

#LES IDÉES
DES ACTEURS

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !



« **NUL DOUTE
QUE LA
SÔBRIÉTÉ
EN SANTÉ
S'IMPOSERA** »

Agnès Firmin Le Bodo
*Députée de la Seine-Maritime,
ancienne ministre
de la Santé et de la Prévention,
Présidente du Comité
d'experts de l'ouvrage*

**SOBRIÉTÉ EN SANTÉ :
UNE NÉCESSITÉ POUR L'AVENIR !**

SOBRIÉTÉ EN SANTÉ :
UNE NÉCESSITÉ POUR L'AVENIR !
LES #IDÉES DES ACTEURS

*CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE
SUR LA PROTECTION SOCIALE*

PRÉFACE

La sobriété en santé, vaste sujet !

On l'imagine aisément, il nous a été particulièrement difficile d'en circonscrire les contours et d'en définir précisément le champ. Tant la notion est large, tant elle irrigue de dimensions différentes, nous avons fait le choix d'embrasser un spectre étendu de thématiques, convaincus que la sobriété ne peut être appréhendée que dans sa globalité.

La sobriété en santé, c'est d'abord affirmer la primauté de la pertinence et de la qualité sur la quantité dans les pratiques médicales et soignantes. C'est replacer le sens au cœur de l'action, interroger chaque geste, chaque prescription, chaque organisation, au regard de son utilité réelle pour le patient.

C'est aussi reconnaître l'impérieuse nécessité d'intégrer les enjeux de la transition écologique. Le système de santé représente à lui seul près de 10 % des émissions de gaz à effet de serre : ce constat impose une responsabilité collective. À cette exigence environnementale s'ajoute une dimension éthique, omniprésente, qui doit guider chaque décision, à tous les niveaux.

Mais au-delà de ces enjeux essentiels, la sobriété en santé doit également être pensée sous un angle économique et organisationnel. Elle constitue, à ce titre, un levier majeur pour préserver notre modèle de protection sociale, auquel nous sommes profondément attachés. Il ne s'agit pas de restreindre, mais de mieux allouer, de mieux organiser, pour garantir la pérennité et l'équité de notre système.

De cette année d'échanges, je retiens avant tout la richesse de nos discussions. Longues, parfois exigeantes, toujours stimulantes, elles ont permis de confronter les points de vue, d'affiner les analyses et de faire émerger des propositions concrètes. Ces rencontres, marquées par la liberté de ton et l'écoute mutuelle, ont été précieuses.

Elles nous permettent aujourd'hui de vous présenter des propositions que nous souhaitons utiles et mobilisables dans les mois à venir. Car cet ouvrage n'a de sens que s'il nourrit l'action.

S'il fallait en dégager une ligne directrice, elle serait simple, mais exigeante. Une ligne qui devra guider, de manière systématique, les décisions futures dès lors que la question de la sobriété se posera - et elle se posera de plus en plus.

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

Cette ligne tient en deux mots : JUSTE et UTILE.

*Juste pour les professionnels, dans leurs conditions d'exercice et la reconnaissance de leur engagement ;

*Juste pour les patients, dans l'accès à des soins pertinents et de qualité ;

*Juste pour notre protection sociale, dans un souci d'équilibre et de responsabilité collective.

*Utile pour la planète, que notre système de santé ne peut plus ignorer ;

*Utile pour notre modèle solidaire, que nous devons préserver et adapter.

Je tiens enfin à adresser mes sincères remerciements aux contributeurs pour leur engagement et la qualité de leurs apports, au CRAPS, qui a su faire de ce sujet une priorité et lui donner toute sa place, ainsi qu'aux membres du comité d'experts qui ont contribué à la pertinence de cet ouvrage.

Nul doute que la sobriété en santé s'imposera, dans les mois et les années à venir, comme un enjeu central de notre réflexion et de notre action collective.

AGNÈS FIRMIN LE BODO
DÉPUTÉE DE LA SEINE-MARITIME
ET ANCIENNE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

AVANT-PROPOS

La sobriété en santé : un impératif de lucidité et d'action

La santé occupe une place singulière dans notre pacte social. Elle touche à l'intime, à la vulnérabilité, à la vie elle-même. C'est sans doute pour cette raison que toute réflexion sur ses limites suscite immédiatement la crainte d'un renoncement, d'autant plus quand les débats contemporains reposent surtout sur son équilibre budgétaire. Parler de sobriété en santé peut alors sembler paradoxal, voire provocateur.

Et pourtant, c'est précisément parce que la santé est un bien essentiel qu'il est devenu urgent d'en repenser les conditions de soutenabilité. C'est aussi parce que les limites écologiques ont percuté l'ensemble des secteurs économiques de l'économie française : avec 12 % du PIB (CSBM établie par la DREES), la santé constitue un secteur économique plus important que le secteur automobile, par exemple. The Shift Project a éclairé son impact en termes d'émission de CO₂ : 8 % de l'ensemble des émissions françaises. À ce titre, il est légitime de s'interroger sur son empreinte écologique et la façon de la rendre plus « écoresponsable ».

Au-delà de son empreinte écologique, notre système de santé est aujourd'hui confronté à des tensions structurelles profondes : vieillissement de la population, explosion des maladies chroniques, crise de l'hôpital et des métiers du soin, contraintes financières durables, impacts croissants du dérèglement climatique. Face à ces défis, la tentation est grande de répondre par l'urgence, l'empilement de mesures ponctuelles ou la simple maîtrise comptable. Ces réponses, nous le savons désormais, ne suffisent plus.

La sobriété en santé ne doit pas être comprise comme une restriction ou une austérité déguisée. Elle est, au contraire, une démarche de lucidité : lucidité sur ce qui soigne réellement, sur ce qui protège durablement la santé des populations, sur ce qui mérite d'être renforcé et sur ce qui doit être interrogé. Elle est aussi une démarche d'action, car renoncer au gaspillage, à l'acte inutile, à l'organisation inefficace, c'est se donner les moyens de préserver l'essentiel.

C'est dans cet esprit que le CRAPS et Eurogroup consulting ont souhaité réunir des acteurs issus d'horizons très divers - professionnels de santé, établissements, chercheurs, responsables publics, acteurs de la protection sociale, représentants d'usagers, industriels, jeunes générations - ainsi que les membres du comité d'experts, dont les analyses et propositions

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

ont largement contribué à la qualité et à la pertinence de cet ouvrage.

Tous partagent une conviction : la sobriété en santé ne se décrète pas, elle se construit collectivement, à partir du terrain, de la clinique, des organisations et de l'expérience des citoyens.

Les contributions réunies dans cet ouvrage ne prétendent pas offrir un modèle unique ou une solution clé en main. Elles proposent des regards, des analyses et des pistes concrètes pour transformer notre système de santé sans renoncer à ses principes fondateurs. Elles témoignent surtout d'une réalité trop souvent sous-estimée : les acteurs sont déjà en action pour inventer un modèle de santé plus sobre et plus durable.

Reste désormais à donner à cette dynamique un cadre, une cohérence et une ambition à la hauteur des enjeux.

INTRODUCTION

La sobriété en santé : d'une nécessité écologique à un principe de transformation du système

La question de la sobriété en santé n'est pas née d'un débat budgétaire, ni d'une volonté de restreindre l'accès aux soins. Elle est d'abord apparue comme une question écologique. Celle de l'empreinte environnementale du système de santé, de sa consommation de ressources, de son impact carbone, de ses déchets, de sa dépendance à des chaînes de production mondialisées et fragiles. Autrement dit, la question de savoir si notre manière de soigner aujourd'hui est compatible avec les limites des ressources du monde dans lequel nous vivons.

Cette interrogation a rapidement rencontré d'autres facteurs de tensions propres au système de soins : enjeux budgétaires, liens entre soignants et patients, arrivée massive du numérique, vieillissement de la population... Ils se renforcent mutuellement. En posant la question de la sobriété, nous nous interrogeons sur ce que le système de santé consomme, mais aussi sur ce qu'il produit réellement. Et ce déplacement du regard ouvre un champ bien plus large que la seule transition écologique. À ce titre, les défis de notre système ne peuvent plus être traités séparément mais doivent se

conjuguer pour définir un nouveau cadre du soin et du système de santé.

Produisons-nous de la bonne santé, du bien-être ou produisons-nous avant tout des actes, des prescriptions, des examens, des organisations complexes et coûteuses, parfois sans bénéfice proportionné pour les patients et les populations ? Au cœur de la réflexion sur la sobriété, cette question devient alors systémique, engageant la clinique, l'organisation des soins, la prévention, le financement, la formation et la relation aux usagers.

C'est à partir de ce constat que la sobriété en santé s'est progressivement imposée comme une réflexion transversale, et non comme un simple objectif sectoriel. Elle ne renvoie pas à une logique de restriction, encore moins à une austérité déguisée. Elle invite à un exercice de discernement collectif : discerner ce qui est utile de ce qui ne l'est pas, ce qui protège durablement la santé de ce qui en consomme les ressources sans produire de valeur sanitaire équivalente.

Dans ce contexte, la sobriété apparaît moins comme une option que comme une condition de soutenabilité. Non pour réduire l'ambition sanitaire, mais pour la préserver. Un système de santé qui gaspille les ressources humaines, financières et environnementales compromet sa propre capacité à soigner demain. À

l'inverse, un système qui sait hiérarchiser, anticiper et renoncer à l'inutile se donne les moyens de concentrer ses efforts là où ils produisent réellement de la santé.

Les articles rassemblés dans cet ouvrage montrent que la sobriété est d'abord clinique : soigner juste, déprescrire lorsque c'est nécessaire, prévenir la chronicisation, agir de façon préventive. Elle est aussi organisationnelle : coopérer entre professionnels, décloisonner la ville et l'hôpital, libérer du temps soignant, repenser les parcours autour des besoins des populations. Elle est environnementale, car un système de santé qui contribue à la crise climatique en subit directement les effets, en épuisant les ressources naturelles et augmentant les besoins sanitaires ainsi que l'adhésion des citoyens et des usagers. Ce livre ne prétend pas résoudre toutes les tensions qui traversent le système de santé. Il propose en revanche un changement de cadre : considérer la sobriété non comme une contrainte imposée de l'extérieur, mais comme un fil directeur permettant de repenser la cohérence du système de santé dans son ensemble.

En ce sens, la sobriété en santé n'est pas une fin en soi. Elle est un moyen de préserver ce qui fait la valeur fondamentale de notre modèle sanitaire : la qualité du soin, l'équité d'accès, le sens du travail des

professionnels et la capacité collective à faire face aux défis à venir.

Partie d'une préoccupation écologique, elle ouvre ainsi un espace plus large : celui d'une transformation lucide et durable du système de santé, au service de la santé des populations et des générations futures.

CONTRIBUTIONS

1. REPENSER LE CADRE : LA SOBRIÉTÉ COMME MODÈLE DE SOCIÉTÉ

De la contrainte écologique au discernement collectif

La sobriété en santé, telle qu'explorée dans ce chapitre, ne se réduit donc ni à une politique environnementale appliquée au soin ni à une logique de restriction. Elle invite au discernement collectif : discerner l'essentiel du superflu, le nécessaire de l'inutile, la protection durable de la santé de la simple gestion de l'activité. Elle oblige à sortir des oppositions simplificatrices entre générosité et rigueur, innovation et limites, responsabilité individuelle et solidarité.

Les contributions réunies ici replacent la sobriété dans une perspective de temps long et de responsabilité partagée. Elles interrogent la gouvernance par l'urgence, la soutenabilité de notre modèle social, la capacité de l'Europe à affirmer une voie singulière et le rôle du débat démocratique dans l'acceptation des arbitrages. Ce chapitre ne propose pas encore de solutions opérationnelles : il fixe le cadre dans lequel celles-ci deviendront légitimes, compréhensibles et acceptables.

La sobriété apparaît ainsi comme un principe organisateur, pour poser un nouveau cadre de soins. Ce premier chapitre ouvre également un espace de réflexion plus large : celui d'un système de santé capable de se transformer sans renoncer à ses valeurs fondatrices.

“
**DANS UN MODÈLE
D'ABONDANCE, LA
RECHERCHE DE
RATIONALISATION
SE HEURTE À UN
MÉCONTENTEMENT
GÉNÉRAL DES ACTEURS,
DU CITOYEN AU
PROFESSIONNEL DE
SANTÉ**
”

PAR

ÉRIC PAVY

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER (CFE) ET
PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ORIENTATION DU GRAPS

Sous un regard assurantiel, l'enjeu de sobriété dans la consommation de soins est majeur, tant les masses financières en cause sont conséquentes : notre pays consacre près de 11,5 % de son PIB à la santé¹, avec une progression des dépenses entretenue par nos fondamentaux démographiques, sociaux et technologiques.

Rechercher la sobriété, c'est préserver la dépense pertinente, en optimiser l'efficacité et éliminer les dépenses inutiles ; c'est protéger la viabilité de notre modèle de soins largement socialisé².

Un système sous tension

L'inflation des dépenses de santé, plus rapide que la croissance économique, fait peser un risque de rupture de financement des soins, alors même que les marges de ressources se trouvent limitées par le niveau de pression socio-fiscale : la France est le pays de l'OCDE qui présente le taux de prélèvements obligatoires le plus élevé, dans un climat de crispation sociale.

1. Insee. *Dépense courante de santé au sens international (DCSi)*.

2. 79,4 % des dépenses sont prises en charge par la Sécurité sociale et 12,8 % par les complémentaires.

Dans un modèle d'abondance, la recherche de rationalisation se heurte à un mécontentement général des acteurs, du citoyen au professionnel de santé.

Il est toutefois possible de progresser vers une sobriété plus constructive et mieux acceptée, en s'appuyant sur la responsabilisation des acteurs majeurs du système : assurés sociaux, professionnels et établissements de santé, régimes de Sécurité sociale et organismes complémentaires.

Responsabiliser l'assuré, c'est lui redonner un rôle essentiel en démocratie sociale

La demande de soins tire à la hausse sa consommation. Il faut guider l'assuré social vers des comportements vertueux et le sortir d'une forme de déresponsabilisation.

Le sujet du reste à charge de l'assuré est délicat. Si celui-ci doit rester raisonnable pour préserver l'accès aux soins, la faiblesse du reste à charge en France³ constitue une incitation à une consommation déconnectée du besoin. Les participations et franchises modifient peu la donne, surtout pour les plus aisés.

3. Selon le gouvernement, le RAC s'établit à 10,2 % contre 14,8 % en moyenne dans les autres pays de l'UE.

Il convient ainsi de poser la réflexion sur la part que chacun doit prendre dans le financement de sa santé, en s'entourant de garde-fous (plafonds, voire prise en compte du revenu).

L'assuré pourrait utilement être mieux informé du coût de sa santé par une communication plus explicite des frais pris en charge annuellement par l'AMO et l'AMC. Il ne s'agit pas de culpabiliser, mais de donner les clés de compréhension des réalités financières.

Enfin, pour rendre au citoyen le « pouvoir d'agir », l'accent doit être mis sur la prévention, dans notre système centré sur le curatif : incitation aux démarches de prévention et aux comportements vertueux, mais aussi peut-être pénalisation des choix nuisibles à la santé (ex : tabagisme). Question délicate, mais difficile à ignorer.

Responsabiliser les professionnels et établissements de santé, c'est valoriser les pratiques de qualité et

IL FAUT POURSUIVRE LA RÉDUCTION DE LA PART DE RÉMUNÉRATION À L'ACTE, AVEUGLE ET INFLATIONNISTE, EN FAVEUR D'UNE RÉMUNÉRATION DE LA QUALITÉ SOUCIEUSE DES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE (MODÈLE ROSP)

encourager une coordination performante du système de soins

En tant que sachant, le professionnel de santé guide les comportements des patients, leur consommation de soins et influe sur leurs attitudes de prévention ; en tant que prescripteur, il joue un rôle direct dans l'évolution de la dépense de santé.

Aussi, il doit exercer dans un cadre favorable à la qualité. Il faut poursuivre la réduction de la part de rémunération à l'acte, aveugle et inflationniste, en faveur d'une rémunération de la qualité soucieuse des enjeux de santé publique (modèle ROSP). Il faut aussi continuer les efforts pour structurer et coordonner l'offre de soins (GHT, centres de santé, MSP, CPTS, outils numériques dont l'ENS...).

Le professionnel, ainsi outillé et incité à une prescription juste et nécessaire, peut freiner la surmédicalisation (examens redondants, médicaments superflus) et développer de bonnes pratiques centrées sur la pertinence des soins.

Responsabiliser les régimes de Sécurité sociale et les organismes complémentaires santé, c'est leur permettre de mieux collaborer au bénéfice de dépenses mieux maîtrisées

Il peut paraître surprenant de prétendre responsabiliser les co-assureurs du système, mais l'AMO et l'AMC assument le financement et la régulation sans suffisamment collaborer en bonne intelligence.

Les domaines les plus marquants sont sans doute la prévention, d'une part, où l'action des complémentaires (ciblée, affinitaire, individualisée) peut compléter les puissantes campagnes nationales de santé publique conduites par l'AMO, d'autre part, la lutte contre la fraude, où les deux acteurs partagent un intérêt commun à démultiplier leurs résultats par une meilleure collaboration dans la détection des abus et le partage des données.

Il paraît ainsi possible d'esquisser un système piloté et régulé par l'AMO (et les ARS), dans une collaboration en confiance avec l'AMC, jouant un rôle de relais auprès des populations, d'innovation dans les modèles de prise en charge, de prévention et de lutte contre les fraudes.

Conclusion

La sobriété en santé apparaît clairement comme une condition de soutenabilité du système ; elle ne peut être atteinte qu'en responsabilisant l'ensemble des acteurs.

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

Cette démarche doit être conduite de façon juste et consensuelle. Et si nous en faisons un débat et un projet collectif, élément de refondation de notre pacte social ?

“
**LE CADRE DE L'URGENCE
NE FAIT QUE RENFORCER
LES DIFFICULTÉS QU'IL
PRÉTEND RÉSOUDRE**
”

PAR

YAËL THOMAS

ÉTUDIANT EN MÉDECINE ET ANCIEN PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION NATIONALE
DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE FRANCE (ANEMF)

L'urgence occupe une place si importante dans notre système de santé qu'elle en est devenue la matrice intellectuelle, politique et organisationnelle. Les services d'urgence ne sont plus ce pour quoi ils ont été créés, mais la porte d'entrée d'un système organisé dans son entièreté autour d'eux. Au-delà de la « crise des urgences », cette transformation profonde invite à critiquer notre façon de penser le système de santé, et même l'action publique en général. Les services d'urgence ne sont plus de l'urgence, mais le symptôme de l'urgence permanente du reste.

Année après année, les « plans d'urgence » s'annoncent, se médiatisent, se succèdent - parfois même réclamés par les acteurs et militants. Urgence en santé mentale, urgence de la prévention, urgence climatique, urgence budgétaire, urgence militaire, urgence technologique, et même urgence à réformer. L'urgence ne décrit plus une situation : elle la produit.

Pour autant, qui peut prétendre qu'un « plan d'urgence » ait répondu à l'impératif qu'il invoquait, en santé ou ailleurs ? Bien au contraire, les « plans d'urgence » se succèdent sans que les crises ne cessent d'être qualifiées comme telles. L'urgence utilisée par le pouvoir apaise momentanément, suscite l'espoir d'un changement, mais n'aboutit qu'à la reproduction des mêmes schémas et des mêmes déceptions. L'urgence

**L'URGENCE NE
LAISSE PLACE QU'À
LA GESTION DE LA
CONTRAINTE. ELLE
COURT-CIRCUITE
LA DÉLIBÉRATION,
IMPOSE DES
RÉPONSES
IMMÉDIATES, PRIVE
LES ACTEURS DU
TEMPS NÉCESSAIRE
À LA RÉFLEXION ET
ÉVINCE SUBTILEMENT
LA POSSIBILITÉ DE
FAIRE AUTREMENT**

devient une perte de temps. Quant à l'urgence mobilisée par les acteurs de terrain ou les militants, elle ne produit plus d'effet : elle se heurte à une saturation collective. Le mot ne mobilise plus, il anesthésie.

Parce qu'elle s'impose comme un présupposé légitime, et qu'elle impose une réaction immédiate, l'urgence nous empêche de nous interroger : et si le

problème n'était plus l'urgence elle-même, mais la place prépondérante qu'elle occupe dans nos représentations ? Que perdons-nous à penser systématiquement l'action publique à partir d'elle ? Et qu'ouvre-t-on comme possibilités si l'on tente de s'en extraire ?

L'urgence, par les affects qu'elle mobilise - peur, anxiété, insécurité - autorise et légitime insidieusement des normes sans les remettre en cause. Elle valorise la parole de l'expert, du « sachant » et permet l'instauration de cadres coercitifs, limite les contre-pouvoirs, et évince tout débat éclairé et citoyen (Foucault, 1975). Elle opère

comme un régime d'exception permanent (Agamben, 2003).

Sortir de l'urgence, ce n'est pas nier les tensions, les contraintes ou rêver une abondance idyllique. C'est refuser qu'elle soit le seul cadre conceptuel autorisé pour penser. C'est rendre à la santé la possibilité d'être autre chose qu'un domaine géré selon la rareté, la peur et la contrainte. Or, l'urgence ne laisse place qu'à la gestion de la contrainte. Elle court-circuite la délibération, impose des réponses immédiates, prive les acteurs du temps nécessaire à la réflexion et évince subtilement la possibilité de faire autrement. Elle nous éloigne d'une réflexion profonde, éthique et citoyenne. Son raisonnement est celui de l'efficacité sous pression, jamais de l'objectif à atteindre. Elle impose de se questionner sur « ce qu'il faut prioriser » plutôt que de réfléchir à « comment construire un système qui évite - ou a minima réduit - le besoin de priorisation » (Ouvrard, 2025).

La sobriété en santé, pensée dans son ambition réelle, ne peut émerger que dans cet espace de liberté retrouvée. Penser la sobriété, ce n'est pas renoncer, restreindre ou rationner : c'est orienter l'action vers un objectif souhaitable plutôt que vers une efficacité imposée par la pénurie. C'est accepter la construction du temps long en donnant la main aux soignants, aux

usagers, aux citoyens sur leur avenir. C'est remplacer les arbitrages entre urgences concurrentes par la définition d'objectifs communs.

Cette perspective politique n'est pas naïve, elle constitue au contraire l'opportunité d'une repolitisation de la santé, et plus globalement de l'action publique (Pollaert, 2025). Si le cadre de l'urgence ne fait que renforcer les difficultés qu'il prétend résoudre, il exige une autre méthode. Cette dernière peut offrir le cadre propice à ce que chacun appelle de ses vœux : redonner le pouvoir d'agir.

Sortir de l'urgence n'est ni une naïveté ni un luxe. C'est une condition pour que notre système de santé cesse de subir et recommence à agir. C'est la possibilité d'aborder les enjeux humains, économiques, environnementaux et organisationnels autrement que sous la pression de l'immédiat. C'est accepter de faire un pas de côté pour réinscrire la santé dans le temps long, dans la responsabilité collective et dans la recherche du sens.

La sobriété n'est pas une réponse à l'urgence, elle est ce qui nous permet de nous en libérer. Elle ne cherche pas à gérer la crise, mais à devenir un vecteur d'alternative du présent. Elle invite à passer d'un raisonnement sous contrainte à un raisonnement orienté par la visée : non

plus « que pouvons-nous faire dans l'urgence ? », mais « que voulons-nous vraiment construire ? ».

Bibliographie

Agamben, G. État d'exception. Éditions du Seuil. 2003.

Foucault, M. Surveiller et punir : Naissance de la prison. Éditions Gallimard. 1975.

Le Merrer, N., et Pollaert, M. Urgence. Éditions CNRS. 2025.

Ouvrard, P. Politique et éthique de la « crise des urgences », entre maltraitance systématique et dépossession. Urgence. Éditions CNRS. 2025.

Pollaert, M. Critiques de l'urgence et revendications démocratiques. Urgence. Éditions CNRS. 2025.

“
**LA SOBRIÉTÉ EN SANTÉ
NE SERA DURABLE QUE
SI ELLE REPOSE SUR
UNE COMPRÉHENSION
PARTAGÉE DE LA RÉALITÉ
ÉCONOMIQUE**
”

PAR

VINCENT LEQUENNE

PRÉSIDENT D'OXEA CONSEIL

BENJAMIN HERBERT

DIRECTEUR ASSOCIÉ D'OXEA CONSEIL

L'illusion de la gratuité : un obstacle à la responsabilité

La sobriété en santé demeure un objectif ambitieux mais fragmenté. Tandis que nos décideurs multiplient les appels au bon sens budgétaire, ils oublient une réalité fondamentale : on ne peut pas demander à quelqu'un d'être sobre sur un sujet dont il méconnaît le coût réel. Cette absence d'information économique accessible explique bien des dysfonctionnements de notre système.

Le citoyen français moyen ignore le coût d'une journée d'hospitalisation, d'un arrêt de travail indemnisé, ou même d'un simple acte technique. Cette méconnaissance ne date pas d'hier : trente ans après sa création, le système français reste hermétique à la transparence tarifaire. Le constat est implacable : patients mal informés égalent patients inconsciemment dispenseux.

Une alliance rompue : l'Assurance maladie contre les professionnels

Un contexte historique malencontreux explique cette impasse. Professionnels de santé et patients se sont progressivement construits une vision commune : celle d'une Sécurité sociale « grande méchante » qu'il faut combattre plutôt que servir. Cette posture de complices contre le système a cristallisé une opposition stérile :

la rigueur économique apparaît comme une restriction imposée par une bureaucratie lointaine, non comme une responsabilité partagée.

Résultat : l'Assurance maladie communique sur les comptes publics et les déficits, tandis que les professionnels de santé semblent libérés de cette question. Les patients, eux, naviguent dans un brouillard épais où les principes universalistes de l'accès au soin coexistent avec une ignorance totale des réalités budgétaires. C'est précisément cette fragmentation qui sabote la sobriété avant même qu'on ne la tente.

Le succès de la campagne contre les prescriptions abusives d'antibiotiques : une lueur d'espoir perdue

L'exemple de la campagne contre les prescriptions abusives d'antibiotiques reste une exception néanmoins frustrante. Même si elle n'a pas été généralisée, cette initiative a effectivement fonctionné, démontrant qu'une mobilisation conjointe des professionnels, de l'État et de la communication peut infléchir les comportements.

Pourquoi ce renoncement face à des enjeux somme toute simples ? La sensibilisation des patients et la formation des professionnels de santé demeurent, largement fragmentées, peu coordonnées et chroniquement

sous-financées. Les actions conjointes entre l'Assurance maladie et les professionnels libéraux se font rares, comme si chacun redoutait de perdre son autonomie ou sa légitimité en acceptant de dialoguer.

Une information économique pour une sobriété active

Pour sortir de ce piège, il faut construire un nouveau contrat : celui d'une information économique accessible, transparente et pédagogique, où patients, professionnels et assureurs deviennent des partenaires face aux défis budgétaires.

Trois axes structurent cette approche nouvelle.

D'abord, démystifier les coûts réels. Que coûte concrètement une journée d'hospitalisation ? Quel est le budget mobilisé pour un arrêt de travail indemnisé ? Ces questions apparemment triviales restent sans réponse pour 90 % de la population. Une communication régulière, compréhensible et contextualisée sur ces réalités budgétaires doit devenir une obligation institutionnelle, non une exception.

**TRENTE ANS APRÈS
SA CRÉATION, LE
SYSTÈME FRANÇAIS
RESTE HERMÉTIQUE
À LA TRANSPARENCE
TARIFAIRE. LE
CONSTAT EST
IMPLACABLE :
PATIENTS MAL
INFORMÉS
ÉGALENT PATIENTS
INCONSCIEMMENT
DISPENDIEUX**

Ensuite, responsabiliser par l'éducation. La sensibilisation des patients sur les réalités économiques de la santé doit devenir un sujet de santé publique à part entière, au même titre que la prévention. Les professionnels de santé doivent être outillés et incités à discuter ouvertement avec leurs patients des choix thérapeutiques en regard de leur coût-efficacité. C'est une forme élevée de pédagogie et de respect : reconnaître le patient comme acteur responsable, non comme consommateur passif.

Enfin, aligner les incitations. L'Assurance maladie et les professionnels de santé doivent cesser de se positionner comme des adversaires. Des actions conjointes, formalisées et pérennisées, doivent explorer ensemble les leviers d'une meilleure sobriété : audits partagés, formations croisées, campagnes de communication intégrées.

Gestion en bon père de famille : un principe oublié

Le concept d'une gestion économique de la santé « en bon père de famille » n'est pas nouveau. Il suppose une connaissance des réalités, une acceptation des limites, une réflexion éthique sur l'allocation des ressources rares. C'est exactement ce qui manque aujourd'hui.

La sobriété en santé ne sera durable que si elle repose sur une compréhension partagée de la réalité économique, plutôt que sur des injonctions descendantes ou des restrictions perçues comme injustes. L'information devient donc non pas un supplément de démocratie, mais un préalable indispensable à la responsabilité collective.

“
**LE MODÈLE ACTUEL,
QUI REPOSE SUR DES
DÉPENSES ET DES
COTISATIONS TOUJOURS
PLUS ÉLEVÉES, N'EST
PAS SOUTENABLE DANS
LA DURÉE**
”

PAR

POL-HENRI MINVIELLE

DIRECTEUR GÉNÉRAL D'UNÉO

Sobriété en santé : une condition de survie de notre modèle de protection sociale

Notre système de protection sociale fait face à un risque majeur de soutenabilité. Avec une croissance annuelle moyenne supérieure à 4 % depuis 2020, les dépenses de santé ont accéléré et progressent plus vite que l'inflation, sous l'effet combiné du vieillissement, des maladies chroniques, de l'élargissement des prises en charge et des revalorisations professionnelles. Le modèle actuel, qui repose sur des dépenses et des cotisations toujours plus élevées, n'est pas soutenable dans la durée. Ni l'Assurance maladie, ni les complémentaires santé, ni les ménages ne pourront absorber indéfiniment cette progression.

Dans ce contexte, la sobriété en santé s'impose comme une condition indispensable à la survie de notre modèle social.

Hausse des cotisations et consommation de soins : un lien direct

Du point de vue des complémentaires santé, la relation est directe : l'augmentation des soins consommés entraîne celle des remboursements, auxquels les cotisations doivent s'ajuster pour maintenir un équilibre technique. Pas par choix, mais par obligation,

**LES MUTUELLES
CHERCHENT DEPUIS
DES ANNÉES À
CONTENIR AUTANT
QU'ELLES LE PEUVENT
LES HAUSSES DE
COTISATIONS - DUES À
67 % AUX HAUSSES DE
DÉPENSES DE SANTÉ
ET À 23 % À CELLES
DE LA FISCALITÉ -,
À ASSURER LEUR
SOUTENABILITÉ POUR
LEURS ADHÉRENTS**

les complémentaires santé, majoritairement à but non lucratif, n'ayant pas le droit de s'endetter et étant contraintes réglementairement de pouvoir justifier, à tout moment, d'un niveau de réserves suffisant.

Or, cette hausse des cotisations pèse d'abord sur les assurés eux-mêmes, et plus particulièrement

sur les plus âgés, dont les besoins de soins sont naturellement plus importants. Faute de sobriété collective, le risque est réel de voir les cotisations devenir insoutenables pour une partie croissante de la population.

Les mutuelles cherchent depuis des années à contenir autant qu'elles le peuvent les hausses de cotisations - dues à 67 % aux hausses de dépenses de santé et à 23 % à celles de la fiscalité -, à assurer leur soutenabilité pour leurs adhérents. Elles ont déjà fortement agi sur leur mode de fonctionnement, pour améliorer leur efficacité et leur efficience.

Préserver l'accessibilité financière aux soins nécessite désormais d'agir sur les déterminants de la consommation de soins.

La solvabilisation, un levier puissant qui doit être mieux maîtrisé

Les organismes complémentaires financent aujourd'hui une part significative des soins. Ce rôle de solvabilisation est indispensable pour limiter le reste-à-charge et faciliter l'accès aux soins, mais a aussi un effet contreproductif sur les comportements de recours aux soins.

Cet effet est clairement visible dans les mutuelles : on observe un phénomène de surconsommation relative sur les contrats haut de gamme, comme sur les options complémentaires. Ce qui traduit une approche de « droit à consommer » une couverture déjà financée.

Ce phénomène s'observe aussi sur certaines lignes de garanties, lorsque l'assuré a une impression de gratuité, que ce soit lié au tiers payant ou à des remboursements sans aucun reste-à-charge. Ce comportement consumériste (« j'y ai droit donc j'en profite ») impacte tous les financeurs du système de soins, complémentaires santé comme Sécurité sociale.

Lorsque l'assuré ne voit pas le coût, la tentation existe de multiplier les actes, parfois au-delà du strict besoin médical. Ce phénomène ne relève pas d'une dérive individuelle mais d'un effet systémique : il est la conséquence logique d'un système qui protège efficacement contre le risque financier, sans toujours intégrer des mécanismes de responsabilisation collective.

Il est nécessaire de repenser la manière dont les contrats et les prises en charge orientent les usages, sans remettre en cause la solidarité ni l'accès aux soins.

Assurance santé et gestion du risque : comment agir ?

En tant que mutuelle, notre rôle ne se limite pas à rembourser : il s'agit de gérer le risque collectif. Mais cela ne sera possible qu'avec une responsabilité partagée entre pouvoirs publics, professionnels de santé, financeurs et assurés.

Plusieurs leviers peuvent être activés tant du côté des financeurs que des financés.

Un recentrage des risques couverts tant par l'Assurance maladie que par les complémentaires santé - qui ont eu tendance à toujours en ajouter - me semble possible et souhaitable, avec des principes simples :

- Ne pas faire prendre en charge par la société ce qui relève de choix personnels, afin de concentrer les ressources sur les besoins réels de santé : cela concerne tant les complémentaires santé (dont certaines garanties pourraient mieux cibler entre besoin médical et confort) que la Sécurité sociale (certaines recommandations de la HAS pouvant interroger) ;

- Refondre le contrat responsable dont le socle minimal, rehaussé depuis 2004 au fil des réformes, est devenu trop large, conduisant à une hausse des cotisations ;

- Développer et renforcer la couverture de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire). Un service comme le deuxième avis médical, par exemple, permet de fiabiliser la pertinence de soins lourds ;

- Exploiter les données de santé (anonymisées) permettrait de mieux identifier les pratiques de surconsommation, les zones d'actes peu pertinents, les profils à risque et de proposer des actions ciblées ;

- Responsabiliser les citoyens permettrait d'agir sur le comportement collectif et de réduire la consommation non efficiente de soins : en affichant systématiquement le vrai coût des soins (la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût), en faisant systématiquement contribuer aux frais de santé (ce qui est gratuit n'a pas de valeur), et en

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

rappelant le principe de mutualisation entre ceux qui ont la chance d'être en bonne santé et ceux en moins bonne santé.

Cette responsabilisation requiert néanmoins un prérequis indispensable : lutter efficacement contre la fraude.

Conclusion

La sobriété en santé est essentielle pour maintenir une protection sociale élevée dans un contexte de ressources limitées : il s'agit de soigner mieux, non de soigner moins. Sans maîtrise de la consommation de soins, la hausse des cotisations menacera l'accessibilité financière aux soins. Les mutuelles ont un rôle central à jouer pour faire de la sobriété un projet collectif, garant de la protection et de la solidarité du système de santé entre bien-portants et moins bien-portants.

“
**PENSER LA SOBRIÉTÉ EN
SANTÉ, C'EST PENSER
PRÉVENTION, QUALITÉ ET
PERTINENCE**
”

PAR

DR FRANCK DEVULDER

PRÉSIDENT DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)

Enfin ! Enfin la pertinence a fait une timide apparition dans la convention médicale signée en juin 2024. Enfin... car, dans ce domaine, la France est à la traîne. La Suède a été pionnière, dès les années 1970, en instaurant un système de recueil des indicateurs de qualité des soins et des pratiques.

Mais interrogeons-nous : pourquoi aller vers la pertinence ? Et d'ailleurs, qu'est-ce que la pertinence ?

En consacrant 12 % de son produit intérieur brut à la santé, la France se place au 3^e rang des pays de l'OCDE. Imaginer que cette part puisse croître indéfiniment est illusoire. Or, les transitions démographiques ne feront qu'alourdir nos dépenses. Deux voies s'opposent : le coup de rabot budgétaire, brutal et inefficace, ou bien la voie de la prévention, de la qualité et de la pertinence des soins.

Nous devons, avec force, engager une véritable politique de prévention. La prévention primaire est l'affaire de tous, de tous les ministères, peut-être même davantage que du seul ministère de la Santé. Elle doit devenir une Grande Cause nationale, tant pour ses vertus humanistes qu'économiques. L'exemple de l'obésité, dont l'incidence ne cesse d'augmenter et qui aggrave les inégalités sociales et territoriales, est à ce titre particulièrement démonstratif.

La prévention secondaire et tertiaire, elles, relèvent pleinement des professionnels de santé. Ceux-ci doivent s'y engager et y être incités : c'est une politique de droits mais aussi de devoirs. Quant aux usagers, ils doivent être responsabilisés. La liberté individuelle est essentielle, mais elle ne peut se concevoir sans responsabilité individuelle.

La pertinence, rien que la pertinence, toute la pertinence !

La médecine a changé. Si le colloque singulier reste essentiel, il faut bannir certains adages trop souvent répétés :

- Non, nous n'avons pas d'« obligation de moyens » qui justifierait de prescrire tous les examens imaginables ;

- Non, la médecine n'est pas un art que nous réinventons, seul, dans le secret d'une consultation.

La médecine d'aujourd'hui est une science, fondée sur la preuve, adaptée à la situation du patient et enrichie de la concertation pluriprofessionnelle. C'est sur cette base que doit se déployer la pertinence.

Rappelons-le avec force : le seul capable d'avoir une vision globale de son parcours de soins, c'est bien le

patient. Penser la pertinence et la qualité, c'est définir et partager des indicateurs. Ces indicateurs ne doivent pas concerner seulement les médecins et les patients, mais l'ensemble des acteurs du parcours de soins.

Encore faut-il expliquer la démarche : il ne s'agit pas de punir, d'opposer ou de stigmatiser. Aucun médecin, aucun soignant n'agit sans le souci constant de bien faire. La pertinence, c'est au contraire un cercle vertueux d'amélioration des pratiques, dans lequel tous les acteurs doivent être gagnants.

L'expérience étrangère, en Europe comme en Amérique du Nord, montre que ces démarches reposent toujours sur l'impulsion des collègues professionnels. Et partout où elles réussissent, la reconnaissance et la valorisation des soignants ont été des leviers puissants. La simplicité est aussi une clé. L'intelligence artificielle, encadrée par l'humain comme le prévoit l'IA Act, apportera un appui précieux à cette simplification.

PENSER LA PERTINENCE ET LA QUALITÉ, C'EST DÉFINIR ET PARTAGER DES INDICATEURS. CES INDICATEURS NE DOIVENT PAS CONCERNER SEULEMENT LES MÉDECINS ET LES PATIENTS, MAIS L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU PARCOURS DE SOINS

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

En conclusion, penser la sobriété en santé, c'est penser prévention, qualité et pertinence. Ces trois mots clés sont ceux qui garantiront à nos concitoyens un accès durable à des soins de qualité. Ce sont eux, aussi, qui nous permettront d'écrire, ensemble, les 80 prochaines années de notre Sécurité sociale, qui célèbre cette année son 80^e anniversaire.

“
**LA SOBRIÉTÉ DE NOTRE
SYSTÈME DE SANTÉ N'EST
PAS UNE UTOPIE. C'EST UN
DÉFI QUE NOUS SAURONS
RELEVER ENSEMBLE, À
CONDITION QUE CHACUN
DISPOSE DES MOYENS DE
S'INVESTIR PLEINEMENT
ET DE DÉPLOYER SUR
LE SOL FRANÇAIS ET
EUROPÉEN SON PLEIN
POTENTIEL**

”

PAR

ÉTIENNE TICHIT

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE NOVO NORDISK FRANCE ET PRÉSIDENT DE LA FEFIS

En tant qu'entreprise de santé qui développe, produit et commercialise des médicaments innovants destinés à la prise en charge dans la durée des maladies chroniques, Novo Nordisk s'est très tôt senti concerné par l'impératif de sobriété et de décarbonation. Pour cause, selon The Shift Project, le système de santé français représente plus de 8 % des émissions nationales de gaz à effet de serre, parmi lesquelles 50 % sont attribuables aux produits de santé, quand la demande en soins est croissante, avec une augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

Si les dernières années ont montré un élan positif en faveur de la décarbonation du système de santé - de nombreux projets d'investissement ont vu le jour et de nombreuses entreprises ont pris des engagements - force est aujourd'hui de constater que le contexte géopolitique, couplé à l'instabilité politique française, pourrait perturber une dynamique forte.

Le constat est pourtant bien clair : il est impératif d'agir pour la sauvegarde de notre planète, des écosystèmes et des espèces. Tous les leviers doivent ici être activés, et c'est dans cette démarche que Novo Nordisk s'est positionné comme un pionnier industriel de la décarbonation du système de santé depuis plus d'une dizaine d'années. Chacune des étapes du cycle de vie de ses produits de santé a ainsi été repensée :

**SUR LA POLITIQUE
TARIFAIRE, LA
RECONNAISSANCE
D'UN « CRITÈRE VERT »
DANS L'ÉVALUATION
ET LA FIXATION DU
PRIX D'UN PRODUIT DE
SANTÉ EST AUSSI UN
LEVIER IMPORTANT**

2022. Le comptage des émissions carbone est aussi une clé pour accélérer la décarbonation du secteur ; le groupe Novo Nordisk a ainsi été l'un des premiers à publier ses analyses de cycle de vie pour chacun de ses médicaments en 2024.

Le défi est immense avec les besoins en traitements innovants, comme les nôtres, présentés sous forme injectable et conservés au frais, pour accompagner au quotidien les personnes touchées par le diabète, l'obésité, les troubles de la croissance et de l'hémostase. Déjà, chaque année, ce sont plus de 600 millions de stylos - soit 12 000 tonnes de plastique - qui sont distribués partout dans le monde. Demain, nous envisageons de pratiquement doubler nos capacités et de mettre l'accent sur des formulations à conservation à température ambiante et des formes galéniques sèches, telles que des comprimés.

une R&D plus verte, une production plus verte, des usages plus verts et une gestion de la fin de vie du produit plus verte. À titre d'exemple, Novo Nordisk a lancé la première solution de collecte et de recyclage des stylos injecteurs préremplis en France en

Il n'y a pas de planète B et notre ambition est de remplir pleinement nos objectifs en santé, tout en poursuivant notre plan stratégique Circular For Zero.

Novo Nordisk, fort de ses racines danoises, s'est engagé à atteindre la neutralité carbone pour ses opérations et transports d'ici 2030, puis pour l'ensemble de sa chaîne de valeur d'ici 2045. Son site de production chartrain est neutre en carbone depuis 2022 grâce à des investissements massifs dans la gestion de l'eau et la production de chaleur. Néanmoins, si Novo Nordisk incarne ce dynamisme, généraliser de telles initiatives à l'ensemble d'un secteur représente un défi industriel et technologique majeur, et il reste donc à réunir les conditions d'une transition fluide.

Pour les industriels de santé, cela implique en particulier une valorisation de l'investissement bas carbone, avec un soutien au développement de la production en France et en Europe. Sur la politique tarifaire, la reconnaissance d'un « critère vert » dans l'évaluation et la fixation du prix d'un produit de santé est aussi un levier important. À l'heure où s'impose un enjeu de souveraineté sanitaire européenne, avec une Europe parfois prise en étau entre les États-Unis et l'Asie, ces éléments seront essentiels pour préserver notre système et garantir l'accès des patients aux innovations thérapeutiques les plus appropriées.

Certaines mesures figurent d'ailleurs dans les propositions de la feuille de route décarbonation remises au ministre de la Santé et au ministre de l'Industrie dans le cadre du Contrat stratégique de filière, que j'ai eu l'honneur de piloter de 2023 à 2025, missionné par la Fédération française des industries de santé et le Conseil national de l'industrie.

Mais on ne saurait répondre pleinement à l'enjeu de sobriété sans agir en parallèle sur la prévention des maladies chroniques, dont la progression, année après année, reste malheureusement déroutante, et dont le poids pour notre système, en particulier en matière de consommation de soins, est un fardeau grandissant en conséquence. Dans une étude publiée en juin 2025 sur les effets de l'obésité sur le monde du travail, le cabinet Asterès estime par exemple que plus de 7,2 millions de pathologies, traitements ou autres événements de santé, et 68 000 décès sont attribuables à l'obésité chaque année en France, pour un coût socio-économique global de près de 20 milliards d'euros en 2024.

Aujourd'hui pourtant, l'arsenal thérapeutique peut contribuer à pallier cette problématique de santé publique et produire un effet positif sur la consommation des ressources. L'accessibilité aux outils thérapeutiques est ici un enjeu majeur dès lors qu'ils produisent un effet en prévention secondaire, compte tenu de leur

apport dans la diminution des comorbidités associées à la pathologie. Bien entendu, cela doit être couplé à une démarche beaucoup plus ambitieuse de prévention primaire, en promouvant notamment une approche pluriannuelle intégrée dans une stratégie nationale de santé dotée de moyens efficaces d'action.

La sobriété de notre système de santé n'est pas une utopie. C'est un défi que nous saurons relever ensemble, à condition que chacun dispose des moyens de s'investir pleinement et de déployer sur le sol français et européen son plein potentiel. Il en va de l'habitabilité de notre planète et de la santé de tous.

“
**L'EUROPE PEUT FAIRE DE
LA SOBRIÉTÉ UN OUTIL DE
SOUVERAINETÉ SANITAIRE**
”

PAR

FLORENT PARMENTIER

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CENTRE DE RECHERCHES POLITIQUES DE SCIENCES PO
(CEVIPOF)

Osons un paradoxe : la sobriété, loin d'être un euphémisme pour l'austérité, pourrait devenir le fondement d'une nouvelle géopolitique sanitaire européenne, capable de conjuguer autonomie, soutenabilité et rayonnement international.

Aux origines d'une vertu stratégique

Le terme sobriété trouve ses racines dans le latin « sobrietas », dérivé de « sobrius », littéralement « qui n'est pas ivre ». Dans la Rome antique, cette notion dépassait largement l'abstinence d'alcool pour désigner un équilibre de comportement : lucidité, maîtrise de soi, retenue. Les stoïciens, puis la tradition chrétienne, en firent une vertu cardinale, celle qui permet de ne pas se laisser dominer par les excès des désirs ou des passions. Face à l'inflation des besoins contemporains, à la multiplication des actes médicaux et à l'escalade technologique, la sobriété redevient une question de discernement collectif.

Dans le contexte géopolitique actuel, au-delà de l'éthique individuelle, la sobriété en santé devient un enjeu crucial de la compétition des modèles de société. Entre l'hypermédicalisation américaine et l'instrumentalisation chinoise de la santé comme levier de puissance, l'Europe peut-elle inventer une troisième

voie, fidèle à son héritage de protection sociale tout en garantissant sa souveraineté sanitaire ?

