maîtrise des dépenses de santé, nul ne pourrait imaginer qu'il ne le recevrait pas sous les meilleurs augures.

Quelle est donc la nature de cet engagement ? De nos jours, la solidarité mutualiste ne devrait-elle pas s'exprimer en la croyance que « j'aurai toujours quelqu'un pour m'aider au moment où cela sera nécessaire » ? Ne devrait-ce pas être là une différence fondamentale avec les pratiques d'autres acteurs de marché ?

Alors que l'engagement associatif et citoyen est très actif, à travers des actions de proximité, caritatives ou humanitaires, et mobilise les jeunes générations, la rénovation de l'engagement mutualiste, porteur de valeurs morales, pourrait assurément passer par des actions sanitaires et sociales dont l'État se désengage ou sur lesquelles il n'est pas présent, comme l'accompagnement sur l'évolution des comportements de prévention, par exemple.

« LA RÉNOVATION DE L'ENGAGEMENT MUTUALISTE, PORTEUR DE VALEURS MORALES, POURRAIT ASSURÉMENT PASSER PAR DES ACTIONS SANITAIRES ET SOCIALES DONT L'ÉTAT SE DÉSENAGE OU SUR LESQUELLES IL N'EST PAS PRÉSENT, COMME L'ACCOMPAGNEMENT SUR L'ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS DE PRÉVENTION, PAR EXEMPLE »

À titre d'illustration, trois niveaux d'engagement sont identifiés¹⁶ :

- Un militantisme de gouvernance, avec la prise de responsabilité dans une entreprise mutualiste ;
- Un militantisme institutionnel, exprimant la volonté de promouvoir un modèle, auprès des pouvoirs publics comme des adhérents et des entreprises ;
- Un engagement de proximité, qui prend la forme d'une action concrète et immédiate en cas d'accident de santé ou d'accompagnement social ou de prévention.

La mutualité a su, à différentes époques de son histoire, en situation de crise, faire preuve d'engagement pour mettre en œuvre les valeurs morales qu'elle porte. Mais pour préserver cette mission, il faut sortir de la rhétorique de l'intention. Comme nous l'enseigne Vladimir Jankélévitch, « ce n'est pas le discours qui détient la clé de la morale, c'est l'action ». ■

12. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes.

13. Actions visant à réduire la progression et les complications de la maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie.

14. Avec une prévalence de l'obésité passée de 8,5 % à 17 % de la population en une génération, une prévalence du surpoids de 34 % chez les enfants de 2 à 7 ans, 21 % des enfants et adolescents de 8 à 17 ans, et 47 % des patients atteints de la covid admis en réanimation lors de la crise sanitaire de 2020.

15. Coût de l'obésité en France : 10 milliards d'euros - cabinet Asterès - 2022.

16. « Trois grandes formes d'engagement » Laurent Adouard, DG de la MNT in « l'engagement mutualiste a-t-il de l'avenir » - 2020.

URBANISME ET SANTÉ MENTALE EN 2026 : VERS UN URBANISME RELATIONNEL ?

PAR DR RACHEL BOCHER
PRÉSIDENTE DE L'INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

La Santé Mentale est le socle du bien-être individuel et le fondement d'un bon fonctionnement collectif. La santé mentale évolue aussi bien en fonction de facteurs individuels qu'en fonction de facteurs extérieurs (le COVID).

Comme il n'y a pas de santé globale sans santé mentale, il n'y a pas de cité sans se préoccuper de la santé mentale de la population, avec une inclusion voulue et recherchée. Historiquement, les villes ont été intéressées par la problématique de la Santé Mentale à partir de quelques ateliers de santé organisés par les municipalités. Depuis 20 ans, les élus sont aux côtés des professionnels de psychiatrie et des usagers, ensemble réunis dans une instance formant le CLSM - Conseils locaux de santé mentale -.

LA SANTÉ MENTALE : CONCEPTS ET QUELQUES CHIFFRES

Aujourd'hui, en 2026, 55 % de la population des villes - et demain, en 2050, 80 % - est et sera présente dans les principales agglomérations françaises.

À cela s'ajoutent quelques éléments chiffrés en matière de santé mentale et de psychiatrie indispensables à appréhender :

- Selon l'OMS, 1 Européen sur 5 est atteint de troubles psychiques ; cela descend à 1 Européen sur 4 depuis la pandémie, frappant davantage la tranche d'âge 15-25 ans ;
- Dans cette période de 15-25 ans, la plupart des pathologies mentales sont émergentes pour plus de 80 % des troubles, avec seulement, malheureusement, 1 de ces jeunes sur 4 faisant une demande de soins ;
- Le premier poste de dépense de l'assurance maladie est la maladie mentale, avec 23,5 milliards (devant le cancer) ; c'est également la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt maladie et de congé longue maladie ;
- En santé publique, il est indispensable de prendre en compte les principaux déterminants de santé

qui sont à plus de 75 % socio-économiques, biologiques et socio-environnementaux.

Que ce soit le logement, l’habitat, les espaces verts mais aussi la culture, le travail et les transports, tout a un rôle fondamental sur notre état de santé, notamment notre état de santé mentale, pour le préserver voire le prévenir de toute survenue de troubles psychiques.

Il est temps de sortir la question de « Santé Mentale » du seul champ des experts du soin.

La santé mentale, en 2026, n’est que trop souvent évoquée à l’aune des actes médicaux.

Il convient de traiter à présent une approche globale, interdisciplinaire, diversifiée, associant la pluralité des métiers intervenant dans les différents secteurs d’activité de tout citoyen.

C’est dans cette dynamique collective qu’il faut agir ensemble, élus, professionnels de santé, professionnels des différents secteurs concernés, famille et usagers pour qu’un nouveau mode d’action soit enclenché au niveau des villes et des territoires dans le cadre de l’année 2026 Santé Mentale Grande cause nationale.

Tel était le sujet des colloques « Villes et Santé Mentale », à Nantes en décembre 2022, à Lausanne en novembre 2024.

La prochaine biennale aura lieu en novembre 2026, à Nice.

À QUOI RESSEMBLE UNE VILLE FAVORABLE À LA SANTÉ MENTALE ?

Quels rôles peuvent jouer les villes ? Et en quoi la politique d’un aménagement urbain peut-elle contribuer à une meilleure santé mentale ?

« Il faut toute une ville pour être en bonne santé », évoquait un élu, maire d’une grande ville française, en préambule du guide de santé mentale dans la cité. Comme nous le rappelle Italo Calvino : « La ville a toujours été à l’épicentre de notre évolution pour devenir la projection concrète de nos peurs et de nos désirs ». Mais une ville, c’est aussi le reflet des réalisations concrètes, quelles

que soient les conditions sociales, sociétales et culturelles.

Dans le monde d’aujourd’hui en perpétuelle évolution, le concours de tous les professionnels (santé, urbanisme, culture, architecture, transport, sport...) est urgent, utile et fortifiant à l’appui du bien-être psychique.

Tout un chacun est vulnérable. La pandémie a révélé cette vulnérabilité, a fait émerger des ruptures psychoaffectives et des détresses socioprofessionnelles, aggravant les décompensations psychiques et leur lot de dégradations physiques.

Tout cela nous le savions... Tout en l’ignorant. Voilà pourquoi « Villes et Santé Mentale » peuvent marcher au même pas, en imposant un cercle vertueux de leur prise en compte et de prise en charge, sous la forme d’une alliance de haute sécurité.

De façon lapidaire, il n’y a pas de ville idéale, pas plus qu’il n’existe de campagne idéale... En revanche, citons quelques principes connus :

- La socialisation est nécessaire, comme l’établissement de liens sociaux avec la culture au sport. Cette socialisation a manqué pendant la pandémie, ce qui a eu pour conséquence un sentiment profond de solitude, certes beaucoup plus subjectif qu’objectif ;
- C’est pourquoi, les politiques publiques des villes doivent favoriser l’accessibilité au service public, que ce soit le service public de santé, mais aussi le service public de transport, de l’éducation, voire de la culture ou du sport. Il s’agit d’exemples concrets de « coopérer pour faire la santé » et ainsi favoriser les espaces de rencontre et de convivialité, en tout cas des espaces qui font identité pour les habitants de la ville ;
- Pour autant, la ville à elle seule ne peut pas être tenue pour responsable, ni accusée de toute décompensation psychiatrique. Certes, une ville mal entretenue et/ou mal construite favorisera l’émergence de troubles psychiques en lien probablement avec les facteurs de pollution tant sonores qu’atmosphériques ou autres... Dans ce cas, nous ne pouvons parler que de facteurs favorisants, voire de facteurs précipitants des vulnérabilités psychiques ;

- La ville doit s’adapter aux enjeux de santé publique, aux transitions plurielles, c’est-à-dire démographiques, écologiques et sanitaires. Cela a déjà été le cas dans le passé (la peste) ;

- Il s’agit donc de trouver une bonne densification, c’est-à-dire un bon équilibre entre la préservation d’un espace propre à chacun dans un quartier avec une densification.

À travers une densification de qualité, les villes proposent et permettent une cohésion sociale et un bien-vivre ensemble, avec l’objectif d’être la ville de tous les âges, et une ville de la mixité sociale.

En clair, les politiques publiques doivent permettre un travail de partenariat, un travail de réseau avec les différents acteurs de la cité, pour permettre une ville inclusive qui met l’humain au cœur de tout projet urbain, c’est-à-dire un urbanisme relationnel.

Agir en amont, c’est proposer aux habitants l’environnement le plus propice à la bonne santé, notamment mentale, en passant d’un urbanisme seulement fonctionnel qui pense la ville comme un espace de flux, en termes d’efficacité, à cet urbanisme relationnel qui favorise à la fois le lien aux autres, mais aussi le lien à la nature et donne aux habitants parfois la possibilité, voire la capacité, de décider d’aujourd’hui et demain.

Ces parcours humains et urbains favorisent une ville fluide, évitant les obstacles qui entravent l’intégration sociale de chaque citoyen ; il convient d’éviter tout risque d’isolement, source de tant de mal-être.

Rappelons les 4 facteurs de stress principaux pour tout citoyen :

- Densité humaine ;
- Surcharge, accumulation (bruits, feux rouges, affiches...) induisant une fatigue excessive ;
- Obstacles à la mobilité ;
- Faire des rencontres (connues ou inconnues) au risque d’une défaite sociale.

La place de la nature en ville est favorisée non pas seulement en termes d’impératif écologique, mais également parce que ces espaces ou îlot de fraîcheur induisent des espaces de rencontre, de distraction, où on peut faire soit du sport ou de la culture. Ce sont des espaces essentiels qui rompent la monotonie du quotidien.

Dans cet urbanisme relationnel, on souligne la place de l’art et de la culture. Ils sont des leviers majeurs pour permettre un bon état de santé mental.

Ce rôle de l’art est aujourd’hui reconnu comme un élément d’apaisement et d’épanouissement personnel, puisqu’il est même recommandé en termes de prescription muséale dans certaines grandes capitales francophones telles que Québec, Bruxelles et Lausanne en 2024.

Nous savons tous que l’esthétique et le beau, lorsqu’ils sont conjugués, déclenchent une émotion esthétique, avec un phénomène biochimique connu - décharge de dopamine - bénéfique à la Santé Mentale.

Ainsi, la Santé Mentale est un sujet majeur de santé publique, où il nous faut nécessairement associer tous les acteurs de la cité, notamment les décideurs politiques et prendre ce sujet de la Santé Mentale de nos concitoyens à bras-le-corps. Les politiques urbaines auront un impact sur la santé globale, en prenant en compte aussi bien les déterminants de santé que les inégalités de santé.

Cela pose inéluctablement un travail de liens de la ville, de mise en réseau avec l’ensemble des acteurs, et aussi d’une exigence collective pour répondre aux questions actuelles, aux nouvelles exigences, aux nouveaux publics, à cette nouvelle jeunesse.

En clair, la ville doit être un acteur de soin, au même titre que l’hôpital un acteur urbain : et ainsi aller dans le sens d’un bien vivre-ensemble.

EXEMPLES CONCRETS : LAUSANNE, ABIDJAN, SEATTLE, BARCELONE

Il faut dire que la pandémie a nettement aidé à la prise de conscience au niveau de la santé mentale de nos concitoyens, au niveau des 5 continents (présents lors de nos colloques Villes et Santé Mentale).



Lausanne évoque la politique de développement urbain avec des éléments orientés vers le renforcement de la qualité de leur cadre de vie.

Leur priorité est de faire une ville saine, apaisante, rassurante et inclusive pour favoriser le bien-être et prévenir les maladies psychiques par l'urbanisme.

Abidjan nous a montré le retour d'expériences sur des pratiques artistiques soutenues ; toutes ces techniques artistiques, tant au niveau des arts de la scène que des arts plastiques, impactaient de façon positive la santé mentale de tous les publics, y compris les artistes eux-mêmes.

Seattle a largement investi dans la lutte contre les sans-abri depuis une vingtaine d'années, a renforcé ces politiques publiques depuis 2020 en faveur de la Santé Mentale des populations vulnérables avec différents types d'intervention, notamment en développant le « Just Care » lancé en 2020, grâce à des ponts fédéraux de roues de secours ou le « TinyHouse Village », c'est-à-dire des villages qui offrent sécurité, intimité ou communautés à ces sans-abri, avec des lignes d'écoute nationale 989 contre le suicide.

Barcelone, comme Seattle d'ailleurs, insistent sur les investissements accrus envers les populations de jeunes pour une meilleure connaissance de leur santé, eu égard à la vulnérabilité psychique de cette période critique et plus encore en période post-Covid.

EN CONCLUSION : LA VILLE DE DEMAIN NE SERAIT-ELLE PAS LA VILLE DES LIENS ?

Entre éthique et politique, la ville de demain sera assurément celle des liens.

La ville de demain ne sera pas la ville idéale, car « l'avenir n'est pas l'amélioration du présent, mais bien autre chose » (Elsa Triolet), mais elle peut devenir la ville des liens, ou plus simplement la cité du lien comme un écosystème urbain attentif à la vulnérabilité, à la diversité des

usages, aux besoins psychiques quotidiens, parce que chaque territoire porte ses silences, ses élans, ses récits en attente.

« LE BEAU, L'ATTENTION, LA LUMIÈRE, LA NATURE, LA FLUIDITÉ DES PARCOURS SONT AUTANT D'ÉLÉMENTS SIMPLES, MAIS PUISSANTS POUR SOIGNER SANS DÉSIGNER, POUR ACCUEILLIR SANS STIGMATISER »

La ville des liens existe déjà par fragments. Elle est déjà à l'œuvre dans certaines rues calmes, sur un banc bien placé, dans un jardin semi-public, dans la douceur de l'éclairage d'une entrée, dans l'ombre offerte à qui veut juste souffler.