De la dépendance à la souveraineté

La pandémie de Covid-19 a brutalement révélé la vulnérabilité européenne. Dépendante de chaînes de valeur mondialisées pour ses médicaments, ses équipements de protection et même certaines compétences médicales, l'Europe a découvert que sa générosité sanitaire reposait sur des fondations fragiles (surconsommation d'antibiotiques, surprescriptions, hospitalisations évitables...).

Une stratégie de sobriété - entendue comme pertinence des actes, renforcement de la prévention et rationalisation des parcours de soins - ne constitue pas un renoncement, mais un investissement dans l'autonomie stratégique. En réduisant les besoins superflus, en privilégiant les soins de premier recours et en développant une industrie pharmaceutique européenne axée sur les besoins essentiels, l'Europe peut faire de la sobriété un outil de souveraineté sanitaire.

Face à la tentation de la démesure

Le modèle américain de santé, malgré ses performances technologiques remarquables, incarne une forme de

démesure. À l'opposé, la Chine envisage la santé comme un pilier de sa stratégie de puissance globale, investissant massivement dans les biotechnologies et l'intelligence artificielle médicale, tout en exportant son modèle sanitaire via les nouvelles routes de la soie.

**ENTRE
L'HYPERMÉDICALISATION
AMÉRICAINE ET
L'INSTRUMENTALISATION
CHINOISE DE LA SANTÉ
COMME LEVIER DE
PUISSANCE, L'EUROPE
PEUT-ELLE INVENTER
UNE TROISIÈME VOIE,
FIDÈLE À SON HÉRITAGE
DE PROTECTION SOCIALE
TOUT EN GARANTISSANT
SA SOUVERAINETÉ
SANITAIRE ?**

L'Europe, elle, hésite. Tirillée entre l'attrait de l'innovation et la contrainte budgétaire, elle risque de perdre son identité. Pourtant, elle dispose d'un atout majeur : une culture politique qui valorise l'équité, la solidarité et l'accès universel aux soins. En faisant de la sobriété non pas une résignation mais une ambition, l'Europe pourrait tracer une voie originale, articulant efficacité clinique, justice sociale et contraintes liées à l'Anthropocène.

La santé comme bien commun soutenable

Avec près de 10 % du PIB européen consacré aux dépenses de santé, la soutenabilité financière des systèmes n'est plus une question secondaire. Mais la

sobriété, correctement comprise, n'implique pas de réduire la qualité des soins, mais conduit à rationaliser ce qui doit l'être. Cette approche rejoint d'autres grands débats européens sur la transition écologique, énergétique et alimentaire : partout, émerge une culture commune de la limitation raisonnée, de la préférence pour la qualité sur la quantité.

Ainsi, la sobriété en santé devient le socle d'un nouveau contrat social, garantissant la pérennité du modèle européen de protection sociale face aux défis démographiques et économiques du XXI^e siècle.

Vers une géopolitique de la sobriété

L'Europe a su, par le passé, transformer des choix normatifs en leviers d'influence internationale. Le RGPD dans le numérique, les accords de Paris sur le climat : autant d'exemples où la réglementation européenne a essaimé au-delà de ses frontières. La sobriété en santé pourrait devenir un soft power original dans un monde saturé de promesses technologiques intenable.

En effet, l'Europe pourrait valoriser une diplomatie sanitaire centrée sur l'accès équitable, la prévention et la durabilité. Elle pourrait former des professionnels de santé selon une éthique de la pertinence, partager des

protocoles de soins sobres mais efficaces, et promouvoir des systèmes de santé résilients plutôt que dispendieux.

Cette stratégie aurait le mérite de réduire les tensions géopolitiques liées à la compétition pour les ressources médicales rares (médicaments innovants, équipements de pointe, personnels qualifiés). En proposant une alternative à la course aux armements sanitaires, l'Europe affirmerait sa singularité et sa capacité à penser le long terme.

“
**LA SOBRIÉTÉ EST UNE
VERTU LORSQU'ELLE
EST CHOISIE ET
COLLECTIVEMENT
INTÉGRÉE**
”

PAR

MARIE CHABAUD

DIRECTRICE GÉNÉRALE DE SOLIDARM

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

*Rien n'est plus délicatement perçu,
Rien n'est plus délicatement senti que l'injustice⁴.*

L'idéal

Conjuguer la sobriété dans les dépenses sociales de la France ET la lutte contre le renoncement aux soins, voilà, selon moi, le sens des recherches que nous devons mener pour améliorer notre système de santé.

La sobriété est une vertu lorsqu'elle est choisie et collectivement intégrée ; le renoncement aux soins, lui, est une injustice.

L'enjeu, selon moi, est d'inventer une « sobriété juste » qui élimine le superflu sans jamais priver du nécessaire. Autrement dit, il existe des injustices manifestement réparables sans que leur réparation ne déséquilibre le système, bien au contraire.

Il s'agit de trouver un point d'équilibre, à mi-chemin entre l'envolée des coûts de santé et la persistance du renoncement aux soins. Dans un contexte de tension croissante sur les ressources financières, humaines et environnementales, la sobriété en santé s'impose comme un horizon politique et moral. Tout le monde en convient. Mais cette notion de sobriété, souvent

4. Charles Dickens. *De grandes espérances*. 1860-1861.

LA SOBRIÉTÉ JUSTE EST À LA FOIS UNE ÉTHIQUE ET UNE POLITIQUE. ELLE DÉPASSE L'OPPOSITION ENTRE MAÎTRISE DES COÛTS ET ACCÈS UNIVERSEL. ELLE INVITE À REPENSER LE RAPPORT AU SOIN, AU BESOIN ET À LA SOLIDARITÉ

réduite à la modération des dépenses, comporte un risque, la persistance de la confusion entre sobriété choisie et privation subie.

La réalité

En effet, notre système compte sur le renoncement aux

soins pour préserver ses dépenses. Si tous les Français recouraient aux soins de façon homogène, les déséquilibres financiers de la Sécurité sociale seraient plus profonds encore. Autrement dit, une partie de la population contribue, malgré elle, à la soutenabilité du système... en ne se soignant pas, en ne faisant pas valoir ses droits.

Notre modèle, qui se veut universel et fraternel, repose ainsi en partie sur une contrainte invisible : le renoncement, souvent pour raisons économiques, sert de variable d'ajustement implicite.

Ce paradoxe moral interroge le contrat social explicite de notre modèle solidaire, dont la promesse (chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins)

se trouve fragilisée par la tolérance silencieuse du renoncement aux soins.

Selon la DREES⁵, 6,4 % des Français ont renoncé à des soins pour motifs financiers en 2022, mais ce sont près de 30 % parmi les plus modestes lorsqu'il s'agit de soins dentaires ou optiques. Ce constat fait immédiatement penser aux analyses de Didier Fassin sur les inégalités sociales : la valeur accordée à la vie varie selon le contexte social et politique... Ainsi, au-delà des déterminants biologiques, c'est la structure sociale qui conditionne l'accès aux soins ou l'accès aux droits⁶.

Des pistes vers une sobriété juste

Comme le rappelle souvent Amartya Sen dans ses écrits, la justice ne se mesure pas seulement à l'égalité des ressources, mais à la capacité de chacun à convertir ses droits en libertés réelles⁷.

Une sobriété relative consisterait à rationaliser les pratiques et à hiérarchiser les besoins de manière

5. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Renoncement aux soins pour raisons financières*. Drees. 2023.

6. Didier Fassin. *La vie. Mode d'emploi critique*. 2018.

7. Amartya Sen. *Repenser l'inégalité*. Paris. 2000.

éclairée, en tenant compte des priorités sanitaires et des capacités collectives.

La sobriété juste, au contraire, vise à dépasser cette approche simplement rationnelle pour en faire un principe de justice : éliminer le superflu, les actes redondants, les prescriptions inappropriées, la surmédicalisation, tout en garantissant à chacun l'accès effectif aux soins essentiels. Cette approche doit également garantir l'accès aux droits après avoir procédé à une définition claire des besoins de chacun.

Cette distinction oppose la sobriété relative, fondée sur l'efficience, à la sobriété juste, fondée sur l'équité. Comme l'a montré Robert Castel dans ses études sur l'individu, la fragilisation des protections collectives crée un « individu par défaut⁸ », un individu moyen, médian, statistique, exposé aux risques réels sans filet. La sobriété juste devient alors un principe de refondation du système : elle traite l'individu réel, elle fait mieux, pas moins.

Les leviers d'action

La sobriété juste suppose des leviers concrets :

8. Robert Castel. *La montée des incertitudes : travail, protections, statut de l'individu*. 2009.

- Simplifier l'accès aux droits : mobiliser les administrations déjà détentrices des données fiscales pour repérer les foyers éligibles. Notre application impots.gouv.fr pourrait, à terme, devenir aussi un outil d'information sociale ;

- Uniformiser les coûts de la santé : encadrer les actes, réaliser le chiffrage de chaque soin et évaluer les coûts réels par région, supprimer les dépassements d'honoraires afin de rendre plus lisible le coût réel des soins, et ainsi, à la fois, éviter le fantasme du « soin trop cher » et le renoncement par méconnaissance ;

- Favoriser l'efficience clinique : encourager la pertinence des soins, la coordination entre professionnels et l'évaluation systématique de ce qui soigne réellement. Idem pour les médicaments.

Ces premiers leviers permettraient d'articuler sobriété et justice : rationaliser sans exclure, simplifier sans appauvrir, prévenir pour éviter de réparer.

La sobriété juste oriente l'efficience non vers la réduction des coûts, mais vers l'accroissement des libertés concrètes : se soigner, prévenir, comprendre, choisir. Comme l'a écrit Amartya Sen : « l'efficacité sans équité peut être tyrannique ; l'équité sans efficacité peut être vaine. »

Conclusion

La sobriété juste est à la fois une éthique et une politique. Elle dépasse l'opposition entre maîtrise des coûts et accès universel. Elle invite à repenser le rapport au soin, au besoin et à la solidarité. En somme, il ne s'agit pas de soigner moins, mais de soigner plus justement : de réconcilier vertu collective, justice sociale et efficacité pour notre système de santé.

“
**IL FAUT ROMPRE AVEC
L'IDÉE SELON LAQUELLE
LA SÉCURITÉ SOCIALE
SERAIT « UNE MANNE
CÉLESTE INÉPUISABLE »**
”

PAR

BÉATRICE NOËLLEC

DIRECTRICE DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES ET DE LA VEILLE SOCIÉTALE DE
LA FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)

CHRISTINE SCHIBLER

DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE DE LA FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)

Il peut apparaître de prime abord ardu de calquer le terme « sobriété » sur celui de santé, en jetant un regard prospectif sur l'évolution de ses principaux déterminants : augmentation des maladies chroniques, vieillissement des populations, dégradation de la santé mentale dans un monde de plus en plus incertain... Dans le même temps, des innovations de natures multiples ne vont cesser d'émerger, offrant autant d'espoirs thérapeutiques que de questionnements sur leur durabilité. La mesure de l'impact environnemental de l'IA générative donne à elle seule le vertige, et les voies de conciliation entre innovation et sobriété doivent être explorées.

À cela s'ajoute fréquemment un discours autour d'un rapport « consumériste » au soin, devenu un simple bien de consommation comme un autre. Si certains abus doivent être dénoncés, il ne faut toutefois pas céder à la facilité de désigner des boucs émissaires pour masquer les défaillances des politiques publiques en santé : rappelons que le quotidien de beaucoup de Français est de pâtir d'un accès aux soins insuffisant.

Si l'on peut définir la sobriété comme la nécessité de « dépenser moins pour soigner mieux », et qu'un consensus doit se dégager sur ce point au regard du contexte économique extrêmement contraint que nous subissons, la façon d'y parvenir nous semble

aujourd'hui extrêmement sujette à caution. En cela, le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 est emblématique d'une méthodologie à rebours de l'impératif de sobriété : élaboré en apesanteur de tout pilotage politique, au regard de l'instabilité ministérielle ayant caractérisé cette période ; et bâti sans concertation avec les acteurs du monde de la santé, le texte se borne à aligner les rabots et les sanctions à courte vue, affaiblissant d'autant la capacité à accomplir les missions de soin. Gageons que l'an prochain, en l'absence de vision pluriannuelle et de stratégie de santé, nous en serons au même point, en pire, car « une société qui préfère les rites aux véritables épreuves de vérité creuse son propre tombeau⁹ ».

S'il faut rompre avec l'idée selon laquelle la Sécurité sociale serait « une manne céleste inépuisable » et prendre conscience qu'elle est un bien commun fondé sur un pacte social dont les paramètres ont changé, l'objectif doit être l'efficience. Pas la fausse efficience faite de mesures conjoncturelles : la vraie, celle qui vise des économies substantielles tout en améliorant la prise en charge des patients ; et celle qui évalue le rapport coût/bénéfice de chaque décision budgétaire pour mesurer pleinement le service effectif rendu au patient. Comme le relevait l'IGAS, en 2024, « dès lors que l'on se situe dans un contexte de ressources limitées, le fait

9. Alain Supiot. *La Sécurité sociale entre transformisme et réformisme*. RDSS, p. 5. 2016.

qu'une action soit efficace ne suffit pas à justifier sa mise en œuvre. Il convient aussi d'établir qu'elle est efficiente soit que le rapport entre les ressources engagées et les résultats obtenus est favorable ».

**LA PERTINENCE PEUT
CONSISTER À FAIRE
MOINS OU FAIRE PLUS,
LA SEULE JAUGE
QUI VAILLE ÉTANT
L'ADÉQUATION AUX
BESOINS DE SANTÉ**

En 2026, en écho aux propositions des acteurs de santé, de nombreux rapports de qualité - HCAAM, Charges et Produits de la CNAM - ont fait des préconisations très concrètes autour de véritables leviers d'efficience : agir sur les hospitalisations évitables, développer la récupération rapide après chirurgie, promouvoir l'ambulatoire et l'hospitalisation à domicile... Tous ces rapports ont jusqu'alors eu un destin de feuille morte. Les fédérations hospitalières espéraient qu'un nouveau protocole de pluriannualité des ressources avec l'État permettrait de formaliser des engagements d'efficience concrets, mais les soubresauts politiques ont rejeté celui-ci dans les limbes...

Rappelons enfin que dans le PLFSS 2026, le sujet essentiel de la pertinence est traité de manière comptable, avec des seuils d'activité et un bonus pour ceux qui ne réaliseraient pas leurs activités au motif qu'ils généreraient une économie pour l'Assurance

maladie. Or, c'est tout le contraire, un indu pour financer une activité non réalisée, et une telle approche va à l'encontre d'une vraie pertinence fondée sur « le juste soin », dûment évalué. Il est aberrant de pénaliser ceux qui œuvrent à répondre aux besoins des patients. Comme le disait, fort à propos, l'ancienne ministre Agnès Buzyn, la pertinence peut consister à faire moins ou faire plus, la seule jauge qui vaille étant l'adéquation aux besoins de santé.

Un sursaut s'impose, même si la situation n'incite guère à l'optimisme. Les fédérations hospitalières de tous statuts sont unies dans la demande d'une loi de programmation en santé, permettant de fixer un cap pluriannuel autour des enjeux de santé publique. Quant à la sobriété, elle est indissociable de la mise en œuvre d'une véritable efficience, qui demeure un angle mort de nos politiques publiques. Alors que des échéances politiques majeures se profilent, les voies d'une sobriété en santé restent largement à explorer.

“

**POUR LES MUTUELLES,
LA SOBRIÉTÉ EN
SANTÉ EST D'ABORD
UNE RESPONSABILITÉ
ÉCONOMIQUE, CELLE DE
SOUTENIR LA PERTINENCE
DES SOINS**

”

PAR

BENOÎT BRIATTE

PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE GÉNÉRALE DE LA POLICE (MGP)

La sobriété en santé consiste à promouvoir un usage mesuré et durable des ressources médicales. Pour ce faire, les pistes étudiées visent à éviter les actes inutiles, renforcer la prévention, améliorer la coordination des soins, tout en garantissant un accès équitable à des soins de qualité.

Dans ce contexte, les mutuelles, acteurs majeurs du financement et de l'accompagnement des parcours de santé, sont guidées dans leurs réflexions à la fois par leur positionnement d'entreprises de l'économie sociale et solidaire et par des valeurs qui reposent sur leurs principes fondamentaux : la solidarité, l'entraide et la responsabilité collective.

De l'importance de la responsabilité...

Pour les mutuelles, la sobriété en santé est d'abord une responsabilité économique, celle de soutenir la pertinence des soins. Lorsqu'il s'agit de lutter contre la surconsommation médicale, elles encouragent les parcours coordonnés et incitent à la téléconsultation ou à la prévention. En négociant des tarifs responsables à travers les réseaux de soins, elles favorisent la qualité plutôt que la quantité, soutiennent la transparence sur les pratiques et sur les tarifs maîtrisés.

**CES ANALYSES
POURRAIENT AIDER À
MIEUX STRUCTURER
LES PARCOURS DE
SOINS, RÉVISER
LES PROGRAMMES
D'INFORMATION,
REVOIR SI NÉCESSAIRE
LES PARTENARIATS ET
LES RÉSEAUX DE SOINS
ET, SURTOUT, MIEUX
CIBLER LES ACTIONS
DE PRÉVENTION SUR LE
TERRAIN**

—————

En matière de responsabilité environnementale, limiter l'impact écologique du système de santé reste primordial dans un secteur très émetteur (hôpitaux, médicaments, déchets). Les mutuelles peuvent encourager l'éco-prescription et l'usage raisonné du médicament en luttant, par exemple, contre les antibiotiques inutiles, en sensibilisant sur les génériques ou en valorisant les actes les moins énergivores. Il leur est également possible de soutenir les établissements engagés dans la transition écologique : labellisation « hôpital vert », circuits courts pour l'alimentation des patients, réduction des déchets médicaux.

La responsabilité est également sanitaire : elle vise à promouvoir la prévention et l'éducation en santé puisque la sobriété passe d'abord par une baisse importante des maladies évitables. À cet effet, les mutuelles ont un rôle clé dans le dépistage, la promotion de l'activité physique, la lutte contre les addictions et la prise en compte de la santé mentale.

Garantes de l'intérêt général, les mutuelles ont également une responsabilité sociale : faire en sorte que la sobriété en santé ne se transforme pas en une restriction d'accès au soin pour les publics vulnérables. Elles se doivent de garantir un accompagnement social aux personnes âgées ou précaires, de lutter contre le renoncement aux soins et de mieux soutenir les aidants. Car la sobriété en santé n'est pas un rationnement des soins et il en va ici d'une responsabilité éthique des mutuelles : veiller à la pertinence des soins, à l'intérêt de l'adhérent/patient et à l'équité d'accès.

... Au bien-fondé de l'accès aux données de santé

En devenant mutuelle à mission en 2020, la MGP s'est engagée plus concrètement encore qu'elle ne le faisait en matière de responsabilité sociale, sociétale et environnementale. Elle s'est fixé des objectifs clairs visant le bien-être de ses adhérents, la promotion d'une société plus respectueuse et plus solidaire, et la protection de l'environnement sous tous ses aspects.

Alors qu'elle a récemment remporté le marché du contrat collectif de complémentaire santé à adhésion obligatoire du ministère de l'Intérieur, la MGP souhaiterait désormais accéder aux données de santé anonymisées de ses adhérents. Le marché de la PSC santé du ministère étant attribué pour une période

allant jusqu'au 31 décembre 2029, renouvelable deux fois pour une durée d'un an, l'analyse des données de santé de cette population d'adhérents sur le temps long pourrait se révéler intéressante pour promouvoir la sobriété.

Ces informations, évidemment obtenues via des données agrégées et anonymisées, et sans jamais porter atteinte au secret médical, permettraient à la MGP d'éclairer ses politiques de prévention ou son offre de soins et d'agir à l'échelle de groupes spécifiques.

Les enseignements possibles sont en effet nombreux : identifier les surconsommations structurelles pour ne payer que ce dont on a réellement besoin, détecter les parcours de soins inefficaces, repérer un taux anormal de prescriptions à faible valeur médicale ajoutée ou évaluer l'impact de programmes de prévention de santé publique. Ces analyses pourraient aider à mieux structurer les parcours de soins, réviser les programmes d'information, revoir si nécessaire les partenariats et les réseaux de soins et, surtout, mieux cibler les actions de prévention sur le terrain, nombreuses à l'échelle régionale au sein de la MGP.

La sobriété en santé doit donc être vue comme une nouvelle manière d'envisager le système de soins : moins d'actes inutiles, plus de prévention, un

respect accru des ressources humaines, économiques et environnementales. Les mutuelles ont un rôle structurant à jouer, parce qu'elles financent une part importante des dépenses, accompagnent leurs adhérents et ont la possibilité d'influencer leurs comportements via les garanties et les actions de prévention qu'elles proposent.

“
**DEMAIN, LA
PERFORMANCE DEVRA SE
MESURER AUTREMENT,
PAR LA CAPACITÉ À
PRODUIRE DURABLEMENT
DE LA SANTÉ DANS UN
MONDE AUX RESSOURCES
LIMITÉES**
”

PAR

ANTOINE-MATHIEU NICOLI

DIRECTEUR DE LA GESTION DU RISQUE DE LA CAISSE NATIONALE
DE L'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

Le système de santé est aujourd'hui confronté à une triple tension historique. D'abord, une croissance inédite des besoins liée au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques (d'ici 2035, près de 43 % de la population pourrait être atteinte d'une pathologie chronique si la tendance actuelle se confirme¹⁰) et aux risques de crises sanitaires. Ensuite, une tension de plus en plus marquée sur les ressources, tant humaines que matérielles, qui permettent le fonctionnement des structures de soins. Enfin, une forte pression économique liée au déficit structurel de l'Assurance maladie. Dans ce contexte, la sobriété en santé n'est plus seulement un objectif environnemental, elle devient une condition de soutenabilité du système de soins lui-même.

En effet, alors que le modèle sanitaire moderne repose sur l'hypothèse implicite d'une abondance durable d'énergie, de matières premières et de capacités logistiques ; les impacts du dérèglement climatique, le franchissement de sept des neuf limites planétaires, la situation géopolitique ou encore les problématiques d'attractivité des métiers du soin rappellent une évidence longtemps ignorée : la santé dépend aussi de l'état du monde matériel qui permet de la produire. Dans ce cadre, la sobriété en santé ne doit pas être comprise comme une logique de restriction mais

10. Assurance maladie. *Charges et Produits 2026*. Rapport.

comme un levier majeur de modernisation du système de santé.

En lien avec la feuille de route de Planification écologique du système de santé (PESS), le schéma directeur 2024-2027 « Transition > Action ! » porté par l'Assurance maladie s'inscrit précisément dans cette perspective : transformer le système pour le rendre plus sobre, plus résilient et capable de protéger durablement la santé des populations face aux crises environnementales.

Derrière cette ambition se dessine un triptyque structurant : sobriété, pertinence et efficacité des soins. Trois leviers qui, loin de s'opposer, poursuivent en réalité un objectif commun, celui de prévenir et soigner mieux avec une juste consommation de ressources.

Sobriété, pertinence, efficacité : un même projet de santé durable

Dans le débat public, ces trois notions sont souvent abordées séparément. Pourtant, elles relèvent d'une même logique.

La sobriété en santé consiste à mobiliser les ressources de manière plus raisonnée et plus efficace. En ce sens, elle s'inscrit pleinement dans la continuité d'un principe déjà central dans les politiques de santé : la pertinence

des soins, qui cherche à garantir que chaque acte médical est justifié par un bénéfice réel et démontré pour le patient. Depuis plusieurs années, soignants, établissements de santé, sociétés savantes, autorités sanitaires cherchent conjointement à réduire les actes inutiles, les prescriptions excessives ne respectant pas les recommandations ou les examens redondants. Ces pratiques représentent non seulement un coût économique important, mais peuvent également exposer les patients à des risques évitables.

SOBRIÉTÉ, PERTINENCE ET EFFICACITÉ DES SOINS, SONT DONC INDISSOCIABLES ET CONSTITUENT LES TROIS DIMENSIONS D'UNE MÊME STRATÉGIE DE SANTÉ DURABLE AU SERVICE DE LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Ainsi, ces démarches visant à améliorer la qualité et la pertinence des soins rejoignent directement les objectifs écologiques. Un examen inutile mobilise des équipements, de l'énergie, des consommables et parfois des transports. Une prescription non pertinente entraîne la production, le transport et l'élimination de médicaments ou de dispositifs médicaux qui auraient pu être évités.

En ce sens, sobriété et pertinence sont intimement liées à une troisième notion : celle d'efficacité. Longtemps

perçue comme suspecte dans le débat sanitaire français car associée à des logiques comptables ou à des politiques de restriction budgétaire, l'efficacité a pu apparaître comme une menace pour la qualité des soins. Pourtant, l'efficacité ne signifie pas « faire moins ». Elle signifie garantir une juste consommation de ressources pour produire un soin de qualité.

La nécessaire transformation écologique du système de santé offre l'opportunité de réhabiliter ce concept en rappelant que la problématique des ressources n'est pas seulement budgétaire, elle est d'abord physique et écologique. Dès lors, améliorer l'efficacité du système de santé revient à poursuivre un objectif double : préserver les ressources financières du système et, dans le même temps, réduire l'empreinte matérielle et environnementale des soins.

Sobriété, pertinence et efficacité des soins sont donc indissociables et constituent les trois dimensions d'une même stratégie de santé durable au service de la soutenabilité du système de santé.

La sobriété, un axe central de la politique de gestion du risque de l'Assurance maladie

La nécessité d'engager une transformation structurelle vers plus de sobriété apparaît clairement lorsque l'on

examine l'empreinte environnementale du secteur de la santé. En France, d'après The Shift Project, celui-ci représente environ 8 % des émissions nationales de gaz à effet de serre. La production de médicaments et de dispositifs médicaux en constitue la principale source, devant l'énergie des bâtiments et les transports de patients et de professionnels. Ces chiffres rappellent que le système de santé est profondément inscrit dans les chaînes industrielles et logistiques mondiales.

La transition écologique du système de santé passe donc nécessairement par une transformation profonde des pratiques et des organisations. Et l'Assurance maladie, à travers sa politique de gestion du risque, a vocation à jouer un rôle prépondérant dans cette transformation. Couvrant un large champ de la prévention à la lutte contre la fraude, cette politique centrale dans l'action de l'Assurance maladie mobilise conjointement quatre leviers principaux pour améliorer la soutenabilité et l'efficacité du système de santé :

- Les instruments de régulation médico-économique (demandes d'accord préalable, dispositif d'accompagnement à la prescription, ordonnances et cerfas sécurisés, ordonnance numérique, limitation de la primo-délivrance, tiers payant contre transport partagé, etc.) ;

- Les dispositifs conventionnels et tarifaires (protocoles pluriannuels avec les professions, incitations financières et dispositifs d'intéressement, engagements conventionnels sur la pertinence, etc.) ;

- L'accompagnement des professionnels de santé, des assurés et des employeurs, dans une logique multicanale de plus en plus développée (entretiens avec des délégués de l'Assurance maladie/praticiens conseil, campagnes de communication, actions de prévention et de promotion de la santé, réseaux sociaux, nouveaux outils de datavisualisation des données d'activité et de prescription du praticien, etc.) ;

- Les contrôles gradués et la lutte contre la fraude pour détecter et stopper les abus.

S'inscrivant pleinement dans cette stratégie, le schéma directeur « Transition > Action ! » prévoit ainsi notamment de promouvoir des soins écoresponsables, lutter contre le gaspillage des produits de santé, encourager des mobilités plus durables et d'intégrer pleinement les problématiques de santé environnementale dans la prévention et les parcours de soins.

Sans détailler l'ensemble des actions conduites par l'Assurance maladie en faveur de plus de sobriété et de pertinence, trois axes importants méritent d'être

mis en exergue pour illustrer à la fois l'importante mobilisation mais aussi les résultats visibles obtenus.

1. Lutter contre le gaspillage des produits de santé

Le gaspillage de produits de santé représente à la fois un coût économique et un impact environnemental significatifs. L'action de l'Assurance maladie vise à mieux orienter les prescriptions et à limiter les volumes inutiles de médicaments et dispositifs médicaux. Cela passe notamment par :

- Des campagnes de grande ampleur de promotion du bon usage des médicaments (ex : antibiotiques, « le bon traitement c'est pas forcément un médicament », etc.) ;

- Des nouveaux leviers pour réduire les délivrances « inutiles » tels que la récente limitation à 7 jours de la primo-délivrance de pansements ou le déploiement fin 2025 du nouveau téléservice « Aide à la détection d'atypies de consommation » (Adac) qui permet aux pharmaciens d'officine de repérer avant la délivrance des pratiques de consommation atypiques pour certains médicaments et dispositifs médicaux (bandelettes de glycémie, capteurs de glucose, etc.) ;

- Des expérimentations sur la réutilisation des dispositifs médicaux et des médicaments en lien avec les récentes mesures législatives.

Dans cette optique, l'Assurance maladie a par exemple engagé une expérimentation « Antigaspi » qui s'étendra sur 18 départements d'ici l'été 2026 et qui vise à s'appuyer sur l'intervention d'un infirmier à domicile pour réaliser un « inventaire » des médicaments et dispositifs médicaux stockés par le patient pour déclencher le cas échéant une action coordonnée avec le médecin et le pharmacien du patient pour réduire le stock de produits non utilisés et le gaspillage (actions de réévaluation de la prescription, d'amélioration de l'observance, d'éducation thérapeutique, etc.).

2. Améliorer la pertinence des prescriptions et des actes

Deuxième levier essentiel, la pertinence des prescriptions et des actes, dans une double logique de qualité et d'efficience des soins. Il s'agit du cœur de l'action conduite par l'Assurance maladie en matière de gestion du risque, avec plusieurs dizaines d'action de grande ampleur chaque année, et des résultats visibles. À titre d'illustration, les actions engagées en 2024-2025 ont contribué à une réduction de près 6 % des volumes de pansements, une baisse de près de 15 % du

volume de boîtes d'antalgiques de palier 2 remboursées entre 2024 et 2025 ou encore un accroissement de près de 10 points du taux de transports partagés entre 2022 et 2025.

L'amélioration de la pertinence des prescriptions ne peut s'envisager qu'à travers un haut niveau d'engagement et d'adhésion des professionnels de santé. C'est dans cette optique que la dernière convention médicale a donné lieu à des engagements réciproques de la part des partenaires conventionnels autour de 15 programmes de pertinence. Avec des objectifs clairs, chiffrés et partagés sur un large champ de prescription (ex : polymédication, IPP, antalgiques de palier 2, biosimilaires, DM du quotidien, transports sanitaires, etc.), ces 15 programmes d'action constituent un socle inédit et précieux pour avancer collectivement vers plus de pertinence et de sobriété des soins dans les années à venir. Plusieurs dispositifs d'intéressement financiers des médecins sont adossés à ces programmes : indicateur sobriété, intéressement sur les IPP et les biosimilaires...

En parallèle, de nombreux chantiers structurels sont engagés par l'Assurance maladie et détaillés dans le cadre du rapport « Charges et Produits 2026 » dans une logique pluriannuelle pour déployer une stratégie « 100 % sécurisation » de la pertinence d'ici 2030 : poursuite de la montée en charge de « Mon espace

santé », déploiement à large échelle de l'ordonnance numérique et de l'App CV, partage des données de prescription via de nouveaux outils de datavisualisation, soutien au déploiement des LAP-LAD-SADM les plus innovants via de nouveaux mécanismes de financement aux résultats constatés, nouveaux dispositifs de partage des gains avec les établissements de santé sur l'efficacité des prescriptions hospitalières en ville...

3. Faire de la prévention un levier majeur de sobriété

Élevée au rang de défi de la décennie dans le cadre de « Charges et Produits 2026 », la prévention constitue évidemment l'un des outils les plus puissants pour réduire la pression sur le système de soins et la consommation inutile de soins.

Depuis plusieurs années, l'Assurance maladie mobilise massivement ses ressources et son savoir-faire pour porter plusieurs programmes structurants, touchant plusieurs millions d'assurés par an autour :

- Du développement des dépistages organisés des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus ;
- De l'amélioration de la couverture vaccinale (vaccination grippe, vaccination HPV...);

- Du développement de la prévention primaire à travers la montée en charge de « Mon bilan prévention » à différents âges de la vie ou encore de M'T dents tous les ans ;

- Du portage et de l'outillage de vastes campagnes autour des maladies cardio-vasculaires et associées (MCVA).

L'Assurance maladie s'est aussi positionnée dans le cadre de son schéma directeur de la transition écologique en faveur de l'intégration de la promotion de la santé environnementale dans sa politique de prévention. Ce positionnement consiste à tenir compte de l'impact de la dégradation de l'environnement sur la santé humaine au regard des données scientifiques disponibles et à construire des dispositifs de prévention ou des partenariats permettant de mettre ses leviers d'actions au service de la protection de la santé face à ces risques. Elle a ainsi lancé en 2025 un programme d'actions visant à limiter l'exposition des assurés aux perturbateurs endocriniens (« Zéro phtalates »).

En collaboration étroite avec l'ensemble de l'écosystème professionnel et institutionnel, et avec un objectif assumé de « passage à l'échelle » de grands programmes de prévention, l'Assurance maladie souhaite donc contribuer à un ancrage systémique et durable de la

prévention au cœur du système de santé français et ainsi réduire le recours aux soins lourds et coûteux en agissant en amont de l'apparition des pathologies ou en évitant leur aggravation.

Le défi de l'adaptation : la sobriété comme levier pour soigner dans un monde contraint

La transition écologique du système de santé ne peut pas se limiter à réduire son empreinte environnementale. Elle doit également préparer le système à un monde plus instable en anticipant au maximum les risques environnementaux et en adaptant le système de santé aux impacts du changement climatique.

Les vagues de chaleur, les catastrophes naturelles ou la dégradation de la qualité de l'air ont déjà des effets sanitaires majeurs. Ils nécessitent une adaptation des infrastructures, des organisations de soins et des politiques de prévention.

Mais cette adaptation doit aller plus loin. La pandémie de Covid-19 a en effet montré à quel point les systèmes de santé peuvent être vulnérables, par exemple aux ruptures d'approvisionnement logistique. Pénuries de médicaments, tensions sur les équipements médicaux, dépendance aux chaînes d'approvisionnement mondiales ; ces fragilités ont soudainement cessé d'être

théoriques. Or, les crises environnementales pourraient produire des perturbations similaires et, demain, cette vulnérabilité pourrait s'étendre aux tensions d'approvisionnement énergétique.

Dès lors, comment garantir la continuité des soins dans un monde où l'énergie, certaines matières premières et/ou certaines chaînes logistiques pourraient devenir instables ?

Cela implique de réfléchir à plusieurs niveaux :

- Renforcer l'autonomie stratégique du système de santé, en sécurisant certaines productions critiques ou en diversifiant les chaînes d'approvisionnement ;
- Renforcer la résilience des pratiques de soins en développant des approches moins dépendantes des technologies et de certains consommables lorsque cela est possible (ex : écosoins). Les récentes cyberattaques ayant touché plusieurs établissements de santé ont brutalement rappelé la vulnérabilité des hôpitaux lorsque des outils numériques deviennent indisponibles. Dans ce contexte, le déploiement massif des outils d'intelligence artificielle dans les pratiques quotidiennes des professionnels de santé - nécessaire et porteur de progrès - doit impérativement s'accompagner d'une réflexion approfondie sur les

fragilités qu'ils introduisent et sur les conditions garantissant la continuité des soins en cas de défaillance ou d'indisponibilité de ces systèmes ;

- Élaborer de véritables plans de gestion de crise sanitaire liés aux contraintes environnementales : retours d'expériences d'événements climatiques extrêmes récents, continuité des soins en cas de rupture énergétique, priorisation des ressources médicales en situation de pénurie, organisation territoriale capable de fonctionner même en cas de perturbation logistique, organisation de la prise en charge du stress post-traumatique...

Ces réflexions peuvent sembler radicales. Elles relèvent pourtant d'un principe simple : un système de santé durable doit être capable de fonctionner dans des conditions imparfaites, en s'appuyant sur plus de sobriété.

La sobriété, une transformation collective du système de santé

La transition écologique du système de santé et le développement de pratiques plus sobres ne pourront pas être portés par un seul acteur. Ils impliquent l'ensemble de l'écosystème en santé (professionnels de santé, établissements, industriels, institutions publiques

et patients) mais aussi au-delà (acteurs éducatifs, industriels, monde agricole, acteurs du transport, etc.) pour créer collectivement des environnements favorables à la santé et des cobénéfices santé-climat.

La stratégie « Transition > Action ! » insiste d'ailleurs sur la nécessité de mobiliser l'ensemble des parties prenantes et de diffuser une culture commune de la sobriété et de la responsabilité environnementale. Cette mobilisation passe notamment par la formation des professionnels, la sensibilisation des patients, le développement d'outils d'évaluation de l'empreinte carbone des soins ou encore l'intégration de critères environnementaux dans les politiques publiques de santé.

En conclusion, développer la sobriété en santé ne peut reposer sur une simple approche technique. Elle implique une évolution profonde des représentations. Pendant longtemps, la performance d'un système de soins a été associée à sa capacité à mobiliser toujours plus de ressources : technologies, médicaments, infrastructures. Demain, la performance devra se mesurer autrement, par la capacité à produire durablement de la santé dans un monde aux ressources limitées.

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

Dans cette perspective, la sobriété n'est pas un recul. Elle est au contraire une forme avancée de maturité du système de santé. Elle invite à poser une question simple mais essentielle : de quoi avons-nous réellement besoin pour bien soigner ?

La réponse à cette question pourrait bien définir le système de santé du XXI^e siècle.

2. SOIGNER JUSTE : LA SOBRIÉTÉ CLINIQUE COMME POINT D'APPUI

Articuler production de soins et justes soins

La sobriété en santé prend toute sa consistance lorsqu'elle est confrontée aux pratiques quotidiennes du soin. C'est au plus près des patients, dans les gestes des professionnels, que se joue une part décisive de la transformation du système. Loin des débats abstraits, la sobriété clinique pose une question simple et exigeante : qu'est-ce qui soigne réellement ?

Les contributions réunies dans ce chapitre montrent que la dynamique dictée par l'urgence, l'empilement de mesures ponctuelles ou la recherche permanente de la réduction des coûts a un coût : coût humain pour les patients et les soignants, coût organisationnel, et parfois coût sanitaire lorsque la surmédicalisation produit de l'incertitude, de l'iatrogénie ou de la chronicisation évitable. En miroir, une médecine plus sobre est souvent une médecine plus précise, plus personnalisée et plus protectrice.

La sobriété clinique ne consiste pas à faire moins par principe, mais à faire mieux par discernement. Elle repose sur la pertinence des actes, la proportionnalité des réponses, la réévaluation régulière des traitements et la qualité de l'alliance thérapeutique. Déprescrire, prévenir la chronicisation, redonner sa place à l'examen clinique et au jugement professionnel ne relèvent pas d'un recul du soin, mais d'un rééquilibrage des pratiques, au service de la santé.

“
**DEMAIN, LA
PERFORMANCE DU
SYSTÈME DE SANTÉ SE
MESURERA À L'IMPACT
RÉEL POUR LE PATIENT
ET LA SOCIÉTÉ DE NOS
PRATIQUES, ET NON
AU NOMBRE D'ACTES
RÉALISÉS**
”

PAR

YANN BUBIEN

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR ET PRÉSIDENT
DU GRAPH

PR SAMIR HENNI

DIRECTEUR GÉNÉRAL DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Marqué par des tensions budgétaires, des ressources humaines qui se rarifient, une exigence croissante de qualité et une attente forte de la part des usagers, le système de santé est à la croisée des chemins. Parce qu'elle permet d'éviter les actes inutiles ou délétères, de maîtriser les dépenses de santé ou encore de garantir une prise en charge fondée sur les données acquises de la science, la pertinence des soins s'impose comme un levier stratégique incontournable. Elle doit être le fondement de l'évolution d'un système de santé conscient de ses limites humaines et économiques, qui s'appuie sur les principes de qualité, d'efficacité, d'équité et d'humanité.

La pertinence : une affaire de parcours, d'actes et de prescriptions

La pertinence des parcours de soins

Une prise en charge pertinente repose d'abord et avant tout sur la cohérence du parcours de soins suivi par le patient. Prenons l'exemple de la périnatalité : la France affiche l'un des taux de mortalité périnatale les plus élevés d'Europe, se classant au 21^e rang sur 28 pays. Or, plusieurs facteurs de risque pour la santé de l'enfant peuvent être réduits en améliorant l'organisation du parcours (par exemple en améliorant le recours aux sages-femmes à J10 post-accouchement sur certains

**UNE PROPORTION
IMPORTANTE
DES EXAMENS
RÉALISÉS POUR
DES PATHOLOGIES
COURANTES, COMME
LES LOMBALGIES
NON COMPLIQUÉES
OU LES DOULEURS
ARTICULAIRES, NE
RÉPOND PAS AUX
RECOMMANDATIONS**

territoires), parfois même la simple connaissance des acteurs et dispositifs locaux, ou en intégrant l'expérience des femmes et des parents dans les actions du parcours périnatalité. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'IRAPS l'a ciblé comme un parcours prioritaire à renforcer, en parallèle de la stratégie des 1 000 premiers jours et de la charte du nouveau-né hospitalisé.

La pertinence des actes

La pertinence des actes est au cœur de la performance clinique et économique. Elle interroge notre capacité à mobiliser les ressources là où elles apportent une réelle valeur ajoutée pour le patient. Or, les données montrent des écarts préoccupants. Prenons un exemple parmi d'autres : +29 % d'amygdalectomies depuis 2019, alors que les indications n'ont pas évolué. Cette inflation interroge : pourquoi une activité stable en théorie connaît-elle une telle croissance ? Les hypothèses sont connues : pratiques locales, attentes des familles, incitations financières... Mais au-delà des causes, ce

constat révèle un enjeu fondamental : sans régulation, la dynamique des actes échappe à la logique médicale. Ce décalage illustre la nécessité d'outils de pilotage fondés sur la pertinence, capables de réintroduire la rationalité clinique dans la décision et de sécuriser l'allocation des ressources.

La pertinence des prescriptions

L'imagerie médicale illustre parfaitement les enjeux de pertinence. Une proportion importante des examens réalisés pour des pathologies courantes, comme les lombalgies non compliquées ou les douleurs articulaires, ne répond pas aux recommandations. Ces pratiques représentent non seulement un coût considérable pour l'Assurance maladie et donc pour la collectivité, mais aussi une consommation de ressources rares : temps de manipulateurs-radio, disponibilité des radiologues, créneaux d'IRM ou de scanner. Pendant que ces examens sont réalisés sans réelle valeur ajoutée, des patients attendent une imagerie urgente pour des pathologies vitales, comme l'AVC ou l'AIT, pour lesquelles les recommandations imposent une prise en charge immédiate pour orienter la thrombolyse ou la thrombectomie. La pertinence n'est donc pas une option : elle conditionne l'accès aux soins critiques et la capacité du système à répondre aux urgences.

L'IA et la prévention en santé, premiers leviers de la pertinence

Développer l'IA en santé

L'intelligence artificielle en santé montre déjà, au quotidien, qu'elle peut être un levier d'aide au diagnostic, à la décision clinique ou à la personnalisation des traitements, au plus proche des besoins réels des patients. Pour les patients, l'IA pourra bientôt leur permettre d'avoir accès à des contenus de prévention adaptés à leur âge, à leur mode de vie ou à leurs antécédents, sur la seule exploitation par une IA de leurs données présentes dans « Mon espace santé ». À terme, le patient pourrait ainsi bénéficier d'un chatbot capable de lui recommander des actions de soins ou de prévention à initier ou de détecter des éventuelles ruptures dans son parcours de soins. L'IA n'est pas simplement une révolution technologique, mais une transformation civilisationnelle dans laquelle nous sommes d'ores et déjà tous entraînés.

Renforcer le virage préventif

La pertinence ne se joue pas uniquement au moment de prescrire ou d'opérer : elle commence bien avant, dans la capacité à éviter l'apparition des pathologies. Chaque acte évité grâce à une stratégie de prévention

efficace est un acte pertinent par essence. Vaccination, dépistage, éducation à la santé, lutte contre les facteurs de risque : ces leviers réduisent la demande de soins curatifs et, par ricochet, la consommation d'actes à faible valeur ajoutée. La Haute Autorité de santé en a fait une priorité dans son projet stratégique 2025-2030 : placer la prévention au cœur des parcours pour améliorer la qualité, maîtriser les coûts et renforcer la soutenabilité du système. Investir dans la prévention, c'est investir dans la pertinence : moins de maladies évitables, moins d'examens inutiles, plus de ressources pour les situations où elles sont réellement nécessaires.

Une exigence éthique, scientifique et économique à ériger en priorité

Le système de santé traverse une période de transformation profonde. La réponse ne viendra pas d'une course au volume de soins, mais d'un recentrage sur la qualité, l'équité et la soutenabilité.

Des parcours fluides, pour éviter les ruptures et les redondances. Des actes justifiés, pour garantir la valeur clinique et scientifique. Des prescriptions raisonnées, pour libérer des ressources là où elles sont vitales.

Les leviers sont à portée de main : l'IA pour éclairer la décision, l'éco-conception pour réduire l'empreinte

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

carbone, la prévention pour anticiper plutôt que réparer. Mais au cœur de cette transformation, une idée simple : demain, la performance du système de santé se mesurera à l'impact réel pour le patient et la société de nos pratiques, et non au nombre d'actes réalisés. La boussole sera le patient et le moyen le plus efficace pour ne pas se tromper !

“
**EN FRANCE, PLUS DE
10 % DES ADULTES
CONSOMMENT DES
ANTIDÉPRESSEURS
DE FAÇON CHRONIQUE
AVEC UNE COMPLIANCE
ALÉATOIRE**
”

PAR

DR RACHEL BOCHER

CHEFFE DU SERVICE HOSPITALIER DE PSYCHIATRIE AU CHU DE NANTES
ET PRÉSIDENTE DE L'INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS
HOSPITALIERS (INPH)

La sobriété en psychiatrie ne peut pas se cantonner à une logique de privation, mais doit être recherchée autour d'un équilibre avec une proposition de soins personnalisés, centrés sur les besoins réels des patients évitant tout excès de diagnostic ou de thérapeutiques.

Dès lors, cette sobriété devient un enjeu éthique et de santé publique, mais aussi un enjeu écologique dans le contexte actuel de crises de ressources humaines et de pression budgétaire hospitalière.

I. Sobriété et prévention : mieux agir en amont

Il s'agit de faire les constats suivants :

1. Face à l'explosion de troubles anxieux et dépressifs depuis la pandémie de 2020, nous apportons malheureusement des réponses qui sont le plus souvent centrées sur la médicalisation par une hospitalisation, soit par un arrêt de travail et la prescription de psychotropes.