Ainsi, en faisant dialoguer architecture, psychiatrie et politiques publiques, les villes peuvent devenir des milieux soutenant, capables de prévenir les troubles, de favoriser l'inclusion, et de restaurer les capacités humaines.

Le beau, l'attention, la lumière, la nature, la fluidité des parcours sont autant d'éléments simples, mais puissants pour soigner sans

désigner, pour accueillir sans stigmatiser. ■

BIBLIOGRAPHIE :

AIMF, Les Cahiers Raisonnable « Initiative pour la santé et la salubrité en Ville » - Clés du succès. AIMF, 2021, 70p.

Rachel BOCHER, Margot BRUNET, DAVIES Simon, « La ville du bien-être », Revue Cerveau & Psycho, n°181, novembre 2025

Rachel BOCHER, Simon DAVIES, « L'architecture au secours des enjeux humain et collectif ? », Revue Urbanisme, n°446, septembre 2025.

Rachel BOCHER, Colloque Villes & Santé Mentale, édition Nantes Métropole en décembre 2022.

Fernando BERTOLOTTI, Dolores BOISSINOT TORRES, Robert BRES et al. (dir. Michel JOUBERT), « Santé Mentale Ville et Violences ». Eres, 2004, 340 p.

Philippe CONUS, Ola SÖDERSTRÖM, Dag SÖDERSTRÖM et al., « Urbanicity : The need for new avenues to explore the link between urban living and psychosis ». John Wiley & Sons Australia, 2019, 12 p.

Frédéric ROUILLON, « Psychiatrie française Psychiatrie en France ». Springer, 2012, 190 p.

FACE À L'ÉVOLUTION DES MALADIES CHRONIQUES, COMMENT PRÉSERVER LA SOUTENABILITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SOIN TOUT EN GARANTISSANT L'ACCÈS AUX SOINS DES PATIENTS ?

PAR TOM RENARD
ADJOINT À LA DIRECTION DE L'ACCOMPAGNEMENT
DES ASSURÉS ET DES EMPLOYEURS À LA CPAM DE L'ESSONNE

Face à l'évolution des maladies chroniques, comment préserver la soutenabilité de notre système de santé tout en garantissant l'accès aux soins des patients ?

La stratégie de prise en charge des maladies chroniques par le système de soins français s'inscrit dans une trajectoire financière contrainte et un contexte de vieillissement démographique.

D'après la Cour des comptes, le déficit de la Sécurité sociale devrait atteindre près de 23 milliards d'euros en 2025, dont 17,2 milliards d'euros pour la branche maladie¹. Sans mesure nouvelle, ce déficit pourrait atteindre 41 milliards d'euros d'ici 2030².

Cette aggravation du déficit s'explique notamment par l'augmentation des dépenses liées aux maladies chro-

niques. En 2023, 25 millions d'assurés étaient atteints de maladies chroniques, soit 37 % de la population. Sur 202,5 milliards d'euros remboursés par l'Assurance maladie, 62 % concernaient des soins liés à la prise en charge de maladies chroniques². Il existe quatre principales catégories de pathologies chroniques qui représentent à elles seules 99 milliards d'euros de dépenses d'Assurance maladie par an : les cancers, les maladies psychiatriques et traitements psychotropes, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Cette augmentation des dépenses est elle-même principalement liée au vieillissement démographique. D'après l'INSEE, l'âge moyen en France atteignait ainsi 42,6 ans fin 2023, contre 39,1 ans dix ans plus tôt. Ce vieillissement serait amené à se poursuivre d'ici 2070, avec une hausse de 5,7 millions d'habitants de 75 ans ou plus, en même temps qu'une diminution de 5 millions d'habitants de 60 ans ou moins³.



Face à ces transformations, la prise en charge des maladies chroniques doit, elle aussi, évoluer pour concilier soutenabilité et accès aux soins.

En France, plus de la moitié des maladies chroniques sont couvertes par le régime des affections de longue durée (ALD), le reste relevant du régime commun.

Les ALD dites exonérantes ont un double objectif d'accès aux droits et d'accès aux soins.

D'une part, elles limitent la précarité engendrée par une éventuelle baisse de revenus et les multiples soins. Elles permettent une exonération du ticket modérateur sur les traitements liés à l'ALD, c'est-à-dire une prise en charge à 100 % des tarifs conventionnels par l'Assurance maladie obligatoire (AMO). Un patient en ALD est donc avant tout pris en charge par l'AMO pour ses traitements. Cette couverture n'inclut pas toutefois certaines dépenses autour de l'ALD, couvertes par l'Assurance maladie complémentaire (AMC). Les mutuelles financent par exemple les dépassements d'honoraires ou les chambres particulières en hôpital. Or, les patients en ALD sont plus souvent hospitalisés, et font l'objet de davantage de soins, y compris en dehors de leur affection. Par conséquent, comme pour l'Assurance maladie obligatoire, les dépenses les plus importantes des complémentaires concernent les affections longue durée. L'ensemble des soins liés à l'ALD sont par ailleurs en tiers-payant, sans avance de frais pour le patient.

D'autre part, l'ALD permet un parcours de soin avec des dispositifs d'accompagnement comme PRADO (retour à domicile après hospitalisation), Sophia (soutien personnalisé pour les patients atteints de diabète ou de maladies cardiovasculaires) ou l'action AZAM, qui aide les patients en ALD à trouver un médecin traitant.

Les ALD non exonérantes sont des maladies longues mais ne présentant pas de traitement considéré comme coûteux. Les deux principales sont la dépression légère et les troubles musculo-squelettiques. Elles permettent de bénéficier d'un arrêt maladie de plus de 6 mois et de

la prise en charge des transports, sous certaines conditions.

Pour qu'un assuré en maladie chronique entre dans le parcours ALD, sa pathologie doit faire partie d'une liste d'affections définies par le ministère de la Santé ou comporter un traitement long et coûteux, répondant à des critères précis (hospitalisation, actes médicaux ou biologiques répétés, etc.).

Sur les 25 millions d'assurés actuellement en maladie chronique, 14 millions sont pris en charge en ALD, contre 8 millions en 2004. En 2035, près de 18 millions d'assurés seraient en ALD, soit 26 % de la population².

Cette forte croissance questionne la soutenabilité financière de notre modèle social et la répartition des dépenses entre Assurance maladie obligatoire et Assurance maladie complémentaire.

En effet, la dépense de santé d'un patient en ALD atteint 9 560 €/an, soit près de 8 fois plus que celle d'un patient hors ALD³. Cet écart est amené à augmenter avec le prix des médicaments, en particulier ceux considérés comme innovants par la Haute Autorité de santé (HAS). Ainsi, les dépenses en lien avec ces médicaments sont passées de 8 milliards d'euros en 2017 à 10,7 milliards d'euros en 2024, soit une

hausse de près d'un tiers, qui s'accélère depuis 2021². De plus, depuis 2021, des dispositifs d'accès précoces permettent la prise en charge d'un médicament en dehors du cadre du droit commun, y compris parfois avant l'autorisation de mise sur le marché. Ce dispositif permet un accès aux soins plus rapide pour les patients souvent atteints de pathologies chroniques graves. Cependant, son succès provoque un risque de soutenabilité, les laboratoires fixant librement le prix de leurs médicaments. Ces questionnements concernent particulièrement les traitements anticancéreux, dont les dépenses pourraient passer d'après la Cour des comptes de 2,4 milliards d'euros en 2022 à 7 milliards d'euros en 2028⁴.

Or, en l'absence de ticket modérateur, les dépenses de santé en ALD sont d'abord assumées par l'AMO, avec une dynamique à la hausse, bien que l'AMC contribue

aussi significativement au remboursement de ces dépenses. Dès lors, il y a une concentration des dépenses par l'AMO sur les problématiques sanitaires chroniques au détriment des « petits risques », dont le remboursement est de plus en plus assumé par l'AMC.

Cette situation devient problématique en termes d'universalité de la Sécurité sociale obligatoire et de consentement aux cotisations des assurés sociaux qui ne sont pas concernés par ces pathologies.

En outre, malgré les dépenses engendrées, l'accompagnement financier à travers le régime des ALD reste largement imparfait.

Tout d'abord, 44 % des assurés souffrant d'une maladie chronique ne rentrent tout simplement pas dans le dispositif des ALD, car ils ne correspondent pas aux critères détaillés ci-dessus. L'hypertension artérielle n'est par exemple plus considérée comme une ALD, bien qu'elle puisse être à l'origine d'autres maladies qui relèvent de l'ALD. Les assurés concernés ne bénéficient donc pas de couverture spécifique.

Le régime ALD concerne ensuite uniquement les frais directement liés à la pathologie qui a été reconnue. Or, les patients en ALD sont souvent confrontés à plusieurs difficultés de santé simultanées, prises en charge ou non à 100 %. Par exemple, si une personne en situation d'obésité souffre à la fois d'hypertension artérielle et d'un diabète de type 2, elle sera prise en charge en ALD pour son diabète et soumise au régime commun pour son hypertension.

Enfin, les patients en ALD payent de la même façon que les autres patients les franchises médicales, ainsi que les dépassements d'honoraires, avec un effet démultiplié compte tenu des nombreux soins qu'ils doivent effectuer.

En conséquence, le reste à charge moyen des patients en ALD, après

couverture par l'Assurance maladie obligatoire, reste finalement en moyenne 1,8 fois supérieur à celui des patients hors ALD⁵. L'intervention de la complémentaire permet toutefois de couvrir en partie ces dépenses, et de garantir un reste à charge moyen parmi l'ensemble des assurés en France s'établissant à 10,2 % en 2023, soit le troisième taux le plus faible de l'Union européenne⁶.

Pour répondre à ces enjeux budgétaires et d'accès aux soins, il existe plusieurs pistes de réforme à court, moyen et long terme.

Sur le court terme, plusieurs pistes d'économie ciblant les assurés en ALD ont été envisagées dans le cadre du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2026 (PLFSS), puis abandonnées, compte tenu des controverses politiques et sociales suscitées.

L'article 29 devait par exemple supprimer les ALD non exonérantes, permettant un arrêt de travail long. Celui-ci a été largement rejeté par les députés. Il en va de même pour le projet gouvernemental de mettre fin à l'exonération fiscale des indemnités journalières versées aux assurés en ALD.

25 millions d'assurés actuellement en maladie chronique



Enfin, le projet de doublement des franchises médicales et participations forfaitaires, plusieurs fois revenu sur la table, a suscité une vive inquiétude chez les associations de patients chroniques. Ceux-ci ne sont pas exonérés de ces franchises et en subissent un effet démultiplié. La Fédération française des diabétiques estimait ainsi que cette mesure augmenterait de 183 % le reste à charge pour les patients diabétiques. Le gouvernement a renoncé pour le moment à cette mesure pour permettre l'adoption du PLFSS.

De fait, si la hausse des dépenses vis-à-vis des pathologies chroniques apparaît de moins en moins soutenable, il peut sembler discutable de pénaliser financièrement les assurés concernés, avant tout victimes de leurs problématiques de santé.

Cibler ces patients pour permettre des mesures d'économie risque de provoquer des renoncements aux soins, et une surmortalité peu compatible avec les valeurs de notre modèle de protection sociale. Réduire la prise en charge de ces assurés revient ainsi à renoncer à la promesse originelle de la Sécurité sociale consistant à contribuer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins, notamment de santé.

D'après la Cour des comptes, d'autres pistes d'économie des dépenses d'Assurance maladie seraient toutefois possibles « sans remise en cause des droits ⁵ ». Elle estime notamment qu'il serait possible de dégager plus de 5 milliards d'euros en amplifiant la régulation des tarifs des produits de santé et les actions pour leur bon usage. Le transport sanitaire doit aussi, selon elle, être davantage régulé, dans la continuité de la réforme entrée en vigueur le 1^{er} octobre dernier.

Sur le long terme, la réforme la plus consensuelle, du moins en apparence, consiste à renforcer la stratégie de prévention en santé.

Concernant la prévention primaire, l'Assurance maladie estime que la réduction de l'exposition au tabac, à l'alcool et à l'alimentation de mauvaise qualité, permettrait d'évi-

ter l'apparition de 80 % des maladies cardiovasculaires et de 40 % des cancers².

Une large coalition d'acteurs, incluant notamment les associations de patients et l'Assurance maladie, recommande une politique ambitieuse en matière nutritionnelle, associant transparence et incitation financière. Rendre obligatoire l'affichage du Nutri-Score viserait deux objectifs : éclairer les choix des consommateurs et inciter l'industrie agroalimentaire à améliorer ses produits.

De même, la taxation sur les boissons sucrées, renforcée lors du PLFSS 2025, pourrait être étendue sur l'ensemble des produits les plus nocifs pour la santé (produits ultra-sucrés, ultra-transformés, boissons sucrées, tabac, alcool). Ces produits pourraient être tous soumis au taux de TVA normal de 20 % (contre 5,5 % pour le reste de l'alimentation en supermarché), comme c'est déjà le cas pour l'alcool, les confiseries et les produits chocolatés. Cependant, il est à noter que ces taxations comportementales tendent à pénaliser surtout les revenus des plus modestes. Les taxes indirectes déjà existantes sur

l'alcool et le tabac représentent ainsi un taux d'effort financier plus de 3 fois supérieur pour le 1^{er} décile de niveau de vie par rapport au dernier décile (Ruiz et Trannoy, 2008)⁷. Ces dispositifs restent cependant recommandés par la plupart des acteurs de la santé.

Ces deux pistes, débattues lors des discussions du PLFSS 2026, n'ont pas été retenues par les parlementaires, les associations de patients dénonçant l'influence de l'industrie agroalimentaire.

Concernant la prévention secondaire, le renforcement des dépistages est un chantier incontournable, alors que les taux de dépistage des cancers colorectal (34,2 %), du sein (56,7 %) et du col de l'utérus (55,8 %) doivent encore progresser pour atteindre les objectifs fixés par l'OMS. Le rapport Charges et Produits 2026 recommande aussi d'amplifier les dépistages des maladies cardiovasculaires et associées, pour la plupart asymptomatiques dans les premières phases. La mobilisation à venir concerne particulièrement le diabète, la maladie rénale chronique et l'hypertension artérielle.

Concernant la prévention tertiaire, pour limiter la dégradation des maladies chroniques, l'activité physique adaptée (APA) commence à se développer en France. Elle accompagne progressivement les patients pour débiter une pratique sportive. Elle est plébiscitée par les associations de patients et certains professionnels de santé comme les masseurs-kinésithérapeutes qui demandent à élargir sa prescription et permettre sa prise en charge par l'Assurance maladie.

L'article 19 de la version finale du PLFSS 2026 amorce une ouverture en ce sens. Il instaure un nouveau « panier de soin prévention » pour prévenir la dégradation d'une maladie chronique provoquant l'entrée en ALD. Il s'agit de prestations d'accompagnement à l'activité physique ou à la diététique, la HAS étant saisie des critères d'entrée dans ce panier de soin.