Cependant, la prévention, qu'elle soit primaire ou qu'elle soit secondaire est souvent ignorée, peu développée autour des axes que nous connaissons bien comme la santé mentale à l'école ou la formation des médecins généralistes ou bien encore un repérage

précoce sur les différents intervenants et animateurs scolaires et éducatifs.

2. Il s'agit de développer les leviers de la sobriété préventive, non seulement en renforçant la littératie en santé mentale avec des programmes types Mental Health First Aid, mais aussi en créant des environnements favorables à la santé mentale aussi bien au niveau de l'école que du travail ou encore des espaces publics et d'urbanisme.

Il est temps que les politiques publiques des collectivités territoriales et des villes puissent inclure cette dimension de santé mentale.

Il s'agit également d'intervenir précocement chez les jeunes, notamment dans la période 14-20 ans, pour éviter que toutes symptomatologies en crise ne deviennent des troubles sévères tels des troubles anxieux généralisés, des troubles psychotiques à l'âge adulte. À ce titre, le dispositif « Transition » du Pr Krebs avec qui nous travaillons à la mission ministérielle que nous a confiée le ministre Yannick Neuder en est une illustration récente de la concrétisation attendue.

Ainsi, chaque prévention efficace évite en partie des prescriptions médicamenteuses, mais permet aussi de réduire les coûts humains et médicamenteux.

3. Sobriété et prévention : agir avant la récurrence et la chronicisation.

Le plus fréquemment, les tentatives de suicide représentent à l'adolescence un appel à l'aide et non une volonté de mourir. Pourtant, il convient de démarrer un suivi précoce associé indiscutablement à un repérage attentif afin que les jeunes qui quittent le service des urgences parfois sans suivi coordonné, ne suivent pas une spirale de ré-hospitalisations successives, évoquée souvent sous le nom de porte tournante.

L'accès en récurrence aux urgences entraîne des prescriptions multiples et peut installer un sentiment d'échec issu de ces vécus comme autant de perte de chance et au bout du compte autant de perte de sens de soin.

4. Les leviers de la prévention sobre sont au nombre de 3. Il s'agit de :

IL S'AGIT ÉGALEMENT D'INTERVENIR PRÉCOCEMENT CHEZ LES JEUNES, NOTAMMENT DANS LA PÉRIODE 14-20 ANS, POUR ÉVITER QUE TOUTES SYMPTOMATOLOGIES EN CRISE NE DEVIENNENT DES TROUBLES SÉVÈRES

- Créer un lien précoce et continu dès la crise entre le jeune et sa famille et les référents soignants ;
- Renforcer les programmes de prévention comme le dispositif Vigilans qui assure un suivi téléphonique régulier après une tentative de suicide ;
- Développer la littératie émotionnelle et la santé mentale à l'école, au lycée, à l'université pour pouvoir réduire non seulement la stigmatisation mais permettre aussi un dépistage et un repérage précoce.

II. Sobriété et déprescription

Il est important de restaurer le sens clinique de la souffrance en évitant des postures purement symptomatiques sans tenir compte de plans de soins personnalisés.

1. Les dérives de la surprescription

En France, plus de 10 % des adultes consomment des antidépresseurs de façon chronique avec une compliance aléatoire.

La multiplication de ces surconsommations n'est pas sans risque, notamment celle d'une dépendance affective importante avec des effets secondaires bien

connus de types métaboliques et cognitifs avec une perte d'autonomie décisionnelle de la part des patients.

Il est à noter que ces polythérapeutiques sont souvent effectuées sans réévaluation...

2. Démarche de la déprescription

Cette déprescription est un acte clinique réfléchi fondé sur l'évaluation du rapport bénéfices-risques et la participation active du patient.

Elle nécessite non seulement une concertation pluriprofessionnelle (psychiatres, infirmiers, pharmaciens, médecin traitant), mais également une psychoéducation thérapeutique de la part du patient, ainsi qu'une alliance médecin-patient solide active.

Une progressivité et un accompagnement non médicamenteux associant aussi bien soutien social, activité physique et psychothérapie seront utiles pour faciliter cette démarche de déprescription, particulièrement chez ces jeunes au début de leur parcours de soins.

La sobriété prend un sens particulier puisqu'il s'agit de prévenir les rechutes et d'accompagner la souffrance

du jeune sans l'enfermer dans un parcours soit hyper médicalisé et stigmatisant.

Dans un contexte d'augmentation de tentatives de suicide chez les adolescents, l'enjeu est de concilier prévention, continuité et juste usage du soin.

3. Enjeu de la déprescription

Toutes ces crises devront associer non seulement des interventions familiales, mais également une psychothérapie de la crise et différentes médiations par la culture, le sport, le groupe de pairs aidants.

Une approche sobre et clinique pour évaluer la crise dans sa dimension existentielle, relationnelle et psychoaffective reste majeure. Cela permettra de limiter la durée du traitement et le nombre de traitements grâce à une évaluation régulière et surtout une implication active du jeune.

Enfin, la déprescription progressive pourra être mise en place dès que le jeune retrouvera sa place et ses ressources internes au sein de son environnement.

III. Conclusion

La sobriété en psychiatrie n'est pas une réduction du soin, mais davantage une transformation du paradigme.

Il s'agit :

1. De privilégier la prévention et la promotion de la santé mentale ;
2. De réévaluer systématiquement la permanence des traitements en quantité et en durée ;
3. De redonner aux patients une place active dans ses choix thérapeutiques, ainsi qu'à l'environnement familial pour donner du sens à la crise que le jeune vient de traverser ;
4. La sobriété en psychiatrie face à la crise suicidaire chez les jeunes consiste dans une même intention à écouter avant de prescrire, à accompagner avant d'hospitaliser, à évaluer régulièrement avant de prolonger la thérapeutique. Là aussi, là encore, l'abord holistique est le bon ressort vers la réussite ;
5. La sobriété aboutie est celle qui parvient à redonner au jeune patient une autonomie psychique ;

6. Elle ouvre la voie à une psychiatrie plus humaine, juste et participative.

Rien ne se fait « sans espoir » de pouvoir faire face aux besoins spécifiques du jeune, « ni confiance » dans les ressources et les dispositifs dédiés à la santé mentale de ces jeunes patients en proie à des crises psychocomportementales.

“
**FAIRE DE LA
DÉPRESCRIPTION UNE
PRATIQUE CIVIQUE
LOCALE, C'EST ALIGNER
QUALITÉ DES SOINS,
SOUTENABILITÉ
ET CONFIANCE
DÉMOCRATIQUE**
”

PAR

DR MATTHIAS BRUNN

CHERCHEUR AFFILIÉ AU LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE
D'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES (LIEPP) DE SCIENCES PO

ÉTIENNE NOUGUEZ

CHERCHEUR AU CENTRE DE SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS (CSO) ET
DU LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES
PUBLIQUES (LIEPP) DE SCIENCES PO

La « sobriété » en santé n'est pas qu'une contrainte : c'est l'occasion de remettre autour de la table soignants, patients, élus et acteurs sociaux. Et si la déprescription devenait un levier concret pour relancer la démocratie de proximité et regagner de la confiance dans les décisions publiques ? Parce qu'elle touche à la vie quotidienne et à la qualité du soin, la santé mobilise fortement ; bien conçue, la participation en santé renforce l'adhésion et la confiance.

1) Ce que montre notre collectif « déprescription durable »

Notre collectif est né d'une journée interdisciplinaire réunissant chercheurs, soignants, patients et représentants d'institutions, avec l'ambition de relier pertinence des soins et durabilité¹¹.

La déprescription est un enjeu systémique, et elle fonctionne lorsqu'elle est coproduite. Concrètement : revue médicamenteuse structurée intégrée aux renouvellements ; sevrages gradués avec paliers réalistes ; décision partagée outillée ; appui pharmaceutique ; accès aux alternatives non médicamenteuses (psychothérapies,

11. Voir le site du LIEPP - Sciences Po pour le programme détaillé et une liste de tous les participants. *Déprescrire dans une perspective santé - environnement : quelles pistes pour les politiques publiques en France ?* sciencespo.fr.

**QUAND UN
DISPOSITIF ASSOCIE
INFORMATION
CLAIRE, LIEN À
LA DÉCISION ET
TRANSPARENCE,
LA CONFIANCE
PROGRESSE**

activité physique, ressources sociales).

Les freins sont connus : manque de temps, fragmentation des responsabilités, crainte de défaut de soin (chez une partie des médecins et parfois

des patients/aidants). Les solutions aussi : parcours sécurisés, décision partagée, coordination médecins-infirmiers-pharmaciens.

2) Idée nouvelle : faire de la déprescription - dans sa dimension de sobriété - un catalyseur de démocratie sanitaire locale

Pourquoi la santé est un bon levier civique. Elle structure préférences et participation ; quand un dispositif associe information claire, lien à la décision et transparence, la confiance progresse.

Où ancrer ce dialogue ? Priorité aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et Centres de santé (CDS), là où l'interprofessionnel est déjà organisé, avec ouverture aux patients, à la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) et à l'Agence régionale de santé

(ARS). Ces cadres offrent : 1) légitimité médicale sur le médicament ; 2) capacité à traiter toutes les classes médicamenteuses ; 3) insertion dans les projets de santé publique portés par ces collectifs. Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et Ateliers santé ville (ASV) sont des appuis complémentaires selon les territoires et les sujets.

Pourquoi la sobriété parle au plus grand nombre. Les baromètres récents montrent une réceptivité à des pratiques plus sobres à condition d'équité et d'accompagnement ; c'est un récit mobilisateur qui relie pertinence des soins, soutenabilité et responsabilité.

3) Que proposons-nous ?

a) Dialogues territoriaux de déprescription - trimestriels la 1^{re} année, puis semestriels - ancrés en CPTS/MSP/CDS : chaque session aborde des cas d'usage (benzodiazépines, inhibiteurs de la pompe à protons, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antipsychotiques hors indication...) à partir de données locales synthétiques, présente les alternatives disponibles (psychoéducation, activité physique adaptée, psychothérapies, ressources sociales), s'appuie sur des scripts de décision partagée et des plans de sevrage gradué, et fixe des règles d'orientation et de responsabilité en présence de la CPAM et de l'ARS.

b) Relais vers le « tout-venant » (pour éviter que ce soit « toujours les mêmes ») : un mois de la sobriété médicamenteuse (officines + MSP) avec micro-bilans, stands d'alternatives, ateliers sommeil/anxiété/douleur, retour de médicaments.

c) Faire de la « revue d'ordonnance » un vrai acte : œuvrer localement vers un acte ou une incitation reconnu-e/valorisé-e (leviers : projets de santé, expérimentations de financement « Article 51 » de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS)) afin que chaque renouvellement devienne une opportunité de réévaluation.

d) Tableau de bord public (servant aussi de base d'évaluation) : il suivra la participation, la part de réductions ou d'arrêts à 3-6 mois et les réintroductions, renseignera un score de confiance (0-10), documentera l'accès aux alternatives et estimera l'empreinte évitée ; une restitution trimestrielle avec retour d'expérience ouvert est envisageable.

e) Freins et parades : trois points d'attention reviennent : le manque de temps, que l'on réduit en inscrivant le projet dans le plan d'actions de la CPTS/MSP/CDS et en outillant la consultation ; la participation des mêmes publics, que l'on élargit par l'alternance des lieux et des horaires, des invitations ciblées d'usagers et

de pairs aidants ; et la crainte de défaut de soin, levée par des paliers, un « filet de sécurité », une supervision et la mise en visibilité des résultats. De plus, dans des zones sous-denses, le déficit d'offre peut conduire à une surprescription de compensation et limite le temps/les ressources pour bâtir des dialogues ; parade : formats légers et itinérants (sessions intercommunales, visio), pharmacien/infirmier pivot.

4) Conclusion et prochaines étapes

Faire de la déprescription une pratique civique locale, c'est aligner qualité des soins, soutenabilité et confiance démocratique. Lancer des pilotes en CPTS/MSP/CDS, avec évaluation indépendante et tableau de bord public, permettra de tester la faisabilité et d'objectiver les impacts cliniques, économiques et environnementaux - avant d'essayer à plus grande échelle.

Références (sélection)

WHO European Observatory on Health Systems and Policies. Health as a driver of political participation and preferences: Implications for policy makers and political actors. Policy Brief 61, 2024.

World Health Organization. Social participation for universal health coverage. Technical paper, 2023.

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

OECD. Innovative Citizen Participation and New Democratic Institutions : Catching the Deliberative Wave. 2020.

ADEME. Baromètre Sobriétés et Modes de vie. 2024.

“
**LE CADRE
CONVENTIONNEL
POURRAIT UTILEMENT
SOUTENIR CETTE CULTURE
DE LA PERTINENCE**
”

PAR

DR JEAN-PAUL ORTIZ

NÉPHROLOGUE ET ANCIEN PRÉSIDENT LA CONFÉDÉRATION DES
SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)

La sobriété en santé ne peut se réduire à une logique de restriction ou de rationnement. Elle renvoie d'abord à une utilisation responsable, efficace et éthiquement fondée des ressources collectives. Parmi les leviers majeurs de cette sobriété figure la pertinence des soins : délivrer le juste soin, au bon patient, au bon moment et au bon endroit. C'est à cette condition que notre système solidaire pourra être préservé durablement.

Notre système de protection sociale est aujourd'hui en danger, en particulier en raison de son déséquilibre financier. Le déficit de la Sécurité sociale, et plus encore de sa branche maladie, s'est accumulé en quelques années pour atteindre un rythme annuel de l'ordre d'une vingtaine de milliards d'euros, situation qui n'est plus soutenable pour les générations futures.

Or, la branche maladie constitue l'essentiel de ce déficit et les perspectives sont très défavorables : les experts anticipent un accroissement annuel supplémentaire du déficit de près de vingt milliards d'euros. Cette trajectoire ne pourra, à l'évidence, être supportée durablement.

Au-delà de la seule question du financement, et donc des recettes que la collectivité consacre à la santé, il est désormais indispensable de poser clairement celle de l'efficacité globale de notre système de soins. La

France consacre déjà une part importante de son PIB à la santé ; il est difficile de soutenir que notre système serait structurellement sous-doté en comparaison des autres pays de l'OCDE. La question n'est donc pas tant de dépenser plus que de faire nettement mieux avec autant, ou presque. Cela suppose un changement culturel profond, fondé sur la pertinence des soins. Mais cette exigence ne concerne pas uniquement les médecins : elle engage l'ensemble des soignants, les patients eux-mêmes, et bien sûr les décideurs publics.

Faire de la pertinence le pilier de la qualité des soins

Si le degré zéro de la qualité est le respect des normes et des réglementations, le degré zéro de la pertinence consiste à éviter la redondance. L'objectif paraît simple en théorie : il suffirait de disposer d'un système performant de transmission de l'information médicale, reposant sur un dossier patient réellement partagé entre tous les acteurs du soin, en ville comme à l'hôpital, sans rétention jalouse des données.

Éviter la redondance, c'est éviter des prescriptions inutiles d'examen complémentaires, des bilans biologiques répétés à quelques jours d'intervalle, des scanners ou IRM non transmis entre les secteurs hospitalier et ambulatoire. Notre système souffre encore d'un cloisonnement majeur, véritable handicap

organisationnel, qu'il est urgent de lever. Ces répétitions sont coûteuses pour la collectivité et, plus encore, délétères pour le patient.

Cultiver la pertinence chez les soignants suppose également une meilleure appropriation des recommandations de bonnes pratiques et des consensus scientifiques.

Certes, la Haute Autorité de santé, en lien avec les sociétés savantes, élabore ces référentiels. Mais leur impact réel sur les pratiques demeure limité, malgré les efforts entrepris en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Le changement est lent et ses effets restent peu perceptibles au quotidien. Il est temps de faire de la pertinence un axe central de la qualité des soins, y compris en accompagnant cette démarche par des incitations financières positives.

Cette évolution doit reposer sur une culture du résultat plutôt que sur l'empilement de processus, encore trop fréquents dans notre système. Les indicateurs rapportés

**PEUT-ON ENCORE
ACCEPTER QUE DES
ÉLUS DÉFENDENT DES
BLOCS OPÉRATOIRES
NE RESPECTANT PAS
LES SEUILS D'ACTIVITÉ
CHIRURGICALE EN
CANCÉROLOGIE,
POURTANT TRÈS BAS,
TOUT EN SACHANT
QU'EUX-MÊMES OU
LEURS PROCHES NE
S'Y FERAIENT JAMAIS
SOIGNER ?**

—

par les patients eux-mêmes, tels que les PROMs et les PREMs, doivent en être un levier structurant.

Améliorer la pertinence des soins implique enfin de poser clairement la question de la formation continue de l'ensemble des professionnels de santé. La certification périodique est inscrite dans la loi, mais demeure largement théorique dans les faits. La suppression récente de l'ANDPC et le flou entourant l'organisation de la formation continue n'augurent rien de positif. Il est urgent d'accélérer et de faire de la certification périodique autre chose qu'un mirage à échéance de six ans.

Le cadre conventionnel pourrait utilement soutenir cette culture de la pertinence. Il suffirait, par exemple, que chaque Conseil national professionnel identifie un ou deux thèmes prioritaires par spécialité, tous les ans ou deux ans, sur lesquels un effort collectif de pertinence serait engagé. Une démarche aussi simple pourrait durablement transformer les prises en charge, avec un impact financier positif significatif. Les gains générés devraient être partagés de manière équitable et respectueuse afin d'inciter réellement les acteurs à s'engager. Les outils numériques doivent accompagner et faciliter cette dynamique vertueuse. La rémunération à la qualité, encore balbutiante et aujourd'hui centrée

sur la médecine générale via le forfait médecin traitant, doit être élargie à l'ensemble des spécialités.

Rendre le parcours de soins pertinent

La pertinence du système de santé concerne également la pertinence de son utilisation. Chaque citoyen porte, à ce titre, une part de responsabilité. L'extrême liberté d'accès à un système généreux et ouvert favorise une forme de consumérisme médical, largement induite par une quasi-gratuité perçue. En France, l'accès aux soins, aux urgences hospitalières, aux consultations médicales ou aux médicaments est, au moment de l'usage, gratuit ou presque. Le financement est collectif, dilué dans une masse globale, ce qui affaiblit le sentiment de responsabilité individuelle et alimente une logique d'« open bar ».

Utiliser le système de santé à bon escient, c'est accepter de ne pas y recourir pour tout, n'importe quand. Est-il raisonnable de se rendre directement aux urgences d'un centre hospitalier de référence, à 22 heures, pour un simple mal de gorge, sans aucun coût immédiat, après être passé à l'hypermarché ? Est-il acceptable de consulter successivement plusieurs médecins pour un même motif en quelques heures, sans participation financière ni coordination ? Peut-on continuer à

accumuler des médicaments non consommés dans les armoires à pharmacie ?

Peut-on refuser les actions de santé publique protectrices, comme la vaccination, sans que cela n'ait de conséquences financières individuelles ? Les chiffres sont éloquentes : moins de la moitié des personnes de plus de 65 ans se font vacciner contre la grippe, pourtant remboursée et globalement efficace. Chaque année, la grippe est responsable d'environ 10 000 décès et contribue à la saturation hivernale des services de réanimation.

Il est temps de poser collectivement la question d'une responsabilité individuelle accrue dans l'utilisation de l'accès aux soins. Cela passe par une meilleure pré-orientation vers la médecine de ville, soutenue et valorisée pour ce rôle, afin de limiter l'engorgement des urgences hospitalières. La mise en place d'un reste à charge modéré, ciblé et adapté dans certaines situations pourrait également contribuer à une utilisation plus pertinente et limiter le gaspillage et la redondance des actes.

Une offre de soins pertinente

La pertinence, enfin, consiste à soigner le patient au bon endroit, en garantissant la qualité et la sécurité

des soins. Maintenir, pour des raisons essentiellement politiques, des structures hospitalières dites de proximité sans ressources humaines suffisantes revient à dilapider les financements tout en générant une non-qualité des prises en charge.

Les exemples des maternités ou des blocs opératoires sont particulièrement révélateurs. Est-il raisonnable de maintenir des plateaux techniques à très faible activité, âprement défendus par des responsables politiques refusant de voir fermer « leur » maternité ou « leur » bloc opératoire, alors même que les soins délivrés y sont parfois de qualité médiocre, voire dangereuse, et assurés au prix d'intérimaires coûteux ? Le courage politique impose de fermer les maternités dont l'activité est inférieure aux seuils actuels de 300 accouchements par an, alors que les experts recommandent de relever ce seuil à 1 000.

Peut-on encore accepter que des élus défendent des blocs opératoires ne respectant pas les seuils d'activité chirurgicale en cancérologie, pourtant très bas, tout en sachant qu'eux-mêmes ou leurs proches ne s'y feraient jamais soigner ? Il faut mettre fin à cette hypocrisie et faire respecter des normes d'activité fondées sur des critères scientifiques et les faire évoluer courageusement. Cela suppose d'expliquer avec pédagogie aux populations qu'il vaut mieux parcourir

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

quelques kilomètres supplémentaires pour bénéficier de soins sûrs et de qualité, plutôt que de maintenir une proximité illusoire et risquée.

Les véritables inégalités territoriales sont là : entre ceux qui savent et peuvent se déplacer, et ceux qui ignorent ou ne le peuvent pas. Les combattre exige un courage politique réel, au service de l'intérêt général.

La pertinence ne relève ni d'un slogan ni d'une contrainte technocratique supplémentaire. Elle constitue aujourd'hui une exigence éthique, professionnelle et citoyenne, au cœur de la soutenabilité de notre système de santé. Elle impose de sortir des logiques de cloisonnement, de renoncement politique et de déresponsabilisation individuelle. Soignants, patients et décideurs publics partagent une responsabilité commune : celle de préserver un système solidaire en acceptant collectivement de mieux utiliser des ressources qui ne sont ni infinies ni abstraites. Faute de ce sursaut culturel et comportemental, les ajustements financiers resteront inefficaces et les réformes inabouties. La pertinence n'est pas une option ; elle est devenue une condition de survie de notre modèle de santé.

“

**POUR ÊTRE DURABLE,
LE SYSTÈME DE SANTÉ
DOIT AINSI CHANGER DE
PARADIGME ET LE CARE
DEVENIR UN LEVIER
STRATÉGIQUE AUTANT
QUE LE CURE, VOIRE
AVANT LE CURE**

”

*PAR***PR XAVIER LESCURE**

INFECTIOLOGUE À L'HÔPITAL BICHAT - CLAUDE-BERNARD

CAROLINE SCHWARTZ

DIRECTRICE SANTÉ CHEZ EUROGROUP CONSULTING

Une logique du cure (traiter) poussée à l'extrême, au détriment du care (prendre soin)

Soumis à la pression d'être toujours plus performant et plus rapide, le professionnel de santé doit soigner de son mieux en s'appuyant sur toutes les technologies qui l'entourent, et en cherchant à éviter chaque jour deux pièges, dans lesquels, hélas, il tombe régulièrement :

- La surprescription d'examens biologiques et radiologiques, dont on estime que 30 % seraient injustifiés ;

L'évolution technologique, qui a permis des progrès massifs depuis des décennies, a eu un effet collatéral sur la démarche clinique : les étapes de l'interrogatoire et de l'examen clinique, qui étaient les deux premières étapes primordiales de la démarche clinique, ont reculé au profit de la multiplication des demandes d'examens biologiques et radiologiques. Ces examens deviennent automatiques, sans que ne soient mesurés finement la contrainte qu'ils représentent pour les collègues et les patients, ni même leur coût économique et écologique. De plus, cette surconsommation génère des informations parfois parasites, qui peuvent créer des incidentalomes ; ces anomalies découvertes de manière fortuite pouvant générer la prescription d'autres explorations voire de traitements inutiles. La prise en

**LE VÉRITABLE DÉFI,
AUJOURD'HUI, N'EST
DONC PAS D'INNOVER
TOUJOURS PLUS,
MAIS DE RÉCONCILIER
LA PROMESSE
TECHNOLOGIQUE AVEC
LES FONDAMENTAUX
DU SOIN : L'ÉCOUTE, LA
DISPONIBILITÉ, LE LIEN**

charge en est alors entachée
au détriment du patient.
Les effets sont les mêmes
avec les surprescriptions
de médicaments et la sous-
estimation de la iatrogénie.

- Le syndrome du copier-
coller ;

Il est scientifiquement documenté : pour aller vite, pour se défendre contre la contrainte mentale du cadre informatique dans lequel il est difficile de synthétiser, de schématiser, de hiérarchiser facilement, le professionnel de santé duplique des observations toutes faites, reconduit des observations réalisées aux urgences dans un contexte particulier et forcément non optimal, copie des comptes rendus sans les réinterroger. Dans les hôpitaux et les cabinets, les logiciels métiers sont devenus omniprésents et rendent service mais imposent une logique de remplissage et de conformité. La pensée clinique s'y dilue, et avec elle la capacité à faire émerger une vision d'ensemble qui permet de prioriser et de faire du lien.

Ces travers de la médecine ultramoderne s'ajoutent à un autre écueil, fruit du contexte actuel : alors que le champ des possibles permis par les progrès de la

médecine semble infini, il n'y a plus suffisamment de ressources humaines ou matérielles pour l'explorer. Ce déséquilibre entre le potentiel médical et les capacités du système interroge et déstabilise. Une médecine toute-puissante mais mal distribuée, déconnectée du réel, court le risque de devenir une médecine déshumanisée qui ne répond plus aux enjeux de santé.

Le véritable défi, aujourd'hui, n'est donc pas d'innover toujours plus, mais de réconcilier la promesse technologique avec les fondamentaux du soin : l'écoute, la disponibilité, le lien. Une partie essentielle de la relation soignante reposera toujours sur des gestes simples, des mots choisis, une présence attentive, une empathie sincère. Le soin est un art composite, où la haute technologie coexiste - ou devrait coexister - avec l'humain. Or, dans l'urgence permanente, cette dimension humaniste du soin a tendance à se déliter et à « pousser à la consommation » plutôt qu'à se recentrer sur l'essentiel ; gage de sobriété.

Prendre soin pour mieux soigner

À l'heure où les soignants sont démotivés et regardent de plus en plus souvent la porte de sortie, le care, dans ses 4 dimensions, constitue une clé et un facteur d'attractivité et de sobriété :

1. « Prendre soin des autres »

Le socle du care est la capacité à développer l'écoute, la coopération, l'entraide. Combinées à des gestes sobres et humbles - le regard qui soutient, la main qui rassure, la parole qui nomme, le silence qui accueille - ces compétences fondamentales, largement négligées, créent la confiance, ouvrent l'alliance thérapeutique et permettent au patient de se sentir vu, entendu, reconnu. C'est une compétence qui s'apprend et se développe.

2. « Prendre soin de soi » en tant qu'individu mais aussi en tant que soignant

En Europe, un médecin ou infirmier sur trois déclare des symptômes de dépression ou d'anxiété selon les chiffres de l'OMS, un taux 5 fois supérieur à celui mesuré dans la population européenne. Dans ce métier passion, face à des conditions d'exercice toujours plus contraignantes, le soignant n'oublie pas seulement le patient, il s'oublie également lui. Apprendre à reconnaître ses besoins, à respecter son corps, à protéger son attention sont pourtant indispensables pour s'engager pleinement et sainement auprès des patients. Reconnaître sa propre vulnérabilité est une étape primordiale pour s'occuper humblement et sobrement de celle des autres.

3. « Prendre soin du monde »

Intégrer le lien avec l'environnement, le vivant, les générations futures est désormais indispensable. L'approche One Health, qui relie santé humaine, animale et écologique, est fondée sur ces principes. Dans le contexte climatique et écologique actuel, il n'est probablement pas inutile non plus de le rappeler et de l'inscrire dans la démarche du soignant et dans la relation qu'il instaure avec les patients. Cette reconnexion à son environnement, même s'il est aujourd'hui instable, est une étape primordiale et passe souvent par des gestes simples, sobres, mais oubliés.

4. « Recevoir le soin »

Les patients ne sont pas des objets passifs. Le care implique la relation duale et la co-construction du projet de soin. Il faut se rappeler que l'« Evidence-Based Medicine », la médecine basée sur les preuves, comporte trois volets dont le savoir expérientiel des patients. Le patient, quand il est responsabilisé, renvoie des informations précieuses pour établir l'alliance thérapeutique et donc un projet de soin cohérent. Il renvoie aussi à cette même occasion, un signal de reconnaissance très valorisant pour le soignant. Tout le monde est gagnant, c'est bien l'objectif d'une alliance.

La médecine relève un défi de communication, qui doit permettre d'entrer immédiatement dans une relation de confiance avec les patients. Pour un soignant, l'un des premiers objectifs du soin est de se transformer, avec son regard, son écoute, sa parole, son attitude, sa posture, en placebo. Le placebo n'est pas une illusion. Il est le nom donné à la part invisible mais bien réelle du soin, celle qui relève de l'attention positive et du rituel bienveillant. Le placebo impacte positivement l'action, quelle que soit la situation du patient. Cet effet va positivement amorcer l'alliance thérapeutique et nourrir la co-construction du projet de soin. Il est reconnu dans la littérature comme participant à environ 20 % de l'amélioration clinique mesurable. Ce gain significatif s'inscrit pleinement dans une démarche volontariste de sobriété.

Former, encourager et valoriser le care autant que le cure

Pour être durable, le système de santé doit ainsi changer de paradigme et le care devenir un levier stratégique autant que le cure, voire avant le cure. Cela suppose :

- D'accompagner les professionnels de santé, ceux qui les forment et les encadrent. En donnant plus de place à la technologie, nous l'avons vu, la démarche clinique est passée au second rang, tout comme la construction

rapide de l'alliance thérapeutique. Les professionnels de santé doivent réapprendre - voire apprendre - à développer ces compétences indispensables pour mieux prendre soin. Les formations, initiales et continues, ne doivent pas négliger ces fondamentaux ;

- D'encourager et de valoriser le care. Les indicateurs de pilotage doivent être revus et les incitations doivent évoluer pour que la place du care soit reconnue institutionnellement et que le management veille à son déploiement comme il veille aujourd'hui à l'efficacité et l'optimisation des prises en charge. La gouvernance en santé doit être urgemment modernisée, la réflexion doit être holistique, centrée sur les besoins de la population et pensée d'abord en parcours de soin plutôt qu'en pré-carré ;

- De repenser les outils numériques pour qu'ils contribuent à ce changement et soutiennent notamment la réflexion clinique au lieu de la diluer. Méfions-nous un peu de la technophilie ambiante ; l'IA seule ne sauvera pas notre système de santé.

Décentrer le système du curatif, c'est aussi ouvrir une porte plus grande à la prévention. Pourtant essentielle à la santé publique, elle reste aujourd'hui cantonnée à des discours incantatoires ou à des dispositifs fragmentés. Elle commence à peine à être valorisée financièrement

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

en médecine générale par des mesures incitatives de la CNAM. Il faut les intégrer aux pratiques quotidiennes et les enseigner comme une priorité dans les cursus. Prévenir, c'est réduire la charge en soins ultérieure, améliorer la qualité de vie immédiate, éviter des hospitalisations à venir, impliquer les citoyens dès le début de leur trajectoire médicale. C'est aussi donner du sens au soin, en s'inscrivant dans une temporalité longue, humaine et collective. C'est une façon de donner la main aux individus tant qu'ils sont en pleine possession de leurs moyens. C'est construire une alliance de long terme entre le patient et le soignant, entre l'individu et la société.

“
**DANS LA DYNAMIQUE
D'UN SYSTÈME DE
SANTÉ PLUS SOBRE, LES
ENTREPRISES OCCUPENT
UNE PLACE CENTRALE**
”

PAR

JÉRÉMY PEREIRA

DIRECTEUR DE L'OFFRE ET RELATIONS ASSUREURS DE MERCER FRANCE

CAMILLE MOSSE

DIRECTRICE TECHNIQUE ET OFFRES DE MERCER FRANCE

Le système de santé français traverse de nombreuses crises : démographie médicale en berne, inégalités d'accès aux soins et diminution des ressources. Face à ces difficultés, plusieurs axes de travail sont identifiés par les ministères, l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. L'objectif commun est d'améliorer la santé des Français tout en maintenant l'équilibre financier de la branche maladie de la Sécurité sociale. Or, ce double enjeu peut d'abord apparaître comme une contradiction, qui ne pourra être dépassée que par une nouvelle manière de consommer les soins de santé. Ces nouvelles habitudes seront d'autant plus efficacement intégrées par toutes les parties prenantes, qu'elles auront été partagées dans des communications ciblées, via des canaux adaptés aux comportements des usagers. Les entreprises, qui incarnent déjà un rôle clef dans la santé des travailleurs, sont légitimes pour diffuser ces messages auprès de leurs salariés. En complément de l'universalité de l'Assurance maladie, elles impulsent une nouvelle manière individualisée de maîtriser sa santé et celle de ses proches.

Certaines pratiques de soins peuvent être optimisées pour réduire coûts et empreinte écologique sans compromettre la qualité. L'exemple des sages-femmes est éclairant. Alors qu'elles n'interviennent que dans 19 % des consultations de santé féminine¹²,

12. Mercer. Données Gestion Santé. Panel de 1,5 million d'assurés. 2025.

ces professionnelles proposent un meilleur maillage géographique et un tarif moyen constaté de 30 euros, contre 64 euros pour les gynécologues¹³. Orienter davantage les patientes vers des sages-femmes permettrait de réduire les coûts, d'améliorer l'accès aux soins, de diminuer les délais d'attente et de limiter les déplacements, alliant ainsi sobriétés économique et écologique. Ces évolutions sont à décliner sur d'autres thématiques : orthoptiste plutôt qu'ophtalmologiste, adéquation des médicaments délivrés aux besoins réels pour une économie de 204 millions d'euros annuelle¹⁴.

Ces nouvelles pratiques doivent dépasser des biais cognitifs affectant notre jugement. Le principe de gratuité apparente est le premier d'entre eux, conduisant à une consommation excessive ou inadaptée des soins. Les députés ont d'ailleurs récemment voté un amendement visant à rendre public le prix réel des médicaments remboursés par l'Assurance maladie, dont seuls 13,8 % sont assumés par le patient¹⁵. Citons ensuite la résistance aux informations menaçantes. Toute innovation visant plus de sobriété doit intégrer des incitations douces, et la communication est un levier essentiel pour contrer ces biais et accompagner le

13. Libheros. *Consultation de sage-femme : toutes les prestations remboursées en 2025*.

14. Calcul Mercer à partir du nombre de médicaments par boîte et la prescription moyenne des médecins. 2025.

15. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026.

virage vers la sobriété dans le système de santé.

Face à la saturation informationnelle des assurés, la massification des messages s'avère inefficace, voire contre-productive. L'Assurance maladie a donc développé une stratégie d'« aller-

vers », ciblant précisément les assurés concernés, pour favoriser un véritable changement de comportement. Les résultats sont ambivalents car, si seules 46 % des femmes participent au dépistage organisé du cancer du sein¹⁶, la campagne de vaccination antigrippale se rapproche lentement des 75 % de couverture¹⁷.

Des études¹⁸ montrent que les conseils personnalisés augmentent l'attention et la probabilité d'adopter des comportements préventifs. La personnalisation renforce la crédibilité des messages, évitant l'effet rebond qui décrédibilise l'émetteur et dissuade les destinataires de s'intéresser aux communications futures. Elle maximise

**LA MISE EN PLACE
DE BILANS ANNUELS
PERSONNALISÉS
PERMETTRAIT À
CHAQUE ASSURÉ DE
MIEUX COMPRENDRE
SES HABITUDES DE
CONSOMMATION DE
SOINS**

16. Assurance maladie et Santé publique France. 2024.

17. Assurance maladie et Santé publique France. 2024.

18. DITP et Behavioral Insights Team. *Recommandations pratiques de communication numérique*. 2023.

l'efficacité des campagnes en s'adressant aux bonnes personnes, au bon moment, avec le bon message.

Dans la dynamique d'un système de santé plus sobre, les entreprises occupent une place centrale. Assumant a minima 50 % des cotisations afférentes à la santé et à la prévoyance¹⁹, elles allouent dans la maîtrise de la santé de leurs salariés une importance autant éthique que financière.

Pour limiter ces dépenses, les grandes initiatives portées par le régime obligatoire exposées plus haut auront d'autant plus de succès qu'elles seront répétées, contextualisées et adressées spécifiquement aux salariés qui en ont le plus besoin. Ainsi, si 57 % des salariées ne se sont pas rendues chez un gynécologue ou une sage-femme ces deux dernières années²⁰, les employeurs ont tout intérêt à relayer spécifiquement à leur population féminine âgée de plus de 50 ans les invitations au dépistage du cancer du sein, comme le prévoit la Haute Autorité de santé.

Enfin, les entreprises peuvent agir sur la sobriété à travers des actions sur site pour pallier les problématiques sectorielles ou de territoire. L'accès au dermatologue,

19. La loi ANI impose depuis 2016 un financement minimum de 50 % par l'employeur pour la mutuelle santé collective.

20. Calculs et données issus du portefeuille Mercer.

rendu difficile faute de rendez-vous disponible, est compensé par des technologies de prise de photos, transmises à un médecin spécialiste qui reviendra auprès du patient si le risque est avéré. Ces actions permettent d'intervenir rapidement, sans coûts majeurs pour l'Assurance maladie. Ceux-ci sont également limités pour nombre d'entreprises qui s'appuient sur les fonds sociaux des assureurs.

Ces propositions doivent enfin s'incarner dans la réalité quotidienne des usagers.

Prenons pour exemple fictif Anne, mère de deux enfants. Sans toujours s'en apercevoir, certaines de ses habitudes génèrent des coûts inutiles, des délais d'attente longs, ou un gaspillage de ressources. Voici comment, en adoptant des pratiques sobres et éclairées, Anne peut optimiser ses soins et ceux de sa famille.

Lorsque son équipement optique arrive à deux ans, Anne ne renouvelle pas, comme 22 %²¹ des Français, ses lunettes si sa correction n'a pas évolué, malgré les incitations de son opticien. Autrement, elle privilégie les équipements 100 % Santé et se rapproche des opticiens partenaires de sa mutuelle pour limiter son reste à charge. Cette bonne habitude serait d'autant plus généralisée si les équipements optiques rejoignaient

21. Mercer. Données Gestion Santé. Panel de 1,5 million d'assurés. 2025.

les dispositifs médicaux pour lesquels s'applique l'interdiction de publicité auprès du grand public.

Un dimanche soir, son fils présente une forte fièvre. Plutôt que de se précipiter aux urgences, elle privilégie la téléconsultation et obtient rapidement un avis médical et, si nécessaire, une prescription. Elle évite ainsi un déplacement et l'encombrement illégitime des urgences, réduit ses coûts et bénéficie d'une prise en charge rapide. Lorsqu'une opération est programmée pour les infections ORL récurrentes de sa fille, Anne compare autant les honoraires médicaux que les prix d'une chambre pour choisir un établissement.

Pour le suivi dentaire de ses enfants, afin de repérer précocement des caries et limiter les risques de traitements lourds, Anne s'appuie sur le dispositif M'T dents, qui permet un examen bucco-dentaire annuel intégralement pris en charge pour les jeunes de 3 à 24 ans. En cas de nécessité, Anne réalise plusieurs devis et privilégie le moins coûteux, augmentant la moyenne nationale encore de 1,1 devis²² pour son implant dentaire en 2025. En parallèle, Anne serait aidée si elle pouvait s'appuyer sur sa complémentaire pour privilégier les professionnels de santé dont les tarifs ne dépassent pas la moyenne de sa région.

22. Mercer. Données Gestion Santé. Panel de 1,5 million d'assurés. 2025.

Enfin, Anne est aidante de son père, entré en dépendance il y a plusieurs années et aujourd'hui polypathologique, elle s'inquiète de faire revoir régulièrement ses prescriptions afin d'éviter le gaspillage et d'engager un processus de déprescription. Et s'il a besoin d'être hospitalisé, Anne utilise le service de palmarès des hôpitaux pour identifier l'établissement offrant la meilleure qualité de soins, et s'assure qu'une chambre particulière ne lui est pas allouée sans demande explicite. Cette démarche lui permet d'assurer la sécurité de son père tout en maîtrisant les coûts.

Une logique de consommation de santé idéale sera adoptée par les usagers du système de soins lorsque ceux-ci pourront s'appuyer sur des informations claires et adaptées. Là est l'avenir des gestionnaires des complémentaires santé, en articulation avec l'universalité de l'Assurance maladie, à l'instar des bilans annuels de consommation d'électricité. La mise en place de bilans annuels personnalisés permettrait à chaque assuré de mieux comprendre ses habitudes de consommation de soins. À travers des synthèses et des recommandations adaptées, ces bilans offriraient les outils nécessaires pour agir de manière éclairée. Cette démarche, combinant transparence, moyens et informations ciblées, donnera aux acteurs du système de santé les clefs pour optimiser la gestion de leurs dépenses, répondre à leurs besoins réels et réduire leur

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

impact, dans une perspective économique, écologique et éthique. Ainsi, contribuera-t-elle à une meilleure responsabilisation collective et individuelle, au bénéfice de tous.

“
**TOUS LES SOINS NE
PRÉSENTENT NI LE
MÊME ENJEU MÉDICAL,
NI LA MÊME NATURE
ASSURANTIELLE**
”

PAR

DAMIEN VIEILLARD-BARON

PRÉSIDENT DE GEREPE ET COURTIER EN PROTECTION SOCIALE COLLECTIVE

Depuis plusieurs années, les entreprises cherchent à concilier deux impératifs qui semblent désormais s'opposer : maintenir une protection santé de qualité tout en maîtrisant la hausse continue des coûts. La consommation médicale augmente, les garanties collectives sont mises à rude épreuve et l'inflation fragilise la soutenabilité des régimes. Dans ce contexte, la notion de sobriété s'impose comme une voie d'équilibre, fondée sur trois axes :

- Sobriété des comportements avec un retour aux fondamentaux de la « vertu » des acteurs ;
- Sobriété des garanties grâce à une construction plus ajustée ;
- Sobriété de la consommation, via l'utilisation des leviers de maîtrise de l'inflation médicale.

La vertu : un équilibre entre conseil et responsabilité

Du côté de l'AMC²³, la vertu consiste à délivrer un conseil réellement aligné avec les besoins des assurés. L'un des principes centraux de la DDA²⁴ est d'ailleurs de protéger le consommateur contre la souscription

23. Assurance maladie complémentaire.

24. Directive sur la distribution d'assurances.

**CES DONNÉES
RAPPELLENT LA
NÉCESSITÉ DE
DISTINGUER LES
RISQUES SELON LEUR
GRAVITÉ ET LEUR
FRÉQUENCE, AFIN
D'ORIENTER LES
RÉGIMES VERS UNE
LOGIQUE RÉELLEMENT
ASSURANTIELLE**

d'un risque inutile. Un bon conseil repose sur une sélection éclairée des garanties, qui dépasse les approches strictement budgétaires.

Du côté des assurés, la sobriété relève de la capacité à résister aux mécanismes de l'aléa moral. La souscription

d'un contrat collectif - obligatoire ou non - peut modifier les comportements : augmentation des consultations, volonté « d'amortir » une cotisation, confusion entre assurance et abonnement. En résumé, l'AMC est perçue non plus comme un mécanisme de mutualisation, mais comme un abonnement à un service.

Ces deux points de vue restent toutefois réducteurs et peuvent cacher une réalité plus complexe :

- L'introduction d'une garantie peut mécaniquement stimuler la consommation, qui est parfois du rattrapage utile : c'était l'enjeu de la réforme du 100 % Santé, dans un contexte où les Français parlaient de dette de soins. Les individus renoncent souvent à des soins

sans assurance et l'assurance peut donc restaurer une consommation médicalement nécessaire ;

- L'assuré consomme plus de soins, car il n'en supporte pas le coût direct ou bien il cherche à « amortir » sa prime. Mais si l'assuré consomme plus de soins, ne sera-t-il pas en meilleure santé à moyen ou long terme ? Et n'est-ce pas là, in fine, un effet bénéfique pour la collectivité ?

Vers une sélection éclairée des garanties

Tous les soins ne présentent ni le même enjeu médical, ni la même nature assurantielle. La question n'est donc plus « comment réduire la consommation ? », posture souvent anxieuse, mais plutôt « comment encourager une consommation plus juste, plus pertinente et plus responsable ? ».

Hospitalisation, ostéopathie, pharmacie, optique, soins courants sont autant de risques qui n'en sont parfois pas vraiment.

Personne ne « consomme » une hospitalisation par confort. C'est objectivement un acte nécessaire, sur lequel la sobriété n'a pas de sens.

À l'opposé, les achats de pharmacie de confort - souvent non remboursés par la Sécurité sociale - pèsent lourdement sur les contrats lorsqu'ils sont pris en charge forfaitairement, sans réelle justification médicale. Vitamines, homéopathie ou antalgiques légers alimentent une inflation dont le contrat collectif ne peut durablement absorber les dérives. Des progrès ont toutefois été observés ces dernières années avec de plus en plus de remboursements de médicaments dont le « service médical rendu » est « faible ». On peut penser que la loi Veil, il y a quelques années, instaurant un TM d'ordre public, permettrait d'inciter à une sobriété. Mais, avec l'obligation, pour les complémentaires santé, de couvrir à minima le ticket modérateur, un médicament moins remboursé par la Sécurité sociale car jugé à valeur thérapeutique modérée sera davantage remboursé par la complémentaire ! Ceci démontre une incohérence.

Entre ces deux extrêmes se trouvent des soins utiles mais prévisibles : montures optiques, médecines douces, séances d'ostéopathie. Leur consommation annuelle quasi systématique leur confère davantage la nature d'un besoin de financement que d'un risque assurantiel. Sans garde-fous, les remboursements sur ces postes entraînent mécaniquement une hausse des cotisations, taxées et cofinancées par les employeurs

dont la part, en général de 50 %, est soumise à impôt sur le revenu...

Ci-après quelques métriques « parlantes » que nous avons pu observer dans certaines entreprises clientes de contrats collectifs, en 2024 :

	Fréquence	Coût moyen
Honoraires hospitalisation	4,7 %	254 €
Consultations généralistes	55,0 %	22 €
Médecines douces	25,0 %	61 €
Pharmacie	75,8 %	59 €

Ces données rappellent la nécessité de distinguer les risques selon leur gravité et leur fréquence, afin d'orienter les régimes vers une logique réellement assurantielle.

Les leviers actuels de maîtrise : entre régulation et bon sens économique

Au-delà de la prévention, domaine devenu un peu fourre-tout, il faut le reconnaître, la sobriété passe aussi par un refus de payer plus cher que nécessaire un soin.

Le 100 % Santé (optique, audioprothèse et dentaire) a été introduit pour opposer une pression « à la baisse »

de certains tarifs et permettre un reste à charge nul pour l'assuré. D'autres mesures de limitation des coûts ont également été prises : les prothèses dentaires sont encadrées par des Prix limite de vente (PLV) au sein de paniers labélisés (100 % Santé, modéré), les montures ne peuvent dépasser 100 euros dans le cadre d'un contrat responsable...

On parle ici d'actes dont les prix ont quand même longtemps dérivé et qui désormais peuvent, dans la plupart des cas, présenter un « reste à charge nul », ce qui a pour conséquence d'élargir l'accès aux soins des plus démunis.

C'est la sobriété gagnant-gagnant : l'assuré est bien équipé, l'entreprise maîtrise son coût, l'AMC joue son rôle.

Les réseaux de soins constituent un levier majeur de maîtrise aujourd'hui : tarifs négociés, qualité contrôlée, réduction automatique du reste à charge. En optique, on observe parfois jusqu'à -40 % par rapport aux prix pratiqués hors réseau.

Résultat : moins de dérive, de meilleures couvertures et une meilleure santé visuelle.

À titre illustratif, la sobriété s'observe clairement plus au sein du réseau (frais réels plus faibles et couverture plus élevée).

Verres de correction optique	Dans le réseau	En dehors du réseau
Taux d'utilisation	45 %	55 %
Taux de couverture	88 %	66 %
Remboursement	118 €	103 €
Reste à charge	16 €	52 €

Conclusion

En résumé, la sobriété ne peut pas être imposée, elle se construit en pédagogie, en transparence et en accompagnement :

- Décryptage du contrat responsable, explication des paniers de soins et mise en avant des réseaux de soins ;
- Compréhension des vrais enjeux médicaux, et sensibilisation au coût réel des actes ;
- Mise en avant de la prévention et du dépistage.

Cette évolution est nécessaire pour :

- Préserver l'équilibre du système ;

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

- Garantir la qualité du soin ;
- Protéger les entreprises et leurs salariés et leur permettre de piloter des régimes durables dans le temps.

“
**LA SOBRIÉTÉ EN SANTÉ
NE PEUT ÊTRE UN OUTIL
BUDGÉTAIRE DÉCONNECTÉ
DU SENS CLINIQUE**
”

La sobriété en santé ne peut se résumer à une simple logique de réduction budgétaire. Elle repose avant tout sur la pertinence des soins, la sécurité des parcours et la juste mobilisation des compétences professionnelles. La filière visuelle en a longtemps été une illustration exemplaire. Aujourd'hui, elle en révèle aussi les dérives possibles.

Face aux difficultés d'accès aux soins ophtalmologiques, un choix structurant avait été opéré : réorganiser la filière autour de la coopération, en valorisant pleinement les compétences des orthoptistes. En leur confiant une large part de la consultation ophtalmologique : interrogatoire, examens fonctionnels et objectifs, orientation clinique, le système a gagné sur tous les plans : libération de temps médical, maîtrise des coûts et amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'ophtalmologiste intervenait à bon escient, pour l'analyse médicale et la décision thérapeutique.

Nous étions alors pleinement dans une sobriété en santé intelligente, fondée sur la pertinence et la complémentarité professionnelle.

Les chiffres d'accès aux soins confirment d'ailleurs l'efficacité de cette réorganisation. Selon les données issues des statistiques présentées par le Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF), les

PAR

MÉLANIE ORDINES

PRÉSIDENTE DU SYNDICAT NATIONAL AUTONOME DES ORTHOPTISTES (SNAO)

délais moyens d'attente pour un rendez-vous sont restés remarquablement stables entre 2021 et 2023, passant de 24 jours à 25 jours. Cette quasi-stagnation des délais est d'autant plus significative qu'elle intervient dans un contexte extrêmement défavorable : pic des départs en retraite des ophtalmologistes entre 2021 et 2023, explosion de la demande de soins liée au rattrapage post-Covid, vieillissement de la population et augmentation des pathologies chroniques.

Cette capacité d'absorption repose sur une réorganisation profonde amorcée depuis plus de vingt ans. Le recours au travail aidé est passé de 2 % en 2000 à 30 % en 2014, pour atteindre 78 % en 2022, grâce à la délégation de tâches, au rôle central des orthoptistes. La filière a ainsi réussi à neutraliser simultanément la pression démographique et l'augmentation massive de la demande de soins.

Pourtant, ce modèle vertueux est aujourd'hui fragilisé. L'introduction de professionnels insuffisamment formés à la clinique visuelle, sous couvert d'optimisation économique, a entraîné un premier glissement : par crainte du risque, les examens deviennent systématiques, standardisés, non individualisés. La pertinence clinique recule au profit de l'accumulation d'actes, augmentant les coûts et mobilisant inutilement du temps médical, par l'analyse de nombreux résultats d'examens inutiles.

Un second glissement, plus préoccupant encore, s'opère lorsque la logique financière prend le pas sur le soin. Des modèles reposant sur des dispositifs automatisés et des lectures médicales à distance, parfois purement formelles, se développent. Derrière l'apparence de l'innovation et de l'accessibilité, la fausse sobriété remplace l'expertise humaine par la machine. Le patient, persuadé d'avoir été suivi, peut rester plusieurs années sans véritable consultation médicale, avec des conséquences majeures en termes de perte de chance, de perte d'autonomie visuelle et, à terme, de coûts humains et économiques considérables pour la société.

LE RECOURS AU TRAVAIL AIDÉ EST PASSÉ DE 2 % EN 2000 À 30 % EN 2014, POUR ATTEINDRE 78 % EN 2022, GRÂCE À LA DÉLÉGATION DE TÂCHES, AU RÔLE CENTRAL DES ORTHOPTISTES

La sobriété en santé ne peut être un outil budgétaire déconnecté du sens clinique. Elle exige au contraire de pratiquer différemment et plus justement, de renforcer la prévention, d'organiser les parcours autour des compétences reconnues et de refuser la transformation de la santé visuelle en bien de consommation.

La prévention demeure la voie la plus efficace et la plus sobre. Les outils numériques et l'intelligence artificielle

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

peuvent y contribuer, à condition d'être des aides à la décision, intégrées dans des parcours sécurisés, et non des substituts au soin.

La véritable sobriété en santé n'est pas une économie à court terme. C'est un investissement, fondé sur la compétence, la pertinence et la confiance, seul capable de garantir un système de santé durable et protecteur pour les patients.

“
**IL S'AGIT DE
QUESTIONNER
FONDAMENTALEMENT
NOTRE BESOIN, DE
REPENSER NOS
PRATIQUES POUR UN
USAGE PLUS PERTINENT
ET SOBRE DES PRODUITS
DE SANTÉ**
”

PAR

PR VALÉRIE SAUTOU

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-PRATICIEN HOSPITALIER EN PHARMACIE
CLINIQUE ET DIRECTRICE DE LA TRANSFORMATION ECOLOGIQUE AU CHU DE
CLERMONT-FERRAND

Ma réflexion pourrait être une proposition d'intervention dans le cadre d'une « convention citoyenne » sur la sobriété en santé. Voici ce que j'aimerais porter à la connaissance des citoyens en tant que pharmacien exerçant en établissement de santé et en faculté de pharmacie.

L'idéal serait de considérer les médicaments et les dispositifs médicaux comme des biens communs, précieux, de se poser la question de leur valeur sanitaire, environnementale tout au long de leur cycle de vie, de leur conception à leur élimination. Il s'agit de questionner fondamentalement notre besoin, de repenser nos pratiques pour un usage plus pertinent et sobre des produits de santé, évitant de les assimiler à des biens de consommation, ce qui peut nuire à la qualité des soins, et impacte considérablement notre environnement.

- Raisonner l'innovation. Le nombre de médicaments et dispositifs médicaux commercialisés ne cesse d'augmenter, sans que le besoin soit réellement confronté aux enjeux environnementaux. Est-il éthique de continuer à exploiter des ressources limitées pour des produits de santé dont l'amélioration du service rendu est faible ? Innover de façon raisonnée, c'est mettre en regard l'impact environnemental d'un produit de santé et les effets sanitaires attendus dès les prémices de la

LES CONTRAINTES RÉGLEMENTAIRES LIÉS AUX PROCÉDURES D'ACHATS RENDENT SOUVENT DIFFICILES LE RÉFÉRENCIEMENT DE PRODUITS DE SANTÉ PLUS ÉCORESPONSABLES

recherche. C'est également s'assurer d'une durée de vie maximisée des dispositifs médicaux, c'est promouvoir le développement de dispositifs à usage multiple ;

— Permettre aux professionnels de santé de disposer d'une offre de médicaments et dispositifs médicaux adaptée au juste besoin de santé publique tout en assurant leur disponibilité. L'augmentation de l'offre ne garantit pas une meilleure accessibilité. Recentrer l'offre sur le besoin réel apparaît essentiel dans une démarche coordonnée entre industriels, sociétés savantes et politiques ;

- Faire en sorte que chaque prescription, chaque usage d'un produit de santé, soit pertinent(e) et raisonné(e) au regard des enjeux sanitaires et écologiques. Les récentes données issues de rapports nationaux^{25, 26, 27} mettent en évidence un gisement important de médicaments non utilisés dont l'issue est à ce jour l'incinération. À

25. Cyclamed. *Rapport d'activités 2024*.

26. C2DS-Résomedit. *Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette*. 2025.

27. Cour des comptes. *Bon usage des produits de santé*. 2025.

l'hôpital, ce gaspillage est lié à des problématiques de gestion des stocks, à des conditionnements non adaptés, à des prescriptions excessives ou inappropriées... Juste prescription, juste dispensation, réévaluation des traitements, dé-prescription contribuent à réduire le risque iatrogène médicamenteux et l'impact environnemental ;

- Éviter de présenter le recyclage comme une solution à tous les problèmes. Le recyclage des dispositifs médicaux est souvent proposé en première intention pour contribuer à réduire leur impact carbone. Il ne doit pas faire écran à une réflexion des professionnels sur des pratiques plus sobres, sur le juste besoin. Le recyclage est souvent énergivore, avec des rendements faibles, les matériaux ne sont pas recyclables à l'infini et certains produits issus du recyclage peuvent être modifiés pour la santé humaine et celle des écosystèmes.

Les freins sont nombreux pour adapter l'usage des produits de santé à la réalité du besoin. Une des principales problématiques réside dans l'identification même du juste besoin.

Les intérêts des acteurs peuvent diverger y compris au sein même d'un établissement de santé, et il n'est pas toujours simple de concilier performance clinique, écologique, économique et sociale.

L'offre des industriels n'est pas toujours adaptée aux enjeux écologiques. Certains équipements de dispositifs médicaux peuvent être captifs de consommables à usage unique alors qu'un usage multiple serait opportun. Les contraintes réglementaires liées aux procédures d'achats rendent souvent difficile le référencement de produits de santé plus écoresponsables.

La prise en compte des enjeux écologiques est encore très insuffisante, et, j'ose l'espérer, très certainement due au manque d'information et de formation.

Enfin, la sobriété en santé peut être perçue comme péjorative. Or, un soin écoresponsable est un soin qui, à qualité et sécurité au moins égales pour le patient, est moins impactant pour l'environnement.

Propositions de solutions

Former les professionnels de santé aux enjeux écologiques dès le début des études et tout au long du parcours professionnel via des enseignements interactifs, des ateliers participatifs, des conférences-débats mobilisant enseignants, étudiants, professionnels de santé et citoyens autour de la sobriété en santé, entre autres celle de l'usage des produits de santé. Décloisonner, favoriser les interventions par des professionnels de l'environnement.

Intégrer l'écoconception des soins, la sobriété des prescriptions, le bon usage des produits de santé, la juste prescription, de manière plus large le juste soin dans tous les enseignements en lien avec les produits de santé. Des professionnels formés contribueront à déployer des pratiques plus sobres, plus écoresponsables dans la prescription, l'achat, l'usage des produits de santé.

Faire en sorte que les critères environnementaux soient considérés à leur juste valeur lors de l'achat des produits de santé, lors du référencement de produits innovants, particulièrement lorsqu'il s'agit d'innovations technologiques. Faire des commissions (ex : Comedims) des lieux d'échanges sur ces questions.

Informers patients et citoyens des enjeux écologiques en santé et les associer aux réflexions sur la sobriété des pratiques de soins.

“
**UN AN APRÈS LA
PRESCRIPTION DE
LEUR TRAITEMENT, LA
MOITIÉ DES PATIENTS
SOUFFRANT DE MALADIES
CHRONIQUES NE
PRENNENT PLUS LEUR
TRAITEMENT, OU LE
PRENNENT DE FAÇON
INCOMPLÈTE**
”

PAR

DR AGNÈS DEVOIS

DIRECTRICE DES AFFAIRES PUBLIQUES MONDE DU GROUPE SERVIER

Le groupe Servier s'engage autour de l'adhésion thérapeutique, considérée comme un enjeu majeur de santé publique et pouvant, en étant prise en compte, contribuer à la limitation de l'impact des maladies chroniques sur notre système de santé. Il y contribue en travaillant de manière transverse avec les associations de patients, les sociétés savantes et d'autres industriels afin de développer des innovations en la matière : éducation thérapeutique, single pill combinations, applications digitales d'accompagnement des patients...

Grâce aux progrès en infectiologie (vaccination, traitements antibiotiques..), l'espérance de vie des Français s'est améliorée de manière significative. Sous l'influence de nouveaux facteurs de risque, ce sont de nouvelles maladies qui sont apparues et devenues chroniques au fil du temps, notamment les maladies cardiovasculaires pour lesquelles, à nouveau, des innovations sont apparues durant les 50 dernières années, permettant la prise en charge :

- de leurs facteurs de risque, comme l'hypertension artérielle, le diabète et la dyslipidémie ;
- de leur apparition/prévention et de leurs complications via un suivi régulier auprès de médecins spécialistes et autour d'exams complémentaires de suivi

(bilans biologiques, ECG, échographies cardiaques et vasculaires, holters ECG et pression artérielle...).

Ainsi, l'amélioration de l'espérance de vie s'est notamment faite ces 50 dernières années autour d'une meilleure prévention et prise en charge de ces pathologies. Mais ces dernières restent une très grande cause de morbi-mortalité alors qu'un arsenal thérapeutique permet leur prise en charge dans des conditions satisfaisantes. Une cause majeure est quasi méconnue ; il s'agit de la non-adhésion thérapeutique, notion que nous développerons ultérieurement.

En parallèle, les pays développés connaissent actuellement une explosion du nombre de cancers, notamment chez des patients plus jeunes. Les innovations de rupture mises à disposition des patients depuis quelques dizaines d'années ainsi qu'une meilleure caractérisation des tumeurs permettent désormais d'offrir une médecine personnalisée, de précision. Cela a radicalement changé le pronostic de certains cancers, en permettant la guérison pour une plus large population ou en transformant la pathologie cancéreuse en maladie chronique là où la survie à court terme était un enjeu il y a encore quelques années. Ainsi, il faut s'attendre à ce qu'un nombre très important de patients vieillissants soient atteints de cancers devenus des pathologies chroniques.

Aujourd'hui, un quart des adultes en âge de travailler en Europe souffre d'une maladie chronique, avec 36 % des adultes de plus de 65 ans vivant avec plusieurs maladies chroniques.

Pour ces patients, pour lesquels une solution thérapeutique existe, se cache une réalité dont nous sommes tous témoins sans toujours nous rendre compte des enjeux : de nombreuses études ont montré qu'un an après la prescription de leur traitement, la moitié des patients souffrant de maladies chroniques ne prennent plus leur traitement, ou le prennent de façon incomplète.

Les explications sont nombreuses à ce phénomène : insuffisance de connaissances sur leur pathologie et ses enjeux, méconnaissance des professionnels de santé sur la non-adhésion thérapeutique, lassitude de prise de traitements au long cours, traitements trop nombreux du fait de la multiplicité des maladies chroniques traitées, effets indésirables des médicaments, caractère

**IL EST DONC
INDISPENSABLE QUE
LE RÔLE DÉTERMINANT
DE L'ADHÉSION
THÉRAPEUTIQUE SOIT
COMPRIS DU PLUS
GRAND NOMBRE AFIN
QUE NOTRE SYSTÈME
DE SOINS NE SOIT PLUS
SUR-SOLLICITÉ PAR
DES COMPLICATIONS
QUI DEVRAIENT ÊTRE
ÉVITÉES**

silencieux des pathologies ou complications à long terme seulement.

Ceci est valable pour toutes les maladies chroniques identifiées comme telles ; l'on rappellera par ailleurs qu'il existe désormais nombre de chimiothérapies par voie orale, à prendre à domicile et autant de témoignages de patients et personnalités ayant cessé tout traitement au moment d'une phase de rémission, en lien avec une mauvaise compréhension des enjeux à moyen ou long terme de leur pathologie et de la non-prise de la thérapeutique.

La non-adhésion thérapeutique est responsable en France de 22 000 hospitalisations et de 12 000 décès par an, pour le seul domaine des maladies cardiovasculaires. Elle n'a pas encore fait l'objet de quantifications en oncologie, à notre connaissance.

Nous avons donc le devoir d'agir collectivement afin que le parcours de santé des patients souffrant de maladies chroniques ait un impact maîtrisé sur notre système de protection sociale.

Parmi les propositions :

- Prise de conscience générale sur le sujet et suivi par aire thérapeutique de l'adhésion aux thérapeutiques (notamment en oncologie) ;

- Éducation thérapeutique des patients et partage de connaissances entre les patients ;

- Implication des professionnels de santé : médecins, pharmaciens, infirmiers ;

- Solutions numériques d'accompagnement du patient ;

- Solutions industrielles d'accompagnement du patient : développement des single pill combinations = combinaison de plusieurs médicaments en 1, pour réduire le nombre de prises (2 en 1, 3 en 1, 4 en 1) ;

- Développement de méthodologies pour mesurer l'adhésion thérapeutique.

Il est donc indispensable que le rôle déterminant de l'adhésion thérapeutique soit compris du plus grand nombre, afin que notre système de soins ne soit plus sur-sollicité par des complications qui devraient être évitées.

“
**PERTINENCE DES SOINS
ET PLANIFICATION
ÉCOLOGIQUE EN SANTÉ
SONT INDISSOCIABLES**
”

PAR

PR LIONEL COLLET

PRÉSIDENT DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

VANESSA PIDERI

ADJOINTE AU DIRECTEUR DE CABINET DE LA HAS

EUGÉNIE REY

CHARGÉE DE MISSION AU CABINET DE LA HAS

La Haute Autorité de santé (HAS) a été créée, en 2004, afin d'expertiser la qualité du système de santé. Au regard des missions de la HAS et face aux enjeux d'amélioration de la prise en charge des patients, de maîtrise des dépenses publiques et de transition écologique, la sobriété des soins doit être considérée sous l'angle de la pertinence et de la qualité.

La notion de sobriété, concept né dans les années 1990 dans le champ de l'énergie, est relativement récente en santé. Dans ce domaine, loin de constituer un renoncement, un rationnement des soins ou une économie de ressources, la sobriété doit s'envisager comme une juste consommation du soin et être appréhendée comme l'une des réponses aux défis sanitaires et environnementaux actuels. Depuis sa création, la HAS, qui œuvre pour améliorer la qualité des soins, a adopté une approche de sobriété en garantissant notamment la pertinence des actes, en renforçant la prévention et en améliorant les parcours de soins.

Promouvoir la pertinence, comprise comme le juste soin (actes, prescriptions, prestations...), pratiqué au bon patient, au bon moment et compte tenu de l'état de l'art à l'instant T, est indispensable pour assurer la qualité et la sécurité des soins. La détermination de soins utiles, justifiés et faisant l'objet d'une prescription

DANS UN CONTEXTE OÙ LE COÛT DE CERTAINS TRAITEMENTS ATTEINT PLUSIEURS MILLIONS D'EUROS ET OÙ LES RESSOURCES PLANÉTAIRES SE FONT DE PLUS EN PLUS LIMITÉES, LA QUESTION DE LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ SE POSE INDÉNIABLEMENT

prise en charge de l'endométriose pour éviter l'errance médicale, ou encore des systèmes d'aide à la décision sur les inhibiteurs de la pompe à protons, trop souvent prescrits inutilement.

L'ambition de la HAS, avec la diffusion de ce type de travaux auprès des professionnels de santé et des usagers, est de limiter les sur-prescriptions ainsi que les prescriptions inadaptées, sans jamais déroger à la qualité et à la sécurité des soins.

Toutefois, la sobriété des soins ne peut être engagée sans une transformation profonde de nos pratiques. C'est la raison pour laquelle la HAS a investi les questions de santé-environnement en s'intéressant aux

raisonnée est un point d'attention qui traverse l'ensemble des travaux de la HAS. Elle appelle régulièrement à engager une véritable dynamique de déprescription notamment à travers des fiches de bon usage comme celles promouvant une antibiothérapie pertinente, des recommandations sur la

notions de soutenabilité et de juste soin. Alors qu'il est désormais admis que le système de santé génère plus de 8 % de l'empreinte carbone de la France, questionner la durabilité des soins, c'est aussi interroger l'impact de notre système de santé sur l'environnement. Pertinence des soins et planification écologique en santé sont indissociables ; la promotion du juste soin participe non seulement à l'amélioration de la qualité des prises en charge, mais aussi à la réduction de leur impact environnemental.

Si œuvrer pour limiter le gaspillage des produits de santé, pratiquer des soins écoresponsables et réduire les actes inutiles contribuent au développement durable en santé, ces efforts sont aussi et avant tout bénéfiques aux patients, qui reçoivent des soins adaptés et en toute sécurité, mais ils sont également bénéfiques aux professionnels en redonnant du sens à leurs pratiques quotidiennes.

Dès lors que l'optimisation des pratiques de soins constitue un levier structurant de la transition écologique en santé et que développer un système plus soutenable est une exigence, la HAS a publié, fin 2023, sa feuille de route santé-environnement. Elle poursuit depuis son engagement et déploie cette feuille de route dans le cadre de ses trois missions : évaluer les produits

de santé, recommander les bonnes pratiques et mesurer et améliorer la qualité.

En matière d'évaluation des technologies de santé, l'intégration de critères environnementaux doit tenir compte des exigences méthodologiques et du cadre juridique. Des actions ont néanmoins pu être conduites, dans les avis de la commission en charge de l'évaluation des dispositifs médicaux, comme l'ajout d'une mention concernant le conditionnement des produits de santé afin d'éviter le gaspillage.

Concernant les recommandations de bonnes pratiques qui concourent à la sobriété des soins, au-delà de celles précédemment évoquées, la HAS publie des travaux relatifs aux thérapies non médicamenteuses et notamment au recours à l'Activité physique adaptée (APA). Ces thérapies peuvent permettre, lorsqu'elles s'intègrent à un parcours de soin pertinent, d'améliorer la santé des personnes et participent à la soutenabilité en réduisant le recours aux médicaments et aux actes.

Les pratiques de durabilité sont aussi portées au plus près du terrain et avec les professionnels via les travaux de la HAS relatifs à la mesure de la qualité. Trois critères concernant les écosoins et l'écologie ont été intégrés au référentiel de certification des établissements de santé et un critère concernant l'optimisation des achats et

de développement durable a été ajouté au référentiel d'évaluation des Établissements ou services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

De plus, les programmes d'accréditation des médecins de spécialités à risques incluent désormais une fiche relative à l'écoconception des soins élaborée par la HAS.

Conformément à ses missions, la priorité de l'ensemble des travaux de la HAS demeure la qualité et la sécurité des soins pour les patients. Dans un contexte où le coût de certains traitements atteint plusieurs millions d'euros et où les ressources planétaires se font de plus en plus limitées, la question de la soutenabilité du système de santé se pose indéniablement. Il devient dès lors nécessaire d'engager une large réflexion sur le juste soin : le soin pertinent, proportionné, sûr et adapté. Le système de santé se doit d'être résilient et c'est notamment en engageant des actions de pertinence et en développant le champ de la prévention qu'il sera possible de concilier qualité des soins et responsabilité environnementale.

3. PRÉVENIR POUR DURER : AGIR EN AMONT DES PARCOURS

La sobriété en santé, vecteur d'accélération de la prévention ?

La sobriété en santé ne peut se construire uniquement dans l'aval du système de soins. Elle se joue en amont, là où se forment les trajectoires de santé. Prévenir, ce n'est pas ajouter une couche d'actions supplémentaires ; c'est réduire durablement la demande de soins évitables en agissant sur les déterminants de santé, les expositions, les comportements et les environnements de vie.

Les contributions réunies dans ce chapitre montrent que la prévention devient un levier de sobriété lorsqu'elle est ciblée, proportionnée et pensée à l'échelle des populations et des territoires. Elle doit être aussi le sujet/la préoccupation de tous les acteurs de la santé : établissements de soins, professionnels, financeurs... Loin de livrer une approche générique ou moralisatrice, les auteurs mettent ici en lumière des stratégies qui permettent d'agir plus tôt, de limiter la chronicisation et d'éviter l'accumulation d'interventions tardives, coûteuses et parfois peu efficaces.

Ce chapitre établit ainsi un lien direct entre prévention, justice sociale et soutenabilité du système. En réduisant les inégalités de santé et les facteurs évitables de la maladie, la prévention contribue à préserver les ressources humaines, financières et organisationnelles du système.

“
**IL EST TEMPS DE
CONSTRUIRE UN
SYSTÈME OÙ LES
ACTEURS - MÉDECINS,
ÉTABLISSEMENTS,
PAYEURS, USAGERS -
SONT COLLECTIVEMENT
RESPONSABLES DE LA
SANTÉ DE LA POPULATION
DONT ILS ONT LA CHARGE**
”

La sobriété en santé ne peut se réduire à la simple injonction de « faire mieux avec moins ». Elle suppose une transformation profonde de nos modes d'organisation et de financement. Le système de santé français, historiquement bâti sur une logique d'offre et d'activité, encourage la production de soins plutôt que la préservation de la santé. Ce modèle, qui repose sur la tarification à l'acte (T2A), a longtemps permis de dynamiser l'offre hospitalière, mais il atteint aujourd'hui ses limites : non-maîtrise des dépenses, inégalités territoriales et d'accès aux soins, fragmentation du parcours de soins, difficulté de passage à l'échelle des innovations, désengagement des professionnels et, surtout, incapacité à répondre à une demande croissante de prévention et de coordination, notamment pour faire face à l'augmentation des maladies chroniques, à l'incidence croissante du cancer et au vieillissement de la population. Face à ce constat, la recherche de sobriété ne peut être qu'une responsabilité collective. Sobriété ne veut pas dire restriction, mais pertinence et efficacité. Il s'agit de passer d'un système qui rémunère le volume des actes à un système qui valorise les résultats dans une logique de performance « populationnelle ». Autrement dit, réorienter les incitations économiques vers la santé des populations plutôt que vers la production de soins. Passer d'une politique de l'offre à une politique qui

PAR

EMMANUEL DE GEUSER

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPE VIVALTO SANTÉ

s'adapte aux besoins réels de la société, de ses citoyens et des professionnels de santé.

Dans cette perspective, certains modèles étrangers offrent des pistes de réflexion. Le modèle « Alzira », créé à la fin des années 1990 par le groupe de santé Ribera Salud dans la région de Valence en Espagne, nous offre un enseignement majeur. Ce modèle, fondé sur un partenariat public-privé, s'appuie sur une approche décentralisée et sur un paiement à la capitation : un opérateur privé, sous contrat avec le gouvernement régional, reçoit une dotation annuelle fixe par habitant du territoire couvert (qui couvre la prévention jusqu'à l'hospitalisation, en passant par les soins primaires et spécialisés). En contrepartie, il assume la responsabilité pleine et entière de la santé de cette population, ainsi que la coordination des acteurs sanitaires de ce même territoire.

L'incitation économique est donc alignée avec l'objectif sanitaire : renforcer la prévention, limiter les hospitalisations « évitables », et garantir la continuité des soins. Plus la population reste en bonne santé, plus le modèle est économiquement viable. La coordination des acteurs devient une nécessité structurelle et non un idéal théorique. Les résultats sont probants : satisfaction élevée des patients, meilleurs indicateurs de santé publique, coûts maîtrisés et innovation

constante. En effet, le mode de financement joue ici un rôle pivot : les acteurs de santé, coordonnés localement par un seul opérateur, sont collectivement responsables de l'atteinte de critères de santé publique définis chaque année par l'État (hospitalisations évitables, suivi des maladies chroniques, qualité de vie des professionnels...). Le tarif versé à l'opérateur peut évoluer à la hausse comme à la baisse en fonction de l'atteinte ou non de ces objectifs.

**IL S'AGIT DE PASSER
D'UN SYSTÈME QUI
RÉMUNÈRE LE VOLUME
DES ACTES À UN
SYSTÈME QUI VALORISE
LES RÉSULTATS
DANS UNE LOGIQUE
DE PERFORMANCE
« POPULATIONNELLE »**

Ce modèle, adopté par plusieurs pays européens, démontre qu'il est possible d'allier sobriété, efficacité et accessibilité aux soins, à condition d'adapter les principes économiques du système, son organisation ainsi que notre cadre conceptuel. Le paiement à la capitation, associé à une responsabilisation des acteurs au niveau local, incite naturellement à la prévention et à l'innovation. Il rompt avec la logique inflationniste du « plus d'actes, plus de revenus » et favorise une approche de « valeur en santé » : mieux soigner, mais surtout mieux préserver. Cette évolution suppose également de mieux exploiter les données de santé

et les outils numériques, dans une logique éthique et stratégique, pour piloter les politiques publiques, anticiper les besoins et renforcer la coordination. Le numérique, bien intégré, devient un catalyseur de sobriété intelligente et d'efficience collective.

En tant que dirigeant d'un groupe d'hospitalisation privé implanté dans plusieurs pays d'Europe, j'observe combien cette mutation est déjà à l'œuvre chez nos voisins. Partout où le financement s'oriente vers la valeur et la responsabilité, les frontières entre secteurs s'estompent : public et privé coopèrent davantage, les professionnels ne raisonnent plus « en silo » ou par « étapes d'un parcours de soins » mais collaborent efficacement autour du patient dans une vision globale, coordonnée et personnalisée : les systèmes deviennent plus agiles, plus sobres, mais aussi plus justes.

La France, riche de son histoire sanitaire et de ses compétences médicales, a aujourd'hui la responsabilité de repenser son modèle. La sobriété en santé passera moins par la réduction des moyens que par la refonte des incitations : dépenser mieux pour s'adapter aux enjeux de la société et des progrès médicaux. Il est temps de construire un système où les acteurs - médecins, établissements, payeurs, usagers - sont collectivement responsables de la santé de la population dont ils ont la charge. Un système au sein duquel les investissements

dans la prévention, l'innovation, la santé publique et la coordination deviennent rentables, socialement et économiquement. Le modèle « Alzira » n'est pas un modèle à copier, mais une source d'inspiration. Il montre que la sobriété n'est pas synonyme d'austérité, mais d'intelligence collective. Passer d'une politique de l'offre de soins à une véritable politique de santé publique, c'est accepter de déplacer le centre de gravité du système vers ce qui compte vraiment : la santé des citoyens, et non l'activité des professionnels de santé.

Pour réussir cette mutation, une gouvernance renouvelée s'impose : plus agile, décloisonnée, et fondée sur des objectifs de santé publique partagés. Il ne s'agit pas seulement de réformer les outils, mais de transformer les finalités et les méthodes de pilotage, en alignant les responsabilités et les moyens avec les résultats attendus pour la population.

Prévenir plutôt que guérir : voilà le véritable tournant que la France doit oser. Passer d'une logique de réparation à une culture de la préservation. Ce chemin demandera du courage politique, de la confiance entre les acteurs et une vision partagée. Mais il ouvre la voie à un modèle plus juste, plus sobre et plus résilient, capable de répondre aux défis de demain sans renoncer à l'humanité de la médecine.

“
**L'IDENTIFICATION DES
DÉTERMINANTS DE LA
SANTÉ S'APPUIE SUR LE
CONCEPT D'EXPOSOME**
”

PAR

PR ROBERT BAROUKI

DIRECTEUR DE L'INSTITUT THÉMATIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'INSERM ET
DIRECTEUR DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

La préservation de la santé publique et le maintien d'un système de soins efficace reposent sur une politique de prévention robuste. Dans de nombreux cas, les mesures de prévention présentent un retour sur investissement particulièrement favorable, tant sur le plan sanitaire qu'économique. Cependant, leur efficacité dépend d'une coopération étroite entre différents niveaux d'action : le niveau général (national, européen ou international), le niveau local (régional, communal) et le niveau individuel. Les recommandations de santé publique, fondées sur des données scientifiques, peuvent être élaborées aux échelons généraux ou locaux, mais leur mise en œuvre effective suppose leur appropriation par les individus. En l'absence d'adhésion, voire en cas de résistance, ces recommandations perdent toute efficacité.

Historiquement, la prévention s'est d'abord concentrée sur les mesures d'hygiène et la lutte contre les maladies infectieuses. Plus récemment, l'attention s'est portée sur la prévention des maladies chroniques, dont les déterminants sont multiples et parfois difficiles à cerner. Les connaissances scientifiques dans ce domaine demeurent marquées par un certain degré d'incertitude, ce qui peut compliquer leur acceptation par le public.

Nous nous attacherons plus particulièrement aux avancées scientifiques relatives à l'étude de l'exposome

**CETTE TENSION
ENTRE DES
RECOMMANDATIONS
SCIENTIFIQUEMENT
FONDÉES ET LES
RÉALITÉS SOCIO-
ÉCONOMIQUES
QU'ELLES IMPLIQUENT
CONDUIT PARFOIS À
UN REJET GLOBAL DE
LA SCIENCE, PERÇUE
COMME ÉLITISTE**

- c'est-à-dire l'ensemble des expositions auxquelles un individu est soumis tout au long de sa vie - en mettant l'accent sur la nutrition et les expositions environnementales.

Il est aujourd'hui largement démontré qu'une alimentation déséquilibrée ainsi qu'une exposition prolongée à

divers contaminants et polluants (air, eau, aliments, etc.) ont des effets délétères sur la santé, contribuant à l'apparition de maladies métaboliques, d'obésité, de troubles du neurodéveloppement, de maladies neurodégénératives ou encore de certains cancers.

Pour réduire ces impacts, plusieurs mesures sont recommandées : éviter les aliments ultra-transformés, limiter l'usage des pesticides (en privilégiant une alimentation biologique), ou encore restreindre la circulation des véhicules à moteur thermique. Toutefois, ces mesures sont parfois perçues par une partie de la population comme contraignantes ou coûteuses. Cette tension entre des recommandations scientifiquement fondées et les réalités socio-

économiques qu'elles impliquent conduit parfois à un rejet global de la science, perçue comme élitiste. D'où la nécessité de concevoir des politiques de prévention conciliant exigences sanitaires et conditions sociales des populations.

L'exemple du Nutri-Score illustre bien cette démarche. Ce dispositif, simple à comprendre et ne nécessitant aucun outil numérique, rend l'information nutritionnelle accessible à tous. Il a par ailleurs incité de nombreux fabricants à modifier la composition de leurs produits (réduction du sel, du sucre, etc.) afin d'améliorer leur score. Ainsi, à coût égal, le consommateur peut choisir un produit plus sain selon les critères scientifiques actuels. Le Nutri-Score constitue donc un exemple probant de mesure de santé publique favorisant l'adhésion de l'ensemble de la population aux recommandations scientifiques.

Fort de cet exemple, il serait envisageable d'aller plus loin. Le concept de score pourrait être étendu à d'autres domaines, notamment à la toxicologie des produits. Un « Toxi-Score » pourrait, par exemple, informer le consommateur sur la présence de substances potentiellement dangereuses (généotoxiques, neurotoxiques, perturbateurs endocriniens, etc.). Bien que la toxicité soit plus complexe à évaluer que les qualités nutritionnelles, un déploiement progressif - en

commençant par certaines catégories de produits, tels que les produits ménagers - pourrait être envisagé.

Une autre piste consisterait à intégrer le concept d'exposome dans les soins primaires. Si les mesures de prévention à large échelle ont démontré leur efficacité, une approche plus individualisée présente également un fort potentiel. L'identification des individus les plus exposés ne requiert pas nécessairement de technologies sophistiquées. L'analyse de l'historique résidentiel peut déjà révéler le niveau d'exposition cumulée à la pollution atmosphérique, au bruit, à la chaleur ou encore à la présence d'espaces verts. Ces informations sont désormais accessibles grâce à la cartographie environnementale fine (par exemple le programme européen Copernicus), qui combine données satellitaires et capteurs locaux.

D'autres facteurs, tels que la profession, le régime alimentaire, les comportements (tabagisme, activité physique) et la situation socio-économique, permettent également d'évaluer la vulnérabilité globale des individus. Un questionnaire standardisé, facilement renseigné en amont d'une prise en charge médicale, pourrait ainsi aider à estimer le profil d'exposition et le risque global d'un patient.

L'article 1 de la loi de modernisation du système de santé de 2016 stipule que l'identification des déterminants de la santé s'appuie sur le concept d'exposome. Il convient désormais d'en tirer toutes les conséquences, en intégrant véritablement cette approche dans les politiques publiques et la pratique médicale quotidienne.

“
**LA MSA CONTRIBUE À
UNE SOBRIÉTÉ FONDÉE
SUR LA PERTINENCE
ET LA RESPONSABILITÉ
COLLECTIVE**
”

PAR

ANNE-LAURE TORRÉSIN

DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE
AGRICOLE (CCMSA)

Le système de santé français traverse une phase de tension durable : déséquilibres financiers, raréfaction des ressources humaines, inégalités d'accès aux soins et pression environnementale croissante. Dans ce contexte, la sobriété en santé ne se réduit pas à la seule maîtrise des dépenses, mais vise à rechercher la juste utilisation des ressources, en conciliant qualité, équité et soutenabilité.

La Mutualité sociale agricole (MSA), par son guichet unique, s'inscrit pleinement dans cette ambition. Ancrée dans les territoires, elle agit simultanément sur la prévention, la Gestion du risque maladie (GDR) et la promotion de la santé publique, avec une vision intégrée du lien entre santé humaine, conditions de travail et environnement.

La démarche s'inscrit dans la stratégie santé de la MSA, qui suit une approche globale et fait de l'approche Une seule santé son principe d'action principal. Ainsi, elle permet de renforcer la prévention, la résilience et l'efficacité du système de santé, contribuant directement à sa soutenabilité à long terme.

Axe 1 - Pratiquer différemment et de façon plus juste

La MSA déploie une approche de Gestion du risque maladie (GDR), en coordination avec les autres régimes,

visant à améliorer la qualité et la pertinence des soins et à prévenir les pratiques à risque.

- Repérage précoce et prévention secondaire : les actions de GDR s'appuient sur des données populationnelles pour identifier les publics à risque. Cette logique d'anticipation permet de limiter l'iatrogénie, d'éviter les soins redondants et d'orienter les assurés vers des parcours adaptés ;

- Pertinence des prescriptions et accompagnement des pratiques : à travers son plan national de GDR et ses Actions d'initiative locale (AIL), la MSA engage des actions sur la juste prescription et la déprescription (médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées), la coordination entre soins de ville, travail et prévention ;

- Éco-conception des soins et sobriété environnementale : les actions locales de GDR et en santé au travail intègrent de plus en plus la dimension environnementale (transport, promotion de pratiques agricoles favorables à la santé).

En ce sens, la MSA contribue à une sobriété fondée sur la pertinence et la responsabilité collective.

Axe 2 - Repenser les pratiques individuelles et collectives

La MSA porte une vision populationnelle et participative de la santé. Elle articule la prévention, l'accompagnement social et la proximité territoriale pour replacer le patient et le soin au cœur des pratiques.

- Prévention en santé populationnelle : la MSA met en œuvre des programmes d'« aller-vers », de « ramener-vers » et d'actions collectives ciblant les publics les plus vulnérables (jeunes, exploitants, retraités, aidants). Cette démarche s'appuie sur des partenariats territoriaux et un repérage fin des besoins de santé ;

- Entretien motivationnel et empowerment : les équipes pluridisciplinaires de la MSA utilisent des approches centrées sur la motivation et la responsabilisation, favorisant l'autonomie des assurés dans leurs choix de santé ;

- Santé perçue comme bien commun : par ses actions locales et son réseau de prévention, la MSA contribue

**LA SOBRIÉTÉ EN SANTÉ
NE SE RÉDUIT PAS À
LA SEULE MAÎTRISE
DES DÉPENSES, MAIS
VISE À RECHERCHER
LA JUSTE UTILISATION
DES RESSOURCES,
EN CONCILIANT
QUALITÉ, ÉQUITÉ ET
SOUTENABILITÉ**

à ce que la santé ne soit plus vécue comme un bien de consommation, mais comme un capital collectif nécessitant des comportements sobres et solidaires ;

- Parcours coordonnés pour les patients atteints de maladies chroniques : la MSA s'attache à renforcer la continuité des parcours de soins pour les assurés atteints de maladies chroniques, en favorisant la coordination entre soins primaires, prévention et accompagnement social ;

- Sensibilisation des assurés à la juste consommation de certains produits de santé dans le cadre d'actions de gestion du risque, en lien avec les recommandations de la HAS (exemple : consommation de bandelettes de glycémie) ;

- Le programme d'Éducation thérapeutique ambulatoire à destination des patients polypathologiques, porté par la MSA dans les territoires ruraux, est aussi un levier pour favoriser l'autonomisation des patients chroniques dans la gestion de leur maladie et prévenir les complications consommatrices de soins.

Cette approche réconcilie prévention, efficience et sobriété : prévenir, c'est déjà pratiquer plus justement.

Valeur ajoutée de la MSA

- Une couverture intégrée des champs santé, travail et famille, permettant de croiser les déterminants de santé et d'agir globalement ;

- Un ancrage territorial fort, facilitant la mise en œuvre d'actions ciblées et de démarches d'« aller-vers » et de « ramener-vers » les dispositifs de prise en charge ;

- Une culture d'expérimentation qui favorise l'innovation sociale et organisationnelle au service de la sobriété ;

- Une approche intersectorielle, une seule santé, naturelle pour la MSA, qui préfigure les politiques de santé durable (prévention des zoonoses, lutte contre l'antibiorésistance animale et humaine, promotion de l'alimentation durable...).

“
**LES ORGANISMES
MUTUALISTES DISPOSENT
D'UNE LÉGITIMITÉ FORTE
POUR PROMOUVOIR LA
SOBRIÉTÉ EN SANTÉ**
”

PAR

ABDELAZIZ ALAOUI

PRÉSIDENT DE LA CAISSE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE
MAROCAINE (CMIM)

La sobriété en santé ne se réduit pas à une simple recherche d'économies ou d'ajustements comptables. Elle constitue une véritable transformation culturelle et collective de notre rapport au soin, à la prévention et à la responsabilité partagée.

Être sobre, c'est apprendre à préserver l'essentiel, à faire mieux avec ce que nous avons, sans renoncer à la qualité, à l'équité ni à l'humanité. La sobriété n'est pas synonyme de privation, mais de justesse : elle nous invite à agir avec prudence, à donner du sens à nos pratiques, et à penser la santé dans la durée.

Dans cette perspective, les mutuelles, héritières d'un modèle fondé sur la solidarité et la responsabilité collective, ont un rôle majeur à jouer. Elles ne se limitent pas à un rôle assurantiel : elles sont des actrices de santé publique à part entière, au cœur des territoires et au plus près des citoyens. Elles peuvent, par leurs actions, impulser une dynamique de sobriété fondée sur la prévention, l'éducation à la santé et l'accompagnement des adhérents dans leurs choix de vie. En cela, elles contribuent à la fois à l'efficacité du système de santé et à la cohésion sociale, en renforçant la capacité des individus à devenir acteurs de leur propre santé.

Notre système de santé reste largement tourné vers la réparation. Il valorise l'acte de soin plus que la

**LA SOBRIÉTÉ EN SANTÉ
EST UNE DÉMARCHE
EXIGEANTE, CAR
ELLE INTERROGE
NOS HABITUDES, NOS
PRIORITÉS ET NOS
REPRÉSENTATIONS.
MAIS ELLE EST AUSSI
PORTEUSE D'ESPOIR :
CELUI D'UN SYSTÈME
PLUS JUSTE, PLUS
HUMAIN ET PLUS
DURABLE**

préservation de la santé, la technicité plus que la prévention. Cette logique, entretenue par des habitudes institutionnelles et culturelles, conduit à une surconsommation de soins, à un épuisement des professionnels et à une montée continue des dépenses.

Dans le même temps, les messages de prévention, trop souvent standardisés, peinent à toucher les populations les plus vulnérables : personnes âgées, patients chroniques, publics en précarité ou en isolement.

Ce déséquilibre entre curatif et préventif est l'un des grands paradoxes de nos systèmes modernes : plus nous soignons, plus nous dépensons, sans pour autant garantir une meilleure santé collective.

C'est dans cet espace que la mutualité peut apporter une réponse concrète, humaine et durable. En tant qu'acteurs de proximité, les organismes mutualistes disposent d'une légitimité forte pour promouvoir la

sobriété en santé. Ils peuvent le faire à travers plusieurs leviers.

D'abord, en plaçant la prévention au cœur de leurs missions. Les actions mutualistes de dépistage, de sensibilisation ou d'accompagnement du vieillissement actif ne sont pas accessoires : elles incarnent une autre manière de penser la santé, non plus réactive, mais anticipatrice. Chaque euro investi dans la prévention est un acte de sobriété, car il évite des coûts futurs tout en améliorant la qualité de vie.

De nombreux exemples illustrent cette efficacité silencieuse : les campagnes de vaccination, les programmes de dépistage organisé, les actions d'éducation thérapeutique ou de santé mentale menées par des mutuelles et leurs partenaires produisent des effets durables, visibles sur la réduction des hospitalisations évitables et sur le bien-être des populations. Ces actions, souvent locales et discrètes, constituent pourtant un levier essentiel de transformation.

Ensuite, en développant une véritable éducation à la santé, adaptée aux besoins réels des adhérents. Comprendre son corps, savoir repérer les signaux d'alerte, adopter des comportements favorables à la santé : autant de savoirs essentiels qui devraient faire partie du patrimoine de chaque citoyen.

L'éducation à la santé, lorsqu'elle est participative, inclusive et continue, devient un outil d'émancipation. Elle redonne à chacun du pouvoir d'agir sur sa santé et sur son environnement.

Les mutuelles peuvent jouer un rôle clé dans cette transmission, en s'appuyant sur leurs réseaux, leurs centres de santé, leurs sections locales et leurs partenariats associatifs ou territoriaux. Elles disposent d'une capacité d'action concrète, ancrée dans la vie quotidienne, loin des approches descendantes ou moralisatrices.

Par ailleurs, la sobriété en santé implique aussi un changement de regard sur les publics fragiles. La pauvreté, l'isolement, le handicap, la perte d'autonomie sont autant de facteurs qui éloignent les individus des dispositifs de prévention. L'enjeu n'est pas seulement d'informer, mais d'accompagner.

Les mutuelles, par leur proximité et leur connaissance fine des territoires, sont en mesure d'aller vers ces publics, de recréer du lien, d'adapter les messages et les formats d'intervention. Un atelier collectif, un café santé, une visite à domicile, une plateforme d'écoute sont parfois des portes d'entrée vers un changement durable des comportements. Cette approche, centrée

sur la relation et la confiance, incarne une sobriété profondément humaine.