Plus largement, les actions en matière de sport santé sont de plus en plus financées par la protection sociale, en particulier dans le cadre d'initiatives locales et en lien avec des associations.

La pratique sportive est de fait reconnue comme un outil préventif mais aussi thérapeutique par la HAS depuis 2011. L'accompagnement humain et financier dans ce domaine, ciblé sur certains types de patients, pourrait devenir un levier important de transformation du système de soin.

Toutefois, si tout le monde s'accorde sur la nécessité d'un virage préventif de la politique de santé, plusieurs freins demeurent.

Si la mise en place de politiques de prévention nécessite un investissement humain et financier important, leurs effets sanitaires s'évaluent généralement sur plusieurs années voire décennies. Au-delà de leur temporalité, les maladies chroniques sont souvent provoquées par une multitude de facteurs comportementaux, métaboliques, sociaux et environnementaux. L'évaluation de l'effet précis d'une mesure de prévention est donc nécessairement complexe. Enfin, s'il est évidemment souhaitable que des politiques ambitieuses de prévention augmentent l'espérance de vie de la population, cette augmentation peut aussi

engendrer de nouveaux besoins de soin et de nouvelles dépenses.

Par conséquent, la prévention pourrait contribuer à réduire les dépenses de santé dans les prochaines décennies, mais ces économies restent incertaines et difficilement objectivables.

En revanche, une politique préventive ambitieuse contribuerait de manière décisive à améliorer l'espérance de vie en bonne santé à la naissance. Elle est aujourd'hui de 63,8 ans en France, un chiffre légèrement plus élevé que la moyenne européenne, mais nettement plus faible

« SUR LE LONG TERME, LA RÉFORME LA PLUS CONSENSUELLE, DU MOINS EN APPARENCE, CONSISTE À RENFORCER LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION EN SANTÉ »

que dans les pays du Sud comme l'Italie (69,1 ans) ou la Grèce (66,6 ans).

Face aux évolutions des maladies chroniques, davantage qu'une piste de réduction des déficits, il faut donc voir la prévention comme un investissement de long terme permettant avant tout d'améliorer les conditions de vie des assurés.

Pour répondre sur le long terme aux évolutions des maladies chroniques, il serait éventuellement pertinent de s'inspirer d'autres logiques de prise en charge qui existent dans les pays développés.

En Allemagne, en particulier, une logique de bouclier sanitaire a été mise en place pour prendre en charge l'ensemble des assurés. Dès que les dépenses de santé d'un assuré allemand dépassent 2 % de son revenu brut annuel, il est exonéré de reste à charge. Ce seuil passe à 1 % pour un assuré qui relève du statut de patient chronique.

Pour obtenir ce statut, il faut justifier d'un suivi médical et de la reconnaissance de la gravité de la pathologie sur le plan clinique et ses conséquences sur la vie économique du patient. Celle-ci est évaluée à partir de la perte d'autonomie, des dommages fonctionnels ou de la nécessité vitale d'un traitement constant.

À partir de ces critères, le système de soin allemand propose des aides financières graduées allant jusqu'à ce statut de patient chronique, qui concernait 4,8 % de la population en 2023².

Plutôt que de se focaliser uniquement sur un type de pathologie, ce système a l'avantage de répondre de manière directe et complète aux éventuelles difficultés

financières des assurés dans leur accès aux soins. Il intègre ainsi les coûts liés aux multiples comorbidités dans une pathologie, parfois exclus du statut ALD en France. Il est aussi plus souple que le système français face aux évolutions des affections, puisqu'il ne dépend pas d'une liste préétablie de pathologies chroniques.

Enfin, si le statut de patient chronique semble plus restreint en Allemagne qu'en France (4,8 % contre 20,9 % d'assurés concernés)², l'ensemble des patients, inclus ou non dans ce statut, restent a minima protégés par le plafond de reste à charge fixé à 2 % du revenu brut annuel. Ainsi, l'ensemble des assurés bénéficient d'une forme de sécurité financière face à l'éventuelle accumulation des soins.

Un fonctionnement similaire en France impliquerait de revenir sur une certaine vision de l'universalité des prestations sociales, puisqu'il s'agit d'inclure des critères de revenus dans la prise en charge des soins. Ce bouclier sanitaire comporterait cependant plusieurs avantages pour accompagner la concentration des dépenses en santé sur les maladies chroniques. En effet, il garantirait d'une part une protection financière plus complète et adaptée pour toutes les maladies chroniques, en

ALD ou non. Il éviterait d'autre part le sentiment d'un déséquilibre de la protection sociale en faveur des patients en maladie chronique, puisque tous les assurés seraient protégés explicitement par ce plafond. Ce dispositif pourrait ainsi théoriquement renforcer le consentement aux cotisations sociales.

En revanche, il induirait probablement la suppression du dispositif ALD pour éviter les doubles couvertures, ce qui aurait notamment pour effet de rendre plus difficile l'instauration de parcours de soins par pathologie chronique, recherchés par ailleurs.



Et la question de son financement reste entière. Par le passé, son coût avait été estimé à environ 10 milliards d'euros de dépenses nouvelles, ce qui nécessiterait l'instauration de franchises d'un montant équivalent, toutes choses égales par ailleurs, pour gager le surcroît de dépense publique ainsi généré. Si ces franchises devaient elles aussi être assujetties aux revenus, ce serait la double peine pour un nombre important de ménages. La perspective d'un consensus social sur un tel projet est donc très incertaine.

En France, la couverture de 96% de la population par un organisme complémentaire d'Assurance maladie (OCAM) permet de garantir l'un des restes à charge les plus bas parmi les pays de l'OCDE. En pratique, pour les patients en ALD ou atteints de maladies chroniques sans ALD, les OCAM prennent en charge une grande partie de dépenses lourdes qui ne relèvent pas du motif de l'ALD et/ou qui ne sont pas couvertes par la Sécurité sociale (dépassements d'honoraires, chambres particulières en hospitalisation, tickets modérateurs en hospitalisation de médecine, forfaits journaliers, etc.). L'analyse de la distribution des restes à charge après intervention de ces organismes complémentaires montre que cette couverture constitue de facto une forme de bouclier sanitaire.

In fine, si l'évolution des maladies chroniques constitue donc un défi pour la soutenabilité des finances sociales, c'est aussi l'opportunité de repenser notre modèle de santé pour mieux prévenir et mieux accompagner tous les assurés sociaux. ■

SOURCES :

1. La situation financière de la Sécurité sociale. (novembre 2025). Cour des comptes.
2. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance maladie pour 2026. L'Assurance maladie. (septembre 2025).
3. INSEE, évolutions de population, 2023.
4. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Cour des comptes (mai 2024).
5. Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : pour un dispositif efficient et équitable. Rapport IGAS-IGF (décembre 2024).
6. Comparaison internationale du reste à charge des ménages. DREES (2025).
7. « Le caractère régressif des taxes indirectes : les enseignements d'un modèle de microsimulation », Ruiz et Trannoy (2008).
8. « La santé rationnée, un mal qui se soigne » Jean de Kervasdoué et Didier Bazzocchi - (Economica 2019).

DR CATHERINE GRENIER

MÉDECIN-CONSEIL
NATIONAL DE LA
CAISSE NATIONALE DE
L'ASSURANCE MALADIE



NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ RESTE ENCORE TROP PEU DÉVELOPPÉ DANS SON VERSANT SANTÉ PUBLIQUE, COMME EN TÉMOIGNENT NOTAMMENT LES INDICATEURS D'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ, CEUX DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET L'AUGMENTATION CONTINUE DES MALADIES CHRONIQUES. COMMENT EXPLIQUER CETTE RÉALITÉ ET INVERSER LA TENDANCE ?

Le débat public dresse souvent un tableau très sombre de notre système de santé, présenté comme globalement défaillant. Cette vision, si elle traduit des inquiétudes réelles, tend à occulter les progrès considérables accomplis au cours des dernières décennies. En vingt ans, les femmes ont gagné plus de dix années d'espérance de vie, avec une dynamique comparable chez les hommes, et l'espérance de vie en bonne santé s'est stabilisée. Dans un contexte de vieillissement démographique et de progression des maladies chroniques, cette stabilité témoigne de l'efficacité de notre système de soins et de l'amélioration continue

des prises en charge. Aujourd'hui, nous savons mieux diagnostiquer, mieux traiter et mieux accompagner de nombreuses pathologies.

Ces avancées s'inscrivent dans l'histoire d'un modèle construit après-guerre, centré sur le progrès technologique et la médecine curative. Les priorités étaient alors claires : réduire la mortalité prématurée, vaincre les grandes maladies infectieuses, développer des traitements efficaces. Cette orientation a produit des résultats spectaculaires et reste l'une des forces du système français. Mais le succès de ce système curatif a aussi transformé la nature des besoins. La progression des maladies chroniques ne traduit en effet pas seulement un dysfonctionnement, elle

est en partie la conséquence des progrès médicaux. Nous vivons plus longtemps, souvent avec plusieurs pathologies associées.

Des patients qui seraient autrefois décédés prématurément vivent en effet plus longtemps, mais avec des besoins d'accompagnement au long cours. Le progrès médical modifie donc les trajectoires de santé et rend les parcours plus complexes. Le paysage épidémiologique s'est profondément transformé. Les besoins

ciale, le niveau d'éducation, le territoire de résidence, les conditions de travail ou l'environnement sont autant de facteurs qui continuent de peser sur l'espérance de vie, la prévalence des maladies et le recours aux soins. Ces déterminants rappellent que la santé ne se joue pas uniquement dans le soin. À cet égard, l'école doit constituer un levier stratégique majeur puisque nous savons que les comportements favorables à la santé acquis précocement influencent durablement la santé future des individus.

« LE DÉBAT PUBLIC DRESSE SOUVENT UN TABLEAU TRÈS SOMBRE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ, PRÉSENTÉ COMME GLOBALEMENT DÉFAILLANT. CETTE VISION, SI ELLE TRADUIT DES INQUIÉTODES RÉELLES, TEND À OCCULTER LES PROGRÈS CONSIDÉRABLES ACCOMPLIS AU COURS DES DERNIÈRES DÉCENNIES... »

ne se limitent plus à la prise en charge d'épisodes aigus, ils concernent la prévention des facteurs de risque, l'éducation à la santé, l'accompagnement dans la durée, le maintien de l'autonomie et la qualité de vie.

Dans le même temps, des fragilités persistantes subsistent. Les inégalités sociales de santé restent marquées. L'origine so-

La santé publique ne peut donc plus être pensée comme une dimension périphérique du soin, elle doit devenir structurante. Il s'agit de préserver l'excellence curative tout en investissant massivement dans la prévention. Or celle-ci produit souvent des effets différés, visibles à moyen ou long terme, ce qui rend les arbitrages politiques complexes, entre l'urgence du soin immédiat et les bénéfices futurs. Il

en résulte ainsi une tension structurelle entre la logique curative qui prédomine actuellement et l'impératif d'aller vers plus de préventif. À court terme, les deux dynamiques s'additionnent plus qu'elles ne se substituent. Pourtant, cette transition est indispensable si nous souhaitons transformer durablement le système, contenir la progression des maladies chroniques et réduire les inégalités sociales de santé. Cela suppose une vision stratégique de long terme et une articulation plus étroite entre soins et santé publique.

LA MÉDECINE PROGRESSE : DIAGNOSTICS PLUS PRÉCOCES, TRAITEMENTS PLUS EFFICACES, INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES... ET POURTANT, BEAUCOUP DE PATIENTS DÉCRIVENT DES PARCOURS DE SOINS COMPLIQUÉS, FRAGMENTÉS, PARFOIS AVEC DES INFORMATIONS CONTRADICTOIRES. QUE VOUS INSPIRE CE PARADOXE ?

Ce paradoxe illustre l'évolution profonde de la médecine contemporaine. Les progrès scientifiques et technologiques sont considérables avec des diagnostics toujours plus précoces grâce à l'imagerie, à la biologie moléculaire ou à la génétique, des traitements plus ciblés, plus personnalisés et souvent moins invasifs. Mais cette montée en puissance de l'expertise s'est accompagnée d'une hyperspécialisation croissante. Chaque professionnel intervient sur un segment très précis du parcours de soins. Si cette segmentation est la condition même de l'excellence technique, elle a cependant pour effet de fragmenter la prise en charge.

Or, le patient, lui, ne vit pas une succession d'actes techniques. Il traverse une trajectoire globale, souvent marquée par l'inquiétude, l'incertitude et parfois la vulnérabilité. Il ne perçoit ni les frontières administratives ni les cloisonnements entre services, spécialités ou établissements. Ce qui constitue, du point de vue

du système, une organisation rationnelle peut apparaître, pour lui, comme une suite d'étapes disjointes. Notre organisation reste donc encore trop largement structurée autour des actes et des structures au détriment de la continuité de l'expérience vécue.

Les fragilités se concentrent aux interfaces entre spécialités, entre l'hôpital et la médecine de ville, entre le sanitaire et le médico-social. C'est là que surviennent les ruptures. L'information circule de manière imparfaite, des examens sont répétés faute de transmission et les avis, en l'absence de coordination, peuvent sembler contradictoires. Les transitions telles que les sorties d'hospitalisation, le changement de service, l'orientation vers le médico-social, sont parfois insuffisamment accompagnées, générant incompréhension, perte de confiance et anxiété chez les patients.

Dans ces conditions, l'enjeu n'est pas de remettre en cause l'excellence médicale - indispensable - mais de l'articuler avec une véritable excellence organisationnelle. Cela suppose une coordination renforcée, des outils numériques de partage d'information réellement opérationnels, une culture du travail pluridisciplinaire et une clarification des responsabilités à chaque étape du parcours du patient. Autrement dit, nous devons passer d'une juxtaposition d'interventions spécialisées à une chaîne de prise en charge intégrée, centrée sur la personne.

LA NOTION DE PATIENTS « ACTEURS DE LEUR SANTÉ » EST AU CŒUR DES POLITIQUES DE SANTÉ. DANS LES FAITS, SONT-ILS SUFFISAMMENT PRIS EN COMPTE ET ENTENDUS ?

Le mouvement en faveur des droits des patients a profondément transformé notre système de santé. La loi de 2002 a marqué un tournant décisif en consacrant

« LE MOUVEMENT EN FAVEUR DES DROITS DES PATIENTS A PROFONDÉMENT TRANSFORMÉ NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ. LA LOI DE 2002 A MARQUÉ UN TOURNANT DÉCISIF EN CONSACRANT DES PRINCIPES ESSENTIELS, TELS QUE LE DROIT À L'INFORMATION, LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ, L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL OU ENCORE LA REPRÉSENTATION DES USAGERS DANS LES INSTANCES HOSPITALIÈRES »

des principes essentiels, tels que le droit à l'information, le consentement libre et éclairé, l'accès au dossier médical ou encore la représentation des usagers dans les instances hospitalières. La démocratie sanitaire s'est donc progressivement structurée, notamment à l'hôpital, avec une reconnaissance accrue des associations et des représentants des usagers.