La responsabilisation des usagers constitue un autre pilier de cette démarche. Mais elle ne peut se résumer à une injonction individuelle : être responsable suppose d'avoir les moyens, les connaissances et le soutien nécessaires pour agir. Les mutuelles ont ici un rôle d'équilibriste : encourager l'autonomie sans culpabiliser, valoriser les comportements favorables sans exclure ceux qui rencontrent des difficultés. C'est en misant sur la coopération plutôt que sur la contrainte, sur la pédagogie plutôt que sur la sanction, que la sobriété devient acceptable et efficace.

Enfin, la sobriété mutualiste appelle une reconnaissance institutionnelle et financière de la prévention. Aujourd'hui encore, la part des budgets consacrée à la prévention reste marginale dans les dépenses de santé. Il est temps de repenser les modèles économiques et d'encourager les pratiques vertueuses. Reconnaître la valeur de la prévention, c'est reconnaître la valeur du temps long, de la relation, de la confiance. C'est aussi reconnaître la contribution des acteurs mutualistes comme partenaires essentiels des politiques publiques de santé. Les mutuelles peuvent être des laboratoires d'innovation sociale, expérimentant de nouvelles

formes d'accompagnement, de gouvernance et de financement qui valorisent la santé durable.

Promouvoir la sobriété, c'est donc repenser la santé comme un bien commun et non comme un bien de consommation. C'est redonner sens au soin, valeur au lien, et confiance à chacun dans sa capacité à être acteur de sa propre santé. C'est accepter de passer d'un modèle de performance quantitative à un modèle de pertinence qualitative, où chaque action compte non par son volume, mais par son impact réel sur la santé des personnes.

La sobriété en santé est une démarche exigeante, car elle interroge nos habitudes, nos priorités et nos représentations. Mais elle est aussi porteuse d'espoir : celui d'un système plus juste, plus humain et plus durable.

À travers leur histoire et leur mission, les mutuelles incarnent cette approche équilibrée : elles conjuguent solidarité et responsabilité, efficacité et humanité. Elles peuvent être les moteurs d'un modèle de santé plus sobre, plus juste et plus durable - un modèle qui investit d'abord dans la santé des personnes avant d'investir dans la maladie. En cela, elles renouent avec l'esprit originel de la protection sociale : celui d'une société qui choisit de protéger avant de réparer, d'accompagner

avant de compenser. La sobriété en santé, vue par un mutualiste, n'est pas une contrainte.

C'est une ambition de société.

“
**GARANTIR L'EFFECTIVITÉ
DES DROITS À LA SANTÉ
EST UN PILIER ESSENTIEL
POUR ASSURER UN JUSTE
SOIN**
”

PAR

MYLÈNE BONNEL

VICE-PRÉSIDENTE DÉLÉGUÉE DE LA MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE (MGEN)

ÉRIC JEANNEAU

VICE-PRÉSIDENT DE MGEN EN CHARGE DES ASSURANCES ET DES
COUVERTURES MUTUALISTES

En tant qu'acteur mutualiste engagé, MGEN considère que la sobriété en santé repose sur la pratique du « juste soin », dans laquelle la prévention joue un rôle central. Au travers de cette approche se révèle par ailleurs le lien entre sobriété en santé et sobriété environnementale : en limitant l'apparition et l'aggravation des maladies, la prévention réduit la consommation de médicaments, les prises en charge complexes et, par conséquent, les besoins globaux de soins. Le développement de solutions de proximité contribue à cet effort, en diminuant les transports médicaux et les émissions de CO₂. Grâce à leur ancrage territorial, leur capacité à aller vers les populations et leur rôle de financeurs, les mutuelles occupent une place clé dans la promotion de la santé, la prévention et l'accompagnement vers une utilisation optimisée des ressources du système de soins.

La prévention des comportements délétères repose avant tout sur l'éducation à la santé et la création d'environnements propices à des choix favorisant le maintien en bonne santé. Les messages souvent trop génériques des campagnes de santé publique ont un impact limité et peu durable. Pour dépasser ces limites, MGEN a développé Vivoptim, un programme de coaching personnalisé, basé sur un accompagnement téléphonique régulier par une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé. L'accompagnement s'articule autour de trois axes interconnectés - santé

globale, sport-santé et santé mentale - offrant un suivi complet et cohérent. En guidant et motivant sur le long terme, ce suivi favorise l'inscription durable de comportements bénéfiques. L'efficacité de Vivoptim a été scientifiquement démontrée lors d'une étude en 2016 portant sur 2 240 participants à risque cardiovasculaire. Après un suivi de 7 mois, les résultats ont montré une baisse significative de la pression artérielle, du poids, du tabagisme et une augmentation de l'activité physique. Ce dispositif illustre l'importance d'un accompagnement préventif structuré pour limiter l'apparition de complications, favoriser des bénéfices durables pour les patients et optimiser l'utilisation des ressources.

La détection précoce des maladies est un levier essentiel pour un système de santé efficace, réduisant les pertes de chance et les prises en charge complexes et coûteuses. Pourtant, la France affiche des taux de participation aux dépistages inférieurs à la moyenne européenne. Les populations défavorisées sont particulièrement exclues des campagnes nationales de dépistage, confrontées à des barrières d'information, de logistique ou de confiance. Une prévention ciblée, fondée sur l'accompagnement personnalisé et l'« aller-vers », permettrait de réduire ces inégalités et d'optimiser les dépenses de santé. Par ailleurs, renforcer la connaissance des signes d'alerte auprès du grand public et des professionnels

est tout aussi essentiel pour lutter contre les pertes de chance. À titre d'exemple, les femmes sont souvent moins bien prises en charge en cas d'infarctus du myocarde, leurs symptômes étant mal identifiés par elles-mêmes et par les soignants. C'est pourquoi MGEN déploie des actions de prévention ciblée, comme la collaboration avec le réseau de professionnels

de santé Libheros, qui propose des entretiens personnalisés sur le risque cardiovasculaire, ou encore des consultations de prévention sur le cancer du sein, incluant une initiation à l'autopalpation. Ces initiatives facilitent les comportements préventifs et améliorent les parcours de santé.

La prévention des complications repose également sur la libération de la parole autour de problématiques encore fortement stigmatisées, telles que les troubles psychiques. La persistance des représentations négatives conduit encore trop de patients à retarder leur recours aux soins, aggravant la sévérité des troubles et la complexité de leur prise en charge. MGEN, historiquement engagée dans le champ de la

LES POPULATIONS DÉFAVORISÉES SONT PARTICULIÈREMENT EXCLUES DES CAMPAGNES NATIONALES DE DÉPISTAGE, CONFRONTÉES À DES BARRIÈRES D'INFORMATION, DE LOGISTIQUE OU DE CONFIANCE

santé mentale, déploie de nombreux dispositifs pour renforcer l'accès aux soins et réduire le non-recours. La pair-aidance, basée sur l'expérience vécue, aide à lever les tabous et encourage l'expression des besoins. Les formations aux premiers secours en santé mentale renforcent la capacité de l'entourage à détecter les signaux d'alerte et à orienter vers les soins adaptés.

Le milieu professionnel peut également être à l'origine d'une dégradation de la santé mentale et physique, rendant la prévention et l'accompagnement essentiels au travail. MGEN s'engage pour protéger la santé des travailleurs dans la fonction publique, notamment à travers les réseaux Prévention - Aide - Suivi (PAS). Ces dispositifs permettent à chaque agent de bénéficier d'un accompagnement psychologique, comprenant jusqu'à trois entretiens gratuits par an. En 2022, 3 737 agents ont bénéficié de ce service. Un dispositif de retour au travail après un arrêt de longue durée, comprenant des stages de remise en situation professionnelle et un suivi psychologique, est également proposé aux agents qui en ressentent le besoin. Ces actions favorisent une détection précoce des troubles psychiques, une meilleure qualité de vie au travail et s'inscrivent pleinement dans une logique de juste soin. Elles contribuent à limiter les sorties de l'emploi, à réduire la durée et la fréquence des arrêts de travail et à diminuer la consommation de psychotropes.

Enfin, les mutuelles jouent un rôle clé en tant qu'offeurs de soins innovants. À travers les 1 800 établissements et services sanitaires et médico-sociaux du Groupe VYV, répartis sur l'ensemble du territoire et ouverts à tous, MGEN répond aux besoins de santé et d'accompagnement des populations. Face à la désertification médicale, ces établissements implantés dans des zones souvent peu dotées apportent des soins de proximité adaptés, réduisant les déplacements des patients et le non-recours. Ces établissements ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires, offrant une prise en charge de qualité, accessible et équitable. Garantir l'effectivité des droits à la santé est un pilier essentiel pour assurer un juste soin, les inégalités territoriales de santé s'articulant souvent avec les inégalités sociales et entraînant des diagnostics tardifs, des prises en charge plus lourdes, voire des incapacités.

“

L'ACTION CONJOINTE ORTHOPHONIE- ORTHOPTIE (DP20) EST L'ILLUSTRATION D'UNE SOBRIÉTÉ À GRANDE ÉCHELLE, STRUCTURÉE ET AMBITIEUSE

”

*PAR***SARAH DEGIOVANI**

PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES ORTHOPHONISTES (FNO)

La sobriété en santé n'est pas un rétrécissement de l'offre : c'est un choix de lucidité. C'est reconnaître qu'un système efficace est un système qui agit tôt, mobilise les ressources pertinentes au bon moment et renonce aux démarches redondantes qui épuisent les professionnels comme les patients. L'orthophonie illustre déjà cette dynamique. Depuis plusieurs années, la profession a engagé une transformation profonde, structurée et mesurable, qui montre que la sobriété n'est pas un horizon abstrait, mais une trajectoire concrète, en cours de déploiement.

Cette transformation s'est d'abord construite autour de la prévention. Les orthophonistes ont toujours été aux avant-postes pour éviter que les troubles du langage, de la communication, de l'oralité ou de la déglutition ne deviennent des situations chroniques installées, coûteuses et sources de perte de chance. La prévention n'y est plus un slogan : elle est devenue une politique publique articulée et progressive.

La Plateforme prévention soins orthophonie (PPSO), fondée sur l'information du grand public, la régulation clinique et un adressage coordonné, en est aujourd'hui le moteur majeur. En orientant les usagers vers des ressources fiables, en évaluant la pertinence d'un bilan et en limitant les demandes doublons grâce à une liste d'attente commune, elle montre qu'il est

LES ORTHOPHONISTES ONT TOUJOURS ÉTÉ AUX AVANT-POSTES POUR ÉVITER QUE LES TROUBLES DU LANGAGE, DE LA COMMUNICATION, DE L'ORALITÉ OU DE LA DÉGLUTITION NE DEVIENNENT DES SITUATIONS CHRONIQUES INSTALLÉES, COÛTEUSES ET SOURCES DE PERTE DE CHANCE

possible de filtrer sans exclure, d'accompagner sans surcharger et de renforcer l'accès tout en préservant le temps clinique. Les chiffres croissants d'utilisation et les dynamiques de résolution témoignent de cette efficacité silencieuse : une sobriété organisée, utile, concrète.

La détection précoce participe du même mouvement. L'action

conjointe orthophonie-orthoptie (DP2O) est l'illustration d'une sobriété à grande échelle, structurée et ambitieuse. Son déploiement progressif - onze départements en 2023, cinquante-cinq en 2024, près d'une centaine en 2025 - préfigure la généralisation annoncée en 2027 pour l'ensemble des petites sections de maternelle. Cette action offre un repérage ciblé à un âge où l'intervention est la plus efficace, avant que les troubles ne s'installent et ne se complexifient. Elle permet de réduire les errances diagnostiques, d'éviter les bilans inutiles et de renforcer la cohérence entre les acteurs éducatifs et sanitaires. C'est un investissement

organisationnel qui montre ce que peut être une sobriété assumée : intervenir mieux, intervenir plus tôt, intervenir une seule fois, mais de façon pertinente.

Cette dynamique s'accompagne naturellement d'une évolution des pratiques professionnelles. L'accès direct, désormais possible dans certaines conditions en exercice coordonné, modifie profondément la manière d'entrer dans le soin. Il supprime des étapes inutiles, réduit les délais, permet une orientation experte dès la première demande et valorise l'autonomie clinique des professionnels. Loin de restreindre l'accès, il le rend plus pertinent et plus rapide. Là encore, la sobriété n'est pas une réduction, mais une optimisation : moins d'intermédiaires pour plus de soin utile.

Reste la question démographique, qui conditionne toutes les autres. L'orthophonie souffre d'une pénurie structurelle, désormais reconnue par le législateur. Les travaux parlementaires récents, et notamment la proposition de loi portée par Agnès Firmin-Le Bodo et adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale, rappellent que le manque de professionnels n'est pas un aléa, mais un obstacle majeur à l'accès aux soins et à toute ambition de sobriété. Il est indispensable d'ouvrir de nouveaux centres de formation et de repenser la répartition territoriale pour répondre à la réalité des besoins. Une sobriété fondée sur la rareté serait une

fausse sobriété : elle ne réduirait pas les besoins, mais les renoncements. La seule sobriété acceptable est celle qui optimise les ressources tout en renforçant la capacité collective à agir.

Ce que montrent la PPSO, la DP2O, l'accès direct et l'ensemble des campagnes nationales, c'est qu'un modèle de santé plus pertinent, plus précoce et mieux organisé n'est pas une utopie théorique. Il est déjà en cours de construction, porté par des professionnels qui ont fait de la pertinence clinique, de la prévention et de l'organisation territoriale les piliers de leur engagement. La sobriété en santé n'est donc pas un mot d'ordre : c'est une dynamique réelle, incarnée, qui démontre chaque jour qu'il est possible de faire mieux, plus tôt et plus intelligemment. Pour protéger les patients. Pour protéger les professionnels. Et pour préserver, durablement, la soutenabilité de notre système de santé.

Un système sobre ne gaspille ni les compétences ni le temps. Il permet aux orthophonistes d'exercer leur cœur de métier - le diagnostic, le soin spécialisé, la prise en charge des troubles complexes ou post-AVC, l'accompagnement en cancérologie ORL ou auprès des personnes âgées fragiles - sans être submergés par des demandes non pertinentes. Il s'appuie sur la prévention, la coordination et la lisibilité des parcours pour éviter

les spirales de surconsommation générées par la désorganisation. C'est ce système-là que l'orthophonie contribue à faire émerger : un système plus intelligent, plus anticipateur, plus humain. En un mot, plus sobre.

“
**LA SOBRIÉTÉ PEUT ÊTRE
INTÉGRÉE DE MANIÈRE
PRAGMATIQUE AU CŒUR
DES MISSIONS DE
SOINS, DE RECHERCHE,
DE PRÉVENTION ET DE
FORMATION, AU SERVICE
DES PATIENTS**
”

PAR

SOPHIE BEAUPÈRE

DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE D'UNICANCER

La progression des besoins en santé, sous l'effet cumulatif du vieillissement de la population et de la multiplication des maladies chroniques, dont le cancer, conjuguée aux tensions sur les ressources humaines et financières, met le système de santé français à l'épreuve. Dans ce contexte de demande croissante, l'empreinte environnementale et climatique du secteur de la santé s'accroît, représentant désormais plus de 8 % des émissions totales de gaz à effet de serre en France (50 millions de tonnes de CO₂). Les efforts de réduction des émissions s'imposent ainsi comme un enjeu structurant, nécessitant une réflexion sur notre capacité à concilier qualité des soins, équité d'accès et soutenabilité à long terme, et plaçant la sobriété au cœur des politiques de santé.

L'offre de soins représente environ 45 % des émissions du secteur, tandis que les médicaments et dispositifs médicaux génèrent les 55 % restants. Conscients de leur impact sur le dérèglement climatique, de nombreux établissements de santé ont ainsi intégré de nouveaux modes de consommations, nouvelles pratiques et des modèles d'organisation plus vertueux. En ce sens, Unicancer bâtit depuis plusieurs années une stratégie globale à l'échelle de son réseau pour engager les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) à promouvoir le développement durable dans leur stratégie. Un enjeu d'autant plus central que les leviers

d'action sont nombreux : gestion des déchets, suivi des stocks, préservation des ressources, responsabilité sociale, constructions et aménagements, etc.

Au cœur de cette stratégie, Unicancer et l'ensemble des CLCC ont signé en 2025 une charte d'engagement RSE. Étape structurante, cette charte garantit un cadre commun, structuré en quatre axes stratégiques, incluant l'identification des risques environnementaux et sociaux, la mesure des impacts, l'adaptation des infrastructures et pratiques, et la sensibilisation. La mobilisation des professionnels et l'appropriation par les équipes constituent des leviers centraux de sa mise en œuvre, pour s'assurer d'une organisation adaptée à la réalité de chaque établissement.

Deuxième mesure clé engagée par Unicancer en 2025 : le réseau a publié en juin son premier Schéma de promotion des achats publics socialement et écologiquement responsables (SPASER), destiné aux directions des établissements. Celui-ci vise à renforcer l'impact territorial des achats (soutien aux filières locales, circuits courts, économie sociale et solidaire) et à intégrer des critères sociaux, tout en réduisant l'empreinte environnementale des centres, notamment via de l'éco-conception, du réemploi ou de la sobriété. Parmi les mesures engagées dans le cadre de ce SPASER,

Unicancer se fixe l'objectif de 20 % d'achats issus du réemploi à l'horizon 2026.

Unicancer déploie également des initiatives structurantes qui optimisent l'organisation des soins, limitent les déplacements et la consommation de ressources. Le programme Onco'Link illustre cette approche. Il s'appuie sur la croissance rapide des traitements anticancéreux oraux, administrables à domicile, un levier majeur permettant de limiter le nombre d'hospitalisations et les déplacements, tout en réduisant les déchets générés par les chimiothérapies intraveineuses. Après plus de quatre années d'expérimentation, 41 établissements partenaires, plus de 13 800 patients inclus et des milliers de professionnels hospitaliers et de ville mobilisés, le dispositif a démontré qu'un suivi coordonné et de proximité améliore la sécurité des traitements et la qualité de vie des patients, et constitue un modèle de cancérologie plus sobre et efficient. En novembre 2025, il a été validé pour une généralisation en droit commun, ce qui marque la volonté d'impulser des changements structurants au niveau national.

L'EMPREINTE ENVIRONNEMENTALE ET CLIMATIQUE DU SECTEUR DE LA SANTÉ S'ACCENTUE, REPRÉSENTANT DÉSORMAIS PLUS DE 8 % DES ÉMISSIONS TOTALES DE GAZ À EFFET DE SERRE EN FRANCE

L'administration des chimiothérapies injectables en hospitalisation à domicile (HAD) représente un autre levier majeur pour améliorer l'efficacité des soins et la qualité de vie du patient, tout en réduisant l'empreinte environnementale des établissements et les déplacements des patients. Ces HAD ont d'ailleurs été multipliées par 2,8 entre 2014 et 2023. Pour soutenir ce déploiement, Unicancer et la FNEHAD ont proposé un forfait valorisant l'expertise médicale et paramédicale en cancérologie. Une proposition inscrite dans la LFSS pour 2024 et désormais déployée à l'échelle nationale par une expérimentation à laquelle 104 établissements de santé, dont 12 CLCC et un établissement affilié, participent depuis avril 2025.

D'autre part, pour limiter l'impact écologique tout en améliorant la qualité de vie des patients et leurs proches, 15 CLCC sur 18 ont mis en place des Hébergements temporaires non médicalisés (HTNM), qui accueillent des patients autonomes, et leurs proches aidants, à proximité des CLCC. Ces dispositifs innovants contribuent à garantir des prises en charge moins fatigantes et stressantes pour les patients, en limitant notamment les déplacements, et à fluidifier la prise en charge pour les services hospitaliers. Ouverte en 2021, la Maison Léon Bérard est ainsi l'un des premiers hôtels hospitaliers de France.

Au-delà de l'organisation des parcours, la réduction de l'empreinte environnementale passe également par une gestion optimisée des médicaments et dispositifs médicaux, identifiés comme un axe prioritaire pour limiter le bilan carbone des CLCC. Chaque année, d'importantes quantités d'anticancéreux oraux deviennent des déchets médicamenteux, notamment en raison d'ajustements de posologie ou d'interruptions de traitement qui concerneraient près d'un tiers des patients. Alors que les pénuries atteignent un niveau critique, ces médicaments à fortes valeurs clinique et économique²⁸ invitent à revoir les circuits en oncologie.

Unicancer a ainsi formulé des propositions visant à limiter le gaspillage des médicaments anticancéreux. En particulier, l'étude MAONU, déposée en mai 2025 dans le cadre d'un PREPS et reprise dans le PLFSS, explore la faisabilité et l'acceptabilité du recueil et de la réutilisation, fondée sur des critères stricts de qualité et sécurité, de médicaments anticancéreux oraux non utilisés. Ce projet répond à plusieurs enjeux : améliorer la continuité des soins face aux ruptures d'approvisionnement tout en réduisant les pertes financières et la charge environnementale.

28. Derrière les maladies et traitements cardionévrosoculaires d'une part et les maladies psychiatriques et traitements psychotropes d'autre part, les différents types de cancer cumulent 12 à 13 % des dépenses annuelles de l'Assurance maladie. Ils représentaient plus de 27 milliards d'euros en 2023.

La délivrance à l'unité des médicaments, sous conditionnement unitaire, est une autre voie vers la sobriété médicamenteuse que soutient Unicancer. Un programme de recherche sur la performance du système de soins mené par l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) a démontré son double intérêt économique et écologique. Une enquête associant cinq CLCC, menée par le Comité pour le développement durable en santé avec l'appui du RésOMÉDIT.

Enfin, limiter l'incidence des cancers, grâce à des politiques de prévention, constitue le moyen le plus direct et durable de préserver la santé des populations, tout en assurant la soutenabilité des ressources. En effet, près de 40 % des cancers pourraient être évités par des actions ciblées sur les principaux facteurs et comportements à risque (alcool, tabac, malnutrition, sédentarité...). Par leur ancrage territorial, leur expertise et leur continuum entre prévention, soins et après-cancer, les CLCC occupent une place singulière pour déployer des politiques efficaces, individualisées et coordonnées, sur tous les champs de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cette mission de prévention, inscrite dès la création de leur statut en 1945, s'ajoute aux missions de soins, de recherche et d'enseignement, affirmant le rôle central des CLCC dans la promotion d'une vision holistique de la santé.

La question de la sobriété ne saurait enfin faire l'économie d'une réflexion sur le numérique et l'usage des données. L'empreinte carbone du numérique représente en effet environ 2 % de l'ensemble des émissions nationales. Utilisés à bon escient, les outils digitaux et l'intelligence artificielle améliorent la pertinence des décisions médicales, permettent d'éviter certaines consultations et hospitalisations, et de détecter précocement des effets indésirables. Le suivi à distance permet au patient de produire des données sans déplacement inutile. Mais ces usages doivent toutefois s'inscrire dans une logique de sobriété numérique maîtrisant l'empreinte environnementale des infrastructures et dispositifs.

Ces différentes initiatives démontrent que la sobriété peut être intégrée de manière pragmatique au cœur des missions de soins, de recherche, de prévention et de formation, au service des patients.

“
**LES PROFESSIONNELS
LIBÉRAUX SONT DES
FIGURES DE CONFIANCE**
”

PAR

DENIS RAYNAL

PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES PROFESSIONS LIBÉRALES (UNAPL)

Notre système de santé arrive à un tournant décisif. Face au vieillissement de la population, à la prévalence des maladies chroniques, aux défis climatiques et environnementaux, nous ne pouvons plus nous satisfaire d'un modèle fondé quasi exclusivement sur le curatif. La prévention doit devenir la colonne vertébrale d'une politique de santé moderne, efficace et soutenable. Cette transformation est indispensable pour répondre aux besoins de santé croissants de la population, mais aussi pour garantir la pertinence et la soutenabilité financière d'un système sous forte tension.

Dans ces mutations, les professions libérales de santé jouent un rôle déterminant. Elles sont au plus près des patients, ancrées dans les territoires, attentives à la singularité des situations de vie. Au quotidien, leurs actions s'inscrivent déjà dans une logique de prévention : dépister plus tôt, accompagner mieux, éviter des complications, orienter lorsque c'est nécessaire.

L'Union nationale des professions libérales (UNAPL), qui regroupe 69 organisations représentatives des professions libérales, dont les principaux syndicats du secteur de la santé, est engagée pour une « culture de la prévention ». Cela rejoint d'ailleurs les réflexions nationales, notamment celles issues du CRAPS, qui appellent de longue date à pratiquer différemment, plus justement, plus sobrement. Nous ne réussirons

PRÉVENIR EN SANTÉ AU TRAVAIL, C'EST PROTÉGER LES SALARIÉS, MAIS AUSSI PRÉSERVER LA VITALITÉ ET LA CONTINUITÉ D'ACTIVITÉ DES 1,7 MILLION D'ENTREPRISES LIBÉRALES FRANÇAISES. C'EST, ENFIN, RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE NOS MÉTIERS

la transformation de notre système de santé qu'en donnant aux professionnels libéraux les moyens d'exercer pleinement leur rôle de sentinelles, de conseillers et d'éducateurs à la santé.

La prévention en santé au travail, un engagement constant de l'UNAPL en tant que représentant des employeurs libéraux

La prévention ne concerne pas que la prise en charge des patients. Elle concerne aussi les entreprises et leur fonctionnement. L'UNAPL est fortement mobilisée depuis plusieurs années pour renforcer la santé au travail dans les entreprises libérales, qui emploient 1,3 million de salariés. Les nouveaux enjeux : risques psychosociaux, usure professionnelle, exposition aux agents biologiques, organisation du travail, etc., exigent un accompagnement adapté aux spécificités de nos structures, souvent de petite taille, mais non moins exposées.

L'UNAPL s'est investie dans les réformes successives de la santé au travail pour défendre une approche

pragmatique, proportionnée et utile aux entreprises de proximité.

Prévenir en santé au travail, c'est protéger les salariés, mais aussi préserver la vitalité et la continuité d'activité des 1,7 million d'entreprises libérales françaises. C'est, enfin, renforcer l'attractivité de nos métiers.

La prévention environnementale, un impératif de santé publique et un engagement des professions libérales

Les enjeux de prévention en santé ne se limitent plus aux frontières du cabinet. Pollution de l'air, perturbateurs endocriniens, changement climatique, qualité de l'alimentation ou de l'eau... La santé environnementale s'impose désormais comme un déterminant majeur de santé publique. En défendant, soignant ou accompagnant 5 millions de Français chaque année, les professions libérales sont en première ligne auprès du public, et ont un rôle essentiel à jouer dans la prise de conscience et dans l'exemplarité.

C'est précisément le sens du Guide des bonnes pratiques écoresponsables publié par l'UNAPL au mois d'octobre dernier. Ce document, conçu pour être un outil simple et opérationnel, aide chaque professionnel à réduire son empreinte écologique et

à intégrer les enjeux de santé environnementale dans ses pratiques : mobilité durable, sobriété numérique, gestion des déchets, maîtrise de l'énergie, alimentation durable, pédagogie environnementale, adaptation au changement climatique.

Les professionnels libéraux sont des figures de confiance. En adoptant des pratiques écoresponsables, ils envoient un message clair : la transition écologique est possible, réaliste, compatible avec l'exercice des petites structures.

Prendre soin de l'environnement, c'est aussi prendre soin de l'humain. La prévention environnementale doit donc devenir un pilier de l'action des professions libérales, au même titre que la prévention médicale et professionnelle.

Faire des professions libérales le moteur de la prévention

Nous devons regarder la réalité en face : la prévention est le défi prioritaire de la prochaine décennie. Sans elle, notre système de santé restera sous pression, nos dépenses continueront de croître sans produire les effets attendus, et les inégalités de santé se creuseront. En intégrant la prévention à l'ensemble de nos réflexions

collectives, nous pouvons bâtir un modèle plus juste, plus durable.

Les professions libérales sont prêtes. Elles innovent, expérimentent, accompagnent, conseillent, sensibilisent. Elles portent une culture de responsabilité et d'indépendance qui les place naturellement en première ligne de cette transformation.

L'UNAPL défend une politique de prévention ambitieuse, réaliste et adaptée aux réalités du terrain. Car c'est en donnant aux professionnels libéraux les moyens d'agir que nous ferons réellement de la prévention un pilier de notre pacte social et un investissement d'avenir pour la santé de toutes et tous.

“
**LA SANTÉ DES
FEMMES ET LEURS
BESOINS DE SANTÉ ET
LEURS SPÉCIFICITÉS
SONT ENCORE
INSUFFISAMMENT
PRISES EN COMPTE
DANS UNE POLITIQUE DE
PRÉVENTION STRUCTURÉE**
”

PAR

SANDRINE GAMBLIN

ADMINISTRATRICE ET PRÉSIDENTE DU COMITÉ PRÉVENTION À LA MUTUELLE
NATIONALE DES HOSPITALIERS (MNH)

LÉONIE DONNET

CHARGÉE D'AFFAIRES PUBLIQUES ET DE L'ÉCONOMIE SOCIALE ET
SOLIDAIRE À LA MNH

Le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 envisage la création d'un nouveau parcours de prévention. Dans le même temps, le texte prévoit de taxer les complémentaires santé (AMC) pour combler les déficits de la Sécurité sociale, alors même que ce sont précisément les mutuelles, en particulier les mutuelles affinitaires, qui sont les plus en mesure de pouvoir assumer un rôle dans le déploiement des actions de prévention aux côtés notamment des employeurs et de l'Assurance maladie. Ce paradoxe témoigne du besoin de revoir les politiques publiques en matière de prévention, pour en faire un levier de réduction de la dépense publique et d'amélioration de la qualité de vie en bonne santé des Français et des Françaises, notamment dans le contexte de l'ouverture d'une mission ministérielle pour repenser l'articulation AMO/AMC.

La prévention est un levier incontournable et un investissement d'avenir

S'il est encore besoin de le rappeler, la prévention en santé doit permettre de réduire la survenue des pathologies aiguës comme chroniques et, sur le long terme, contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Le cabinet Asterès estime ainsi, dans une étude de 2023, que la mise en œuvre d'actions de prévention pourrait générer une réduction des dépenses annuelles

de santé de près de 16,7 milliards d'euros, et permettre un gain de vie sans maladie chronique de deux ans. Chaque année, ce sont 1,8 million de nouveaux patients que l'on peut attribuer aux facteurs de risques comportementaux (alimentation, sport, tabagisme, consommation d'alcool, surpoids, etc.). Ce sont 20 000 nouveaux cas liés au manque de dépistage des cancers (col de l'utérus, sein, colorectal, poumon) et 6 000 cas liés au manque de vaccination contre le HPV. Travailler à réduire les comportements à risque pourrait donc être bénéfique à la fois pour la santé des Français et pour l'économie du pays.

Historiquement, le système de santé français reste centré sur le soin curatif. Aujourd'hui, la France dédie une part plus faible de son budget à la prévention (2,3 %) que la moyenne de l'OCDE (3,4 %). Bien que la prévention progresse (consultations de prévention, dépistage, vaccination), elle est moins structurée, reste fragmentée entre un grand nombre d'acteurs, manque de coordination et bénéficie de budgets limités. De nombreux baromètres montrent pourtant une forte attente de la population pour davantage de prévention : plus de 9 Français sur 10 considèrent que la prévention est importante, voire prioritaire dans la politique de santé publique²⁹.

29. Sondage Opinionway pour deuxiemeavis.fr publié le 14 octobre 2025.

S'adapter aux besoins spécifiques des populations : l'exemple de la santé des femmes

Pour être efficace, la mise en œuvre de la prévention nécessite de tenir compte des spécificités de santé des populations qu'elle cible.

PLUS DE 9 FRANÇAIS SUR 10 CONSIDÈRENT QUE LA PRÉVENTION EST IMPORTANTE, VOIRE PRIORITAIRE DANS LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Prenons tout d'abord l'exemple de la santé des femmes. De multiples travaux menés par l'INSEE, la DREES, le HCE, la CNAM ou encore l'IRDES ont démontré ces dernières années que les femmes consultent plus souvent que les hommes, et ont des dépenses de santé supérieures de près de 20 % à celles des hommes à âge égal. Elles sont plus touchées par certaines maladies, par exemple cardio-vasculaires - pathologies en tête des causes de mortalité féminine -, et déclarent plus fréquemment des maladies professionnelles, comme les troubles musculosquelettiques (TMS) (54 %), ou des accidents de trajet (53 %). Elles ont des parcours de soins plus longs et fragmentés, avec des prises en charge et diagnostics plus tardifs. Elles subissent plus fréquemment des restes à charge élevés, notamment en matière de prévention et de soins non remboursés (contraception, suivi gynécologique, etc.). Ainsi, le

besoin de renforcer la prévention est d'autant plus crucial que les femmes restent exposées à des risques spécifiques qui nécessitent des actions de prévention mieux ciblées et plus ambitieuses.

Prenons maintenant l'exemple hospitalier. À l'hôpital, 80 % des hospitaliers sont des hospitalières. Les femmes sont donc non seulement exposées aux spécificités de santé féminines, mais également particulièrement exposées aux risques spécifiques de l'hôpital liés à leur métier et à leurs conditions de travail. En 2025, 56 % des soignants déclarent avoir ressenti souvent de l'anxiété, du stress, une charge mentale excessive ou des préoccupations liées à leur travail au cours des 6 derniers mois, soit 34 points d'écart par rapport aux actifs de la population générale³⁰. Ces périodes de stress ou d'anxiété ont des répercussions importantes sur le sommeil, l'alimentation et la capacité à pratiquer une activité physique. Par exemple, 89 % des professionnels de santé observent un impact sur la qualité de leur sommeil, soit 20 points de plus que le reste des actifs. Un sommeil insuffisant, des repas décalés, le travail de nuit ou l'insuffisance d'activité physique ont des répercussions sur la santé et le développement de maladies chroniques - perturbations hormonales et des fonctions métaboliques, affaiblissement immunitaire, risques cardiovasculaires accrus. Ces constats

30. Observatoire MNH/Odoxa et travaux de la Fondation MNH.

soulignent la nécessité de développer les politiques de prévention pour agir à la fois sur les déterminants de santé au quotidien et sur les comportements à risques traditionnels.

Les mutuelles affinitaires sont les mieux placées pour déployer massivement des actions de prévention ciblées et personnalisées

La santé des femmes et leurs besoins de santé et leurs spécificités sont encore insuffisamment prises en compte dans une politique de prévention structurée. Pourtant, ne pas prendre en compte ces particularités, c'est prendre le risque de prolonger les inégalités de genre dans la santé. C'est tout l'enjeu des programmes de prévention déployés aujourd'hui par les mutuelles affinitaires de manière ciblée.

La structuration des priorités est en ce sens essentielle afin de répondre aux besoins des populations. Au sein de la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH), nous avons donc dégagé des priorités alignées avec notre connaissance des hospitaliers - santé mentale et risques psychosociaux, lutte contre les TMS, sommeil, alimentation et activité physique - tout en construisant des outils précis d'aller-vers pour faciliter le dépistage des cancers féminins (sein, utérus et autres), des maladies cardiovasculaires (dépistage diabète et cholestérol

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

accompagné de conseils diététiques personnalisés) et de renforcement des compétences psychosociales.

Ce lien entre prévention et santé des femmes doit devenir central dans les débats. Les mutuelles sont prêtes à assumer un rôle central dans le déploiement de la prévention, sous réserve qu'elles soient effectivement associées à la définition d'objectifs communs de santé publique et au pilotage plus étroit du risque, dans une logique de long terme alliant meilleure efficacité du système de santé et maîtrise de l'évolution des dépenses.

“
**LES POLITIQUES
D'INTÉGRATION ET DE
PRÉVENTION DOIVENT
ÊTRE PENSÉES DANS UNE
LOGIQUE DE LONG TERME**
”

PAR

ANNE BUCHER

ANCIENNE DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA SANTÉ ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE À LA COMMISSION EUROPÉENNE ET MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR
DU CRAPS

DR CHRISTOPHE BANNERY

MÉDECIN RADIOLOGUE ET ENTREPRENEUR

CÉCILE REHBY

RESPONSABLE DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DES AFFAIRES
PUBLIQUES DE SANOFI

MOHAMED ES-SBAI

CHERCHEUR ASSOCIÉ AU LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE DE RECHERCHE
APPLIQUÉE EN ÉCONOMIE-GESTION ET SANTÉ (LIRAES) À L'UNIVERSITÉ PARIS-CITÉ

*Ce travail s'inscrit dans les activités du groupe de travail
Santé de Confrontations Europe.*

Investir en prévention

Tous les systèmes de santé sont confrontés à un fossé grandissant entre, d'une part, une demande de soins exponentielle et, d'autre part, des contraintes de ressources et une inflation des coûts. Il existe un consensus international sur le fait que résoudre cette équation exige de mettre en place des politiques de santé davantage axées sur la prévention. C'est une réponse particulièrement pertinente pour les défis actuels des politiques de santé qu'il s'agisse du vieillissement de la population ou de l'augmentation des maladies chroniques, car la prévention agit simultanément sur la demande et l'offre de soins. Malgré ce constat, cette recommandation ne reçoit pas la même attention dans tous les pays. Qu'en est-il de l'Union européenne ?

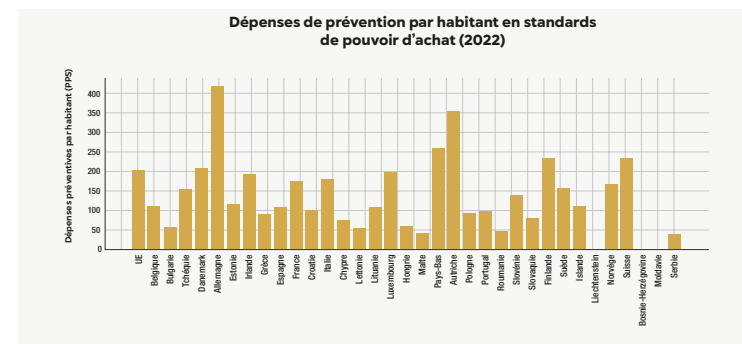
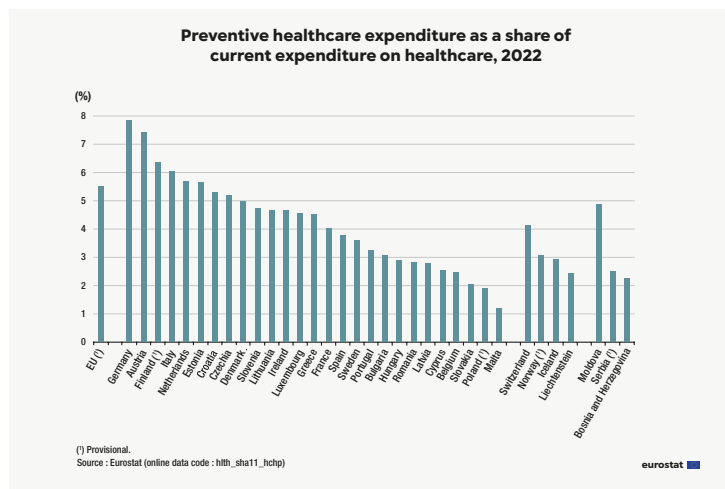
État des lieux

Connue pour la qualité de son système de soins et la couverture universelle, la France garantit à sa population une longévité parmi les plus élevées de l'UE. Mais cette bonne performance se détériore quand on considère l'espérance de vie en bonne santé. Ce décalage se retrouve sur des indicateurs plus fins :

**IL FAUDRAIT
DÉSORMAIS UN
ENGAGEMENT
POLITIQUE PLUS FORT
POUR LA PRÉVENTION
DES MALADIES
CHRONIQUES DANS LE
CADRE DU PROCHAIN
CADRE FINANCIER
PLURIANNUEL, À
L'INSTAR DE CE QUI
A ÉTÉ FAIT DANS
LE CADRE DU PLAN
CANCER**

par exemple, la France enregistre de bons résultats sur la guérison du cancer mais des taux d'incidence généralement élevés comparés à ses homologues européens. Il est dès lors légitime de s'interroger sur l'efficacité de l'allocation des financements et sur l'opportunité de donner à la prévention une priorité plus forte. En 2022, la France consacrait 4 % de

ses dépenses de santé aux soins préventifs, beaucoup moins que l'Allemagne ou les Pays-Bas, et en dessous de la moyenne UE en dépenses par habitant.



Quelques exemples concrets des bénéfices de la prévention

Les bénéfices de la prévention en santé sont multiples : de santé publique, organisationnels (efficacité des systèmes de soins) et socio-économiques (productivité, maintien de l'autonomie des séniors).

Le retour sur investissement est particulièrement évident et rapide en matière d'immunisation : chaque 1 euro dépensé en vaccination chez l'adulte génère 19 euros de valeur sociétale^{31, 32}. L'amélioration de la couverture vaccinale, en particulier chez les adultes de plus de 60-

31. OHE. *Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes*. 18 avril 2024.

32. Ratio coût-bénéfice moyen des programmes de vaccination des adultes contre la grippe saisonnière, les infections à pneumocoques, l'herpès zoster et le virus respiratoire syncytial dans dix pays (Afrique du Sud, Allemagne, Australie, Brésil, États-Unis d'Amérique, France, Italie, Japon, Pologne et Thaïlande).

65 ans, dans un contexte d'augmentation de l'âge de départ en retraite, permettrait une meilleure résilience de nos systèmes de santé, une meilleure productivité et une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. L'immunisation vis-à-vis de maladies infectieuses respiratoires (grippe, Covid-19, pneumocoques) allégerait le fardeau médical et économique de plus en plus lourd³³ dans cette tranche d'âge.

Par ailleurs, renforcer le dépistage précoce, notamment des maladies respiratoires chroniques, en hausse compte tenu du vieillissement de la population et de la pollution de l'air, améliorerait la prise en charge de ces pathologies fortement sous-diagnostiquées et représentant une part importante des hospitalisations évitables, générant ainsi des économies³⁴.

Au-delà de ces dimensions de santé publique, la prévention constitue également un levier stratégique pour désengorger les services d'urgences. Les données issues de programmes européens de soins intégrés montrent qu'un meilleur maillage de la médecine de ville, couplé à une prévention renforcée, peut réduire certaines formes de recours inapproprié aux urgences.

33. Académie nationale de médecine. Une institution dans son temps. *Rapport 23-25. Vaccination des seniors*. 7 novembre 2023.

34. Communication à la commission des Affaires Sociales du Sénat. *La santé respiratoire*. Mai 2024.

Toutefois, une récente évaluation de la Health Foundation au Royaume-Uni (2021) indique que ces effets prennent du temps à se matérialiser : dans les quatre régions étudiées, ce n'est qu'à partir de la 3^e à la 6^e année que l'on observe des signes de réduction modeste et inégale des passages à l'hôpital, principalement chez les patients de plus de 65 ans³⁵. Ces résultats soulignent que les politiques d'intégration et de prévention doivent être pensées dans une logique de long terme, avec des moyens dédiés et une évaluation continue. En France, la Cour des comptes souligne dans un rapport de 2021 qu'un déploiement massif de la prévention, combiné à des actions ciblées sur les publics fragiles, pourrait générer plusieurs milliards d'euros d'économies, tout en désaturant les services d'urgences³⁶.

Comment l'UE pourrait devenir un levier efficace

Une meilleure prise en compte de la dimension européenne, voire globale, permettrait d'optimiser l'investissement en prévention au niveau national. En premier lieu, l'UE est un acteur de la prévention au travers de réglementations européennes qui ont un

35. Lloyd, T., Conti, S., Alderwick, H., & Wolters, A. The Health Foundation. *Have integrated care programmes reduced emergency admissions ? Lessons for Integrated Care Systems (ICSs)*. 2021.

36. Cour des comptes. Communication au Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale. *La politique de prévention en santé : Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies*. Novembre 2021.

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

impact élevé sur la santé publique (taxation du tabac et de l'alcool, réglementation des produits chimiques et de l'environnement). De plus, l'UE dispose de ressources limitées mais ciblées pour soutenir les politiques nationales et d'instruments structurants comme « Beating Cancer Plan », EU4Health ou encore la réforme du Pacte de stabilité de 2024. À la suite de la crise Covid, l'UE s'est équipée d'un cadre de prévention et de préparation en matière de maladies infectieuses. Il faudrait désormais un engagement politique plus fort pour la prévention des maladies chroniques dans le cadre du prochain Cadre financier pluriannuel, à l'instar de ce qui a été fait dans le cadre du plan cancer.

“
**UNE APPROCHE ONE
HEALTH PERMET
D'AGIR PLUS TÔT, SUR
LES DÉTERMINANTS
ENVIRONNEMENTAUX, ET
D'ÉVITER UNE PARTIE DES
CAS ET DES RECHUTES**
”

PAR

PR XAVIER LESCURE

INFECTIOLOGUE À L'HÔPITAL BICHAT - CLAUDE-BERNARD

Un objectif réalisable : soigner mieux en faisant moins, mais plus tôt et ensemble

La sobriété en santé est souvent mal comprise. Elle est spontanément associée à la restriction, à la contrainte ou à une médecine « au rabais ». C'est une erreur. La sobriété n'est pas une diminution des soins, mais une réorientation de l'action sanitaire vers ce qui est réellement utile, efficace et soutenable. Dans cette perspective, le concept de One Health offre un cadre particulièrement puissant. En considérant la santé humaine, animale et environnementale comme un système unique, il permet de déplacer le regard : plutôt que de multiplier les réponses tardives, coûteuses et fragmentées, il invite à agir en amont, à la source des risques. Cette logique est au cœur même de la sobriété. Prévenir plutôt que guérir, anticiper plutôt que subir, coordonner plutôt que juxtaposer.

Prenons un exemple simple. Une infection respiratoire liée à des moisissures après une inondation n'est pas seulement un problème médical. Elle est liée à l'urbanisme, au climat, à la qualité du logement. Une réponse strictement hospitalière, aussi performante soit-elle, reste partielle et coûteuse. Une approche One Health permet d'agir plus tôt, sur les déterminants environnementaux, et d'éviter une partie des cas et des rechutes.

De la même manière, les maladies vectorielles comme la dengue ne peuvent être maîtrisées uniquement par le soin. Elles nécessitent une action coordonnée sur les moustiques, les habitats, les comportements humains. Là encore, c'est l'intégration des leviers qui produit l'efficacité.

Ainsi, le concept de One Health donne un contenu concret à la sobriété en santé : moins d'interventions tardives et lourdes, plus d'actions précoces, ciblées et coordonnées.

Des obstacles : une organisation du soin encore fondée sur l'abondance curative

Si cette approche s'impose intellectuellement, elle se heurte à des obstacles profonds.

Le premier est structurel. Les systèmes de santé restent largement organisés autour du soin curatif de plus en plus technique et spécialisé. Ils interviennent tard, lorsque la maladie est déjà installée. Cette logique, historiquement efficace, devient aujourd'hui coûteuse et insuffisante face à des risques systémiques.

Le deuxième obstacle est le cloisonnement. Les mondes médical, vétérinaire et environnemental fonctionnent encore trop souvent en parallèle. Chacun optimise

ses propres actions, mais sans articulation globale. Cette fragmentation conduit à une forme de surconsommation ; on multiplie les interventions, on redouble d'efforts sans réelle efficacité collective.

Le troisième obstacle est culturel. La médecine moderne s'est construite sur une promesse de puissance technique et d'intervention. La sobriété peut alors être perçue comme un recul, alors qu'elle est en réalité une montée en anticipation, en précision et en pertinence.

Le quatrième obstacle est économique. Les systèmes actuels valorisent davantage l'acte que la prévention. Or, la sobriété repose sur des actions souvent invisibles, dont les bénéfices sont différés, plus difficiles à valoriser dans le cadre d'une tarification à l'activité.

Enfin, un obstacle plus subtil est celui de la visibilité des risques. Certaines menaces, notamment fongiques, environnementales ou liées à l'exposome³⁷, restent

**LES MONDES MÉDICAL,
VÉTÉRIINAIRE ET
ENVIRONNEMENTAL
FONCTIONNENT
ENCORE TROP
SOUVENT EN
PARALLÈLE.
CHACUN OPTIMISE
SES PROPRES
ACTIONS, MAIS
SANS ARTICULATION
GLOBALE**

37. L'exposome est l'ensemble des expositions chimiques, physiques, biologiques et sociales auxquelles un individu est soumis tout au long de sa vie.

sous-estimées. Pourtant, elles illustrent parfaitement l'intérêt d'une approche sobre : agir tôt, sur les milieux, pour éviter des prises en charge lourdes et souvent tardives.

Des pistes concrètes : faire de l'approche de One Health un levier de sobriété

Pour passer du principe à l'action, plusieurs orientations peuvent être proposées.

1. Replacer la prévention au centre du système

La sobriété implique de déplacer le point d'intervention en surveillant les différents secteurs de façon articulée : environnement (eau, air, sols), veille sur les réservoirs animaux, intégration des données climatiques et écologiques. Regarder en amont permet d'anticiper et de réduire le recours à des traitements complexes et coûteux.

2. Développer des approches intégrées et territoriales

Le concept de One Health prend tout son sens à l'échelle des territoires en incitant une coordination entre services de santé, collectivités, acteurs agricoles et environnementaux, en induisant des interventions combinées (humaines, animales, environnementales)

et en impliquant une adaptation aux contextes locaux. La sobriété naît ici de la cohérence des actions, non de leur réduction.

3. S'appuyer sur des thématiques emblématiques

Certaines problématiques incarnent particulièrement bien cette approche. L'émergence des infections fongiques en est un bon exemple : agents issus de l'environnement, ils sont influencés par le changement climatique, ils sont pathogènes pour les animaux et les populations humaines vulnérables et ils peuvent développer des résistances liées à l'usage de certains produits en milieu agricole. Ces infections montrent que ne pas agir sur l'environnement conduit à une escalade thérapeutique, parfois coûteuse et d'efficacité restant limitée. À l'inverse, une approche intégrée permet de réduire la pression infectieuse en amont, ce qui constitue une forme de sobriété systémique.

4. Transformer les formations et les pratiques

La sobriété ne peut émerger sans transformation des compétences : il s'agit de décloisonner les formations médicales, vétérinaires et environnementales, développer un cursus One Health et diffuser une culture commune de la prévention et de l'interdisciplinarité.

5. Réorienter les indicateurs de performance

Mesurer uniquement l'activité de soin entretient une logique d'abondance. La sobriété suppose de valoriser la réduction des risques, la prévention en santé, la résilience des territoires et l'équilibre des écosystèmes.

Conclusion

La sobriété en santé ne consiste pas à faire moins, mais à faire autrement, et souvent mieux avec moins. Elle invite à sortir d'une logique de réponse tardive et fragmentée pour construire une action plus précoce, plus cohérente et in fine plus efficace.

Le concept de One Health fournit le cadre intellectuel et opérationnel pour cette transformation. En reconnectant les santé humaine, animale et environnementale, il permet de réduire les interventions inutiles, de prévenir des crises évitables et de restaurer une forme d'équilibre dans notre rapport au vivant. Dans un monde de ressources contraintes et de risques croissants, la sobriété n'est plus une option, elle devient une condition de la soutenabilité des systèmes de santé. L'approche de One Health n'en est pas seulement l'illustration. Il en est l'un des outils les plus aboutis.

4. TRANSFORMER LES ORGANISATIONS : LA SOBRIÉTÉ EN PRATIQUE

Libérer du temps, décloisonner, coopérer

La sobriété en santé dépend autant des pratiques de soins que des conditions de travail en commun et de la manière dont le système est organisé. Des organisations fragmentées, cloisonnées et rigides produisent mécaniquement de la surconsommation : redondances d'actes, ruptures de parcours, perte de temps clinique et épuisement des équipes. À l'inverse, des organisations pensées autour des besoins réels des patients et des populations ouvrent des marges de manœuvre.

Les contributions de ce chapitre illustrent comment la sobriété se construit par la coopération interprofessionnelle, la délégation de tâches, la coordination des parcours et une meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Ces transformations ne relèvent pas de la rationalisation aveugle, mais d'un schéma organisationnel pensé, qui doit s'inscrire dans le temps. Il s'agit également d'un mouvement collectif, que chaque acteur du système de soins doit mener de son côté, dans une logique de transformation continue.

Ainsi, la sobriété organisationnelle constitue un levier central pour améliorer simultanément la qualité des prises en charge, l'attractivité des métiers et la soutenabilité du système. Faire mieux avec les ressources existantes relève de la responsabilité collective, et non d'une contrainte subie.

“
**LA SOBRIÉTÉ ÉCOLOGIQUE
DEVIENT UN IMPÉRATIF
POUR GARANTIR LA
PÉRENNITÉ DU MODÈLE
DE SANTÉ FRANÇAIS**

”

PAR

ANNE-MARIE ARMANTERAS

PRÉSIDENTE DE L'AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX (ANAP)

STÉPHANE PARDOUX

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ANAP

Les « éco-soins » : allier pertinence et écologie pour un système de santé plus durable

Dans un contexte où notre système de santé doit répondre à des exigences sans cesse croissantes (tensions budgétaires, pénurie de professionnels, hausse de la demande), la sobriété écologique devient un impératif pour garantir la pérennité du modèle de santé français.

Elle constitue un levier précieux pour préserver la qualité des prises en charge et maîtriser l'impact économique et environnemental des organisations hospitalières. Ainsi, le système de santé doit plus que jamais intégrer la pertinence clinique, l'efficacité organisationnelle et la dimension environnementale comme axes structurants et complémentaires de sa performance globale.

Les « éco-soins », ou soins écoresponsables, incarnent cette ambition. Ces soins délivrés de manière moins impactante pour l'environnement visent une prise en charge à qualité, sécurité et pertinence au moins égale aux autres types de prise en charge. Ce faisant, ils replacent la décision médicale au cœur de ce qui est nécessaire pour le patient.

SELON LES TRAVAUX DE L'ASSURANCE MALADIE, ON ESTIME AUJOURD'HUI QUE 20 À 30 % DES ACTES MÉDICAUX PRÉSENTENT UN CARACTÈRE SUPERFLU OU INAPPROPRIÉ

La pertinence des soins : un déterminant majeur de la sobriété en santé

Le maillon essentiel des « éco-soins » repose sur la pertinence clinique. Selon les travaux de l'Assurance maladie, on estime aujourd'hui que 20 à 30 %

des actes médicaux présentent un caractère superflu ou inapproprié. Ces actes non pertinents génèrent une surconsommation de ressources (examens, énergie, dispositifs médicaux, temps soignant), entraînant un gaspillage non seulement financier, mais aussi humain et écologique, sans oublier les répercussions sur la qualité de la prise en charge.

Diminuer la part de ces actes, favoriser ceux qui ont le moins d'impact sur l'environnement ou encore fluidifier les parcours constituent un gisement important de sobriété. De manière simultanée, cette démarche améliore la qualité des soins prodigués, allège la pression opérationnelle sur les équipes et réduit la consommation énergétique et matérielle associée à chaque prise en charge.

Les « éco-soins » : concilier qualité, économie et écologie dans les pratiques

Intégrer les soins écoresponsables au quotidien des établissements ouvre des perspectives concrètes pour concilier qualité des prises en charge et sobriété hospitalière. Ainsi, plusieurs actions et initiatives, parfois totalement inédites, ont déjà été mises en œuvre dans certains établissements. Ces démarches ne sont pas seulement le fruit d'orientations institutionnelles : elles traduisent également l'engagement grandissant des professionnels, qui portent une volonté forte de faire évoluer leurs pratiques vers une plus grande responsabilité environnementale.

Au CHU de Rouen, par exemple, le desflurane, gaz utilisé pour l'anesthésie générale, a été supprimé avec, à la clé, 950 tonnes équivalent CO₂ et plus de 100 000 euros économisés en 2021. Au centre hospitalier de la Côte Basque, on favorise l'administration du paracétamol par voie orale plutôt que par intraveineuse au profit de 56 kg équivalent CO₂ et 10 h 45 de temps infirmier économisés chaque mois (ce mode d'administration s'est également avéré 40 % moins coûteux). Au centre hospitalier de Dieppe, la mise en place de deux jours de téléconsultation par semaine, sur 45 semaines par an, a permis de réduire l'impact environnemental de l'établissement de 30 tonnes équivalent CO₂. Aussi,

alors que les médicaments et dispositifs médicaux sont à l'origine de 40 % des émissions de gaz à effet de serre du système de santé avec 16,5 millions de tonnes équivalent CO₂ (9,1 pour les médicaments, 7,4 pour les DM), le CHU de Besançon a mis en place une nouvelle logistique reposant sur un surétiquetage des médicaments avec, à la clé, 600 000 euros supplémentaires de médicaments non utilisés recyclés en une année et, au global, 1,8 million d'euros de médicaments réinjectés dans le circuit de dispensation.

Ces changements de pratiques ne relèvent pas de simples ajustements techniques. Ils reposent sur un travail scientifique important de la part des sociétés savantes et impliquent une évolution culturelle profonde dans les façons de fonctionner au sein des établissements : révision des protocoles de prise en charge, formation continue des équipes, utilisation optimale de la donnée pour documenter les résultats et orienter les priorités, ou encore organisation des soins repensée pour inscrire la performance environnementale au cœur même de la qualité des soins.

La nécessité de repenser les organisations et d'accompagner les professionnels

Engager cette transformation systémique au sein des établissements suppose d'accompagner l'ensemble des

professionnels dans l'optimisation de leurs pratiques. C'est là tout le sens de la mission et des nombreux travaux de l'Anap, qui équipe les établissements de référentiels, de retours d'expérience du terrain et d'outils techniques clés en main. À ce titre, le premier référentiel national pour la mise en place de blocs écoresponsables³⁸, co-publié par l'Anap et le Collectif écoresponsabilité en santé (CERES), en collaboration avec les sociétés savantes de spécialités comme la Société française d'anesthésie et de réanimation, répond à cet enjeu en offrant aux professionnels du bloc opératoire une synthèse de 50 recommandations opérationnelles visant à réduire l'empreinte écologique des blocs, tout en permettant la réalisation d'économies et en garantissant un haut niveau de qualité des soins.

Une transformation pour assurer l'avenir

Intégrer les « éco-soins » dans sa pratique ne se résume donc pas à changer les protocoles : c'est aussi et surtout transformer une culture du soin et un savoir-faire. Et parce que la sobriété en santé exige un engagement collectif, cette transformation doit être portée à tous les niveaux ; aussi bien à l'échelon du corps médical que dans les instances de direction des établissements, dans les cellules d'achats, dans la formation, et au cœur des discussions stratégiques de chacun d'eux.

38. Anap. *Premier référentiel national pour un bloc éco-responsable*. 4 novembre 2025.

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

Les « éco-soins » préfigurent la santé de demain : une prise en charge plus responsable et plus sûre, condition d'un modèle soutenable. Les plus de 70 initiatives de soins écoresponsables recensées par l'Anap montrent que cette transition est non seulement possible, mais déjà engagée.

“
**LA SOBRIÉTÉ EST UN
CHEMIN EXIGEANT,
PARFOIS COMPLEXE,
MAIS TOUJOURS PORTEUR
DE PROGRÈS : ELLE
GÉNÈRE DES ÉCONOMIES
DURABLES, FAVORISE
L'INNOVATION ET
RENFORCE LE SENS DE
NOS ACTIONS**
”

PAR

ZAYNAB RIET

DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)

À l'aube du franchissement de la septième limite planétaire, et face à l'urgence climatique, aux tensions sur les ressources et les produits de santé, mais aussi aux limites structurelles des systèmes de santé, la sobriété devient une nécessité.

Loin de mettre en péril le bien-être, le soin ou même la consommation dans son ensemble, elle invite à repenser en profondeur nos pratiques pour concilier qualité des soins, bon fonctionnement des établissements, viabilité économique et responsabilité environnementale. La FHF s'engage pleinement dans cette transformation écologique du système de santé, en mobilisant les établissements de santé et médico-sociaux publics autour de leviers concrets et d'une vision partagée : celle d'un système de santé plus sobre.

1. La pertinence des soins comme socle de la sobriété

La sobriété commence dans l'acte de soin. Elle interroge la finalité de chaque examen, chaque traitement, chaque prescription, chaque dispensation, chaque acte. Est-ce utile ? Est-ce la meilleure option, y compris du point de vue de son impact environnemental ? Ces questions sont au cœur de la trentaine de webinaires diffusés par la FHF depuis mars 2022 et du Prix de thèse sur la pertinence des soins et des parcours remis tous les deux ans par la FHF, qui récompense des travaux de recherche

éclairant de nouveaux chemins : éco-prescription, évaluation du bénéfice médical réel d'examens ou d'interventions, optimisation des parcours pour éviter les actes redondants ou encore les transports évitables (particulièrement nombreux et coûteux en France)...

Cette démarche s'inscrit dans une dynamique globale de qualité des soins : à qualité et sécurité égale, des actes moins impactants et plus pertinents.

2. Moins acheter, mieux acheter

L'acte d'achat est un levier stratégique majeur, le rapport de The Shift Project l'a bien décrit en lui attribuant l'essentiel des émissions de gaz à effet de serre du secteur³⁹. La FHF a formulé, dans ses 50 propositions de novembre 2023, un appel clair : acheter moins, acheter mieux.

Cela suppose de sortir d'une logique de surconsommation pour privilégier la durabilité, la réparabilité, la mutualisation et l'économie circulaire en général (réutilisation, revente, don, achat d'occasion...), autant de concepts qui ont un impact économique et environnemental positif pour ceux qui les pratiquent.

39. Décarboner le système de santé. Avril 2023.

3. Lutter contre tous les gaspillages

La sobriété, c'est aussi traquer le gaspillage sous toutes ses formes : gaspillage alimentaire dans la restauration hospitalière, gaspillage de médicaments à l'hôpital (étude RésOMÉDIT-C2DS sur les médicaments jetés à l'hôpital, septembre 2025)

et en ville (rapport de la Cour des comptes sur le bon usage des produits de santé, septembre 2025), gaspillage de dispositifs médicaux ou encore gaspillage des ressources (eau, énergie).

L'exemple des produits de santé est symptomatique d'une inaction structurelle : environ 9 000 tonnes de médicaments non utilisés sont incinérées chaque année par Cyclamed sur un gisement de 13 à 14 000 tonnes, des millions de dispositifs médicaux sont jetés chaque année (pansements, béquilles, attelles...). Un décret du 17 mars 2025 a donné un début d'encadrement à la remise en bon état d'usage pour certains d'entre eux, mais de nombreux textes sont encore attendus avant de pouvoir engager cette action. À cela s'ajoutent

**DE NOMBREUX
ÉTABLISSEMENTS
PUBLICS MONTRENT
LA VOIE, EN METTANT
EN ŒUVRE DES
PLANS DE SOBRIÉTÉ
ÉNERGÉTIQUE OU
DES DÉMARCHES
DE RÉDUCTION DES
CONSOUMMATIONS
D'EAU, PARFOIS
AVEC DES RÉSULTATS
SPECTACULAIRES**

des durées de péremption courtes, des prescriptions (et des délivrances) parfois inadaptées, l'absence de généralisation de la dispensation à l'unité...

4. Énergie et eau : des ressources précieuses à préserver

Les établissements de santé sont logiquement des consommateurs intensifs d'énergie et d'eau. Cependant, des marges de progrès significatives existent. La rénovation thermique des bâtiments ; l'installation d'équipements sobres ; le pilotage énergétique et la sensibilisation des équipes permettent de concilier confort, sécurité et réduction d'impact.

De nombreux établissements publics montrent la voie, en mettant en œuvre des plans de sobriété énergétique ou des démarches de réduction des consommations d'eau, parfois avec des résultats spectaculaires. Les établissements lauréats du Prix de la transition écologique en santé de la FHF attestent également de solutions innovantes. Mais un plan de rénovation énergétique massif ne pourra se faire sans moyens : si la sobriété dans les soins ou la lutte contre le gaspillage alimentaire peuvent générer des économies financières, l'IGAS chiffrait dans son rapport sur la transition énergétique des établissements sanitaires (2023) à plus de 500 millions d'euros par an jusqu'en 2050

l'investissement nécessaire pour répondre aux enjeux du décret tertiaire.

La transition écologique du système de santé est l'affaire de toutes et tous : professionnels de santé, patients, industriels, associations d'usagers, gestionnaires, pouvoirs publics. Elle appelle une mobilisation transversale. La sobriété est un chemin exigeant, parfois complexe, mais toujours porteur de progrès : elle génère des économies durables, favorise l'innovation et renforce le sens de nos actions. Elle est au cœur de notre responsabilité collective : envers les générations futures, envers les professionnels du soin et envers les usagers du système de santé.

La FHF continuera d'accompagner cette dynamique, de valoriser les établissements engagés, d'outiller les équipes de terrain et de porter, auprès des pouvoirs publics, une parole forte : oui, un système de santé sobre est non seulement possible, mais indispensable.

“
**SOBRIÉTÉ DOIT RIMER
AUSSI AVEC INNOVATION :
NUMÉRIQUE,
ORGANISATIONNELLE ET
THÉRAPEUTIQUE**
”

PAR

ARNAUD JOAN-GRANGÉ

DIRECTEUR DE L'OFFRE DE SOINS ET DES PARCOURS DE SANTÉ DE LA
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS SOLIDAIRES (FEHAP)

*Une sobriété en santé au service d'un système durable
et solidaire*

La transformation de notre système de santé ne peut se concevoir sans une approche qui conjugue qualité des soins, efficacité des ressources et respect des personnes. Confrontés de longue date à une pression financière soutenue, puis à une pénurie croissante de professionnels, les établissements ont déjà dû apprendre à composer avec la rareté de leurs ressources. À cette double contrainte s'ajoute désormais le défi climatique. La prise de conscience des limites planétaires et des risques de rupture en énergie, en eau ou en approvisionnements essentiels appelle les établissements à anticiper des fragilités nouvelles et à se préparer à affronter de nouvelles crises - climatiques, mais aussi épidémiques ou informationnelles - dans un contexte de ressources durablement contraintes.

Ces évolutions appellent plus que jamais les acteurs à s'inscrire dans une logique de sobriété, condition d'un système de santé durable et résilient.

La sobriété en santé ne doit pas signifier « moins soigner », mais « mieux soigner » : éviter les actes et les prescriptions inutiles, réduire les ruptures de parcours, et intégrer les dimensions environnementales et sociales à chaque étape de la prise en charge. Ce principe de

CE PRINCIPE DE SOBRIÉTÉ S'APPLIQUE AUX SOINS MAIS ÉGALEMENT AUX ORGANISATIONS EN PRIVILÉGIANT DES MODÈLES ORGANISATIONNELS SOUPLES, COOPÉRATIFS, ET CENTRÉS SUR LA VALEUR RÉELLEMENT CRÉÉE POUR LE PATIENT

sobriété s'applique aux soins, mais également aux organisations, en privilégiant des modèles organisationnels souples, coopératifs, et centrés sur la valeur réellement créée pour le patient.

Le modèle privé solidaire porté par la FEHAP est un levier pertinent pour atteindre cette ambition.

Présent sur l'ensemble du

parcours de soins avec plus de 6 000 établissements et services - du domicile à l'hospitalisation, en passant par le médico-social - implantés sur tous les territoires, il favorise une vision globale, centrée sur la personne et son projet de vie. Cette approche multi-champs permet de dépasser la logique de silos et favorise une véritable continuité du parcours, intégrant prévention, soins, accompagnement et réinsertion.

Sobriété doit rimer aussi avec innovation : numérique, organisationnelle et thérapeutique. Les outils digitaux, lorsqu'ils sont pensés comme des facilitateurs et non comme des « gadgets », contribuent à fluidifier les échanges entre professionnels, réduire les déplacements

inutiles et faciliter le maintien à domicile. Ils peuvent être un vecteur de coordination, d'accès aux soins et d'autonomie, à condition d'être déployés avec cohérence et équité.

Des obstacles structurels et culturels à lever

Malgré les avancées, plusieurs freins persistent. D'abord, la fragmentation de l'offre et des dispositifs : malgré les initiatives en faveur de la coordination et de l'accès aux soins, le paysage organisationnel de la santé reste complexe et souvent peu lisible pour les patients et les professionnels eux-mêmes.

À cela s'ajoute une offre numérique encore insuffisamment mature pour soutenir pleinement la fluidification des parcours et le partage efficace de l'information. Les professionnels de santé se heurtent à un environnement numérique morcelé, sans interopérabilité insuffisante, qui complexifie leur pratique quotidienne. Les patients, quant à eux, disposent d'outils aux fonctionnalités souvent limitées et inadaptés à leurs besoins ou à leur niveau de littératie numérique.

Ensuite, la culture de la performance quantitative, héritée d'un financement fondé sur le volume de soins, reste un obstacle majeur à la sobriété. Elle

encourage la multiplication des actes et séjours plutôt que la pertinence des soins. Cette logique, couplée à des tensions financières accrues, rend difficile l'investissement dans des solutions de moyen ou de long terme, qu'il s'agisse de prévention, de coordination des professionnels ou de transition écologique.

Enfin, l'absence d'une ambition commune clairement partagée entre les acteurs fragilise la dynamique de transformation. Les politiques publiques manquent encore d'une vision résolument intégrée de la santé, articulant sanitaire, médico-social, social et médecine de ville. Les initiatives restent dispersées, sans cadre global permettant de définir les responsabilités et les « terrains de jeu » de chacun. Cette situation entretient des logiques de concurrence entre acteurs, souvent contreproductives au regard des besoins des populations et des territoires.

Construire une stratégie collective et responsable

Pour faire de la sobriété en santé un pilier de notre système, plusieurs leviers doivent être activés :

- Réaffirmer une ambition nationale claire, inscrite dans une loi de programmation en santé, qui fixe des objectifs pluriannuels de pertinence des soins, de réduction des inégalités et de transition écologique ainsi

que les moyens de les atteindre. Cette ambition doit reconnaître le rôle essentiel des acteurs non lucratifs comme garants de l'intérêt général et de la continuité des parcours ;

- Formaliser une politique globale de e-santé, définissant l'articulation entre projets, l'interopérabilité des outils et des standards exigeants de sécurité et d'éthique notamment pour les usages de l'intelligence artificielle. Cette politique doit inclure un plan massif de formation des professionnels et d'accompagnement des usagers, pour éviter une fracture numérique qui deviendrait une fracture sanitaire ;

- Promouvoir des modèles organisationnels sobres et agiles, fondés sur la coopération territoriale, la mutualisation des ressources, l'intégration des parcours et la simplification des procédures. Le modèle FEHAP - qui conjugue non-lucrativité, ancrage territorial et capacité à innover - illustre la pertinence de cette approche et constitue un levier puissant pour accélérer la transformation du système ;

- Intégrer pleinement la dimension environnementale dans le pilotage du système de santé, en finançant la transition écologique des établissements, en développant des référentiels robustes de mesure des impacts, en créant les incitatifs nécessaires au

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

déploiement à grande échelle des pratiques vertueuses : juste prescription, achats responsables, limitation de l'usage unique, maîtrise des consommations d'eau et d'énergie et promotion d'une alimentation durable ;

- Faire émerger une véritable culture de la prévention et de la sobriété tant chez les professionnels que chez les patients en insistant sur les co-bénéfices économiques - environnementaux - santé des actions de prévention et de promotion de la santé, en intégrant ces enjeux à la formation initiale de tous les professionnels et en renforçant la capacité des usagers à comprendre, choisir et s'orienter.

La sobriété en santé n'est pas une contrainte, mais une opportunité : celle de bâtir un système plus juste, plus efficace et plus respectueux des personnes et de la planète. Le modèle non lucratif et multi-champs de la FEHAP en est l'incarnation concrète, capable de conjuguer innovation, solidarité et responsabilité.

“
**LA MISE EN PLACE
DE L'INNOVATION
ORGANISATIONNELLE
« DIAGNOSTIC EN UN
JOUR » (D1J) POUR LES
PATHOLOGIES HÉPATO-
BILIO-PANCRÉATIQUES
EST UN EXEMPLE DE
MODÈLE ÉCONOMIQUE
VIABLE ET EFFICACE**
”

PAR

DR ZINEB CHERKAOUI

CHIRURGIEN VISCÉRAL ET DIGESTIF AUX HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG

Tendre vers un système de santé plus sobre et, par conséquent, plus économique et écologique nécessite une nouvelle réorganisation de nos parcours de soins. Pour les améliorer, il convient :

- de les rendre plus accessibles et plus lisibles pour les patients et les professionnels de santé ;
- de les optimiser afin d'éviter la redondance des consultations des examens complémentaires et, de ce fait, des transports ;
- d'établir le bon diagnostic dans le bon délai pour une prise en charge adaptée.

Aujourd'hui, patients et professionnels de santé peuvent être confrontés à une errance médicale avec des défauts d'adressage vers les bons professionnels de santé. S'ensuit alors une multiplication des rendez-vous médicaux, paramédicaux et des imageries avant d'entrer dans le bon parcours de soins avec parfois des retards de prise en charge.

La mise en place de l'innovation organisationnelle « Diagnostic en un jour » (D1J) pour les pathologies hépato-bilio-pancréatiques est un exemple de modèle économique viable et efficace mettant le patient au centre de la prise en charge et permettant un accès rapide

et adéquat. L'objectif étant de prendre en charge les patients présentant une pathologie du foie, du pancréas et/ou des voies biliaires dans les meilleurs délais et d'établir en un jour le diagnostic avec l'élaboration d'un plan de soins approprié. La réduction du délai au diagnostic est un défi majeur, notamment pour les patients atteints de néoplasies. C'est dans ce contexte qu'est né en janvier 2017 le parcours de soins accéléré D1J pour les lésions hépato-bilio-pancréatiques⁴⁰. Ce parcours repose sur une équipe multidisciplinaire complémentaire. Tout d'abord, une secrétaire médicale constitue le premier contact avec le patient, s'assure de lui garantir un rendez-vous dans les meilleurs délais, l'informe du déroulé de la journée et lui fournit tous les supports d'information nécessaires. Le jour du D1J, la consultation auprès d'un chirurgien hépato-bilio-pancréatique a lieu, synthétisant l'ensemble de l'histoire de la maladie, les explorations déjà réalisées, qu'il complète le jour même par une imagerie et/ou réinterprétation radiologique si nécessaire. À l'issue de cette journée, le diagnostic est posé dans 83 % des

cas⁴¹ et le plan de soins est établi. Une consultation d'anesthésie est réalisée si une chirurgie est envisagée. Une consultation d'annonce par une infirmière formée a lieu en cas de cancer. Une consultation diététique est aussi proposée si besoin. Une infirmière coordinatrice est présente pour accompagner le patient tout au long de cette journée.

**LE D1J EST UN
EXEMPLE DE PARCOURS
À DIFFUSER, CAR
IL ILLUSTRÉ LA
POSSIBILITÉ D'UNE
GESTION OPTIMALE
DES RESSOURCES
HUMAINES, UNE
RÉDUCTION
DES IMPACTS
ENVIRONNEMENTAUX
AINSI QU'UN ÉQUILIBRE
DES FINANCES**

Après la mise en place de cette innovation organisationnelle D1J, nous avons évalué les résultats cliniques et économiques de ce parcours.

Tout d'abord, nous avons établi avec précision la durée en jours jusqu'au diagnostic du D1J comparativement à une population similaire du même centre selon le parcours classique. Le nombre de déplacements des patients a également été évalué puis enfin le coût de

40. Pessaux P, Faucher V, Cuny R, Stephan M, Klein F, González C, Blanes S, Leost E, Delattre B, Lugiez C. *One-day diagnosis for hepatobiliary and pancreatic lesions: An innovative patient-centered care pathway organization.* J Visc Surg. 2018 Dec;155(6):439-443. doi: 10.1016/j.jvisurg.2018.02.005. Epub 2018 Feb23.

41. Cherkaoui Z, Seeliger B, Faucher V, Biermann C, Kock A, Pessaux P. *Evaluation of an Innovative Care Pathway in the Diagnostic and Therapeutic Management of Hepatobiliary and Pancreatic Pathologies: « One-Day Diagnosis ».* J Pers Med. 2022 Dec 21;13(1):12. doi: 10.3390/jpm13010012. PMID: 36675672; PMCID: PMC9862097.

ce nouveau parcours accéléré. Et ceci grâce à une étude comparative de 330 patients ayant suivi un « parcours D1J » entre janvier 2017 et avril 2019 versus 152 patients ayant été pris en charge selon un « parcours classique » entre novembre 2014 et novembre 2015.

L'étude comparative évaluant le parcours innovant du D1J a mis en évidence un diagnostic établi dans 83 % des cas dans le bras D1J contre 68,4 % des cas dans le bras « parcours de soins classique » ($p=0.0005$). Une prise en charge diagnostique et thérapeutique accélérée a été soulignée dans le groupe « parcours de soins D1J » comparativement au groupe « parcours de soins classique » : 1J vs 15J ($p<0.0004$). De plus, les patients nécessitant une chirurgie et ayant eu une consultation d'anesthésie le même jour que la consultation chirurgicale ont eu une intervention chirurgicale dans un délai deux fois plus court que ceux n'ayant pas pu consulter un anesthésiste durant la même journée ($p<0.001$).

Les patients ayant suivi le parcours D1J ont répondu à la fin de la journée à un questionnaire de satisfaction avec 94 % se disant satisfaits.

Par ailleurs, l'évaluation managériale de ce modèle a mis en évidence le rôle central du coordinateur de parcours de soins qui a permis la mise en route de cette innovation

mais également sa mise en orbite en inscrivant ce programme dans une routine professionnelle⁴².

Finalement, le modèle de parcours accéléré D1J pour les pathologies hépato-bilio-pancréatiques et notamment néoplasiques répond aux besoins et problématiques de santé publique de prise en charge accélérée des pathologies cancéreuses afin d'améliorer leurs pronostics sans mise en évidence de surcoût. Ce parcours permet un accès rapide et adapté aux soins nécessaires tout en tendant vers un équilibre entre besoins et ressources disponibles. Le D1J est un exemple de parcours à diffuser, car il illustre la possibilité d'une gestion optimale des ressources humaines, d'une réduction des impacts environnementaux ainsi que d'un équilibre des finances.

42. Cherkaoui Z, Merdinger-Rumpler C, Pessaux P, Lemaire C. *Changing Practices for an Innovative Care Pathway, the Mediating Role of the Coordinator*. Journal of Change Management 2023. doi: 10.1080/14697017.2023.2256743

“
**L'UN DES SECTEURS
CHARGÉS DE PROTÉGER
LA VIE CONTRIBUE
SIGNIFICATIVEMENT ET
INDIRECTEMENT À LA
DÉTÉRIORER**
”

PAR

RAPHAËL CANONNE

ANCIEN RESPONSABLE DE PLAIDOYER À LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE
DES ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (IFMSA)

Dix ans après l'adoption des accords de Paris, le constat est sans appel : le climat continue de se dérégler à un rythme inédit, et les trajectoires actuelles demeurent largement insuffisantes pour contenir le réchauffement sous les 1,5°C. Multiplication des vagues de chaleur, intensification des catastrophes naturelles, recrudescence des maladies vectorielles : les impacts s'en font sentir partout, et l'urgence climatique n'est plus discutée, elle s'impose⁴³.

C'est dans ce contexte que, lors de la COP 30, la France annonce l'endossement officiel du Plan d'action de Belém, une feuille de route visant à adapter le secteur de la santé au changement climatique. Mais surtout, une reconnaissance explicite que la santé ne peut plus rester spectatrice : elle est à la fois victime et contributrice de la crise actuelle, et doit donc jouer pleinement son rôle dans la réponse globale⁴⁴.

Le constat est sans équivoque. En France, les soins représentent environ 8 % des émissions nationales de gaz à effet de serre, tandis qu'à l'échelle mondiale, le secteur de la santé pèse près de 4,6 % des émissions globales. Le paradoxe est frappant : l'un des secteurs chargés de protéger la vie contribue significativement

43. IPCC. *Climate Change 2023 Synthesis Report*. IPCC. 2023.

44. COP30 Brasil. *Delivering the Belém Health Action Plan*. 2025

UN DES CADRES LES PLUS PROMETTEURS POUR ARTICULER CETTE TRANSITION EST CELUI DU CONCEPT DE ONE HEALTH (UNE SEULE SANTÉ), QUI RECONNAÎT LES LIENS ÉTROITS ET INTERDÉPENDANTS ENTRE LA SANTÉ HUMAINE, ANIMALE ET ENVIRONNEMENTALE

et indirectement à la détériorer.

Dès lors, la transition de nos pratiques de soin vers une sobriété à la fois écologique, éthique et systémique apparaît non seulement comme un impératif, mais comme une opportunité. Réduire l'empreinte environnementale du système de santé, ce n'est

pas restreindre l'accès ou la qualité des soins, c'est repenser leur pertinence, leur efficacité et leur impact. Mais comment passer de la déclaration d'intention à l'action concrète ?

Un des cadres les plus prometteurs pour articuler cette transition est celui du concept de One Health (Une seule santé), qui reconnaît les liens étroits et interdépendants entre la santé humaine, animale et environnementale. Promu entre autres par l'OMS, ce cadre propose une approche intégrée pour prévenir les maladies, protéger les écosystèmes et renforcer la résilience collective. La France s'y inscrit activement, en annonçant l'organisation d'un Sommet mondial

One Health en 2026, avec pour ambition d'élaborer un agenda opérationnel partagé.

Mais au-delà du principe, ce sont des mesures concrètes et sobres qui peuvent d'ores et déjà être mises en œuvre :

- Rationaliser les prescriptions en évitant les examens inutiles, en privilégiant les traitements à plus faible impact environnemental pour une efficacité équivalente, et en renforçant les alternatives non médicamenteuses (activité physique, nutrition, psychothérapie). Plusieurs experts identifient cette sobriété de prescription comme l'un des leviers les plus simples et efficaces de décarbonation du système de santé⁴⁵ ;

- Poursuivre la réduction d'usage des antibiotiques en santé humaine et vétérinaire afin de freiner l'antibiorésistance, un phénomène largement documenté par l'OMS⁴⁶. Sur ce point, les campagnes de sensibilisation comme « Les antibiotiques, c'est pas automatique » ont déjà montré leur efficacité, avec une

45. Le Monde. *Pour engager la transition écologique du système de santé, la sobriété de prescriptions est le levier le plus simple et efficace*. Tribune. Collectif. 13 janvier 2025.

46. World Health Organization : WHO. *L'OMS met en garde contre une résistance généralisée aux antibiotiques courants dans le monde*. 13 octobre 2025.

baisse d'environ 24 % de la consommation en 3 ans après diffusion en France⁴⁷ ;

- Privilégier les dispositifs médicaux réutilisables ou reconditionnés, notamment au bloc opératoire, permet de diminuer l'empreinte carbone par rapport au tout-jetable. Les analyses de cycle de vie montrent une réduction systématique des impacts environnementaux, parfois d'un ordre de grandeur, lorsqu'on passe au réutilisable⁴⁸ ;

- Réduire l'utilisation des gaz anesthésiques fortement émetteurs, comme le protoxyde d'azote ou le desflurane, constitue un levier majeur : leur impact climatique est très élevé, et des alternatives existent dans de nombreux cas selon les sociétés savantes d'anesthésie⁴⁹.

Il existe également d'autres leviers de sobriété recommandés par plusieurs instances internationales, et dont l'efficacité est bien démontrée :

47. Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques. *Tous ensemble, sauvons les antibiotiques*. 2015.

48. Health Care Without Harm Europe. *On the road to circular healthcare - reusing medical devices*. 25 mars 2021.

49. Devlin-Hegedus, J. A., McGain, F., Harris, R. D., & Sherman, J. D. *Action guidance for addressing pollution from inhalational anaesthetics*. *Anaesthesia*, 77(9), 2022. 1023-1029.

- L'optimisation du tri, du conditionnement, de la traçabilité et de la gestion des déchets hospitaliers peut fortement réduire les émissions liées à leur incinération. C'est, selon l'OMS, une mesure essentielle à prendre par les établissements de soin dans l'objectif d'une santé durable⁵⁰ ;

- Intégrer la dimension environnementale dans la formation et les pratiques cliniques des professionnels de santé doit devenir une priorité. Ainsi, le Plan National Santé-Environnement 4 du ministère de la Santé identifie explicitement la formation des soignants comme une action centrale de sa stratégie⁵¹ ;

- Privilégier la téléconsultation, quand cela est possible, permet également de diminuer l'empreinte carbone liée aux transports⁵².

À l'étranger, plusieurs pays ont pris une longueur d'avance. Le Royaume-Uni, avec son programme Net Zero NHS, s'est engagé à atteindre la neutralité carbone

50. Climate Change and Health (CCH). *WHO guidance for climate resilient and environmentally sustainable health care facilities*. 12 octobre 2020.

51. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. *Plan National Santé-Environnement 4 (PNSE 4) : « un environnement, une santé » (2021-2025)*. Mai 2021.

52. OECD Health Policy Studies. *Decarbonising Health Systems Across OECD Countries*. 2025.

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

du système de santé d'ici 2045⁵³. Aux Pays-Bas, un label « Green Deal » permet de structurer les engagements des hôpitaux en matière d'éco-conception, de recyclage et de circuits courts⁵⁴. Tandis qu'aux États-Unis, le réseau hospitalier Kaiser Permanente est devenu neutre en carbone dès 2020, au terme d'efforts pluriannuels combinant achats verts, énergies renouvelables et réorganisation des soins⁵⁵.

Loin d'être un renoncement, la sobriété en santé ouvre la voie à un système plus pertinent, plus juste et plus résilient, capable de protéger durablement les populations comme les écosystèmes dont elles dépendent. Les exemples internationaux prouvent qu'il est possible d'agir dès maintenant : à nous de choisir d'engager cette transition de manière volontaire et cohérente, plutôt que d'en subir demain les contraintes.

53. NHS England. *Five years of a greener NHS : progress and forward look*. Septembre 2025.

54. Government of the Netherlands. *More sustainability in the health and care sector*. Sustainable Healthcare. 2 mai 2025.

55. Kaiser Permanente & Health Care Without Harm. *The path to carbon neutral. A Guide to Building a Climate-Smart Health Care System*. 2020.

“
**LA SOBRIÉTÉ
TEMPORELLE CONSTITUE
SANS DOUTE L'UN
DES ANGLES LES
PLUS FÉCONDS
POUR REPENSER LES
ÉQUILIBRES COLLECTIFS
ET INDIVIDUELS DU
TRAVAIL HOSPITALIER**
”

PAR

MATTHIEU GIRIER

DIRECTEUR DU PÔLE PERFORMANCE DES RESSOURCES HUMAINES DE L'ANAP

S'interroger sur la question de la consommation des ressources matérielles à l'aune des enjeux de la transition climatique en cours et de la raréfaction incidente des ressources naturelles les plus intensivement utilisées dans l'économie mondialisée que nous avons en partage, eau, sable, bois, terres arables, ou autres terres rares, constitue désormais le centre de nos préoccupations. Cette reconfiguration profonde de nos modes de fonctionnement, de notre relation au matériel, implique cependant que la vie quotidienne se transforme, à l'aune de ce que la tectonique des organisations et de leurs contraintes connaissent - lorsqu'une prise en charge en hospitalisation complète devient, par la force de l'innovation, une prise en charge ambulatoire, ou qu'un transport en commun succède à un véhicule individuel dans la recomposition des modes de déplacement des professionnels.

Changer les façons de faire prend ainsi du temps, mais plus globalement implique une consommation différente du temps, certaines tâches simplifiées par une approche sobre permettant d'en gagner, d'autres impliquant d'en passer plus pour mieux peser sur la décarbonation de la société ou la consommation de biens médicaux. Si cette conception peut sembler pleine d'espoir - il y aurait donc à la fois à espérer une évolution du temps hospitalier qui répond pleinement aux objectifs de sobriété, sa mise en œuvre

est d'autant plus complexe que l'approche scientifique de l'organisation du travail rend toute transformation complexe, tant les marges de manœuvre à un instant T sont maigres pour conduire le changement.

Dans un univers où la ressource humaine constitue la première variable d'ajustement mais aussi la plus contrainte, le temps des professionnels est en effet devenu un capital rare, exposé à des tensions multiples et difficilement réversibles. Depuis une trentaine d'années, ces tensions se sont accrues selon des logiques distinctes mais convergentes, dessinant une trajectoire d'intensification qui affecte aussi bien la manière dont les soins sont délivrés que les conditions dans lesquelles les équipes les assurent. Ainsi, le fait que le temps de travail hospitalier soit largement déployé au plus près des patients, que celui-ci ait déjà largement été impacté par la densification des fonctions supports, notamment liées à la recherche de qualité et d'exhaustivité des processus et des prises en charge, a considérablement rigidifié et alloté le temps, parfois jusqu'à l'excès.

Les collectifs hospitaliers ont bien entamé la réflexion sur les transformations nécessaires dans ce contexte. Il faut cependant avouer que les évolutions et innovations proposées en la matière ont plutôt cherché à mordre sur le temps personnel, et à dégrader l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, plutôt

que d'aller chercher des marges de flexibilité dans les processus internes, et notamment dans la performance des fonctions support. Celles-ci ont été longtemps perçues comme périphériques mais dont le poids relatif s'est progressivement accru. Les tâches administratives et logistiques se sont multipliées avec la montée en puissance des systèmes d'information hospitaliers et l'exigence d'une production documentaire de plus en plus fine. Saisir, coder, transmettre, renseigner des interfaces multiples sont autant d'activités qui grignotent le temps clinique et qui structurent aujourd'hui, pour une part non négligeable, le quotidien de nombreuses équipes soignantes et médico-techniques.

L'enjeu n'est donc, dès lors, plus seulement de « gagner du temps » mais bien de le reconfigurer. Promouvoir la sobriété temporelle ne signifie pas restreindre ou rationner mécaniquement les activités, mais interroger la manière dont les organisations les structurent et les hiérarchisent. Cela implique de reconnaître que

**DANS UN UNIVERS
OÙ LA RESSOURCE
HUMAINE CONSTITUE
LA PREMIÈRE VARIABLE
D'AJUSTEMENT
MAIS AUSSI LA PLUS
CONTRAINTÉ, LE TEMPS
DES PROFESSIONNELS
EST EN EFFET DEVENU
UN CAPITAL RARE,
EXPOSÉ À DES
TENSIONS MULTIPLES
ET DIFFICILEMENT
RÉVERSIBLES**

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

l'ensemble des tâches n'a pas la même valeur ajoutée pour le patient ni pour le collectif de travail, et que la rigidité temporelle constitue aujourd'hui un frein majeur à la transformation. Plusieurs expériences internationales viennent éclairer cette réflexion. Ainsi, à Singapour, les organisations hospitalières ont intégré dans une même séquence planifiée les temps de soins directs, de coordination logistique et de transmissions, réduisant ainsi les ruptures de charge et les temps morts organisationnels. De la même manière, en Corée du Sud, la robotisation des fonctions logistiques a permis de redonner aux équipes soignantes une capacité d'action recentrée sur le cœur de métier.

Ces exemples ne valent pas modèles à transposer mécaniquement, mais ils soulignent que le temps, longtemps considéré comme une donnée intangible des organisations hospitalières, doit désormais devenir un levier stratégique de transformation. Dans un système où la soutenabilité du modèle repose sur la capacité à concilier qualité de la prise en charge, attractivité des métiers et résilience face aux crises, la sobriété temporelle constitue sans doute l'un des angles les plus féconds pour repenser les équilibres collectifs et individuels du travail hospitalier.

“
**AVEC LES UNITÉS
DURABLES, LE CHU
DE BORDEAUX A
FAIT LE CHOIX D'UNE
TRANSFORMATION
PRAGMATIQUE**
”

PAR

VINCENT-NICOLAS DELPECH

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHU DE BORDEAUX

L'hôpital est un lieu de soin, d'enseignement et de recherche, mais il est aussi, on l'oublie trop souvent, un acteur économique majeur et génère donc une empreinte environnementale. En France, le secteur de la santé représente près de 8 % des émissions nationales de gaz à effet de serre ; près de la moitié de ces émissions provient de l'achat de médicaments et de dispositifs médicaux. Cette réalité, longtemps reléguée à l'arrière-plan des préoccupations hospitalières, nous impose désormais un devoir d'engagement. Il ne s'agit plus seulement d'adapter notre fonctionnement, mais de transformer en profondeur notre manière de soigner, afin de concilier excellence clinique, responsabilité environnementale et soutenabilité de nos organisations.

C'est dans cet esprit que le CHU de Bordeaux a engagé, dès 2017, une dynamique structurée de transformation écologique. Le dispositif des « Unités durables », conçu et déployé au sein de notre établissement puis étendu à l'échelle régionale avec le soutien de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, constitue aujourd'hui l'un des projets phares de cette stratégie. Cette démarche, unique dans son ambition et dans son déploiement, repose sur une conviction simple : la transition écologique à l'hôpital ne peut réussir qu'en donnant aux professionnels les moyens d'agir, en valorisant leur expertise quotidienne et en inscrivant les changements dans le cœur même de l'activité de soins.

**TRANSFORMER
L'HÔPITAL POUR
DEMAIN, C'EST
D'ABORD PERMETTRE
À CHACUN DE SES
PROFESSIONNELS DE
DEVENIR ACTEUR DU
CHANGEMENT**

— sur un accompagnement structuré permettant à chaque unité de repenser ses pratiques, d'identifier ses leviers d'action et de prioriser les transformations. Cette approche combine rigueur, pragmatisme et souplesse : elle fixe un cap clair, tout en laissant aux équipes la liberté d'adapter les solutions à leurs spécificités cliniques, logistiques et organisationnelles. Plus de soixante unités du CHU sont aujourd'hui engagées dans cette démarche, et vingt-quatre sont d'ores et déjà labellisées dans des champs aussi divers que la chirurgie, l'imagerie, la biologie, la dialyse ou les fonctions supports.