Mais être acteur de sa santé ne se résume pas à disposer de droits formels ni à recevoir une information descendante. L'ambition est plus exigeante, elle doit rendre possible une décision réellement partagée. Cela suppose un changement culturel profond dans la relation de soins. Historiquement, cette relation reposait sur une forte asymétrie, le professionnel détenait le savoir et le pouvoir décisionnel, tandis que le patient occupait une position plus passive.

La décision partagée implique au contraire une meilleure symétrie d'information et de compréhension. Le patient doit pouvoir appréhender les différentes options thérapeutiques qui s'offrent à lui, leurs béné-

fices, leurs risques et leurs incertitudes. Or, la médecine elle-même s'appuie sur le doute, le raisonnement probabiliste et la gestion du risque, des notions complexes d'autant plus difficiles à intégrer dans un contexte souvent chargé d'émotion.

Permettre au patient de devenir pleinement acteur suppose donc un effort structuré d'éducation à la science et à la santé. Il ne s'agit pas de transformer chaque citoyen en expert médical, mais de lui donner les clés pour comprendre les enjeux essentiels et participer aux choix qui le concernent. Cela exige du temps, de la pédagogie et une évolution des pratiques professionnelles. Les données montrent d'ailleurs qu'un patient engagé dans sa prise en charge obtient de meilleurs résultats. L'adhésion thérapeutique est renforcée, la compréhension des consignes améliorée, le suivi plus rigoureux. L'implication du patient n'est pas seulement un impératif éthique ou démocratique, elle constitue également un facteur d'efficacité du système.



Enfin, reconnaître le patient comme acteur de sa santé suppose d'intégrer son propre point de vue sur les résultats de santé. Là où le professionnel raisonne en indicateurs biologiques ou statistiques, le patient évalue sa situation en termes de qualité de vie, d'autonomie, de capacité à reprendre une activité ou à maintenir un équilibre personnel. Prendre en compte ces résultats rapportés par les patients enrichit l'évaluation des soins et oriente les pratiques vers ce qui compte réellement pour la personne. La reconnaissance des patients comme acteurs est engagée mais reste inachevée. Nous devons aller plus loin pour aller vers une véritable co-construction des décisions et des parcours de soins.

LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS SONT AU CŒUR DES DÉBATS, MAIS CES NOTIONS RESTENT DIFFICILES À OBJECTIVER ET À PARTAGER ENTRE PROFESSIONNELS, INSTITUTIONS ET PATIENTS. COMMENT APPRÉHENDEZ-VOUS CES ENJEUX ?

Du point de vue d'un usager, la première dimension de la qualité est l'accessibilité. Pouvoir bénéficier des soins nécessaires, dans des délais raisonnables et sans obstacles financiers ou territoriaux majeurs, constitue le socle minimal. Un système peut être techniquement performant, mais s'il n'est pas accessible, il ne sera pas perçu comme qualitatif.

Pour autant, la qualité ne se réduit pas à cette condition d'accès puisqu'elle est par nature multidimensionnelle. La qualité suppose d'abord la pertinence des soins : poser la bonne indication, au bon moment, pour la bonne personne, en évitant à la fois le défaut et l'excès de soins. Cette exigence implique une appréciation rigoureuse du rapport bénéfice-risque, adaptée à la situation singulière du patient. À cette pertinence s'ajoute la dimension technique : compétence des professionnels,

respect des recommandations fondées sur les preuves, maîtrise des gestes et des procédures. La sécurité en est devenue une composante essentielle, à travers la prévention des événements indésirables, des infections associées aux soins ou des erreurs médicamenteuses.

La coordination constitue également un facteur déterminant. Un acte « irréprochable » techniquement peut perdre en efficacité s'il s'inscrit dans un parcours fragmenté, marqué par des ruptures ou des défauts de transmission d'information. La qualité se joue donc autant dans la cohérence du parcours que dans l'acte lui-même. Enfin, la qualité ne peut être dissociée de la soutenabilité économique du système. Les ressources étant limitées, leur allocation doit être justifiée. Il importe donc de distinguer la pertinence des soins de la pertinence de la dépense. La première relève du jugement clinique, et la seconde renvoie à l'allocation des ressources collectives. Ces logiques ne sont pas opposées puisque des soins médicalement pertinents contribuent en général à une dépense pertinente. Les confondre entretient pourtant l'idée d'un affrontement entre exigence médicale et contrainte budgétaire, alors qu'une clarification des finalités permettrait un débat plus apaisé.

Reste que la qualité est difficile à objectiver. Certains éléments sont mesurables (taux de complications, délais, réhospitalisations...) mais d'autres relèvent de dimensions plus qualitatives à l'instar de l'expérience du patient, de la compréhension de l'information, du sentiment de sécurité, de la qualité de la relation thérapeutique. Historiquement centrée sur la technique, puis sur la sécurité, la notion de qualité intègre désormais davantage la pertinence et l'expérience patient, et continuera d'évoluer, notamment à travers les résultats rapportés par les patients eux-mêmes. En définitive, appréhender

« FACE AUX DÉFIS QUI S’IMPOSENT À NOUS, L’APPROCHE POPULATIONNELLE APPARAÎT PARTICULIÈREMENT PERTINENTE. NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ S’EST STRUCTURÉ AUTOUR DU SOIN INDIVIDUEL : UN PATIENT, UNE PATHOLOGIE, UNE RÉPONSE THÉRAPEUTIQUE. CETTE LOGIQUE, BIEN QU’INDISPENSABLE, NE SUFFIT PLUS FACE À LA PROGRESSION DES MALADIES CHRONIQUES, AU VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE ET À LA PERSISTANCE DES INÉGALITÉS SOCIALES »

la qualité suppose une approche systémique mobilisant professionnels, institutions, décideurs publics et patients. Elle requiert des outils d'évaluation, mais aussi une culture partagée de l'amélioration continue.

EN SANTÉ, L’INNOVATION EST PERMANENTE, MAIS TOUTE INNOVATION NE SE TRADUIT PAS FORCÉMENT PAR UN GAIN RÉEL POUR LES PATIENTS OU POUR LE SYSTÈME. QU’EST-CE QUI, SELON VOUS, PERMET DE DIRE QU’UNE INNOVATION EST RÉELLEMENT UTILE ?

L'innovation est consubstantielle au secteur de la santé, écosystème particulièrement dynamique. Mais innover ne signifie pas nécessairement progresser. Certaines avancées ont profondément transformé les trajectoires de santé, quand d'autres n'ont eu qu'un impact marginal, parfois transitoire. Dans un contexte de ressources contraintes, cette distinction est décisive. Toutes les innovations ne produisent pas un bénéfice réel, certaines améliorent à peine l'existant, d'autres répondent à des besoins secondaires au regard des priorités de santé publique. L'enjeu n'est

donc pas seulement d'innover, mais d'innover utilement. Une innovation véritablement utile est d'abord celle qui répond à un besoin clairement identifié. Ce besoin peut être clinique (améliorer un pronostic, réduire des complications, soulager la douleur) mais aussi organisationnel (fluidifier un parcours, réduire les délais, renforcer la coordination ou éviter les redondances). L'utilité ne se confond pas avec la sophistication technologique, elle se mesure dans la capacité de résoudre un problème concret.

Le progrès peut être clinique ou organisationnel, mais, dans tous les cas, il doit être objectivable et reproductible. Cela suppose une évaluation du bénéfice pour les patients, du rapport coût-bénéfice, de l'impact sur les finances publiques, des conséquences organisationnelles pour les équipes, et de l'acceptabilité par les professionnels comme par les patients. Une innovation prometteuse sur le plan scientifique peut se révéler difficile à intégrer dans la pratique quotidienne, une solution efficace en théorie peut générer des contraintes excessives en matière de formation, de logistique ou de coordination. Le

progrès comporte également une dimension éthique. Transformer les trajectoires de vie, prolonger la survie ou modifier le cours d'une maladie peut créer de nouveaux besoins d'accompagnement et de nouvelles problématiques de santé.

C'est pour cela que l'innovation doit être pensée dans une perspective systémique. Une avancée réellement utile améliore non seulement un indicateur clinique, mais aussi l'expérience du patient et la cohérence du système. Elle s'inscrit dans une stratégie d'ensemble plutôt que de s'ajouter à un dispositif déjà complexe. Son utilité s'apprécie en outre dans la durée. Certaines innovations spectaculaires à court terme révèlent un bénéfice limité avec le recul ; d'autres, plus discrètes, transforment durablement les pratiques. Le progrès en santé ne peut donc pas se réduire à une accumulation de technologies. Il repose sur un équilibre exigeant entre innovation scientifique, pertinence médicale, soutenabilité économique et responsabilité éthique, éclairé par une évaluation continue et indépendante.

ON VOIT ÉMERGER EN FRANCE DEPUIS QUELQUES ANNÉES L’IDÉE D’UNE APPROCHE « POPULATIONNELLE » DE LA SANTÉ, DÉJÀ STRUCTURANTE DANS D’AUTRES PAYS, NOTAMMENT POUR MIEUX PRÉVENIR ET GÉRER LES MALADIES CHRONIQUES. QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LE SUJET ? EST-CE UNE SOURCE D’INSPIRATION POUR TRANSFORMER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Face aux défis qui s'imposent à nous, l'approche populationnelle apparaît particulièrement pertinente. Notre système de santé s'est structuré autour du soin individuel : un patient, une pathologie, une réponse thérapeutique. Cette logique, bien qu'indispensable, ne suffit plus face à la progression des maladies chroniques, au vieillissement démographique et à la persistance des inégali-

tés sociales. L'approche populationnelle propose un changement de perspective, au-delà des individus qui entrent dans le système de soin, et vise à analyser et à améliorer la santé d'un groupe défini (territoire, communauté, cohorte d'âge...) en agissant sur l'ensemble des déterminants qui façonnent les trajectoires de santé. Elle permet ainsi d'intégrer les facteurs sociaux, éducatifs, environnementaux et comportementaux qui influencent fortement la survenue et l'évolution des pathologies.

En élargissant le regard à l'échelle territoriale et collective, l'approche populationnelle rejoint d'ailleurs la logique du One Health, qui souligne l'interdépendance des dimensions sanitaires, environnementales et sociales. Pour être opérante, cette vision doit toutefois se traduire en actions concrètes, adaptées aux réalités locales. L'objectif n'est pas seulement d'allonger l'espérance de vie, mais de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients, en retardant les complications des maladies chroniques. Cela suppose des stratégies ciblées de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé. Le principe d'universalisme proportionné y est à cet égard central : il ne s'agit pas d'appliquer uniformément les mêmes actions, mais de les adapter aux besoins spécifiques des populations et in fine d'offrir davantage à ceux qui en ont le plus besoin, indépendamment de leur capacité à solliciter le système. Cette démarche est décisive pour réduire les inégalités sociales de santé.

Enfin, l'approche populationnelle favorise une meilleure articulation entre les acteurs que sont les professionnels de santé et les structures de soins, les collectivités, les établissements scolaires, les associations, le secteur médico-social, autour d'une responsabilité partagée et d'une coordination territoriale renforcée. Elle ne

se substitue pas au modèle curatif, mais le complète et le rééquilibre.

ENFIN, LE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ FAIT L'OBJET DE DÉBATS RÉCURRENTS, DANS UN CONTEXTE MARQUÉ PAR LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, L'AUGMENTATION DES MALADIES CHRONIQUES, LE PROGRÈS TECHNOLOGIQUE ET LES TENSIONS BUDGÉTAIRES PESANT SUR LES FINANCES PUBLIQUES. LE MODÈLE ACTUEL EST-IL ENCORE SOUTENABLE TEL QU'IL EST ORGANISÉ ?

Nous traversons une phase de transition structurelle. Le vieillissement de la population, l'essor des maladies chroniques, le développement des besoins de suivi au long cours et l'accélération des innovations technologiques transforment profondément la nature des dépenses de santé. Sous l'effet combiné de ces dynamiques, celles-ci augmentent mécaniquement. Dans ce contexte, nous devons relever un double défi : maintenir une médecine curative performante tout en investissant davantage dans la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé et la coordination des parcours. À court terme, ces exigences s'additionnent et nourrissent les tensions budgétaires et les interrogations sur la soutenabilité du système.

Pour autant, des évolutions sont déjà à l'œuvre. Le développement de l'exercice coordonné, l'essor des maisons de santé pluriprofessionnelles, la structuration d'équipes spécialisées ou encore la diversification des modes de financement témoignent, en effet, d'une adaptation progressive. Le numérique transforme les pratiques et la prévention gagne en outre en visibilité dans les priorités publiques. Toutefois, si la question du financement reste centrale, aucun modèle n'est exempt de limites. La tarification à l'acte peut encourager la production sans toujours valoriser la pertinence et la coordination ; le

budget global sécurise les établissements mais peut introduire des rigidités et n'incite pas à la productivité ; les paiements forfaitaires ou à la qualité sont prometteurs, à condition de s'appuyer sur des indicateurs robustes avec des enjeux de lisibilité.

L'enjeu n'est donc pas de substituer brutalement un mécanisme à un autre, mais d'aligner les incitations financières avec les objectifs de santé publique pour privilégier la pertinence, la coordination, la qualité et la prévention plutôt que le seul volume d'actes. Le financement ne peut être dissocié des finalités poursuivies. À terme, l'ambition est d'installer un modèle dans lequel la prévention occupe une place structurante, sans affaiblir l'excellence curative qui restera indispensable mais qui devra être plus ciblée, plus pertinente et mieux articulée avec l'accompagnement dans la durée. Une telle évolution suppose des choix stratégiques clairs et une stabilité des orientations.

Pour conclure, notre système se trouve à la croisée des chemins pour préserver son niveau d'excellence clinique, renforcer la coordination, impliquer davantage les patients, investir dans la prévention et garantir sa soutenabilité financière. Ces objectifs ne s'opposent pas ; ils sont interdépendants. Une prévention efficace peut réduire certaines dépenses curatives, une meilleure coordination peut éviter des hospitalisations évitables, et une implication accrue des patients peut améliorer l'adhésion thérapeutique et limiter les complications. La transformation est engagée, mais elle exige cohérence et vision de long terme. Les arbitrages budgétaires doivent s'inscrire dans une réflexion stratégique sur le modèle de santé que nous voulons construire : plus équitable, plus durable et pleinement centré sur la personne, capable de répondre aux défis démographiques, technologiques et sociaux à venir. ■



DR JEAN-PAUL ORTIZ

*PRÉSIDENT D'HONNEUR DE LA
CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS
MÉDICAUX FRANÇAIS*

LES MALADIES CHRONIQUES TRANSFORMENT EN PROFONDEUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ. LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE EN EST UN EXEMPLE PARTICULIÈREMENT RÉVÉLATEUR : ELLE PROGRESSED SOUVENT À BAS BRUIT, S'INSCRIT DANS LE TEMPS LONG, ET PEUT CONDUIRE À DES PRISES EN CHARGE TRÈS LOURDES LORSQU'ELLE EST DIAGNOSTIQUÉE TARDIVEMENT. SELON VOUS, QUE NOUS DIT SA PROGRESSION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANÇAIS ?