La dynamique régionale représente un prolongement naturel de cette ambition. Neuf autres unités sont actuellement labellisées en Nouvelle-Aquitaine, et plus d'une vingtaine d'établissements bénéficient d'un accompagnement structuré. Au-delà de notre territoire, l'intérêt suscité par le dispositif témoigne

Les « Unités durables » offrent un cadre méthodologique robuste et opérationnel. Elles s'appuient sur une boîte à outils élaborée avec plus de cinquante professionnels, sur une grille de labellisation exigeante et

de sa pertinence : de nombreuses équipes hospitalières et médico-sociales, de Nancy à Rennes, de Strasbourg à Lille, et même jusqu'à Genève, sollicitent notre expertise et s'inspirent de notre guide méthodologique, disponible en ligne (Le guide des « Unités durables » du CHU de Bordeaux) et partagé plus de cinq cents fois.

La force du dispositif réside aussi dans la dimension collective et apprenante qu'il instaure. Chaque labellisation est l'occasion d'un temps d'échange, d'analyse et de partage de pratiques. Les professionnels labellisés rejoignent un réseau de pairs qui participent à leur tour aux visites et nourrissent une dynamique de progrès continu. Ce modèle, fondé sur la coopération interprofessionnelle et inter-établissements, contribue à décroiser les métiers, à mutualiser les innovations locales et à diffuser une culture commune de responsabilité environnementale.

La transition écologique ne peut être une option pour l'hôpital ; elle est une nécessité stratégique pour garantir la pérennité de notre système de santé, préserver la qualité de nos soins et répondre à l'attente légitime de nos concitoyens. Avec les « Unités durables », le CHU de Bordeaux a fait le choix d'une transformation pragmatique, ancrée dans la réalité opérationnelle, portée par les équipes et structurée par une méthodologie éprouvée. Cette démarche engage l'hôpital dans un

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

mouvement profond, collectif et durable. Elle répond aux enjeux de la transformation écologique, mais elle répond aussi aux nouvelles attentes managériales des équipes. Elle traduit ainsi une conviction qui guide notre action : transformer l'hôpital pour demain, c'est d'abord permettre à chacun de ses professionnels de devenir acteur du changement.

“
**LE SYSTÈME SOUFFRE
D'UN MAL PROFOND :
NOUS SOMMES
ADMINISTRÉS, MAIS
NOUS NE SOMMES PAS
GÉRÉS**
”

PAR

OLIVIER TOMA

FONDATEUR DE PRIMUM NON NOCERE

La sobriété est devenue le maître-mot des politiques publiques. Pourtant, dans le secteur de la santé, elle est trop souvent réduite à une équation comptable brutale : baisser les tarifs, limiter le nombre de professionnels et fermer des lits. Cette vision restrictive se heurte frontalement à la réalité : la population augmente, vieillit et consomme logiquement de plus en plus de soins et de technicité.

Il faut être lucide : là où hier une tisane suffisait parfois pour un mal de ventre, le progrès médical nous offre aujourd'hui la chance d'accéder à une échographie, un scanner, voire une IRM. Ces technologies, bénéfiques pour notre santé, se surajoutent et ont un coût. Dès lors, vouloir réduire les dépenses de santé en valeur absolue dans ce contexte est une utopie ; c'est impossible. L'enjeu n'est pas de réduire aveuglément, mais d'optimiser intelligemment. La véritable sobriété est systémique. Elle exige une révolution culturelle qui doit commencer au sommet de la pyramide pour irriguer le terrain.

Le constat : l'exemplarité d'un État qui doit apprendre à gérer

La sobriété ne se décrète pas par circulaire, elle s'incarne. Pour demander des efforts aux acteurs de terrain, l'État doit d'abord balayer devant sa porte. Aujourd'hui,

le système souffre d'un mal profond : nous sommes administrés, mais nous ne sommes pas gérés.

Administrer, c'est appliquer des règles, empiler des normes et faire tourner une machine bureaucratique. Gérer, c'est prévoir, c'est adapter les ressources aux besoins réels, c'est piloter avec une réelle vision à long terme. Or, quelle est la vision de l'État pour la santé en 2040 ou 2050 ? Elle est inexistante. Pire, les établissements naviguent à vue, ignorant même les tarifs qui leur seront appliqués en 2026. Comment construire une stratégie de sobriété pérenne dans un brouillard aussi complet ?

Cette absence de pilotage se traduit par une technostucture obèse et coûteuse. Les agences se multiplient, les redondances sont légion. Nous voyons des régions travailler sur des déclinaisons régionales du Plan National Santé-Environnement (PNSE) sans véritable concertation, créant des doublons inefficaces.

Le plus alarmant reste l'absence de culture du résultat. Des milliards d'euros de financements publics (Ségur, fonds de transition écologique, Migeac, etc.) sont distribués sans objectifs chiffrés précis et, surtout, sans évaluation. Dans le monde de l'entreprise, un investissement est toujours corrélé à une mesure d'impact. Dans notre système, nous injectons des

fonds pour « administrer la transition » sans jamais mesurer le retour sur investissement. Cette gabegie est l'antithèse de la sobriété.

Le levier financier : transparence et « juste prix » pour sortir du court-termisme

**SI NOUS PARVENONS
À ALIGNER VISION
STRATÉGIQUE,
TRANSPARENCE
ÉCONOMIQUE ET
INTELLIGENCE DU
TERRAIN, NOUS
AURONS RÉUSSI LA
TRANSFORMATION DE
NOTRE SYSTÈME DE
SANTÉ**

Au-delà de la gouvernance, c'est tout le modèle économique qu'il faut remettre à plat. Le système de financement de la santé et de la dépendance est aujourd'hui d'une complexité et d'une opacité totales. Cette opacité nous coûte cher, financièrement et humainement.

La sobriété exige la transparence des coûts. Il est impératif de connaître les coûts réels de production des actes, des soins, des produits et des technologies. Pourquoi ? Parce que l'achat « pas cher » est une illusion comptable qui mise sur le court terme. Acheter un dispositif ou un service à bas coût sans intégrer son cycle de vie complet (durabilité, impact carbone, traitement des déchets, impact social), c'est souvent payer deux fois plus cher à la fin.

Cette logique du « moins-disant » a des effets pervers dévastateurs sur l'organisation des soins. Ne pas rémunérer correctement un acte ou un soin parce qu'on ignore son coût réel de production, c'est forcer les établissements et les professionnels à la course au volume. Pour équilibrer les comptes face à des tarifs sous-évalués, on multiplie les actes, on densifie les cadences, on réalise parfois l'impossible.

Le résultat est l'inverse de la sobriété : on génère une suractivité artificielle, on gaspille des ressources et, surtout, on fatigue inutilement les équipes. Le « juste prix », c'est celui qui intègre les coûts de production, la qualité, l'impact écologique et la charge humaine. C'est le seul moyen d'éviter les actes redondants et de redonner du sens au travail.

L'objectif : l'éco-conception ou le retour au « juste soin »

Une fois cette transparence acquise, nous pourrions replacer le patient au cœur des processus via l'éco-conception des soins. Il ne s'agit pas d'une contrainte écologiste supplémentaire, mais d'une méthode d'optimisation globale des parcours.

Concrètement, cela signifie :

1. Réduire les gaspillages : médicaments non utilisés, dispositifs médicaux jetés par excès de précaution, examens redondants faute de dossier partagé efficient ;

2. Optimiser les ressources : agir sur les consommations mais aussi sur la logistique, en achetant mieux (le « juste prix ») pour jeter moins ;

3. Agir pour le climat et l'humain : un parcours de soins éco-conçu est plus fluide pour le patient et moins épuisant pour le soignant car débarrassé des actes parasites générés par la tarification actuelle.

Et demain ? : de l'effectuation au Kyōsei

Comment mettre cela en œuvre ? En changeant de posture vis-à-vis du terrain.

1. Faire confiance à l'effectuation

Les établissements et les professionnels de santé sont, par la force des choses, les champions de l'effectuation. Ce concept désigne la capacité à innover avec les ressources disponibles (« faire avec ce que l'on a »). Depuis des années, les soignants gèrent la pénurie. Ils savent, mieux que quiconque, où se nichent les économies intelligentes.

Plutôt que de contraindre, créons des fonds agiles laissés à la main des équipes pour financer des projets de sobriété et de pertinence des soins, avec pour seule boussole l'évaluation des résultats réels.

2. Viser le Kyōsei comme horizon

Enfin, la sobriété doit être portée par une philosophie commune : le Kyōsei. Ce principe japonais , « vivre et travailler ensemble en visant le bien commun », doit guider chaque décision d'achat et de soin.

Dans la santé, le Kyōsei nous rappelle que notre système est un bien commun fragile. La sobriété n'est pas une punition budgétaire, c'est l'acte de responsabilité (économique, écologique et humaine) qui garantit un système de santé fiable pour nous-mêmes et pour les générations à venir.

Conclusion

La sobriété en santé exige du courage. Le courage pour l'État d'arrêter d'administrer pour enfin gérer, évaluer et jouer la transparence sur les coûts. Le courage de payer le « juste prix » pour sortir de la course aux volumes qui épuise les hommes et la planète. Si nous parvenons à aligner vision stratégique, transparence

économique et intelligence du terrain, nous aurons réussi la transformation de notre système de santé.

“
**LA DÉLÉGATION
DE TÂCHES ET
LES PROTOCOLES
DE COOPÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
CONSTITUENT DES
LEVIERS STRATÉGIQUES
MAJEURS**
”

La sobriété en santé ne peut se concevoir uniquement comme une réduction des dépenses ou des actes médicaux. Elle doit s'envisager comme une réorganisation intelligente de l'offre de soins, optimisant l'utilisation des compétences de chaque professionnel de santé. Dans ce contexte, la délégation de tâches et les protocoles de coopération interprofessionnelle constituent des leviers stratégiques majeurs pour concilier qualité des soins, équité d'accès et soutenabilité du système.

Face au déficit abyssal de 16 milliards d'euros de la branche maladie en 2025 et à la démographie médicale défavorable, la délégation permet de libérer du temps médical pour les actes à haute valeur ajoutée, tout en garantissant une prise en charge de proximité par d'autres professionnels qualifiés. Cette approche répond simultanément aux enjeux de pertinence des soins et d'écoresponsabilité, en évitant la surconsommation d'actes spécialisés lorsque des alternatives existent.

Le dispositif du pharmacien correspondant et celui de l'infirmier en pratique avancée illustrent cette dynamique : en 2022, plus de 400 000 patients ont bénéficié de près de 600 millions d'actes délégués, démontrant le potentiel de cette réorganisation pour améliorer l'accès aux soins tout en maîtrisant les coûts.

PAR

MARINA GIORDANI

SENIOR MANAGER CHEZ OXEA CONSEIL

LA SOBRIÉTÉ EN SANTÉ PASSERA NÉCESSAIREMENT PAR UNE RÉVOLUTION ORGANISATIONNELLE ET CULTURELLE DONT LA DÉLÉGATION DE TÂCHES EST UN VECTEUR ESSENTIEL. IL NE S'AGIT PAS DE FAIRE MOINS, MAIS DE FAIRE MIEUX, EN MOBILISANT INTELLIGEMMENT L'ENSEMBLE DES COMPÉTENCES DISPONIBLES

liées à la préservation des périmètres d'exercice et des responsabilités. Ces crispations corporatistes, parfois fortes, sont clairement un frein majeur face à l'urgence démographique et budgétaire que connaît notre système de santé.

Le deuxième obstacle est organisationnel. La délégation nécessite un exercice coordonné entre professionnels, souvent via des structures comme les CPTS, maisons de santé ou centres de santé. Or, ces structures restent

Problématiques et obstacles

Malgré un cadre juridique établi depuis la loi HPST de 2009, mais comme d'autres tentatives bousculant les ordres établis, la délégation de tâches se heurte à plusieurs obstacles structurels qui freinent son déploiement à grande échelle.

Le premier obstacle est d'ordre culturel et identitaire. Les frontières professionnelles, construites historiquement, génèrent des résistances légitimes

liées à la préservation des périmètres d'exercice et des responsabilités. Ces crispations corporatistes, parfois fortes, sont clairement un frein majeur face à l'urgence démographique et budgétaire que connaît notre système de santé.

Le deuxième obstacle est organisationnel. La délégation nécessite un exercice coordonné entre professionnels, souvent via des structures comme les CPTS, maisons de santé ou centres de santé. Or, ces structures restent

encore inégalement réparties sur le territoire, accentuant les déserts médicaux. Par ailleurs, l'interopérabilité des systèmes d'information reste insuffisante pour garantir un partage sécurisé des données patients, pourtant essentiel à la continuité des soins.

Le troisième obstacle est économique. Les modèles de financement actuels, encore largement basés sur la tarification à l'activité, n'incitent pas suffisamment à la coopération interprofessionnelle. Les mécanismes de rémunération des actes délégués restent complexes et peu attractifs, limitant l'engagement des professionnels dans ces dispositifs.

Enfin, un obstacle juridique persiste : la responsabilité en cas d'événement indésirable dans le cadre d'une délégation reste un sujet anxigène pour les délégants comme les délégués, malgré les garanties apportées par les protocoles de coopération.

Pistes de solutions et propositions

Pour lever ces obstacles et faire de la délégation un pilier de la sobriété en santé, plusieurs leviers d'action doivent être activés simultanément.

- Renforcer le cadre incitatif et sécurisant : il est indispensable de clarifier les responsabilités juridiques

de chaque acteur dans les protocoles de coopération, en proposant un dispositif assurantiel adapté. Parallèlement, les modèles de financement doivent évoluer vers une rémunération à la qualité et à la coordination plutôt qu'à l'activité isolée. L'extension du dispositif IFAQ aux pratiques coopératives pourrait constituer un signal fort en faveur de cette transformation ;

- Simplifier et accélérer les procédures : le déploiement des protocoles locaux de coopération doit être facilité par une réduction des lourdeurs administratives. La plateforme « Démarches simplifiées », mise en place par les ARS et dans l'ensemble du secteur public, va dans le bon sens. Cependant, elle doit être accompagnée d'un soutien renforcé aux porteurs de projets et d'une communication plus efficace sur les initiatives réussies ;

- Former et accompagner les professionnels : la formation initiale et continue des professionnels de santé doit intégrer systématiquement les compétences collaboratives et la culture de la délégation ;

- Généraliser les outils numériques de coordination : l'interopérabilité des dossiers patients et le partage sécurisé des données sont des prérequis techniques indispensables à la délégation. Les investissements dans les infrastructures numériques doivent être poursuivis

et priorisés, avec une obligation de compatibilité entre les différents logiciels utilisés par les professionnels ;

- Impliquer les patients dans cette transformation : la réussite de la délégation repose aussi sur l'acceptabilité par les usagers. Une communication pédagogique est nécessaire pour expliquer que la qualité des soins ne dépend pas uniquement du statut du professionnel qui les délivre, mais de la pertinence de l'intervention et de la coordination d'ensemble. Les représentants d'usagers doivent être associés à la construction des protocoles de coopération.

La sobriété en santé passera nécessairement par une révolution organisationnelle et culturelle dont la délégation de tâches est un vecteur essentiel. Il ne s'agit pas de faire moins, mais de faire mieux, en mobilisant intelligemment l'ensemble des compétences disponibles au service d'une prise en charge coordonnée, efficiente et respectueuse de l'environnement.

“
**QUESTIONNER LE SUJET
DE LA DISTANCE ENTRE
L'OFFRE DE SOINS ET
SES BÉNÉFICIAIRES
EST UN IMPÉRATIF,
TANT DANS UNE
DIMENSION ÉCOLOGIQUE
QU'ÉCONOMIQUE**
”

PAR

DR MARTIAL JARDEL

PRÉSIDENT ET COFONDATEUR DE MÉDECINS SOLIDAIRES

La géographie de l'offre de soins est un des paramètres les plus évidents lorsque l'on évoque la notion de sobriété en santé. Elle peut agir à la fois sur l'empreinte écologique en réduisant au maximum les déplacements, et sur les dépenses, en limitant des transports coûteux et évitables.

Dans son rapport « Décarboner la santé pour soigner durablement », publié en 2023, The Shift Project estime à 49 millions de tonnes (Mt) de CO₂ les émissions liées au secteur de la santé, c'est-à-dire 8 % de l'empreinte carbone de la France. Dans cet ensemble, la part liée aux déplacements est évaluée à 6,8 Mt, dont 63 % constituent les déplacements des usagers, largement majoritaires.

Cette réalité environnementale se double d'un enjeu économique majeur : en 2024, la part de la CSBM⁵⁶ liée aux transports sanitaires était de 6,8 milliards d'euros, soit 2 % des dépenses de santé, en augmentation vertigineuse depuis 20 ans.

70 % de ces dépenses sont liées à des transports assis, c'est-à-dire des transports plutôt programmés, plutôt réguliers, en-dehors des situations d'urgence.

56. Consommation de soins et biens médicaux.

Questionner le sujet de la distance entre l'offre de soins et ses bénéficiaires est un impératif, tant dans une dimension écologique qu'économique.

En médecine générale

Jusque dans notre histoire récente, la visite à domicile était l'acte médical de référence. Au cours des quarante dernières années, cette référence s'est progressivement effacée au profit de la consultation, sous l'effet conjugué de l'augmentation de la demande, d'une plus grande efficacité organisationnelle, de l'informatisation des cabinets, et de la faible valorisation des actes de visite. Désormais, ce sont donc les patients qui se déplacent vers leur médecin, et non l'inverse. Mais la raréfaction des médecins généralistes entraîne mécaniquement leur éloignement pour beaucoup de patients. Autrefois au cœur du village, à quelques kilomètres au maximum, nombre de patients doivent désormais parcourir des dizaines de kilomètres, parfois en taxis conventionnés, pour aller consulter leur généraliste.

En médecine de spécialité

La concentration progressive de l'offre spécialisée dans les grands pôles urbains, associée à une augmentation importante des pathologies chroniques et des prises en charge en ALD, a entraîné une augmentation très

importante du recours au transport sanitaire, sur de longues distances.

Pour gagner en sobriété, deux leviers sont possibles : diminuer la distance et mutualiser les déplacements.

Diminuer la distance

L'activité de consultations externes

Des médecins vont délivrer leur temps de consultation de manière déportée, au sein d'un centre hospitalier de proximité, ou d'une maison de santé. Ce modèle est assez largement développé, mais souffre d'une grande hétérogénéité d'un territoire à l'autre. Sur le plan économique, cette activité est difficile à piloter pour les établissements, et source de déficit, du simple fait des nomenclatures inadaptées au principe de réalité.

Les medicobus

Ce modèle propose une réponse visible et innovante, dans laquelle tout le monde se déplace : le médecin, le bus, le patient, le matériel. On peut questionner

SI 60 % DES TRANSPORTS ÉTAIENT PARTAGÉS, CONTRE 10 % SEULEMENT AUJOURD'HUI, ON POURRAIT GÉNÉRER 500 MILLIONS D'EUROS D'ÉCONOMIE ANNUELLE

————

la pertinence de toute cette agitation, compte tenu du coût très élevé, et de l'impossibilité structurelle d'assurer une continuité des soins.

Le temps partagé

Cette organisation permet de restaurer une offre de soins continue tout en limitant la charge mentale individuelle. Plusieurs praticiens se relaient au sein d'une même structure, en assurant la transmission des dossiers médicaux. Les médecins se déplacent pour une période donnée, de plus ou moins loin, conditionnant ainsi l'efficacité du système. Là aussi, les contraintes inhérentes au modèle conventionnel des centres de santé rendent difficile l'atteinte d'un équilibre économique.

Mutualiser les transports

Le transport partagé est un sujet qui fait presque l'unanimité : transporter plusieurs patients, plutôt qu'un seul, génère une économie de bon sens, sur tous les plans. Il peine pourtant à se déployer, faute de portage politique, en lutte contre les professionnels du transport sanitaire, une somme de trajets uniques restant un marché plus élevé qu'une combinaison de trajets. Pourtant, ce type d'organisation est largement développé en Espagne et en Allemagne, et pourrait facilement l'être chez nous, à condition de centraliser

les commandes de transport. Tant que le patient restera le seul demandeur de son transport, il sera impossible d'agréger les demandes pour les mutualiser. Pourtant, si 60 % des transports étaient partagés, contre 10 % seulement aujourd'hui, on pourrait générer 500 millions d'euros d'économie annuelle selon les observateurs du secteur. Les professionnels du secteur seraient avisés d'en être les premiers défenseurs pour conserver la maîtrise de leur destin, car une activité sous-optimale finit toujours par disparaître.

“
**LA SOBRIÉTÉ NE PEUT
PAS REPOSER SUR
LA SEULE VERTU DES
PROFESSIONNELS :
ELLE SUPPOSE DES
SIGNAUX CLAIRS ET UN
ENGAGEMENT POLITIQUE
SANS ÉQUIVOQUE**
”

PAR

DR ÉLISABETH HUBERT

ANCIENNE MINISTRE ET PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES
ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE (FNEHAD)

MATHURIN LAURIN

DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DE LA FNEHAD

Rédiger cet article sur la sobriété en santé interroge : est-il bien utile de disserter sur ce sujet ? Le juste usage des moyens diagnostiques et thérapeutiques mis à la disposition des professionnels de santé n'est-il pas inscrit dans l'ADN de notre système de santé ? L'efficacité de notre offre de soins n'est-elle pas le souci permanent de celles et ceux qui ont la charge de veiller à son organisation, sa gouvernance, son financement ? Certains trouveront cette entrée en matière empreinte d'une ironie mordante. Peut-être en jugeront-ils autrement à l'aune des 275 milliards de dépenses d'Assurance maladie prévus en 2026, dont 113 pour les établissements de santé et du déficit 14 milliards pour la branche maladie ?

Et pourtant, il est d'ores et déjà possible de faire différemment, si tant est que chacun fasse preuve de lucidité et d'esprit de responsabilité. Notre système de santé va devoir relever trois défis dont les déterminants sont connus et non modifiables à court terme : le vieillissement de la population, la croissance des maladies chroniques et des finances exsangues. Malgré ces perspectives peu réjouissantes, nulle remise en question et le sempiternel « plus de murs, plus de lits et plus de structures » s'entend toujours ! Les idolâtres de cette vision ont tort et l'enjeu est désormais de soigner plus à domicile et de réserver le recours à hôpital au seul

**EN PRIVILÉGIANT
L'HÉBERGEMENT
HOSPITALIER, NOUS
ORGANISONS UNE
RÉPONSE... SANS
ÉCOUTER LA DEMANDE !
TENDRE VERS LA
SOBRIÉTÉ SUPPOSE DE
NE PLUS CONSIDÉRER
L'INSTITUTIONNALISATION
COMME LA SOLUTION**

usage médicalement
nécessaire. Aux grands
maux... des remèdes
simples !

*Les grands maux tout
d'abord*

L'inflation structurelle

Face au vieillissement, nous multiplions les lits et les lieux d'accueil ! Pourtant, les préférences des patient-es sont claires : une immense majorité souhaite, lorsque cela est possible, être soignée et vieillir à domicile. En privilégiant l'hébergement hospitalier, nous organisons une réponse... sans écouter la demande ! Tendre vers la sobriété suppose de ne plus considérer l'institutionnalisation comme LA solution. S'obstiner est d'autant plus coupable que le domicile est un choix qui aligne les attentes des citoyens, la responsabilité collective et la soutenabilité financière.

L'hébergement hospitalier par réflexe

L'hôpital est un outil d'excellence, qui concentre l'expertise, la technicité et l'innovation. Mais il n'a jamais été conçu pour être l'instrument du premier

recours. Or, par méconnaissance et/ou par habitude, voire par dogmatisme, cet outil, qui devrait être utilisé avec parcimonie, est bien souvent vu comme la réponse organisationnelle « la plus simple » ! En perdant sa vocation de recours pertinent et en devenant le lieu, par défaut, de prises en charge et soins assurables au domicile, il s'épuise et s'égare. Cette démarche est d'autant plus déraisonnable que l'alternative existe, les établissements d'hospitalisation à domicile offrant la même qualité et la même sécurité des soins aux patients quand leur pronostic vital n'est pas engagé à court terme. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'HAD contribue à renforcer l'excellence de l'hôpital en lui permettant de se concentrer sur sa valeur ajoutée et pour ceux qui y travaillent, à se centrer sur leurs missions premières.

Le volume comme récompense

Le modèle hospitalier est tributaire d'un financement qui fait la part belle aux revenus d'activité et aux capacités existantes. La tentation est forte, dans ces conditions, de lier explorations diagnostiques, intensification des actes et hébergement hospitalier. A contrario, le domicile impose une autre posture, une gestion différente du temps et un partage des tâches entre les personnes qui interviennent tour à tour au domicile. Pratiquer des soins sur le lieu de vie des

patient-es inverse les obligations des soignants et des soignés.

Les remèdes existent et sont déjà mobilisables

Acquérir le « réflexe HAD » et utiliser l'IA en appui de la démarche

Raisonner en estimant réalisables à domicile tous les soins et réserver à un usage réfléchi l'hébergement hospitalier constituerait en France une véritable révolution. Cette inversion de paradigme est néanmoins décisive. Certes, elle contrevient au fonctionnement actuel de notre système de soins, mais elle est le passage obligé pour sauver notre protection sociale.

La sobriété commande de substituer à la question « peut-on maintenir ce patient à domicile ? » l'interrogation « qu'est-ce qui justifie réellement son hospitalisation ? », ce qui apparaît, il est vrai, comme un simple renversement de mode de pensée oblige à un changement en profondeur de l'organisation hospitalière et à une allocation plus fine des ressources humaines, aux urgences et dans les services hospitaliers.

Ce que, depuis des années, l'humain n'a pas su faire, l'IA est en train de nous le permettre. Par l'analyse des données intégrées dans les dossiers, aussi aisément qu'il

est aujourd'hui aisé d'analyser un examen radiologique, il est possible d'identifier précocement les patients qui peuvent revenir à leur domicile et ceux dont il est nécessaire de les garder sous surveillance étroite à l'hôpital.

Mettre en œuvre une incitation financière à ne pas garder les patients à l'hôpital

Tant que l'hospitalisation conventionnelle reste financièrement sécurisante, elle restera le réflexe dominant. La sobriété ne peut pas reposer sur la seule vertu des professionnels : elle suppose des signaux clairs et un engagement politique sans équivoque. Comment concevoir que les hôpitaux acceptent benoîtement de se voir privés des revenus de leur activité, celle-ci étant transférée à un autre acteur de santé ? Dans le flou budgétaire actuel, on les comprend aisément...

Et pourtant, là aussi, le remède existe, même s'il heurte, à première vue, les règles habituelles de la gestion financière : les pouvoirs publics doivent accepter qu'une part des économies réalisées par l'usage d'une alternative aux soins moins coûteuse revienne à celui qui aura initié la démarche substitutive.

La voie a été tracée avec la chimiothérapie injectable en HAD. Il importe que cet exemple soit suivi d'autres afin

de faire admettre aux acteurs hospitaliers les bénéfices financiers et humains d'une organisation qui privilégie le « faire par d'autres ».

Mesurer la pertinence et oser les comparaisons entre offreurs de soins

Les indicateurs doivent mesurer la totalité des coûts des divers acteurs, ambulatoires et hospitaliers, mobilisés tout au long du parcours de soins des patient-es afin que des comparaisons effectives puissent se faire entre opérateurs. Il sera ainsi ensuite possible de passer d'un système qui rémunère l'addition des actes à un système qui récompense l'efficience globale. Un système mal organisé produit mécaniquement de la dépense. À l'inverse, la pertinence économique documentée de l'HAD fait état, pour des prises en charge comparables, d'un différentiel de coût pouvant atteindre un rapport de 4 pour 1 en faveur de l'HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, et ce, à qualité équivalente.

La Cour des comptes mais aussi l'IGAS et l'IGF, dans plusieurs rapports sur la maîtrise des dépenses hospitalières, soulignent de façon constante que le développement insuffisant de l'HAD prive le système de marges d'efficience substantielles, en maintenant

en hospitalisation complète des patients éligibles à une prise en charge moins coûteuse.

Il ne s'agit donc pas d'une logique d'économie marginale, mais bel et bien d'un enjeu structurel : substituer des journées d'hospitalisation avec hébergement par des journées d'HAD permet de réduire durablement la dépense publique tout en préservant la qualité des soins.

Après avoir, durant plus de 60 ans, placé l'hôpital au centre de l'offre de soins, mettons le domicile au cœur de la réorganisation sanitaire. Aux maux endémiques du système de santé français, offrons de vrais remèdes et faisons taire les faux prophètes qui confondent restriction et discernement, sobriété et austérité !

5. OUTILLER ET RENDRE DURABLE : DONNÉES, ENVIRONNEMENT, DÉMOCRATIE

Mesurer, partager, légitimer

Au-delà de la pratique de soins et des transformations organisationnelles, la sobriété suppose des outils capables de rendre visibles les pratiques, les impacts et les arbitrages. Sans mesure, sans données partagées, sans transparence, la sobriété risque d'être perçue comme une contrainte imposée plutôt que comme un choix collectif éclairé.

La donnée, le numérique et l'intelligence artificielle peuvent devenir de puissants leviers de discernement, à condition d'être orientés vers la pertinence et non vers l'accélération de l'activité. De même, l'intégration des enjeux environnementaux dans les décisions de soin et d'organisation doit dépasser l'intention et s'appuyer sur des outils et des méthodes éprouvées, à partager.

Enfin, la sobriété est indissociable d'un ancrage démocratique. Informer sur les coûts, les bénéfices et les alternatives, former les professionnels et associer les usagers aux choix structurants sont des conditions essentielles pour construire la confiance. La sobriété devient alors une culture partagée, fondée sur la connaissance et la responsabilité collective, plutôt qu'une norme technocratique ou un outillage mécanique.

“
**LA NÉCESSITÉ ABSOLUE
DES DONNÉES DE
SANTÉ POUR BÂTIR
DES POLITIQUES DE
SANTÉ PRÉVENTIVES,
LE CAS ÉCHÉANT
PERSONNALISÉES, FAIT
DES DONNÉES DES PIÈCES
MAÎTRESSES DE LA
PRÉVENTION**
”

PAR

ÉLISE DEBIÈS

AVOCATE AU BARREAU DE PARIS ET MEMBRE DU CONSEIL D'ORIENTATION
DU CRAPS

Le RGPD⁵⁷ donne une définition large de la donnée personnelle de santé (article 4 et considérant 35), qui couvre les données « qui révèlent des informations sur l'état de santé de [cette] personne ». Cette conception extensive englobe :

- toute donnée sur l'état de santé physique et mental passé, présent ou futur de la personne, indépendamment de sa source. Il s'agit des données de santé « par nature » ;

- toute donnée qui, du fait de son « croisement » avec d'autres données, devient une donnée de santé en ce qu'elle permet de tirer une conclusion sur l'état de santé d'une personne. Il s'agit par exemple du croisement d'une mesure de poids avec d'autres données (nombre de pas, mesure des apports caloriques, etc.) ;

- toute donnée qui devient une donnée de santé par l'utilisation qui en est faite sur le plan médical. Il s'agit des données de santé « par destination ».

Les données de santé existent sous forme de prélèvements, d'échantillons papier... et électronique, forme à laquelle s'applique le Règlement sur l'espace

57. Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

EN ARTICULANT LES USAGES PRIMAIRES (SOIN, PRÉVENTION, REMBOURSEMENT) ET SECONDAIRES (RECHERCHE, PILOTAGE, INNOVATION) DES DONNÉES DE SANTÉ AU SEIN DE L'EEDS, LE LÉGISLATEUR EUROPÉEN A SÉCURISÉ LES CONDITIONS DE LA RÉUTILISATION DES DONNÉES DE SANTÉ

européen des données de santé⁵⁸ (EEDS).

La personne qui génère ces données peut devenir, avec l'éducation en santé nécessaire, acteur de son bien-être et de sa prévention en santé, sous un suivi médical essentiel.

— Exploitées par les professionnels de santé, les données personnelles de santé permettent un monitoring fin qui évite des hospitalisations, au bénéfice de tous et de la sobriété en santé.

Les données de santé sont précieuses, rares dans le cas de certaines pathologies, mais surtout réutilisables, sous des formes (anonymisation, retraitement, appariement...) adaptées aux cas d'usage et aux acteurs. Cette réutilisation, dans des conditions définies par l'EEDS, contribue-t-elle à la sobriété en santé ?

58. Règlement (UE) 2025/327 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2025 relatif à l'espace européen des données de santé et modifiant la directive 2011/24/UE et le règlement (UE) 2024/2847.

Pourquoi réutiliser les données de santé ?

Quand elles sont personnelles, c'est-à-dire identifiantes, le traitement des données de santé est en principe interdit par le RGPD (article 9, 1). Tout traitement possible de données de santé l'est au seul titre des exceptions à cette interdiction. Parmi ces exceptions figure le consentement explicite de la personne, pour une ou plusieurs finalités spécifiques, ou les traitements nécessaires pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique.

Mais lorsqu'elle n'est plus identifiante (et par conséquent non soumise au RGPD), la donnée de santé peut rester utile, voire indispensable à la recherche, au pilotage du système de santé, à l'innovation. En articulant les usages primaires (soin, prévention, remboursement) et secondaires (recherche, pilotage, innovation) des données de santé au sein de l'EEDS, le législateur européen a sécurisé les conditions de la réutilisation des données de santé.

Les données personnelles de santé sont pseudonymisées ou anonymisées, traitées pour garantir leur fiabilité, sécurité et interopérabilité. Elles seront ainsi réutilisées, pour l'entraînement des IA en santé, mais aussi couplées aux déterminants sociaux, économiques, environnementaux de la santé.

Tout est en place pour bâtir de véritables politiques de santé préventive, dans une approche de One Health, en adéquation avec l'approche de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Si la réutilisation constitue un « recyclage » de la donnée de santé, qui contribue à la sobriété numérique, la nécessité absolue des données de santé pour bâtir des politiques de santé préventives, le cas échéant personnalisées, fait des données des pièces maîtresses de la prévention, socle de la sobriété en santé.

Comment réutiliser les données de santé ?

Si, en France, le Système national des données de santé (SNDS) créé en 2016, et le « guichet unique » d'accès aux données de santé pour leur réutilisation (la plateforme des données de santé ou health data hub), créée en 2019, occupent une place prépondérante dans la mise en œuvre de l'EEDS, d'autres espaces de données peuvent se développer pour des finalités déterminées (assurance santé, prévention en santé, impact environnemental, etc.).

Les espaces de données sectoriels ont, en outre, vocation à interopérer entre eux, tant la santé, l'environnement, le travail, etc. sont intrinsèquement liés. L'interopérabilité est ainsi un axe phare du développement des écosystèmes de données.

Au titre de l'EEDS, le détenteur de données de santé traite des données de santé électroniques personnelles mais a la capacité de mettre à disposition des données non personnelles de santé.

Symétriquement, l'utilisateur des données de santé se voit octroyer un accès licite à des données de santé à des fins d'utilisation secondaire, ce qui implique la pseudonymisation ou l'anonymisation des données de santé.

Les « utilisations secondaires interdites » listées à l'article 54 de l'EEDS sont plus étendues que celles actuellement prévues par le code de la santé publique français.

Au niveau européen, les données de santé ne peuvent être réutilisées notamment pour :

- une prise de décisions à l'égard d'une personne ou d'un groupe, relatives à des offres d'emploi, ou à l'exclusion de ces personnes du bénéfice d'un contrat d'assurance

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

ou de crédit ou la modification de leurs cotisations et de leurs primes d'assurance ou de leurs conditions de prêt, sur la base des données de santé obtenues ;

- l'exercice d'activités de publicité ou de marketing ;

- la mise au point de produits ou de services susceptibles de porter préjudice aux personnes, à la santé publique ou à la société au sens large.

L'entrée en application de l'EEDS va s'étaler dans le temps, entre mars 2027 et mars 2031. Sans attendre, le cadre juridique existant de protection des données de santé, l'utilisation des standards de sécurité et interopérabilité, et enfin une contractualisation rigoureuse, permettent d'avancer : les détenteurs, utilisateurs de données, producteurs de bases de données de santé, peuvent organiser la réutilisation pertinente de nos données les plus sensibles et précieuses qui soient, contribuant ainsi à l'amélioration du système de santé et à sa sobriété.

“
**IL SEMBLE NÉCESSAIRE
DE FAIRE DE LA
SOBRIÉTÉ UN PRINCIPE
STRUCTURANT DU
NUMÉRIQUE EN SANTÉ**
”

PAR

CAROLINE GUILLOT

SOCIOLOGUE ET DIRECTRICE SANTÉ ET DE L'OUVERTURE À LA SOCIÉTÉ DE LA
PLATEFORME DES DONNÉES DE SANTÉ (HEALTH DATA HUB)

LAURENT VILBOEUF

DIRECTEUR DE LA PLATEFORME DES DONNÉES DE SANTÉ (HEALTH DATA HUB)
ET INSPECTEUR GÉNÉRAL DES AFFAIRES SOCIALES

La transformation de notre système de santé ne pourra se faire sans un usage du numérique à la fois massif, mais aussi sobre, et intelligible. Dans un contexte de vieillissement de la population, de progression des maladies chroniques et de tension sur les ressources humaines du soin, le numérique en santé constitue un levier stratégique pour améliorer la coordination des professionnels, renforcer la prévention, accélérer la recherche et garantir un accès équitable à des soins de qualité.

Cette transformation doit notamment s'inscrire dans une logique de sobriété informationnelle et environnementale. La sobriété informationnelle ne consiste pas à restreindre l'accès à l'information, mais à la concevoir de manière frugale, ciblée et pédagogique, afin d'éviter la surcharge informationnelle et de favoriser une compréhension réelle par les citoyens. Dans le champ du numérique en santé, cette approche est une condition de la confiance. Dans cet idéal, les citoyens disposent d'une information claire, pédagogique et proportionnée sur l'utilisation de leurs données de santé. Ils comprennent non seulement leurs droits, mais aussi le bénéfice individuel et collectif des usages, et peuvent ainsi devenir des acteurs responsables du système de soins. Même si l'article se concentre sur l'information des citoyens concernant l'usage des données de santé pour la recherche, cette réflexion

s'applique plus largement à l'ensemble du numérique en santé⁵⁹.

Quand l'excès d'information affaiblit la compréhension et la confiance

Le RGPD impose, à juste titre, une information obligatoire aux citoyens lorsque les chercheurs, notamment, utilisent leurs données. Ce cadre, pensé pour protéger les citoyens, peut conduire à une information très formelle, mais pas toujours éclairante. Elle met l'accent sur les droits individuels sans toujours suffisamment expliciter les usages concrets des données, ni les bénéfices collectifs qui en découlent pour la recherche, la prévention ou l'organisation des soins. Informer consiste souvent à présenter une finalité de recherche dont l'intitulé doit être clair et accessible, mais cette information est moins souvent construite comme une narration qui ferait sens pour le citoyen.

Par ailleurs, en intégrant toute l'expérience vécue par les citoyens dans leur quotidien avec le numérique, la multiplication des messages, des supports et

59. Caroline Guillot et Claude Gissot (2025). *Démarche stratégique pour une information pédagogique des entrepôts de données de santé*. Rapport du Comité stratégique des données de santé. Caroline Guillot et Anny Tirel (2025). *Les citoyens et la réutilisation des données de santé à des fins de recherche : comprendre pour mieux répondre aux besoins*. Rapport du groupe de travail « adhésion patient ». Contrat du comité stratégique de la filière industries et technologies de santé 2023-2026.

des plateformes peut contribuer à une charge mentale informationnelle croissante. Trop d'information peut nuire à la lisibilité des messages essentiels et peut affaiblir l'objectif même de transparence. Elle peut épuiser l'attention des usagers, fragiliser la compréhension du numérique comme projet commun, voire générer une défiance. Enfin, cette surproduction informationnelle et numérique n'est pas neutre sur le plan environnemental.

LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ CONSTITUE UN LEVIER STRATÉGIQUE POUR AMÉLIORER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS, RENFORCER LA PRÉVENTION, ACCÉLÉRER LA RECHERCHE ET GARANTIR UN ACCÈS ÉQUITABLE À DES SOINS DE QUALITÉ

Organiser la sobriété : pédagogie ciblée, écoconception et responsabilité citoyenne

Il semble nécessaire de faire de la sobriété un principe structurant du numérique en santé. Cela suppose en premier lieu de mieux articuler information légale et pédagogique, en dépassant une approche strictement réglementaire de l'information sur les données. L'enjeu n'est pas d'informer davantage, mais d'informer mieux, avec un effort dans la mise en récit : expliquer à quoi servent les données, et en quoi leur usage contribue

concrètement à l'amélioration des soins et de la recherche. Il s'agit de permettre à chacun de saisir comment il contribue à un effort commun, à une recherche dont nous serons, tôt ou tard, bénéficiaires. La dimension pédagogique ne devrait pas être un complément à l'information légale mais inhérente.

Ensuite, une véritable stratégie de sobriété informationnelle doit être développée : ciblage des publics selon leurs besoins, hiérarchisation des messages, limitation des sollicitations, recours à des formats clairs et accessibles... L'intégration des principes d'économie de l'attention, d'écoconception et de « Green IT » dans cette démarche d'information peut constituer à cet égard un levier majeur.

Enfin, cette approche sobre et pédagogique, en ce qui concerne l'usage secondaire des données pour la recherche, doit se poursuivre dans une vision collective du numérique en santé comme projet commun. En renforçant la compréhension du partage des données, en participant à l'amélioration des connaissances que les citoyens ont du numérique, en valorisant l'usage d'outils comme « Mon espace santé » et en développant des espaces de dialogue citoyen, il devient possible de rendre les usagers pleinement acteurs et coresponsables du système de soins.

De nombreuses actions pour une information sobre sont déjà menées, notamment par les institutions publiques, les détenteurs de données, les organismes de recherche. Et les efforts méritent de se poursuivre en ce sens pour une éducation civique aux données de santé conçue avec sobriété.

“
**LA SOBRIÉTÉ EN SANTÉ
EST UNE STRATÉGIE
DE QUALITÉ, PAS DE
RESTRICTION**
”

PAR

DR ALEXANDRE VALLÉE

CHEF DE SERVICE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE À L'HÔPITAL FOCH

Contexte

La « sobriété en santé » n'est ni l'austérité ni le renoncement : c'est la recherche systématique de pertinence clinique et sociale, avec un usage parcimonieux des ressources humaines, financières et matérielles. Selon The Shift Project, en France, le système de santé représente environ 8 % de l'empreinte carbone nationale, soit près de 49 MtCO₂e/an ; environ la moitié de ces émissions provient des achats de médicaments et de dispositifs médicaux. Ces ordres de grandeur imposent d'intégrer l'empreinte environnementale au même rang que la qualité, l'accès et l'efficience.

Rendre visible l'empreinte du soin pour éclairer les décisions

Mesurer, c'est déjà décider autrement. Au sein de l'AP-HP, le bilan carbone 2022 atteint 1 921 671 tCO₂e (± 9 %), soit environ 312 kgCO₂e par journée d'hospitalisation ; la contribution principale provient du « cœur » du soin : médicaments, dispositifs, consommables, gaz médicaux. Rendre ces métriques visibles au point de prescription, dans le DPI (dossier patient informatisé), le LAP (logiciel d'aide à la prescription) et l'imagerie, permet d'arbitrer à efficacité clinique égale pour des options à plus faible empreinte :

**UTILISER LA DONNÉE
DE SANTÉ, C'EST DÔTER
LE SYSTÈME D'UN SENS
CLINIQUE AUGMENTÉ QUI
ÉVITE LES GASPILLAGES
SANS AMPUTER LA
QUALITÉ**

ambulatoire, télésuivi,
choix de dispositifs
ou de thérapeutiques
alternatifs.

*Réduire les soins de
faible valeur et les
gaspillages*

Un cinquième des dépenses de santé ne contribue pas ou peu aux résultats pour les patients : erreurs évitables, actes de faible valeur, inefficiences administratives. Symétriquement, 8 503 tonnes de médicaments non utilisés ont été collectées en 2023, symptôme d'initiations ou de durées de traitement inappropriées. Deux terrains, documentés, illustrent une sobriété immédiatement actionnable. D'une part, les inhibiteurs de la pompe à protons doivent être réservés aux indications justifiées et régulièrement réévalués ; la HAS appelle explicitement à une dynamique de déprescription. D'autre part, en cas de lombalgie commune aiguë sans « drapeaux rouges », l'imagerie n'est pas indiquée ; l'explication au patient évite irradiation, l'anxiété et l'escalade iatrogène.

Faire mieux et plus tôt : entre prévention ciblée et diagnostics précoces

La sobriété ne consiste pas seulement à « faire moins », mais à « faire mieux et plus tôt » lorsque l'intervention précoce évite des prises en charge lourdes. En santé des femmes, l'endométriose touche environ une femme sur dix et son coût socio-économique annuel est estimé autour de 10 milliards d'euros en France ; réduire l'errance diagnostique par des repères cliniques partagés, l'accès à l'imagerie experte, l'éducation thérapeutique et l'activité physique adaptée limite les itérations inutiles et la iatrogénie. Le dépistage primaire par test HPV chez les femmes de 30 à 65 ans, recommandé en France, remplace la cytologie et permet d'espacer les examens à tous les cinq ans en cas de résultat négatif, tout en améliorant la sensibilité pour les lésions précancéreuses. L'autoprélèvement vaginal, désormais validé et déployé dans le cadre du dépistage, augmente la participation des femmes peu ou pas dépistées, avec une performance comparable aux prélèvements réalisés en consultation lorsqu'on utilise des tests PCR. C'est un exemple de « sobriété gagnante » : moins d'examens au total, mieux ciblés, pour davantage de prévention et moins d'errance. Les données récentes de santé publique rappellent toutefois l'enjeu de couverture et les disparités territoriales, que le recours au self-sampling et à des invitations numériques personnalisées peut contribuer à corriger.

Autrement dit : la bonne intervention, au bon moment, pour les bons patients.

Des « switches sobres » sûrs et mesurables : l'exemple des inhalateurs

À efficacité clinique comparable lorsque l'usage est correct, substituer un aérosol doseur pressurisé (pMDI, propulsé par HFC) par un inhalateur de poudre sèche (DPI) lorsque c'est approprié, divise l'empreinte d'un ordre de grandeur. Les données de décision partagée publiées au Royaume-Uni objectivent des écarts massifs d'empreinte entre dispositifs, avec des estimations de l'ordre de ~25x en défaveur de certains pMDI, et plusieurs analyses observationnelles montrent des réductions substantielles d'émissions sans perte de contrôle de l'asthme après accompagnement thérapeutique. Ces « switches » sont un exemple paradigmatique de sobriété gagnant-gagnant : moins d'empreinte, même qualité clinique, parfois même une meilleure observance.