La maladie rénale chronique (MRC) constitue un enjeu majeur de santé publique. Elle concerne environ 6 à 7 % de la population adulte, ce qui en fait une pathologie fréquente comme certaines maladies chroniques largement identifiées telles que le diabète ou certains cancers. Malgré cette prévalence élevée, la MRC demeure largement sous-diagnostiquée puisque plus d'un patient sur deux ignore qu'il en est atteint. Cette situation s'explique en grande partie par le caractère longtemps asymptomatique de la maladie, qui évolue de manière silencieuse.

Dans la majorité des cas, elle ne survient pas de manière isolée, mais s'inscrit dans une trajectoire marquée par la présence d'autres

pathologies chroniques fréquentes, notamment le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires. Ces affections, installées dans le temps long contribuent à une altération progressive de la fonction rénale. La MRC apparaît ainsi comme un indicateur d'une fragilisation « cumulative » de l'état de santé, révélatrice du poids croissant des maladies chroniques et des facteurs de risque associés au sein de la population. Les modalités de repérage et de diagnostic

l'absence d'une stratégie de dépistage et d'un suivi coordonné dans la durée.

Les conséquences de ce retard de repérage sont importantes puisque presque un tiers des patients débute leur dialyse dans un contexte d'urgence, et une proportion non négligeable (20%) d'entre eux n'a pas bénéficié d'un suivi spécialisé dans l'année précédant l'entrée en suppléance. Par ailleurs, parmi les patients atteignant un stade avancé de la maladie,

« NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ RESTE ENCORE LARGEMENT STRUCTURÉ AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE D'ÉPISODES AIGUS. DANS CE CONTEXTE, LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE TEND À ÊTRE REPÉRÉE TARDIVEMENT EN L'ABSENCE D'UNE STRATÉGIE DE DÉPISTAGE ET D'UN SUIVI COORDONNÉ DANS LA DURÉE »

précoce de la MRC interrogent par ailleurs notre rapport au soin, au dépistage et à la prévention. La maladie est, en effet, identifiée essentiellement par des examens biologiques qui nécessitent une démarche proactive, en particulier chez les populations à risque. Or, notre système de santé reste encore largement structuré autour de la prise en charge d'épisodes aigus. Dans ce contexte, la maladie rénale chronique tend à être repérée tardivement en

près d'un tiers n'avait jamais été pris en charge auparavant. Ces constats traduisent une identification encore trop tardive des patients au moment où la maladie impose des traitements lourds, plutôt qu'à un stade où des interventions précoces permettraient de ralentir son évolution, d'organiser les parcours de soins et d'anticiper les choix thérapeutiques.

LA TRAJECTOIRE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE RÉNALE CHRONIQUE MOBILISE DE NOMBREUX ACTEURS : MÉDECINS TRAITANTS, NÉPHROLOGUES, HÔPITAUX, STRUCTURES DE DIALYSE, PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN VILLE, MÉDICO-SOCIAL... CE PARCOURS PEUT S'ÉTALER SUR DES ANNÉES, AVEC DES ÉTAPES, DES TRANSITIONS, DES COMPLICATIONS POSSIBLES. DANS CE CONTEXTE, LES RUPTURES DE PARCOURS ET LES PERTES D'INFORMATION SONT FRÉQUENTES. COMMENT PASSER D'UNE LOGIQUE DE STRUCTURES CLOISONNÉES À UNE VÉRITABLE LOGIQUE DE PARCOURS COORDONNÉS, CENTRÉE SUR LE PATIENT INSUFFISANT RÉNAL ?

Deux notions apparaissent centrales : la coordination des acteurs et la pluriprofessionnalité. La coordination constitue en premier lieu un levier essentiel de l'amélioration des parcours de soins. Si celle-ci repose sur la mise à disposition d'outils partagés, elle suppose surtout l'existence de temps de coordination clairement identifiés et reconnus. Il ne s'agit donc pas uniquement d'un enjeu d'intention, mais bien d'un enjeu d'organisation concrète du système de soins. À cet égard, « Mon Espace santé » représente une opportunité majeure en tant que socle commun d'information. Pour autant, son efficacité réelle dépendra de sa capacité à être plus structuré, plus lisible et plus facilement exploitable par les professionnels. Il doit permettre de soutenir de manière effective la continuité des soins et ne pas se limiter à une simple fonction d'archivage de documents. Si ce n'est pas le cas, nous serons confrontés à une dispersion de l'information la rendant in fine difficilement accessible, interprétable et synthétisable.

À moyen terme, les outils d'intelligence artificielle pourraient contribuer à répondre à cet enjeu en facilitant la transfor-

mation d'un volume important de données en synthèses cliniques pertinentes, lisibles et directement utilisables par les professionnels de santé. Toutefois, ces évolutions technologiques ne sauraient se substituer à la coordination. Coordination qui repose en effet avant tout sur la reconnaissance du temps qu'elle requiert, sur des pratiques professionnelles adaptées et sur une organisation des soins qui soutienne dans la durée cette logique collective.

La pluriprofessionnalité constitue quant à elle un second pilier structurant en impliquant un travail effectif en équipe qui ne suppose pas nécessairement une co-localisation des professionnels mais qui suppose des échanges réguliers, organisés et formalisés entre les acteurs, ainsi qu'une articulation claire et complémentaire des rôles. Dans le cadre de la prise en charge de la maladie rénale chronique, la première ligne ne se limite donc pas au médecin généraliste. Les biologistes, pharmaciens et infirmiers, notamment à domicile, jouent un rôle déterminant dans le repérage précoce, l'éducation thérapeutique, la prévention de la dégradation de la fonction rénale et la sécurisation des parcours. Leur proximité avec les patients et la régularité de leurs interactions constituent des atouts majeurs pour détecter les signaux faibles et prévenir les ruptures de prise en charge.

Un parcours réellement centré sur le patient nécessite ainsi une meilleure intégration de certains professionnels encore insuffisamment mobilisés alors même qu'ils sont essentiels. Les diététiciens jouent par exemple un rôle clé dans l'accompagnement des patients et l'adaptation des habitudes de vie. Les psychologues peuvent intervenir lors de l'annonce de la maladie, dans l'acceptation du diagnostic et dans l'accompagnement des patients au long cours. Les infirmiers de coordination contribuent quant à eux à



structurer les transitions entre les différentes étapes du parcours. Enfin, le secteur médico-social doit être associé plus précocement puisque la maladie rénale chronique a des répercussions qui dépassent largement le champ strictement biologique, en affectant la vie quotidienne, l'autonomie, l'activité professionnelle et l'équilibre social et familial des patients. Anticiper ces dimensions constitue donc un facteur déterminant de prévention des ruptures de parcours et de maintien de l'adhésion aux soins.

Ces enjeux renvoient donc à la question centrale de la reconnaissance et de la rémunération du travail de coordination et du fonctionnement collectif. Qu'il s'agisse d'actes ou de forfaits, le mode de rémunération importe moins que sa capacité à refléter le service réellement rendu. Les temps consacrés à la coordination, aux bilans de suivi, à la prise en charge des pathologies chroniques et aux échanges entre professionnels ne peuvent être assimilés à des consultations simples. Tant que ces activités ne seront pas pleinement reconnues et financées, elles resteront fragiles et dépendantes des engagements individuels, au risque d'une fragmentation persistante des parcours de soins.

LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE S'INSCRIT PAR DÉFINITION DANS LE TEMPS LONG. SON ÉVOLUTION EST SOUVENT SILENCIEUSE, PONCTUÉE DE PHASES DE STABILISATION PUIS DE DÉGRADATION PROGRESSIVE, ET PARFOIS D'UNE ENTRÉE DANS DES TRAITEMENTS DE SUPPLÉANCE LOURDS. OR, NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ DEMEURE LARGEMENT ORGANISÉ AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE DE L'AIGU. QUELS SONT, SELON VOUS, LES PRINCIPAUX FREINS ORGANISATIONNELS, ÉCONOMIQUES OU CULTURELS À UNE PRISE EN CHARGE DURABLE ET ANTICIPÉE DE LA MRC ?

Le principal frein réside dans une organisation du système de santé qui demeure largement structurée autour du curatif et de l'épisode aigu. Il s'agit d'un héritage historique, fondé sur une logique centrée sur l'hôpital, l'urgence, l'acte et l'événement ponctuel. Cependant, la réalité sanitaire actuelle a évolué, puisque de nombreux patients vivent (et vivront) durablement avec une ou plusieurs maladies chroniques, majoritairement suivis à domicile, et dont les épisodes de décompensation, lorsqu'ils surviennent, ne constituent qu'une séquence dans une trajectoire de soins beaucoup plus longue. Dans ce contexte, l'enjeu central vise à garantir la cohérence et la fluidité du parcours, depuis le suivi en ville et à domicile, en passant par l'anticipation et la préparation des hospitalisations lorsqu'elles s'avèrent nécessaires, jusqu'à l'organisation de la sortie et du retour à domicile dans des conditions sécurisées. C'est à ce niveau que se joue une part déterminante de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des parcours de soins.

On constate cependant que ce continuum nécessaire reste fragilisé par des difficultés persistantes de transmission de l'information. Les sorties d'hospitalisation peuvent être insuffisamment documentées, les comptes rendus transmis tardivement, et les résultats d'examens difficiles d'accès pour les professionnels de ville. Ces dysfonctionnements mettent en difficulté les acteurs de premier recours et compromettent la continuité des prises en charge. Ils sont en grande partie liés à la fragmentation des systèmes d'information et à l'insuffisante interopérabilité des outils numériques. Lorsque les systèmes ne communiquent pas entre eux, le parcours se fragmente mécaniquement et le patient se retrouve trop souvent en situation de devoir assurer lui-même la coordination, en transportant des documents, en répétant son histoire à de multiples reprises et en tentant de reconstituer une

« TANT QUE LA MRC RESTERA PERÇUE COMME UNE PATHOLOGIE « APPARTENANT » ESSENTIELLEMENT AU CHAMP DU SPÉCIALISTE, LE DIAGNOSTIC INTERVIENDRA TROP TARDIVEMENT ET DE NOMBREUSES OPPORTUNITÉS D'ACTION EN AMONT CONTINUERONT D'ÊTRE MANQUÉES »

forme de cohérence qui devrait relever de l'organisation des soins.

À ces obstacles organisationnels et techniques s'ajoute par ailleurs un frein d'ordre culturel. La maladie rénale chronique a, en effet, été appréhendée pendant longtemps comme un domaine relevant du spécialiste. L'enjeu actuel consiste à l'inscrire pleinement dans le champ de la médecine de première ligne, au même titre que l'hypertension artérielle ou le diabète puisque c'est au niveau des soins de premier recours que se jouent l'anticipation, le repérage précoce, la prévention et le ralentissement de la progression de la maladie. Tant que la MRC restera perçue comme une pathologie « appartenant » essentiellement au champ du spécialiste, le diagnostic interviendra trop tardivement et de nombreuses opportunités d'action en amont continueront d'être manquées.

LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE PRÉCOCE SONT DES ENJEUX MAJEURS EN NÉPHROLOGIE, NOTAMMENT CHEZ LES PATIENTS À RISQUE. POURTANT, LA

PRÉVENTION PEINE ENCORE À S'IMPOSER COMME UN RÉFLEXE PARTAGÉ. QUELS LEVIERS POURRAIENT PERMETTRE D'AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE, DE RALENTIR LA PERTE DE FONCTION RÉNALE ET DE MIEUX ACCOMPAGNER LES PATIENTS TOUT AU LONG DE LEUR PARCOURS, EN AMONT COMME EN AVAL DE L'INSUFFISANCE RÉNALE SÉVÈRE ?

Le premier levier d'action est le renforcement de l'éducation à la santé autour des principaux facteurs de risque, notamment le diabète, l'hypertension artérielle et le risque cardiovasculaire. Cet enjeu dépasse largement le seul champ du système de soins. Il relève des politiques publiques au sens large, en intégrant les déterminants de santé, les environnements de vie, les comportements individuels et les inégalités sociales. Une stratégie de prévention efficace implique d'agir en amont sur les facteurs qui génèrent le risque, ceux qui en favorisent l'aggravation et ceux qui entravent l'accès aux soins.

Le deuxième levier consiste à structurer un repérage systématique des patients à risque et à être en capacité de déclencher précocement des actions de prévention dès l'apparition des premiers signaux. Dans le cadre de la maladie rénale chronique, il est clairement établi que l'intervention précoce permet de ralentir significativement la progression de la pathologie grâce à un suivi adapté, à des mesures hygiéno-diététiques et à des thérapeutiques dont l'efficacité s'est accrue. Le facteur temps est déterminant. En effet, chaque année gagnée sans aggravation modifie durablement la trajectoire de la maladie. Les données disponibles montrent d'ailleurs que l'investissement dans la prévention et le dépistage précoce permet d'améliorer le pronostic, de préserver la qualité de vie des patients et de réduire de manière significative les coûts liés aux complications et au recours à la suppléance.

Le troisième levier vise à renforcer la mobilisation de la biologie de ville et des acteurs de première ligne. À titre d'exemple, la mise en évidence d'une créatinine élevée, suggérant une altération du débit de filtration glomérulaire, peut être utilement complétée par un examen urinaire simple et peu coûteux, permettant de mieux caractériser l'atteinte rénale et d'orienter la prise en charge. La biologie constituant un point d'entrée fréquent dans le système de soins, ce type de mécanisme peut améliorer le repérage à grande échelle, à condition que son cadre organisationnel et financier n'introduise pas de freins inutiles et qu'il s'inscrive pleinement dans une logique de parcours coordonné.

Afin de maximiser l'impact des ressources disponibles, il est également indispensable d'éviter la dispersion des efforts. Une politique de prévention efficiente repose sur la définition de priorités sanitaires clairement identifiées, assorties d'objectifs mesurables, d'indicateurs de suivi et

d'une coordination nationale cohérente. Cette approche permet à la fois d'optimiser l'action publique et d'évaluer de manière rigoureuse l'efficacité des dispositifs mis en œuvre.

Un autre levier essentiel consiste à renforcer les liens entre les acteurs de première ligne et les équipes hospitalières spécialisées en néphrologie. Cela suppose notamment la mise en place de protocoles de soins partagés entre la ville et l'hôpital. Ces protocoles peuvent définir par spécialité et par pathologie, des seuils de fonction rénale guidant l'orientation des patients. Ainsi, un cardiologue suivant un patient hypertendu disposera de repères clairs indiquant à quel niveau de clairance une consultation de néphrologie devient nécessaire. De même, un diabétologue sera en mesure d'identifier précocement les signes d'une néphropathie diabétique et d'adresser le patient au moment opportun. En médecine de ville, il s'agit également de promouvoir la recherche régulière d'une MRC chez les patients à risque, ainsi que le dépistage ciblé chez ceux présentant des antécédents ou des situations susceptibles d'entraîner une atteinte rénale chronique.

Enfin, l'accompagnement du patient dans la durée est un axe fondamental de toute stratégie de prévention. Il implique un travail approfondi sur l'annonce, la compréhension de la maladie, l'adhésion au suivi, ainsi que l'intégration des dimensions diététiques, psychologiques et médico-sociales. La prévention ne se limite pas à un examen ou à un dosage biologique, elle s'inscrit dans un parcours de soins structuré, fondé sur la continuité et l'accompagnement. Elle vise également à rendre le patient acteur de sa prise en charge, sans le laisser isolé face à une maladie chronique nécessitant des adaptations durables. ■



**« NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ REPOSE
SUR UN MODÈLE
DE FINANCEMENT
QUI RÉTRIBUE
TROP PEU LA
QUALITÉ DES
SOINS PERÇUE PAR
LES PATIENTS »**

**MAGALI
LEO**

*COORDINATRICE
D'ACTION PATIENTS*

**VOUS INSISTEZ SUR LA NÉCESSITÉ
DE MIEUX PRENDRE EN COMPTE
LA PAROLE DES PATIENTS DANS
LE SYSTÈME DE SANTÉ. EST-CE
QUE ÇA PROGRESSE CONCRÈTE-
MENT AUJOURD'HUI ?**

Oui. Nous progressons. Mais ces avancées sont inversement proportionnelles à la qualité de la prise en charge des patients.

La meilleure prise en compte de la parole des patients se concrétise notamment par les actions locales et nationales des représentants des usagers dans les instances sanitaires, mais aussi par l'intérêt croissant porté à l'expérience des personnes vivant avec une maladie chronique ainsi que celle de leurs proches aidants.

La HAS lui accorde une place de plus en plus importante dans ses recommandations, évaluations et certifications. De nombreuses facultés de médecine intègrent progressivement des enseignements sur l'écoute, l'empathie, la communication et la prise en compte des préférences individuelles des personnes malades en recourant notamment à des patients experts ou usagers formés.

C'est bien. Mais pourquoi est-ce insuffisant ?

Parce que notre système de santé repose sur un modèle de financement qui rétribue trop peu la qualité des soins perçue par les patients.

Parce que la santé des patients est dominée par des sciences médicales qui se sont tardivement ouvertes aux études observationnelles

menées auprès des patients et de leurs proches aidants.

Parce que la prise en charge des personnes malades est une mécanique largement gouvernée par des logiques comptables et influencée par des équilibres entre les acteurs qui tendent encore trop souvent à limiter le rôle des associations de patients. Parce que les représentants associatifs n'agissent pas « à armes égales » comparativement aux autres acteurs de la démocratie en santé et pèsent encore trop peu sur les stratégies publiques qui façonnent les parcours de soins, tant en ville qu'à l'hôpital ou à domicile.

Et enfin parce que les acteurs du système de santé doivent composer avec des contraintes et des objectifs multiples, qui influencent la manière dont la place du patient est appréhendée.

À qui la faute ?

Au déni qui incite nos décideurs à penser pour les patients sans tenir réellement compte des besoins évolutifs des quelque 25 millions de personnes concernées par une maladie chronique. Les patients, trop souvent réduits à leur pathologie ou à des indicateurs cliniques, peinent encore à faire valoir leurs besoins dans les décisions médicales ou organisationnelles. Et ceci pour plusieurs raisons : une culture médicale centrée sur la maladie, les contraintes de temps ou de personnels, un manque de formation, des normes qui priment la performance technique et sous-estiment l'importance de la qualité de vie.

À la complexité législative, réglementaire et administrative qui tue dans l'œuf des dizaines d'initiatives favorables à une santé organisée autour des besoins des personnes malades. Certains évoquent les rouages institutionnels, pour désigner les labyrinthes subtils dans lesquels ils sont

durablement piégés. Des années à se fier vainement à des engagements politiques jamais signés, rarement réaffirmés et rebattus à la faveur des remaniements ministériels.

À la résistance culturelle. Qui a tenté des modèles alternatifs de prise en charge visant, par exemple, à indexer la rémunération des professionnels de santé sur la qualité des soins, sait combien de barrières et d'interminables débats s'interposent et comment, à deux mètres de la ligne d'arrivée, les dernières forces jetées par les militants du statu quo parviennent à faire obstacle à la parution des textes.

À l'asymétrie des moyens qui affaiblit la parole des associations de patients, privées des ressources nécessaires à l'équilibre des négociations. Face à elles : des pouvoirs publics sommés de réduire la dette nationale à brève échéance, des industriels qui pèsent fortement dans le débat public, des organismes complémentaires d'Assurance maladie dont le rôle croissant dans le champ de la protection sociale transforme les équilibres traditionnels du système de santé et maintenant des fonds d'investissement parfois prédateurs qui contribuent à la financiarisation de notre système de santé.

Renoncer à soutenir les associations de patients, c'est prendre le risque d'un déséquilibre dans la représentation des intérêts en présence, au détriment d'une approche pleinement tournée vers l'intérêt général.

Pour revenir à la question : la prise en compte de la parole des patients ne peut avoir d'impact favorable et tangible sur notre système de santé qu'à deux conditions.

Fixer un cap politique qui engage les parties prenantes sur le temps long mais avec une conviction politique fermement

affirmée autour de l'implémentation progressive de l'expérience patients dans nos modèles de financement.

Garantir des moyens publics et pérennes aux associations qui représentent les personnes malades pour équilibrer et assainir le débat que nos concitoyens, pour qui la santé est une des préoccupations prioritaires, sont en droit d'attendre.

LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT NE SE LIMITE PAS À UN TRAITEMENT OU À UNE CONSULTATION. DU POINT DE VUE DU VÉCU QUOTIDIEN, QUELS SONT SELON VOUS LES GRANDS ANGLES MORTS DU SYSTÈME ?

En effet, la prise en charge d'un patient n'est pas réductible à une somme de traitements et de consultations. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle plusieurs associations de patients privilégient la notion de « prise en soins », qui renvoie à l'intention de porter une attention parti-

culière à la personne, de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé, de diminuer sa souffrance, de favoriser son autonomie et son confort.

Passer d'une « prise en charge » à une « prise en soins » procède d'une approche complexe qui implique des réponses à plusieurs questions intermédiaires.

Comment vivent les patients, dans leur travail, dans leur couple, dans leur famille, dans leur tête ?

Pourquoi font-ils ce qu'ils font, y compris lorsque leurs comportements s'écartent des recommandations de « bonne vie » ?

Qu'attendent-ils de leurs soins ? Une quantité d'effets thérapeutiques, une amélioration de leur qualité de vie, le soulagement de leur douleur, un gain d'autonomie, s'en remettre à une autorité médicale de confiance ?

« LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT N'EST PAS RÉDUCTIBLE À UNE SOMME DE TRAITEMENTS ET DE CONSULTATIONS. C'EST D'AILLEURS LA RAISON POUR LAQUELLE PLUSIEURS ASSOCIATIONS DE PATIENTS PRIVILÉGIENT LA NOTION DE « PRISE EN SOINS » »

Quels indicateurs permettent-ils d'évaluer tout ce qui précède ? Qui les définit, qui les recueille, comment sont-ils pondérés pour être effectivement pris en compte ?

C'est seulement ainsi que nous saurons éclairer les « angles morts » qui représentent, pour notre système de santé, autant de pertes de chance de s'améliorer.

Cette démarche suppose une grande ouverture d'esprit et une authentique volonté de transformation car elle ouvre de réelles perspectives. Parfois contre-intuitifs, les résultats de ces recherches

peuvent contrarier des croyances, déconstruire des certitudes et heurter de têtus préjugés. Non seulement la vérité des patients n'est pas toujours celle que l'on croit mais, de surcroît, leurs besoins et attentes en 2026 ne sont plus les mêmes qu'en 1996 ou 2006 ou 2016. Sous l'effet des profondes transitions sociologiques, démographiques, technologiques, épidémiologiques et sociétales qui travaillent notre pays, les patients d'aujourd'hui peuvent nous surprendre. D'ailleurs, plusieurs associations de patients s'emploient précisément à mettre à jour leurs connaissances : que veulent leurs communautés et comment s'y adapter ?

La recherche en santé doit être davantage guidée par les patients et leurs proches aidants. Et concomitamment, la recherche en santé guidée par les patients doit être mieux reconnue tant aux plans scientifique que politique. Il n'y a pas d'autre choix si est entérinée la volonté collective de déployer une réforme pour un système de santé tout à la fois sobre et pertinent. La ressource est rare. Il est crucial et impératif de l'injecter dans les stratégies de soins qui fonctionnent « en vie réelle ».

VOUS ÉVOQUEZ SOUVENT L'IMPORTANCE DE PARCOURS PLUS FLUIDES, NOTAMMENT POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES. COMMENT PEUT-ON AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS

ENTRE LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS QUI LES PRENNENT EN CHARGE ?

Il existe plusieurs leviers pour mieux coordonner les parcours de soins des personnes malades chroniques. Celles et ceux qui refusent de les activer se rendent coupables de la dégradation de l'état de santé de millions de personnes et de coûts évitables pour l'Assurance maladie.

Tout d'abord, la circulation des informations médicales et paramédicales : comment pouvons-nous accepter, en 2026, que des professionnels et établissements de santé ne soient pas encore « câblés » pour le partage de données essentielles concernant leurs patients ? C'est inouï, d'autant que notre pays a investi des milliards d'euros pour le déploiement du Dossier Médical Partagé à travers, notamment « Mon Espace Santé » ou encore le « Ségur numérique en santé ».

Combien d'informations manquantes ou incomplètes débouchent sur des pertes de chance pour les patients, des actes redondants coûteux, des stratégies de soins suboptimales ou approximatives à cause de logiciels métiers ou, pire, de blocages idéologiques et... syndicaux ?

Ensuite, l'organisation des soins sur les territoires. S'il existe bien des outils structurant les données d'offres de soins en France, il reste que les meilleurs répertoires du monde ne résoudront pas les problèmes d'accès aux soins en France.

Plus d'un Français sur dix vit dans un désert médical. Que leur est-il proposé ?

Recourir à des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sommées par la CNAM de prendre en charge les 600 000 à 800 000 patients ALD sans médecin traitant ? Oui, mais les MSP sont également affectées par la baisse du nombre de mé-

decins généralistes libéraux qui augmentent mécaniquement leur charge. Quant à l'objectif d'atteindre 4 000 MSP en 2027, nous n'y sommes pas encore...

Se replier sur la télémédecine ? Certains patients font le pas. Le recours à la télémédecine repart à la hausse après un recul post-Covid. Sauf que la télémédecine, c'est essentiellement un choix de femme (59%), de jeunes (les 25 – 54 ans représentant 61% des patients en téléconsultation) et une démarche ponctuelle (pour 81% des patients).

Parfaite, donc, pour la « working girl » mais moins « cool » pour un patient polypathologique et âgé vivant, qui plus est, dans une zone à faible connectivité.

Ajoutons à cela que la télémédecine est aussi incriminée dans des dérives graves de prescriptions sans examen médical rigoureux et des facturations excessives.

Enfin, « do it yourself ». Oui, c'est effectivement le réflexe de millions de patients et de proches aidants, encouragés en ce sens par la profusion des agents conversationnels qui, au passage, s'approprient leurs données de santé pour mieux les exporter hors de France. L'intelligence artificielle deviendra-t-elle « le doc de demain » ? Peut-être bien en effet. Surtout si les pouvoirs publics renoncent à toute tentative de régulation des effectifs médicaux sur le territoire. Car avec un nombre de médecins en augmentation en France, atteignant un niveau inédit (près de 240 000 médecins en activité, en hausse de 1,6 % en un an), notre problème est bien celui de leur juste répartition.

VOUS DÉFENDEZ L'IDÉE QUE MIEUX SOIGNER NE SIGNIFIE PAS FORCÉMENT DÉPENSER PLUS. CONCRÈTEMENT, QU'EST-CE QU'IL FAUDRAIT MIEUX ORGANISER OU MIEUX COORDONNER ?



COMMENT ALLER VERS PLUS DE PERTINENCE SANS OPPOSER FINANCEMENT ET QUALITÉ ?

Action Patients défend en effet l'idée selon laquelle nous pouvons, et même devons, soigner mieux en dépensant moins. Si plusieurs associations le soutiennent depuis longtemps à partir d'exemples concrets sur lesquels se fonde d'ailleurs une partie de leur plaidoyer, ce thème est, pour la première fois, porté collectivement dans un élan volontariste.

Nos propositions portent en particulier sur six points.

Les très hauts niveaux de rentabilité de certaines activités de soins. La France s'est choisi un modèle mixte où co-existent des acteurs publics, privés, mutualistes et associatifs. La diversité culturelle et statutaire des acteurs du système de santé n'est socialement acceptable qu'à la condition que les intérêts supérieurs des patients soient garantis par le respect d'une éthique fortement structurante. Cette exigence conduit à interroger les modalités d'exercice du pouvoir, les approches excessivement technicistes, ainsi que certaines logiques économiques ou sectorielles.

Cette recherche d'équilibre justifie la traque des rentes abusives car non, notre système de santé n'est pas conçu pour offrir des résultats d'exploitation excessifs à des offreurs de soins. Et il n'est pas plus destiné à enrichir des actionnaires excités pour qui la qualité des soins représente un vague concept marketing.

La pertinence des soins. Car selon des données HAS, qui certes remontent à 2014, 40% des prescriptions sont contraires à ses recommandations. En 2020, 25% à 30% des actes médicaux étaient jugés inutiles ou non pertinents (Cour des comptes). Le coût annuel de ces mauvai-

ses pratiques représenterait 50 milliards d'euros par an.

C'est considérable, et malsain. Pour autant, la chasse aux actes non pertinents reste molle, responsabilise trop peu les professionnels et établissements de santé et est engluée dans des logiques si complexes qu'au final, pour parer au plus pressé, c'est sur le déremboursement des patients que les pouvoirs publics préfèrent agir.

La bataille de la pertinence des soins, c'est le refus du grand gâchis. C'est aussi le refus de payer en aveugle, de solvabiliser la non-qualité et les écarts vis-à-vis des référentiels de bonnes pratiques. In fine, c'est postuler pour un système de santé qui purge aux bons endroits et à bon escient, au nom de la soutenabilité économique et de l'égalité d'accès aux meilleurs soins.

La coordination des soins, pour les raisons précédemment évoquées auxquelles une problématique doit être ici ajoutée : celle de la montée en compétences des professionnels paramédicaux. Notre pays s'est fixé l'objectif de former 5 000 infirmiers en pratique avancée (IPA) en 2024 pour une montée en charge progressive (devant atteindre 18 000 à terme). La flèche est hélas encore plantée loin de la cible car en 2024, moins de 2 400 IPA seraient diplômés. Les raisons de cette sous-performance sont multiples mais en 2023, la Cour des comptes constatait que lorsque des IPA sont installés en ville, les médecins refusent très souvent d'orienter vers eux des patients dont la situation relève pourtant de leurs compétences, « par méconnaissance ou par crainte de concurrence ». À quoi résiste donc une partie de la profession médicale ? Au renforcement des compétences des IDE visant à renforcer l'accès aux soins dans un contexte de pénurie et d'augmentation du nombre de malades chroniques. On tolère ?

Le rôle des associations de patients, notamment dans le cadre de l'accompagnement et de l'éducation thérapeutique des patients (ETP). En France, la moitié des patients malades chroniques ne suivent pas scrupuleusement leur traitement en raison, essentiellement, de leur lourdeur et de leurs effets secondaires. Le coût de ces nombreux problèmes d'observance atteindrait 9,3 milliards d'euros chaque année selon des données qui mériteraient

l'intérêt de la pair-aidance qui permet de mettre utilement des savoirs expérientiels au service des autres.

De nouvelles approches, fondées sur les sciences comportementales, pour accélérer le virage de la prévention. Pour ce faire, les acteurs de proximité doivent être soutenus, y compris financièrement, pour déployer des stratégies de réduction des risques adaptées aux publics précaires.

« LES ACTEURS DE PROXIMITÉ DOIVENT ÊTRE SOUTENUS, Y COMPRIS FINANCIÈREMENT, POUR DÉPLOYER DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES ADAPTÉES AUX PUBLICS PRÉCAIRES, SUREXPOSÉS AUX RISQUES DE SANTÉ »

une mise à jour. Cette évaluation donne une idée de ce que pourrait représenter la valeur ajoutée de l'accompagnement et de l'ETP. Parmi les acteurs les mieux positionnés pour agir : les associations de patients elles-mêmes. Pour quelles raisons ? Elles connaissent les personnes qu'elles représentent et défendent. Elles savent impliquer leurs communautés dans les programmes d'action et de formation souvent co-construits avec les professionnels de santé. Elles mesurent

res, surexposés aux risques de santé. Les trop fortes inégalités de santé qui plombent notre système de santé pourraient en partie être résolues si nous parvenions à concentrer notre attention et nos efforts sur l'action plutôt que sur le jugement lié aux représentations persistantes sur l'obésité, les addictions, la dépression ou encore les maladies sans cause médicale avérée. La santé communautaire fait ses preuves. Il faut passer à l'échelle, faire confiance aux associations qui en ont

l'expérience ou se proposent de contribuer à cette stratégie en lien étroit avec les autorités sanitaires.

Un meilleur pilotage du système de santé par les données. L'instauration d'une culture de l'évaluation et du pilotage par les données de santé est nécessaire, s'appuyant sur toutes les données pouvant contribuer à améliorer les connaissances, la compréhension et la qualité des pratiques professionnelles : SNDS, registres et cohortes, données de la recherche publique et privée, données des industriels, données de surveillance épidémiologique, etc. L'enrichissement des bases pourrait notamment passer par des recueils simples et systématiques dont la production conditionnerait la rémunération des établissements de santé, ceci dans l'objectif de mieux connecter les pratiques professionnelles aux enjeux de qualité des soins. Les données directement issues des patients/usagers doivent également devenir une composante majeure de l'évaluation et de l'amélioration des connaissances.

VIVRE AVEC UNE MALADIE CHRONIQUE A DES IMPACTS MAJEURS SUR LA QUALITÉ DE VIE, NOTAMMENT SUR LE TRAVAIL ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI. CES ENJEUX SONT-ILS SUFFISAMMENT PRIS EN COMPTE ? ET PLUS LARGE-MENT, COMMENT ÉVITER QUE LA MALADIE NE DEVIENNE UN FACTEUR D'EXCLUSION PROFESSIONNELLE ?

Absolument. Grandir et vieillir avec une maladie chronique impliquent très souvent un reparamétrage de la vie dans toutes ses dimensions personnelles et professionnelles.

Au contact de nombreux patients et représentants associatifs concernés par diverses pathologies depuis 20 ans, j'observe des parcours différents les uns des autres, mais le fort retentissement de la

maladie sur le travail est l'une des grandes constantes.

Selon le CESE, 25% des travailleurs sont concernés par une maladie chronique évolutive (MCE) en 2025 (contre 15% en 2019). Un quart à un tiers d'entre eux ne sont plus au travail dans les 2 ans suivant le diagnostic.

35% des personnes souffrant d'une MCE ont une activité professionnelle.

Pour les entreprises, cette situation soulève bien des enjeux en premier lieu desquels la fatigabilité et l'absentéisme de leurs employés. Pourtant, selon le Défenseur des droits (2023).

Un tiers des employeurs ne suivent pas les préconisations.

Un quart des salariés concernés n'ont pas bénéficié de visite médicale depuis cinq ans. Plus de la moitié des actifs considère que leur médecin du travail « connaît mal leur état de santé » et hésite à informer son médecin du travail sur son état.

Un tiers des salariés malades ou ayant eu un arrêt de plus de 60 jours au cours des cinq dernières années n'ont pas bénéficié d'une visite de reprise.

Dans près d'un tiers des cas, l'employeur n'a pas suivi les préconisations de la médecine du travail pour les salariés atteints d'une maladie chronique.

29 % ne bénéficient pas d'un aménagement de poste alors qu'ils en auraient besoin.

Pour les travailleurs, c'est la triple peine : Désinsertion professionnelle. Sur 430 000 nouveaux cas de cancers par an, 150 000 concernent des personnes en âge de travailler (20-65 ans), soit 35%. La moitié des patients déclarent rencontrer des dif-

« SI LES PROCHES AIDANTS DEVAIENT S'EFFONDRE FAUTE DE SOUTIEN, FAUTE DE RÉPIT, FAUTE DE RECONNAISSANCE, CE SONT DES MILLIERS DE RÉSEAUX DE SOLIDARITÉ QUI DISJONCTERAIENT. NOTRE SOCIÉTÉ DOIT PRENDRE SOIN D'EUX »

ficultés au travail : risque de perte d'emploi 3 à 5 ans après le cancer, baisse de revenus à 5 ans pour un quart des patients (étude VICAN 5). En dialyse, moins de 20% des patients dialysés en âge de travailler parviennent à garder un emploi, contre plus de 80% dans la population générale selon une étude conduite par Renaloo, la voix des malades du rein, il y a quelques années.

Revers financiers liés à la perte de revenus. Car les indemnités journalières ne couvrent qu'une partie du salaire et des plans de carrière peuvent craquer. L'employabilité des personnes malades chroniques est largement dégradée. Pour preuve, le taux de chômage des personnes concernées par une maladie chronique invalidante est deux fois plus élevé que le taux de chômage général.

Stigmatisations et discriminations. Ces conséquences, largement documentées, enclenchent souvent un cercle vicieux qui conduit à l'éloignement du travail, à la précarisation et à l'aggravation de l'état de santé.

Le plus souvent, la maladie hypothèque les projets de vie : percute des trajectoires professionnelles, prive les personnes de l'accès à l'emprunt, appauvrit et décline socialement.

Ces situations peuvent également concerner les proches aidants des patients. En 2025, leur nombre en France est estimé entre 8 et 11 millions, dont 61 % sont des salariés. L'engagement de ces millions de personnes est un fait de société, une évolution majeure dont nous devons collectivement tenir compte pour plusieurs raisons.

Si les proches aidants devaient s'effondrer faute de soutien, faute de répit, faute de reconnaissance, ce sont des milliers de réseaux de solidarité qui disjoncteraient. Notre société doit prendre soin d'eux, les traiter avec tous les égards qu'ils méritent, y compris en valorisant leurs compétences acquises qui peuvent avoir de la valeur en entreprise.

L'aide des aidants ne peut conduire à la dépendance aux aidants. Car aider est un choix qui engage fortement et qui ne peut pas s'imposer « faute » de solution. Nous pensons notamment aux milliers de jeunes aidants en France (entre 300 000 et 500 000), le plus souvent invisibles, qui s'exposent à de fortes charges mentales susceptibles de compromettre leurs projets personnels et leur réussite professionnelle. ■

LE MODÈLE SOCIAL FRANÇAIS s'est construit sur une conviction forte : la régulation des rapports sociaux et professionnels ne peut relever seulement de l'État. Elle suppose l'intervention structurée de corps intermédiaires, organisés, légitimes, capables de représenter des intérêts collectifs et de participer à l'élaboration de règles communes. C'est le sens profond du paritarisme et du dialogue social, qui irriguent la protection sociale, la négociation collective et, plus largement, la démocratie sociale française.

Cette architecture ne relève pas d'un héritage abstrait. Elle est inscrite dans notre droit constitutionnel, dans notre organisation institutionnelle et dans le fonctionnement quotidien de notre système de protection sociale et de santé.

Pourtant, un paradoxe demeure et fragilise cet édifice : bon nombre de ceux qui font vivre la démocratie sociale ne bénéficient pas pleinement de ses avancées.

LES REPRÉSENTANTS PROFESSIONNELS : UN PILIER DE LA DÉMOCRATIE SOCIALE ET SANITAIRE

Dans le champ des professions libérales, et tout particulièrement dans le secteur de la santé, les représentants des professionnels jouent un rôle déterminant. Ils participent à la gouvernance des régimes sociaux, à la négociation des règles d'exercice, à l'évolution des dispositifs de formation, à l'attractivité des métiers, à l'éthique, à la déontologie, à la régulation de l'offre et à la soutenabilité du système. Dans le champ de la santé en particulier, les représentants syndicaux participent à la négociation conventionnelle avec l'Assurance maladie, à la gestion des instances paritaires et à l'élaboration de politiques publiques sanitaires.

Ces fonctions ne sont ni accessoires ni symboliques. Elles conditionnent l'accès aux soins, l'organisation des parcours, la qualité des pratiques, la sécurité des patients, l'équilibre financier du système de santé et la relation entre la puissance publique et les professionnels.

VERS UN « STATUT DE L'ÉLU » POUR LES REPRÉSENTANTS DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX ?

PAR SÉBASTIEN GUÉRARD
PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DE SYNDICATS DE KINÉSITHÉRAPEUTES
ET DE L'UNION NATIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Le paritarisme n'est pas seulement démocratique, il est vertueux. Si je prends le seul exemple de ma profession (la kinésithérapie), les syndicats signent des conventions engageantes et responsables avec l'Assurance maladie, cogèrent avec d'autres professions une caisse de retraite dont l'équilibre budgétaire est assuré pour plusieurs décennies, et construisent au niveau local des dispositifs d'amélioration d'accès aux soins main dans la main avec les pouvoirs publics.

En ce sens, les représentants des professionnels libéraux sont des acteurs de l'intérêt général, au cœur de la démocratie sanitaire et sociale.

UN ENGAGEMENT DEVENU STRUCTURELLEMENT EXIGEANT

Dans les faits, nombre de représentants cumulent des mandats exigeants avec une activité professionnelle déjà sous tension, sans cadre clair ni visibilité à long terme.

Cet engagement s'est profondément transformé. La complexification des normes, la technicité croissante des négociations, l'empilement des dispositifs réglementaires et financiers imposent une professionnalisation de fait de la représentation. Formation continue, expertise juridique, disponibilité permanente, capacité de négociation : les exigences sont aujourd'hui comparables à celles de fonctions publiques ou politiques reconnues.

Dans le champ de la santé, les différents gouvernements ont multiplié depuis vingt ans les organismes et instances qui, pour fonctionner, ont besoin de l'engagement de professionnels de santé libéraux : Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Unions régionales des professions de santé (URPS), sans compter les différentes instances de concertation et dispositifs expérimentaux dont le nombre est croissant.

Pour les professions libérales, cet engagement se traduit par une réalité concrète : du temps de travail soustrait à l'activité professionnelle, des revenus non perçus, une carrière ralentie, parfois fragilisée. Contrairement aux salariés protégés par des dispositifs de détachement ou de crédit d'heures, les représentants libéraux assument personnellement le coût économique et social de leur engagement.

Malgré ce rôle central, la reconnaissance sociale de l'engagement représentatif demeure largement inexistante. Les indemnités de représentation versées aux élus professionnels ont une fonction strictement compensatoire.

Elles ne sont pas assimilées à un revenu professionnel ouvrant droit à cotisations sociales, et ne permettent pas la constitution de droits à retraite, ni à une protection sociale spécifique.

Il en résulte une situation profondément déséquilibrée : des représentants peuvent consacrer des années, parfois des décennies, à des fonctions essentielles au fonctionnement de la protection sociale, sans que cet engagement ne produise le moindre droit social propre. Au moment de la retraite, cet investissement institutionnel est socialement invisible.

UN CONTRASTE RÉVÉLATEUR AVEC LE STATUT DES ÉLUS PUBLICS

À l'inverse, la République a progressivement reconnu la nécessité de sécuriser socialement l'engagement des élus publics. Le statut des élus locaux est aujourd'hui au cœur de l'actualité parlementaire, notamment par crainte de voir disparaître des vocations, faute de compensations suffisantes à l'engagement politique local.

La comparaison avec le statut des élus publics n'est, certes, pas parfaite - les mandats ne sont ni de même nature, ni de même origine - mais elle révèle une asymétrie difficile à justifier. Il ne s'agit pas ici de comparer

des légitimités ou de hiérarchiser des mandats, mais de constater une incohérence structurelle : la démocratie politique reconnaît et protège ceux qui l'exercent, tandis que la démocratie sociale repose encore largement sur le bénévolat et le sacrifice individuel.

Cette situation n'est pas neutre. Elle pose une question de soutenabilité démocratique. Peut-on durablement exiger un engagement de plus en plus exigeant, sans offrir de Sécurité sociale minimale à ceux qui l'assument ? Peut-on espérer renouveler les générations de représentants professionnels dans ces conditions ?

À terme, ce déséquilibre risque d'appauvrir la représentation, de limiter l'accès aux fonctions représentatives à ceux qui peuvent financièrement se le permettre, et de fragiliser le paritarisme lui-même. Or, un paritarisme fragilisé conduit à une démocratie sociale affaiblie et, par

ricochet, à un système de protection sociale moins légitime et moins efficace.

OUVRIR UN DÉBAT DE POLITIQUE SOCIALE

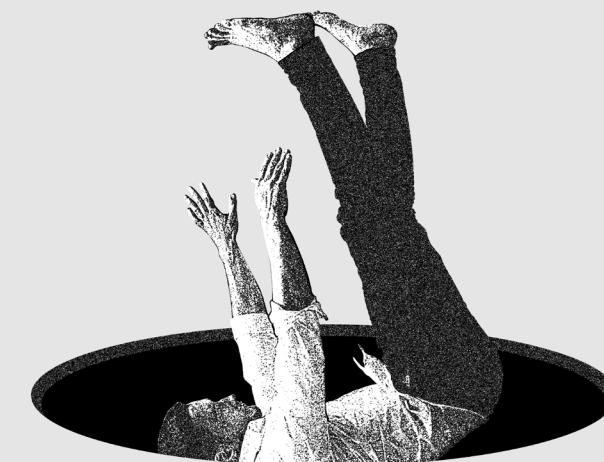
Reconnaître socialement l'engagement des représentants professionnels ne relève ni d'un privilège ni d'une rémunération du militantisme. Il s'agit à mes yeux, d'un enjeu de cohérence démocratique. Si la République considère que la représentation professionnelle est indispensable à la régulation sociale et sanitaire, alors elle doit interroger les conditions sociales dans lesquelles cet engagement est exercé.

Ne pas faire évoluer ce cadre, c'est accepter l'érosion progressive d'une démocratie sociale que l'on prétend pourtant défendre.

La représentation des professions libérales est l'un des angles morts de notre modèle social. Essentielle dans les faits, invisible dans les droits, elle repose sur un engagement individuel qui n'est plus soutenable à long terme.

À l'heure où la protection sociale cherche de nouveaux équilibres et où le paritarisme est régulièrement invoqué comme un socle de gouvernance, la reconnaissance sociale des représentants professionnels apparaît non comme une revendication catégorielle, mais comme une condition de vitalité démocratique.

Faire évoluer ce cadre, c'est renforcer la démocratie sociale, sécuriser l'engagement collectif et préserver un modèle français qui repose, plus que tout autre, sur la responsabilité de ses corps intermédiaires. ■





RÉFORME DU 100 % SANTÉ : HÉTÉROGÉNÉITÉ SECTORIELLE ET ENJEUX SYSTEMIQUES

PAR LUIS GODINHO
VICE-PRÉSIDENT ET ANCIEN PRÉSIDENT DU SYNDICAT DES AUDIOPROTHÉSISTES, VICE-PRÉSIDENT DES LIBÉRAUX DE SANTÉ ET MEMBRE DU HCAAM

La mission lancée par le Gouvernement sur l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires remet au centre du débat l'avenir du 100 % santé. Mais peut-on en débattre comme d'un bloc homogène ? L'analyse des données économiques et démographiques plaide pour une lecture sectorielle du dispositif et pour une appréciation explicite des effets systémiques que certaines évolutions pourraient produire,

notamment en matière d'anti-sélection et d'accès aux soins des seniors.

La réforme 100 % santé a été mise en place entre 2019 et 2021 afin de garantir l'accès à des soins optiques, dentaires et auditifs sans reste-à-charge. Pour en bénéficier, il est nécessaire de disposer d'un contrat complémentaire santé « responsable » ou de la Complémentaire santé solidaire (C2S). Plus de 95 % des contrats complémentaires santé sont

éligibles à cette réforme. En diminuant le coût pour les patients, cette réforme a amélioré l'accès aux soins, particulièrement en dentaire et en auditif.

Mais, face à la dégradation des finances de l'Assurance maladie, questionnant la soutenabilité de la dépense de soins, le Gouvernement a lancé une mission sur l'articulation entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires. Quatre personnalités qualifiées de-

vront présenter des pistes d'évolution sur les périmètres d'intervention et les rôles respectifs des deux financeurs du système de santé, et, notamment, « proposer l'évolution des dispositifs existants, notamment le 100 % santé (en optique, dentaire, audiologie) ».

Les effets de la réforme 100 % santé sur l'évolution des cotisations des complémentaires santé sont un argument régulièrement mis en avant par les représentants des assureurs santé pour justifier les fortes hausses de cotisations constatées ces dernières années. L'augmentation du recours aux équipements en dentaire, optique et audiologie serait un facteur majeur de l'accroissement de leurs dépenses, et donc, des primes de leurs contrats. Mais le « coût du 100 % santé » ne peut être appréhendé globalement sans distinguer trois secteurs aux poids respectifs et aux dynamiques très différentes. En 2023, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les consommations de soins s'élevaient à 15,45 milliards d'euros pour le dentaire, 8,12 milliards d'euros pour l'optique et 1,99 milliard d'euros pour l'audiologie [Graphique 1]. L'analyse agrégée masque l'écart considérable entre des postes dont les volumes, les progressions et les profils de patients ne sont ni comparables ni substituables. En d'autres termes, parler du « coût du 100 % santé

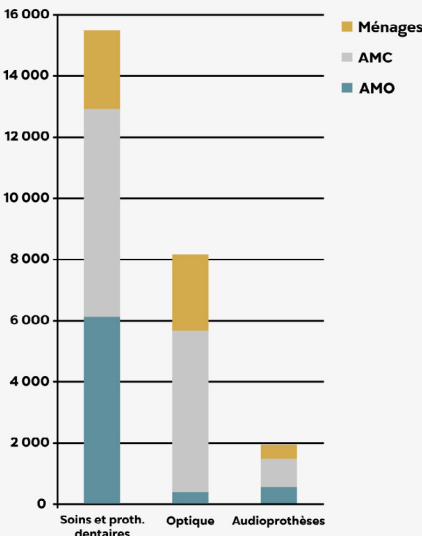
« LE 100 % SANTÉ NE CONSTITUE PAS UN BLOC HOMOGÈNE ET TOUTE ÉVOLUTION DOIT ÊTRE APPRÉCIÉE SECTEUR PAR SECTEUR »

» sans ventilation par secteur revient à additionner des dynamiques hétérogènes et à en tirer des conclusions opérationnelles fragiles.

Par rapport à 2022, la dépense des produits concernés par la réforme du 100 % santé augmentait en 2023 : + 772 millions d'euros pour les soins dentaires, + 600 millions d'euros pour l'optique médicale et + 58 millions d'euros pour les audioprothèses.

Le financement de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par les organismes complémentaires s'élevait à 30,9 milliards d'euros en 2023 et les trois postes du 100 % santé en représentaient plus de 40 % : 22 % au titre des soins et prothèses dentaires, 17 % au titre de l'optique médicale et 3 % au titre des audioprothèses [Graphique 1 bis].

Graphique 1 : Dépenses comparées en soins dentaires, optique et audioprothèses



Montant (M€) et prise en charge (%) en 2023	Soins et proth. dentaires	Optique	Audioprothèses	Total
AMO	6 086	287	481	6 854
	39 %	4 %	24 %	27 %
AMC	6 799	5 371	973	13 143
	44 %	66 %	49 %	51 %
Ménages	2 561	2 465	540	5 566
	17 %	30 %	27 %	22 %
Total	15 446	8 123	1 994	25 563

Source : DREES, Les dépenses de la santé en 2023

Parmi les trois secteurs, l'audiologie illustre particulièrement les effets assurantiels et démographiques susceptibles d'être amplifiés par une évolution mal calibrée du dispositif.

Dans une étude publiée en avril 2025, la DREES étudiait les taux de recours par tranche d'âge aux trois secteurs du 100 % santé. Si le recours progresse globalement, la DREES note que « cette évolution du recours concerne principalement les personnes âgées de 60 ans ou plus. En 2021, 4,1 % des 70 à 79 ans ont acheté un équipement en audiologie, contre 2,2 % en 2018 (soit une augmentation de 83 %). Pour les 80 à 89 ans, ces taux s'élèvent respectivement à 6,7 % en 2021 et à 4,1 % en 2018 (+64 %). Le recours aux prothèses dentaires augmente plus faiblement » [Graphique 2].

En 2023, la DREES notait déjà que, « en 2022, plus de la moitié des dépenses d'appareils auditifs concernait des patients de 75 ans ou plus ». L'équipement en aides auditives concerne une population majoritairement très âgée. Or, l'actuelle construction de notre Assurance maladie complémentaire (AMC) pénalise structurellement les retraités qui ne peuvent souscrire que des contrats individuels, du fait notamment de l'absence d'avantages sociaux et fiscaux (réservés aux contrats collectifs) et de la tarification en fonction de l'âge.

Dans ces conditions, il convient d'être prudent à propos de certaines propositions de réduction (ou suppression) de la prise en charge de certains types d'aides auditives dans le cadre du contrat solidaire et responsable, et, a fortiori, de la prise en charge complète des frais d'aides auditives par l'AMC, avec un désengagement de l'AMO.

Augmenter l'espace de la concurrence, de la différenciation commerciale entre contrats, pour la couverture des frais d'audioprothèse provoquerait une très forte hausse du coût des contrats destinés aux retraités qui auraient à prendre en charge leur équipement auditif. On assisterait à coup sûr à une chute du recours aux aides auditives du fait de l'augmentation du prix des contrats et, probablement, du reste-à-charge, et ce alors que la réforme du 100 % santé a justement permis d'améliorer significativement le taux d'équipement des Français...

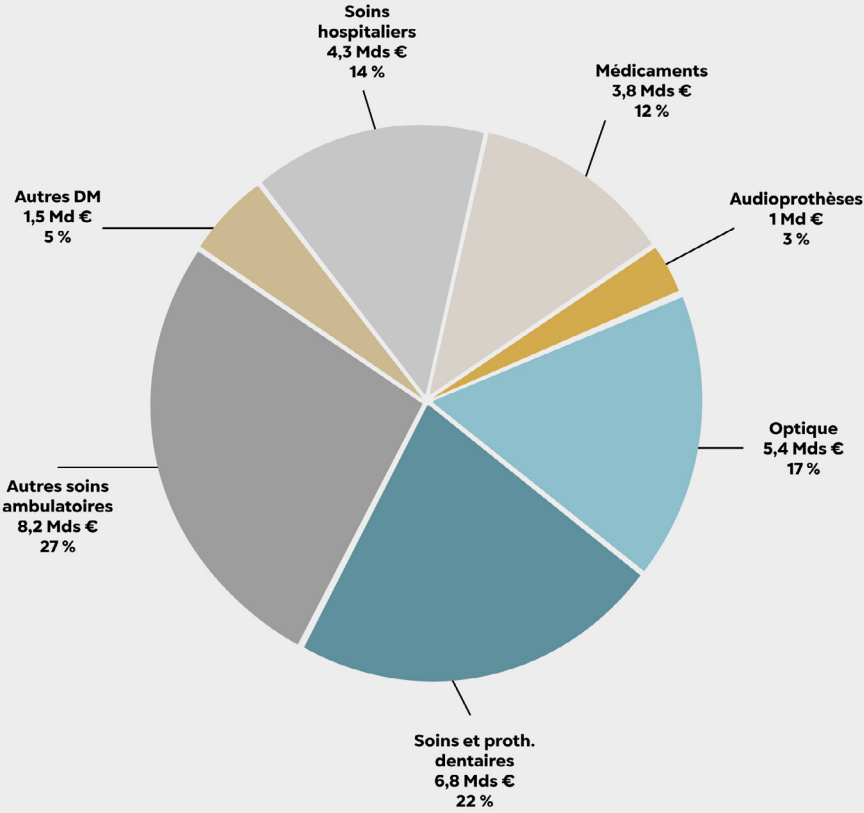
Un tel scénario créerait mécaniquement un phénomène d'anti-sélection : les assurés les plus exposés au risque auditif - essentiellement les personnes âgées - se concentreraient sur les contrats les plus couvrants, entraînant une hausse des primes, une éviction progressive des profils à moindre risque et, à terme, une spirale tarifaire difficilement soutenable.

Remettre en cause, même partiellement, l'équilibre atteint en audiologie reviendrait à fragiliser un progrès majeur d'accès aux soins pour une population particulièrement vulnérable et porterait atteinte à l'objectif même poursuivi par le 100 % santé : réduire les renoncements aux soins.

D'où une exigence de méthode : le 100 % santé ne constitue pas un bloc homogène et toute évolution doit être appréciée secteur par secteur, au regard des réalités épidémiologiques, démographiques et économiques propres à chacun.

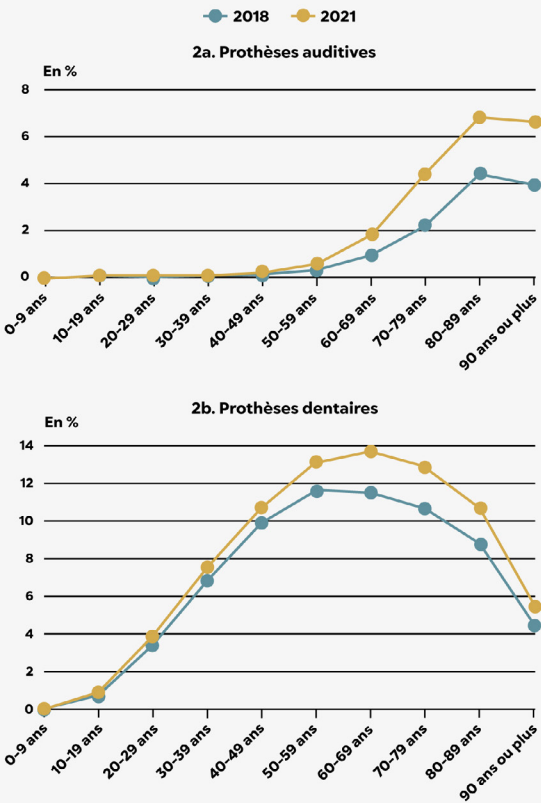
À l'heure où le vieillissement de la population impose de renforcer les politiques de prévention et d'autonomie, il serait paradoxal - et économiquement contre-productif - d'affaiblir un dispositif qui a démontré son efficacité. ■

Graphique 1 bis : Financement par les organismes complémentaires



Financement de la CS8M par les complémentaires 2023 - Total : 30,9 Md €
Source : DREES, Les dépenses de santé en 2023, p.124

Graphique 2 : Taux de recours aux prothèses auditives, aux prothèses dentaires et à des lunettes, par tranche d'âge, en 2018 et 2021



Lecture > En 2021, après la réforme du 100 % santé, 6,7 % des 80 à 89 ans ont eu recours à l'achat d'au moins une prothèse auditive (qu'elle soit du panier 100 % santé ou du panier libre), contre 4,1 % en 2018, avant la réforme.
Champ > Population des consommateurs du Système national des données (SDNS) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. France entière.
Source > SNDS, données 2018 et 2021, calculs DREES (base RAC).

> Études et Résultats n° 1338 © DREES



#LES IDÉES
DES ACTEURS

Soigner et vivre avec le cancer en 2030



« NOUS MOBILISER
POUR BÂTIR L'AVENIR
EN RESTANT À
L'AVANT-GARDE DE
LA LUTTE CONTRE LE
CANCER »

Sophie Beaupère
Déléguée générale d'Unicancer
Secrétaire générale du CRAPS
Présidente du Comité d'experts de l'ouvrage



LE THINK TANK DE LA PROTECTION SOCIALE