Gouvernance et incitations : de la preuve à l'alignement des intérêts

Pour passer de la preuve à l'échelle, il faut aligner les incitations. Le dispositif « Article 51 » autorise des organisations innovantes et des modèles de financement

déroatoires visant explicitement la pertinence, la qualité et l'efficacité des parcours. En miroir, côté établissements, l'IFAQ (Incitation financière à l'amélioration de la qualité) rémunère des résultats de qualité à partir d'indicateurs révisés annuellement, avec une enveloppe dédiée et une logique de performance multicritère. Ces deux leviers pourraient soutenir des expérimentations « sobres » : signal d'empreinte et de pertinence exposé au prescripteur, déprescription outillée, parcours prioritaires (endométriose, insuffisance cardiaque, diabète) dotés d'indicateurs cliniques, d'expérience, économiques et carbone.

Pourquoi la donnée peut être la clé de la sobriété

Utiliser la donnée de santé, c'est doter le système d'un sens clinique augmenté qui évite les gaspillages sans amputer la qualité. D'abord, la donnée rend visible ce qui ne l'était pas : variations de pratiques, actes redondants, bilans répétés sans impact, mais aussi empreinte carbone par parcours et par dispositif. Ensuite, elle cible finement : en repérant les patients à haut risque d'iatrogénie ou de réhospitalisation, elle permet d'intervenir tôt, là où un geste préventif épargne une cascade d'actes curatifs. Elle substitue intelligemment : à bénéfice clinique équivalent, l'aide à la décision oriente vers l'option à plus faible empreinte et meilleur coût d'opportunité (ex : examens

évitables, médicaments à service rendu comparable, dispositifs moins émissifs), tout en outillant la décision partagée. Elle orchestre les parcours : en croisant prescriptions, pharmacie, biologie et imagerie, elle supprime les doublons, synchronise ville-hôpital et fluidifie l'ambulatoire et le télésuivi. Enfin, elle évalue en continu : les résultats (clinique, expérience, coûts, carbone) sont mesurés en vie réelle, comparés entre pairs, et réinjectés pour améliorer les pratiques, un système apprenant où l'IA reste modeste, explicable et intégrée au flux de travail (fédérée lorsque nécessaire), au service de la pertinence plus que de la performance brute. La sobriété n'est alors plus un mot d'ordre abstrait : c'est une propriété émergente d'un système guidé par la preuve, capable de faire mieux, plus tôt et avec moins.

Données et intelligence artificielle : le levier de sobriété qui manquait

La donnée de santé n'est pas un « plus », c'est le moteur d'un système d'apprentissage continu. Trois étages s'articulent. D'abord l'infrastructure : l'Espace européen des données de santé (EHDS) est entré en vigueur le 26 mars 2025 et organise l'accès sécurisé et interopérable aux données pour l'usage primaire (soins) et secondaire (recherche, pilotage). C'est un tournant pour produire des preuves en conditions réelles, comparer les

pratiques et outiller la pertinence. Ensuite, les briques technologiques : le calcul distribué et la fédération d'algorithmes permettent d'entraîner des modèles sans déplacer les données, en combinant confidentialité et puissance statistique. Les revues récentes synthétisent l'état de l'art du fédéré en santé et des techniques de calcul multipartite sécurisé ou de chiffrement homomorphe. Enfin, les cas d'usage cliniques : l'IA autonome pour la rétinopathie diabétique, autorisée par la FDA depuis 2018 et étendue depuis à d'autres dispositifs, illustre comment rapprocher un diagnostic de spécialité en soins primaires, augmenter la couverture et préserver les consultations d'ophtalmologie pour les patients qui en ont besoin.

Cette même logique doit être appliquée à la « pertinence assistée par la donnée ». Les études montrant l'impact des systèmes d'aide à la décision sur la réduction d'examens inutiles et l'optimisation des prescriptions s'accumulent, avec des effets variables, mais réels lorsque l'outillage est intégré au flux de travail. En d'autres termes : une IA modeste, incrémentale, centrée sur l'ordonnance et la demande d'examens, peut rendre la sobriété concrète au quotidien, sans attendre des ruptures technologiques.

Proposition opérationnelle : une sobriété « 4D » au point de prescription

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

La première brique est informationnelle : intégrer au dossier patient un signal « 4D » qui combine Données probantes (niveau de preuve et recommandations), Dépense (coût), Décarbonation (facteur d'émission) et Disponibles (alternatives) pour chaque prescription médicamenteuse, biologique ou d'imagerie. Ce signal ne se substituerait pas au jugement clinique : il l'enrichirait d'un pilier, mesurable et objectivable, au côté de la qualité, de l'accès et des coûts. Prioriser quelques terrains à fort levier : antibiothérapies, bilans répétés, imagerie non indiquée, etc., permettrait de démontrer rapidement des bénéfices croisés : baisse des actes de faible valeur, économies réinvestissables, réduction d'empreinte.

Conclusion

La sobriété en santé est une stratégie de qualité, pas de restriction. Elle vise à redonner du temps médical et de la clarté décisionnelle, à améliorer l'accès pour celles et ceux qui en ont besoin, et à réduire une empreinte environnementale désormais bien caractérisée. En articulant données de santé et IA avec un outillage de décision partagée et des incitations adaptées, on pourrait soigner mieux, plus tôt, et avec moins d'empreinte.

“
**L'ESSENTIEL NE RÉSIDE
PAS DANS CE QUE L'IA
PRODUIT, MAIS DANS LA
QUALITÉ DU DIALOGUE
QU'ELLE REND POSSIBLE**
”

PAR

DR RÉMY CHABANNE

MÉDECIN-CONSEIL DE L'ÉTABLISSEMENT NATIONAL DES INVALIDES DE LA
MARINE (ENIM)

ABRAHAM HAMZAWI

SÉCRÉTARIAT GÉNÉRAL DES MINISTÈRES SOCIAUX
CONSEILLER EXPERT AU PÔLE MODERNISATION

Un marin entre, dossier à la main. Entre les certificats, les comptes rendus et les formulaires, son histoire s'est dissoute dans l'accumulation de papiers. Il ne sait plus ce qui a été décidé, ni pourquoi.

Cette scène est devenue familière : elle révèle une tension silencieuse au cœur de la médecine contemporaine. Nous documentons beaucoup, parfois au détriment du temps consacré à expliquer.

Or, le droit du patient est simple : comprendre ce qui le concerne.

Replacer la clarté au centre du soin

Dans mon activité de médecin-conseil à l'ENIM, je rencontre chaque jour des marins qui naviguent sans cartes dans un système médico-administratif complexe. La documentation est indispensable, mais rarement pensée pour être comprise par ceux qu'elle concerne.

J'ai voulu remettre la clarté au centre : non pas produire davantage de documents, mais mieux accompagner la compréhension.

Pour moi, la sobriété n'est pas un appauvrissement : non pas dire moins, mais dire mieux. Donner des

explications claires, loyales et appropriées, sans surcharger ni trahir la logique du soin.

La vulgarisation orale assistée par l'IA

C'est dans cette recherche qu'a émergé une expérimentation fondée sur un assistant conversationnel utilisant l'intelligence artificielle générative.

Il ne s'agit ni d'un dispositif médical ni d'un outil de décision : c'est un compagnon de formulation, qui aide à transformer des concepts complexes en un langage simple, adapté à l'échange oral.

L'IA m'accompagne désormais dans une vulgarisation dialogique en temps réel.

Elle m'aide à organiser mes explications, à trouver les mots justes, à adapter mon discours à la culture maritime et au niveau de compréhension de chaque assuré. Chaque phrase devient un choix : que dire, que taire, comment exprimer sans trahir ? En ce sens, l'outil ne dénature pas le geste médical : il le clarifie.

Ainsi, au cours de l'entretien, je peux clarifier les enjeux d'une décision, reformuler un mécanisme médical ou expliquer les suites envisagées avec davantage de précision et de pédagogie - et l'assuré repart avec ce qui

compte : une compréhension claire, transmise à voix haute, dans le respect de son rythme et de ses questions.

Dans cette pratique, l'usage de l'IA s'inscrit strictement dans le cadre déontologique qui régit le secret médical. Aucun élément personnel ou identifiable n'est transmis hors du champ autorisé, et l'assistant n'est sollicité qu'à travers un filtre qui protège l'assuré. La technologie n'accède jamais à l'intimité du dossier : elle n'intervient qu'en appui à la formulation, sous la responsabilité pleine et entière du médecin. Cette vigilance fait partie de la sobriété elle-même : un soin attentif, mesuré, qui éclaire sans exposer.

**LA SOBRIÉTÉ
N'EST PAS UN
APPAUVRISSMENT :
NON PAS DIRE
MOINS, MAIS DIRE
MIEUX. DONNER
DES EXPLICATIONS
CLAIRES, LOYALES
ET APPROPRIÉES,
SANS SURCHARGER NI
TRAHIR LA LOGIQUE
DU SOIN**

Une IA personnalisée, au service de l'écoute

L'usage de l'IA est profondément personnel.

Au fil des consultations, elle s'adapte à ma manière d'expliquer, à mes repères, à la réalité du monde maritime. Un véritable dialogue se crée entre le praticien et l'assistant. La technologie ne remplace

rien ; elle affine. Elle me pousse à affiner mes propres formulations, à expliciter davantage mes choix, à ne pas céder à la facilité du jargon ou de la routine.

Grâce à cet appui invisible, la consultation gagne en fluidité. Je peux consacrer davantage de temps à écouter, à reformuler, à vérifier que l'assuré a bien compris.

Cette forme de sobriété relationnelle transforme le moment clinique : il devient un espace de clarté partagée.

Certains assurés me disent désormais : « Merci docteur, pour une fois j'ai compris tout ce que vous m'avez dit. »

Ce jour-là, je mesure que la sobriété est bien plus qu'une démarche technique : c'est une manière de soigner.

Regards croisés - le mentor : l'art de penser avec l'IA

Accompagner cette évolution, c'est observer une transformation subtile : le passage d'un outil perçu comme « pratique » à une coopération cognitive authentique.

Avec le D^r Chabanne, nous avons appris que l'essentiel ne réside pas dans ce que l'IA produit, mais dans la qualité du dialogue qu'elle rend possible.

Loin de lui fournir des réponses, elle lui renvoie ses propres choix, ses priorités et, parfois, ses angles morts. En travaillant la formulation, elle affine la pensée.

L'usage oral de l'IA change la dynamique : il ne s'agit plus d'écrire pour le patient, mais de parler mieux avec lui.

La technologie devient une aide à la pédagogie, un levier pour clarifier, pour trouver la juste analogie, pour ajuster le discours à l'interlocuteur.

Le médecin reste pleinement auteur de la parole, mais une parole plus nette, plus juste, plus respectueuse du temps de compréhension.

C'est dans cette sobriété relationnelle que se révèle le cœur du soin : le pouvoir d'une explication simple, transmise avec humanité.

“
**LA SOUTENABILITÉ DES
SYSTÈMES PASSE PAR
UN MEILLEUR CIBLAGE
DES ACTES ET PAR UNE
RÉDUCTION DE CE QUI
N'APPORTE PAS DE
BÉNÉFICE RÉEL**
”

PAR

DR NICOLAS LEBLANC

DIRECTEUR MÉDICAL ET DES AFFAIRES PUBLIQUES DE LIVI FRANCE

Nous écrivions avec Alfred Spira dans la revue « Politique et parlementaire » d'avril 2021 : « L'état de santé global de la population, le bien-être et l'espérance de vie n'ont jamais été à un niveau aussi favorable que celui que l'on connaît aujourd'hui dans le monde. Cet état constitue un équilibre fragile, aujourd'hui menacé par deux phénomènes majeurs, intimement liés dans leurs conséquences, que sont l'augmentation des inégalités sociales et les conséquences du dérèglement climatique. »

Quatre ans plus tard, la réalité est plus pressante. L'avènement du numérique et de l'IA ajoute une nouvelle responsabilité dans un contexte où les tensions climatiques et sociales s'intensifient. En effet, « The Lancet Countdown » insiste dans son rapport 2025 sur ce que l'on observait déjà : les vagues de chaleur s'intensifient, les pathogènes gagnent du terrain, la sécurité alimentaire se fragilise, et les populations deviennent plus vulnérables. Les systèmes de santé, eux aussi, subissent ces pressions. Ils doivent répondre à une demande croissante tout en absorbant les conséquences directes du réchauffement, que cela concerne leurs ressources humaines ou matérielles notamment lors d'événements extrêmes (tempêtes, inondations ou mégafeux, etc.).

favorable à son usage sous conditions (la littérature scientifique augmente de jour en jour à cet endroit). L'action n°8 de la feuille de route gouvernementale « Planification écologique du système de santé » concernant le numérique s'intitule « comment verdifier le numérique » en ne précisant rien sur les bénéfices qu'il peut apporter.

Domage, et pourtant, le premier effet, le plus directement mesurable, concerne les transports. Les téléconsultations et la télésurveillance évitent des milliers de trajets quotidiens, souvent courts, parfois longs, toujours émetteurs. Des travaux l'ont démontré clairement quant à la réduction des émissions de gaz à effet de serre générées par les déplacements des patients (Penaskovic et al., 2022). En Île-de-France, l'Institut Paris Région estimait déjà en 2020 que la télémédecine pouvait diminuer de manière significative les mobilités sanitaires, notamment pour les soins courants. Cette réduction des transports n'est pas anecdotique dans un système de santé où la logistique compte autant que la technique. C'est un geste de sobriété immédiat.

Mais le potentiel le plus puissant du numérique se situe ailleurs. En facilitant l'accès aux soins pour les familles, les salariés, les patients éloignés ou ceux prêts à renoncer, le numérique réduit les retards de diagnostic donc l'impact, lié à des prises en charge différées plus

lourdes, pèse économiquement et écologiquement. De plus, en ouvrant la porte à la prévention individualisée via des messages/rappels automatisés, via le suivi de constantes, via la promotion ciblée de dépistages, via des programmes dynamiques personnalisés, il évite des complications, parfois graves, toujours coûteuses, souvent évitables.

Enfin, il permet aussi de fournir un cadre léger et facile, favorable à la coordination et à la formation des professionnels de santé via une multitude d'outils conversationnels de visio-conférences, de guides d'accompagnement interactifs, et bien d'autres encore, dont l'IA accélère l'usage et l'intégration. Ce cadre ouvre les possibles pour développer l'accompagnement, pour changer les comportements, notamment de prescriptions des professionnels, et déployer de vrais programmes de sobriété. Ainsi, le numérique, lorsqu'il est bien utilisé, devient alors un allié pour limiter les examens superflus et maîtriser la prescription médicamenteuse.

Let's go

Dans un monde où le climat pèse plus chaque jour sur les corps et sur les institutions, la sobriété en santé n'est plus une option. Le numérique, loin d'être une fuite en avant technologique, peut-être une solution pour

alléger les déplacements, alléger les parcours, alléger les complications. Il ne s'agit pas de remplacer la présence humaine, mais de la recentrer sur l'essentiel à condition de l'utiliser pour soigner juste, soigner à temps et, autant que possible, soigner mieux. S'en donner les moyens nécessite d'observer et connaître en testant, en évaluant, avec sérieux et sans préjugés, pour appuyer factuellement les actions vers plus de sobriété. Il s'agit finalement de quitter les rives du conservatisme, qui ne vaut rien au regard des enjeux, pour relever les défis du siècle.

Références

Nicolas Leblanc et Alfred Spira. Pour des politiques de santé qui associent la lutte contre les inégalités sanitaires et sociales aux contraintes écologiques. La Revue Politique et Parlementaire n° 1093. Octobre-Décembre 2019.

Nicolas Leblanc. La performance en santé : sortir du labyrinthe. p.130 - 138 in Les nouveaux chemins de la performance en santé. CRAPS - #les idées des acteurs. Mars 2023.

Lancet Countdown on Health and Climate Change. Rapports 2023-2024.

The Shift Project. Plan de transformation de l'économie française. Focus Santé. Novembre 2021.

IRDES. Comment améliorer la soutenabilité environnementale des systèmes de santé ? Mai 2023.

France Nation Verte. Feuille de route. Planification écologique du système de santé. Décembre 2023.

Sénat. Rapport d'information. Pour une transition numérique écologique. 24 juin 2020.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Health at a Glance : Europe 2024.

Institut Économique Molinari. Développer la téléconsultation permettrait au système de santé français d'économiser 1 milliard d'euros. 18 janvier 2022.

Penaskovic KM, Zeng X, Burgin S, Sowa NA. Telehealth: Reducing Patients' Greenhouse Gas Emissions at One Academic Psychiatry Department. Acad Psychiatry. 2022.

Institut Paris Région. Le développement de la télémédecine pourrait avoir un impact insoupçonné sur les déplacements en Île-de-France. Mai 2020.

“
**LA SANTÉ DOIT
S'APPRENDRE DÈS LE
PLUS JEUNE ÂGE, ELLE
EST ÉDUCATIVE ET
DÉMONSTRATIVE**
”

PAR

ALAIN OLYMPIE

REPRÉSENTANT DES USAGERS À L'AP-HP, MILITANT EN SANTÉ ET EN E-SANTÉ
ET ANCIEN DIRECTEUR DE L'AFA GROHN RCH FRANCE

L'usager se doit d'être un citoyen responsable, attentif à une éducation préventive dès le plus jeune âge et tout au long de son parcours de vie sur l'optimisation de sa « bonne santé ». Dans son parcours de santé, il suivra les conseils de prévention régulièrement diffusés par l'Assurance maladie et les autres acteurs de la santé.

Cette responsabilité que l'on assigne au citoyen devenu usager du système de santé, par force, se traduit dans les faits par des politiques publiques qui s'éloignent (?) de la notion de solidarité de notre Sécurité sociale. Désormais, l'usager devenu patient est montré du doigt dans les dépenses de santé en forte augmentation, en responsabilité du « trou de la Sécu », fragilisant le système à minima, et bien sûr tous les parcours de soins en tension maximum devant la consommation irraisonnée des consultations, des traitements, des examens, des spécialistes, des urgences... Le « tout gratuit » est présent dans tous les esprits pour ceux qui ont « accès à la santé », contradiction avec les constats des citoyens qui échappent aux messages de prévention les plus élémentaires et ont des difficultés dans l'accès même à une médecine de premier recours. Le sentiment général du citoyen, de l'usager, du patient est désormais d'être face à un système dépassé, obsolète pour répondre à l'individualisation élémentaire de chacun d'entre nous, dans son unicité, dans ses singularités.

Notre responsabilité est collective. La santé doit s'apprendre dès le plus jeune âge, elle est éducative et démonstrative. Le « manger, bouger », ça doit être compris par l'éducation, d'autres thèmes comme les addictions seront dans des messages de prévention évolutifs à toutes les étapes de la vie, délivrés par les différents acteurs engagés sur des sujets précis, et porteurs de messages, si possible, portés par des pairs. La personnalisation du « risque en santé » est plus forte auprès de publics dès lors plus réceptifs. La sobriété, ça s'apprend donc.

Il faut normaliser la « bonne santé », mais aussi déculpabiliser la maladie et le handicap, là aussi dès l'école. Le regard doit s'éduquer dans des messages clairs et qui donnent du sens, besoin élémentaire de chaque enfant pour comprendre la - et sa - santé.

Il faut enfin être dans l'exigence de la transparence du coût de chaque soin. Chaque citoyen devrait être informé tous les ans - avec sa feuille d'impôt ? - de ce que l'État, lire la solidarité nationale, lui a apporté en matière de santé, le montant de ses soins, le coût de ses arrêts maladie... Il doit aussi être destinataire de conseils en santé, d'orientation et d'information, lui permettant d'améliorer son approche de santé, d'intégrer une utilisation raisonnée et optimale des ressources médicales et des actes de soins. La sobriété

en santé, ça se rappelle, se répète.

Les professionnels de santé doivent être aidés par les outils numériques désormais disponibles. Un parcours de soins centralisé, coordonné, de chaque patient pourra (au

besoin) être pré-analysé par un outil d'IA labellisé afin de proposer aux professionnels de santé consultés des solutions, tant en termes de soins que de conseils préventifs, avec des orientations adaptées aux disponibilités de proximité dans le territoire ou vers des applications agréées. Ce n'est plus désormais de la science-fiction dans certaines pathologies, mais la réalité - virtuelle - a du mal à être reconnue par une partie des professionnels de santé nourris à l'Evidence-Based Medicine. L'Académie de médecine reconnaît pourtant qu'« il faut envisager la nécessité d'un changement de paradigme en médecine ». Ce nouveau paradigme serait, selon elle, une médecine « fondée sur la personne prenant en compte la complexité de la pensée des patients et des médecins » ; soit l'élaboration d'un nouveau type de recommandations, non algorithmique, qui aurait des implications profondes pour l'enseignement et la

**LA SOBRIÉTÉ
EN SANTÉ DOIT
TOUJOURS ÊTRE
GUIDÉE PAR LA
PERTINENCE
MÉDICALE, LE
DIALOGUE ET LA
PRISE EN COMPTE DES
BESOINS INDIVIDUELS**

pratique de la médecine. Ce qui peut se traduire par un terme bien connu : « révolution ».

Les associations abordent, insistent, depuis toujours, sur la nécessité d'allier efficacité, humanité et équité. La sobriété en santé doit toujours être guidée par la pertinence médicale, le dialogue et la prise en compte des besoins individuels.

Les enjeux sont connus (et en marche), de l'autonomie du patient, de la conscience du consentement éclairé, de la reconnaissance de l'expérience patient (dans les différentes formes d'engagements : patient intervenant ou partenaire, patient enseignant ou chercheur...), de l'évaluation de la prise en charge par les PROMs, du déploiement des représentants des usagers garants de la démocratie en santé, des réformes dans la formation initiale et continue des professionnels de santé dans toute la complexité des silos construits par l'Histoire...

Les défis sont aussi reconnus, ceux de l'accès équitable aux soins avec la diminution de l'offre pour les publics les plus vulnérables générant une aggravation des inégalités territoriales notamment. La qualité des soins et la sécurité des prises en charge doivent être une priorité et ne pas laisser place à l'impression d'une « médecine à bas coût ». Enfin, les associations veulent/ doivent être associées à toutes les discussions et à la

prise de décision, en toute transparence, sur les raisons et les bénéfices des choix de sobriété, pour éviter toute méfiance ou incompréhension de la part des usagers.

La question qui doit être posée à chaque étape : est-ce que cette mesure répond réellement aux besoins des patients ? Un simple rappel plus personnel, nous sommes, tous, des usagers du système de santé et nous souhaitons le meilleur pour nos proches et pour nous-mêmes, pour le présent et pour l'avenir.

“

**LES DONNÉES DU
SYSTÈME DE SANTÉ
FRANÇAIS CONSTITUE
UN ACTIF IMMATÉRIEL
PUISSANT QU'ON SE
DOIT DE VALORISER
PLEINEMENT**

”

*PAR***CÉCILE BADIOLA-LAGARDÈRE**

DIRECTRICE GÉNÉRALE D'HEVA

ALEXANDRE VAINCHTOCK

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT D'HEVA

La sobriété est une notion axée sur la tempérance et la « juste mesure ». En d'autres termes, loin d'être synonyme de frugalité ou de rationalisation, la sobriété en santé soutient la volonté de fournir le juste soin au bon patient au bon moment.

La capacité du système à répondre à cette promesse est sans aucun doute liée à notre capacité à collecter, analyser et interpréter les données de santé disponibles que nos systèmes informatiques de soins génèrent en continu depuis des années.

Loin de devoir collecter des masses de données sans valeur, inexploitées ou inexploitable, l'enjeu repose surtout sur « collecter bien pour exploiter au mieux ». Dans la course à la donnée de santé et face à la quantité de données aujourd'hui à notre disposition, seulement une partie de celles-ci se révèle vraiment utilisable, et d'autres sont encore à ce stade inaccessibles ou encore trop difficiles à mobiliser.

Guider des décisions stratégiques et opérationnelles relatives à la prise en charge d'un patient ou à la gestion d'un établissement exige d'ériger comme doctrine des principes fondamentaux pour transformer la donnée brute en point de référence fiable et faciliter l'accès aux données est une démarche indispensable si nous voulons une véritable accélération de l'innovation, des

**CE PROJET QUI VISE
À CONSTRUIRE SELON
UNE APPROCHE
MULTICENTRIQUE
UNE CAPACITÉ À LIER
LES ENTREPÔTS DE
SANTÉ DES 32 CHU
SERA UN LEVIER
CONSIDÉRABLE
D'EFFICACITÉ POUR
L'INNOVATION ET
APPORTERA AU SNDS
LA COMPLÉMENTARITÉ
EN DONNÉES
CLINIQUES
HOSPITALIÈRES QUI
LUI FAIT DÉFAUT**

gains de productivité et une capacité accrue à mobiliser les ressources du système de santé au bon moment pour le bien du patient.

Les données du système de santé français constituent un actif immatériel puissant qu'on se doit de valoriser pleinement.

Le SNDS, notre trésor national

Les bases médico-administratives du

—
Système national des données de santé (SNDS) sont un exemple de la puissance que peut représenter une base de données exhaustive à l'échelle de la population française soit près de 68 millions de personnes. Bien qu'étant peu cliniques (par exemple, absence de résultats biologiques ou d'imagerie), elles couvrent les données de l'Assurance maladie (SNIIRAM), les données hospitalières (PMSI), les données de mortalité (CepiDc), les données de handicap (MDPH) et, à terme, des données des assureurs complémentaires.

Les principales données disponibles dans ces bases jouent un rôle majeur en termes de sobriété en santé, notamment pour réduire les actes inutiles (consultations, examens, traitements), limiter les surprescriptions (ex : antibiotiques, imagerie) ou encore améliorer la pertinence des soins.

Grâce à l'analyse des données du SNDS, nous pouvons identifier les actes ou prescriptions non pertinents, détecter les surprescriptions d'antibiotiques, analyser les taux d'imagerie non justifiée, voire même repérer les hospitalisations évitables.

Le SNDS permet également de reconstituer les parcours patients et donc d'observer les comportements des patients pour un même motif, la répétition d'examen similaires ou équivalents, ou au contraire la rupture ou doublon dans la prise en charge.

Enfin, le SNDS est un outil pour établir les politiques de prévention et optimiser l'allocation des ressources en permettant d'évaluer l'impact des campagnes de prévention, d'identifier les populations à risque ou d'anticiper les besoins futurs.

Tout ceci est rendu possible grâce à l'analyse des informations administratives sur le patient (identifiant anonyme, âge, sexe, commune de résidence),

les professionnels de santé (n° d'identification crypté, spécialité, statut conventionnel, commune d'implantation) et les établissements de soins (code FINESS, date d'entrée et de sortie, mode d'entrée et de sortie, certaines unités médicales comme la réanimation ou les soins intensifs) et les informations médicales sur les consommations de soins en ville (médicaments et dispositifs médicaux, actes médicaux et consultations, actes de biologie, transports sanitaires) et à l'hôpital (médicaments et dispositifs médicaux en sus, actes médicaux, d'exploration et chirurgicaux).

EDS, FeData, P4DP... Les Health Data Platforms pour un partage et un pilotage des données

Audacieux, les CHU se sont engagés depuis fin 2024 dans un projet d'envergure visant à adresser ensemble les enjeux autour des données de santé en vie réelle et offrir une proposition de valeur performante et attrayante à un système encore trop cloisonné visant à stimuler fortement la recherche et l'innovation en déverrouillant l'accès aux données hospitalières.

Une approche fédérée de partage des données de santé hospitalières est en train de voir le jour à travers le projet FeData. Ce projet, qui vise à construire, selon une approche multicentrique, une capacité à lier les entrepôts de santé des 32 CHU, sera un levier

considérable d'efficacité pour l'innovation et apportera au SNDS la complémentarité en données cliniques hospitalières qui lui fait défaut.

En outre, d'autres initiatives sont à mettre en avant, telles que P4DP, financé par France 2030 qui agrège les données de santé de médecine générale, s'appuyant sur les données contenues dans les dossiers électroniques de la patientèle des médecins généralistes ou encore les entrepôts de données de santé des groupes de laboratoires de biologie qui viennent enrichir notre vision et notre compréhension épidémiologique et thérapeutique.

Toutes ces initiatives sont des projets majeurs, déterminants dans la constitution des actifs immatériels qui sont indispensables pour établir une vision fiable, complète et exhaustive d'un parcours, d'une thérapeutique, d'une population ou encore de réaliser une gestion optimisée de nos ressources et apporter aux professionnels de santé, aux décideurs et aux scientifiques les bonnes analyses, les bons tableaux de bord et l'accompagnement nécessaire aux bonnes décisions dans un système de santé sobre et performant.

“
**FORMER À LA
PERTINENCE DES SOINS,
C'EST ENSEIGNER
LE DISCERNEMENT :
COMPRENDRE QUAND IL
FAUT INTERVENIR, MAIS
AUSSI QUAND IL FAUT
S'ABSTENIR**
”

PAR

MARION DA ROS POLI

PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE
DE FRANCE (ANEMF)

Penser la sobriété en santé, c'est interroger la manière dont nos sociétés ont progressivement fait du système de soin un objet de consommation, un signe d'appartenance sociale et un indicateur de performance individuelle. Ce qui était autrefois une quête de soin, un rapport sensible et éthique à la vulnérabilité, tend à devenir un champ d'optimisation. La transformation du système de santé ne pourra advenir qu'à condition de rompre avec cette logique de productivité du soin et de replacer le patient, ou plutôt l'humain, au centre : non pas comme bénéficiaire passif d'un service, mais comme sujet de sa propre santé.

La sobriété ne se réduit pas à la restriction ni à l'économie des moyens : elle est d'abord une discipline du regard, un retour au sens clinique, à l'attention fine portée à ce qui soigne vraiment. Elle suppose de reconnaître la limite comme valeur, de réapprendre à discerner l'essentiel dans la profusion des actes, des prescriptions, des examens. Elle invite à un soin mesuré, juste et ajusté à la singularité de la personne plutôt qu'à la standardisation des pratiques. C'est cette éthique du soin, faite de mesure, d'écoute et de responsabilité partagée, qui doit désormais guider les futurs soignants, mais aussi les citoyens dans leur rapport à la santé. C'est à la jeunesse qu'il revient d'inventer les formes nouvelles de cette éthique du soin : non pas hériter d'un système, mais en déplacer

les lignes, en rééduquant le regard, le geste et la pensée pour réconcilier le soin avec le sens ; pour imbriquer valeurs, missions et compétences.

Les obstacles à cette transformation sont nombreux, mais l'un des plus profonds réside dans la manière dont le savoir médical et les pratiques de soin se sont institutionnalisés : la santé s'est progressivement constituée en champ d'exercice du pouvoir, traversé par des impératifs économiques, technologiques et symboliques. La surconsommation de soins n'est pas seulement le produit de comportements individuels, mais le symptôme d'une culture médicale et sociale où la performance prime sur la pertinence.

Les étudiants en santé sont formés dans un environnement où l'acte technique est valorisé, où l'urgence prévaut sur la réflexion, où la prévention demeure périphérique. Ce modèle façonne un rapport au soin centré sur la réparation plutôt que sur la compréhension du vivant. Dans le même temps, la santé est perçue par les usagers comme un bien auquel chacun peut prétendre sans limite, détaché de toute responsabilité collective. La logique assurantielle et consumériste finit par diluer le sens du soin dans celui du droit, réduisant la relation médicale à une transaction de service.

Cette dérive s'observe aussi dans le champ de la santé mentale étudiante : face à la souffrance, la réponse institutionnelle reste souvent médicamenteuse, individuelle, immédiate. Elle traduit l'incapacité de notre système à penser la prévention, la communauté et les déterminants sociaux du bien-être. Enfin, la faible littératie en santé, cette compétence à comprendre et à s'appropriier les enjeux du soin, accentue la dépendance des individus face au système, tout en renforçant la passivité dans la prise de décision. Ce paradoxe culmine aujourd'hui, il en va de la pérennité de notre système de santé de s'engager pour entamer une réelle métamorphose.

**LA
SURCONSOMMATION
DE SOINS N'EST
PAS SEULEMENT
LE PRODUIT DE
COMPORTEMENTS
INDIVIDUELS, MAIS
LE SYMPTÔME D'UNE
CULTURE MÉDICALE
ET SOCIALE OÙ LA
PERFORMANCE PRIME
SUR LA PERTINENCE**

Mais la sobriété en santé ne peut s'imposer par décret : elle se cultive, se transmet, s'apprend. Elle commence dans la formation des futurs soignants, qui doivent être initiés non seulement aux savoirs biomédicaux, mais aussi à la pensée critique et à l'histoire des pratiques. Former à la pertinence des soins, c'est enseigner le discernement : comprendre quand il faut intervenir, mais aussi quand il faut s'abstenir. C'est

apprendre à percevoir la complexité du vivant et à résister à la tentation du « toujours plus ». Une telle formation devrait faire plus ample place à l'éthique, à la philosophie, au relationnel, afin que la décision médicale ne soit pas seulement juste au regard de la science, mais aussi au regard du sens.

Sur les campus universitaires comme dans nos centres de soins, cette sobriété pourrait s'incarner dans des pratiques de prévention vécues non comme des campagnes descendantes, mais comme des expériences collectives : ateliers de santé mentale, espaces de parole, projets d'éducation par les pairs, initiatives de promotion du bien-être. Ces espaces redonnent à la santé sa dimension de lien social, et au soin sa dimension communautaire. C'est ici que prend racine la véritable alliance thérapeutique.

Responsabiliser les usagers ne signifie pas les culpabiliser, mais leur restituer du pouvoir sur leur santé. Cela suppose d'accroître la littératie en santé, d'encourager la compréhension du fonctionnement du système, de replacer la santé dans le champ du commun plutôt que dans celui de la performance individuelle. Il s'agit moins de demander des efforts que de redonner du sens : comprendre que la sobriété est une forme de liberté, une manière de reprendre possession de son

corps et de ses choix face aux injonctions économiques et sociales.

Penser la sobriété, c'est donc interroger nos normes, nos habitudes, notre rapport à la vulnérabilité. C'est une entreprise à la fois politique et éthique, qui exige de chaque acteur, qu'il soit patient, soignant, étudiant ou citoyen, de retrouver le sens de la mesure, non comme restriction, mais comme juste distance entre le soin et le pouvoir.

“
**AU-DELÀ DE L'ASPECT
TECHNIQUE, FHIR OUVRE
LA VOIE À UNE VÉRITABLE
TRANSFORMATION DE
NOTRE SYSTÈME DE
SANTÉ**
”

PAR

DR CYRILLE ISAAC-SIBILLE

DÉPUTÉ DE LA 12^e CIRCONSCRIPTION DU RHÔNE

Le système de santé français a atteint un point de bascule : son déficit se creuse d'année en année, porté par le vieillissement de la population et la progression des pathologies chroniques. Si nous voulons éviter l'asphyxie financière et préserver la qualité de notre modèle social, nous devons rendre son organisation et son fonctionnement davantage efficaces et sobres dans l'usage de ses ressources.

Cela suppose de changer nos pratiques : mieux prévenir, mieux coordonner, mieux utiliser les outils dont nous disposons. Et parmi les leviers, l'un reste encore trop peu exploité en France : les données de santé.

Lorsqu'elles sont correctement mobilisées, elles permettent de développer une médecine personnalisée, préventive, prédictive, participative et probante, avec des diagnostics plus justes, des prises en charge ciblées, un pilotage des établissements de santé au plus près des besoins. Mais aujourd'hui, ce potentiel reste freiné par le manque d'interopérabilité des systèmes d'information de santé.

Des données qui ne circulent pas

Tous les jours, d'importants volumes de données de santé sont produits (examens, prescriptions, comptes rendus). Cependant, ces données sont enregistrées dans

**UN SYSTÈME OÙ LA
DONNÉE CIRCULE MAL
EST UN SYSTÈME PEU
EFFICIENT, GÉNÉRANT
DU GASPILLAGE
QUI PÈSE SUR LA
QUALITÉ DES SOINS,
SUR NOS OBJECTIFS
ENVIRONNEMENTAUX
ET SUR LES FINANCES
PUBLIQUES**

des logiciels hétérogènes, avec leurs propres formats, leurs propres langages et opérateurs. Malgré les investissements du Ségur du numérique pour renforcer l'interopérabilité des systèmes, ils peinent à communiquer entre eux, rendant le partage et l'exploitation des données difficiles.

Cette fragmentation a un coût : la coordination est ralentie, les examens sont redondants, les tâches administratives sont alourdies... Un système où la donnée circule mal est un système peu efficace, générant du gaspillage qui pèse sur la qualité des soins, sur nos objectifs environnementaux et sur les finances publiques.

Faire de FHIR un standard commun

L'Union européenne s'apprête à rendre obligatoire le standard FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources), qui permet de traduire tous les éléments d'un dossier patient (biologie, imagerie, diagnostics, prescriptions) dans un langage compréhensible par

tous les logiciels. En France, peu d'acteurs anticipent ce virage.

Soutenir une logique de sobriété et d'efficacité de notre système de santé appelle à anticiper les changements majeurs. C'est pourquoi nous devons dès à présent imposer aux éditeurs de logiciels et services numériques de se conformer à ce standard européen. Rattraper le retard de la France en matière de numérique en santé en faisant converger les systèmes d'information permettrait :

- d'assurer une cohérence dans les échanges de données ;
- d'en garantir la qualité et la sécurité ;
- d'accélérer les usages qui en dépendent (coordination, recherche, innovation) ;
- de donner aux citoyens les moyens de devenir acteurs de leur santé.

Au-delà de l'aspect technique, FHIR ouvre la voie à une véritable transformation de notre système de santé. Il permettrait de sortir d'un modèle centré sur l'acte pour valoriser la prévention, la qualité des parcours, la pertinence des soins. Avec ce changement de logique, la rémunération des praticiens pourrait intégrer les

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

économies générées par une meilleure coordination entre professionnels, et in fine, il deviendrait plus intéressant de prévenir une hospitalisation que de multiplier les consultations et examens.

En conclusion, la circulation des données permise par la mise en place du standard FHIR est un véritable levier d'organisation. C'est un choix stratégique qui doit nous permettre d'aller plus vite vers un système de santé plus sobre, plus efficace, au bénéfice des patients, des soignants, et de nos finances publiques.

“
**LA DÉCARBONATION EST
UN THÈME TRANSVERSAL
ET PLURIDISCIPLINAIRE
QUI, MIS AU SERVICE DES
PATIENTS, PERMETTRAIT
DE FORGER UN SYSTÈME
DE SOINS PLUS RÉILIENT**
”

PAR

ROMARIC MAIRE

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE DIPLÔMÉ D'ÉTAT ET INGÉNIEUR

Le système de santé doit se décarboner pour s'inscrire dans une durabilité énergétique tout en baissant ses impacts environnementaux. Ce faisant, la production de soin doit être réalisée en maintenant, voire en améliorant la qualité de prise en soins. Cela implique nécessairement une décarbonation des usages en lien avec le système de santé.

De nombreux soignants libéraux sont intéressés par les enjeux environnementaux et les enjeux de souveraineté énergétique, mais ils rencontrent d'immenses difficultés à prioriser les actions à impact. Leurs structures souvent individuelles ou avec un faible effectif n'ont pas la capacité à dégager du temps pour réaliser un bilan carbone et produire un plan de transition. Le décompte des émissions de GES est une tâche fastidieuse, mais c'est un prérequis pour lancer des actions pertinentes en faveur de la décarbonation. Il est donc nécessaire de créer des outils de diagnostic simplifiés à destination des libéraux afin qu'ils puissent prendre conscience de leurs impacts pour ensuite prioriser leurs actions en faveur d'une décarbonation efficace. En 2025, un projet porté par 10 URPS kinésithérapeutes a eu pour objectif de proposer la première brique technique de la décarbonation des kinésithérapeutes de France.

Une fois le diagnostic des émissions établi, il est nécessaire de déployer les réponses adaptées en

priorisant les actions permettant d'avoir un impact sur les plus gros postes d'émissions de GES.

De manière générique, l'empreinte carbone d'un système peut être décrite par la célèbre équation que Kaya et al. ont explicitée en 1997, et qui stipule que cette empreinte est égale au produit de l'intensité carbone de l'énergie consommée par le système, par l'intensité énergétique de la production, par la production par habitant, et enfin par la population totale. Si l'on transpose ce modèle d'analyse à la médecine de ville, il est possible de synthétiser les actions de réduction des émissions de GES de ce secteur autour de quatre axes majeurs.

Le premier axe consiste à réduire l'intensité carbone de l'énergie consommée. Cet objectif peut être atteint par l'électrification des usages lorsque cette solution est possible et pertinente. De même, l'application de ce que l'on pourrait appeler l'« acide-tri-phosphatation » des usages permettrait d'obtenir des réductions substantielles des émissions de GES. Par exemple, la promotion de la mobilité active des soignants et des patients permet de réduire les dépenses de santé et leurs émissions associées, tout en produisant des co-bénéfices : réduction de l'usure des voiries, réduction des facteurs de risques cardiovasculaires et augmentation de la qualité de vie ressentie. La promotion de la mobilité

active est un sujet qui peut être en partie traité par les collectivités, et celles-ci doivent désormais être éclairées par les experts du monde de la santé. Les soignants ont donc un rôle à jouer pour indiquer le chemin à suivre en matière d'aménagements urbains, afin que les zones habitées soient conçues de manière ergonomique pour les usagers privilégiant les modes de transport faiblement émissifs.

**IL EST DONC
NÉCESSAIRE DE
CRÉER DES OUTILS
DE DIAGNOSTIC
SIMPLIFIÉS À
DESTINATION DES
LIBÉRAUX AFIN QU'ILS
PUISSENT PRENDRE
CONSCIENCE DE
LEURS IMPACTS POUR
ENSUITE PRIORISER
LEURS ACTIONS
EN FAVEUR D'UNE
DÉCARBONATION
EFFICACE**

Le deuxième axe se concentre sur la réduction de l'intensité énergétique de la production de soins, et correspond à l'impératif de la sobriété énergétique des soins. Il est adressable par l'éco-conception des soins et l'approche basse-technologie. Ce faisant, les patients ne doivent pas subir de pertes de chances cliniques. L'isolation des cabinets permet aussi de réduire les émissions associées au chauffage des locaux. Le confort thermique est nécessaire aux soignants et aux patients, mais un juste chauffage et refroidissement des locaux

permettrait de faire des économies substantielles d'énergie.

Le troisième axe vise à baisser la production de soins par habitant. Cet abord de la décarbonation revient à augmenter l'efficacité des prises en soins pour que le soin de qualité évite une surconsommation de soins. En médecine ambulatoire, cela peut être développé par une coordination optimale entre soignants permettant le juste soin, au juste instant. La simplification du parcours de soins répond aussi en partie à ce point en facilitant l'accès au soin pour les personnes en zone sous-dotées. La délégation de compétences médicales vers les paramédicaux permettrait d'offrir des marges de manœuvre pour les soignants qui font face au mur démographique et au virage domiciliaire. Les prises en charge en phase avec les pratiques efficaces scientifiquement prouvées permettent aussi de gagner en efficacité. Enfin, des incitations financières à terminer une prise en charge sur objectifs permettraient aussi d'améliorer l'efficacité du soin.

Le dernier axe vise à baisser la population en demande de soins. Cet objectif sera atteint par une promotion de la santé et une prévention basée sur les déterminants de santé. Une population jouissant d'une meilleure santé consomme naturellement moins de soins, ce qui a pour effet de dégonfler une partie significative de

la demande globale en soins. La prévention peut être un investissement à intérêts composés : si les sommes fléchées pour les soins ne sont pas entièrement dépensées, elles peuvent servir à financer de nouvelles actions de prévention efficaces, impliquant chaque année une plus grande part de la population en meilleure santé. La recherche en santé doit éclairer les décisions afin de piloter de manière optimale la bascule du système de soins curatif au système de soins préventif.

La décarbonation est un thème transversal et pluridisciplinaire qui, mis au service des patients, permettrait de forger un système de soins plus résilient et souverain dans un monde plus ergonomique et propice à une meilleure santé de la population.

SYNTHÈSE

Transformer durablement le système de santé

Si la sobriété s'impose aujourd'hui, ce n'est pas par choix idéologique, mais parce que le système de santé a atteint des limites durables : vieillissement de la population, explosion des maladies chroniques, progression des troubles de santé mentale, pénurie de professionnels, contraintes financières persistantes et urgence écologique s'accumulent et se renforcent mutuellement.

De fait, la sobriété en santé est souvent mal comprise. Assimilée à une restriction, à une austérité ou à une réduction de l'accès aux soins, elle suscite des résistances compréhensibles. Pourtant, l'ensemble des contributions réunies dans cet ouvrage converge vers un constat clair : la sobriété en santé n'est pas un renoncement au soin, mais une condition de sa pérennité.

Dès lors, la sobriété en santé peut être définie comme la capacité collective à mobiliser les ressources sanitaires - humaines, financières, organisationnelles, technologiques et environnementales - de manière pertinente, proportionnée et durable, afin de répondre

aux besoins de santé d'une population. La sobriété implique une décorrélation profonde entre le nombre d'actes de soins et l'état de santé de la population, via une transformation profonde et multidimensionnelle. À ce titre, la sobriété en santé est une considération politique forte qui doit permettre de répondre aux multiples défis auxquels fait face le système de santé.

Cette logique implique plusieurs ruptures majeures.

Rupture avec une logique de volume, dans laquelle la performance du système est mesurée par l'activité produite. Rupture ensuite avec une approche exclusivement budgétaire, qui ferait de la sobriété un simple instrument de maîtrise des dépenses. Rupture enfin avec une vision individualisante, qui ferait peser la responsabilité de la sobriété sur les seuls patients ou professionnels.

La sobriété en santé implique de sortir d'une logique de silos. En effet, trop souvent, administrations, patients, soignants et industriels fonctionnent en silos en collaborant uniquement lors de rares temps de rencontres institutionnels. Or, la sobriété en santé est systémique. Elle concerne simultanément la clinique, la prévention, l'organisation des soins, le financement, l'usage des données, la formation des professionnels, la relation aux usagers et l'impact environnemental

du système. Elle concerne la santé humaine mais également la santé animale et environnementale, toutes trois devant être pensées comme un système unique pour agir en amont, à la source des risques. La sobriété en santé ne peut réussir que si elle repose sur des collaborations renforcées et un débat démocratique sur la façon de soigner et de prendre soin.

Cet ouvrage montre que la sobriété n'est pas une réponse conjoncturelle à un déficit ponctuel, mais bien un principe de transformation structurelle permettant de retrouver de la cohérence, du sens et une capacité d'action à long terme.

Un de ses enseignements majeurs est que la sobriété commence dans le soin lui-même. La pertinence des pratiques, la déprescription, la prévention de la chronicisation, le retour à la démarche clinique et à l'alliance thérapeutique constituent les premiers gisements de sobriété. Loin d'affaiblir la qualité des soins, ces approches la renforcent.

Mais la sobriété ne peut reposer sur la seule exigence clinique. Elle dépend tout autant de la manière dont le système est organisé. Des organisations fragmentées et cloisonnées produisent mécaniquement de la surconsommation. À l'inverse, la coopération interprofessionnelle, la délégation de tâches, la

coordination des parcours et la responsabilité populationnelle permettent de libérer du temps soignant et de concentrer les ressources là où elles produisent réellement de la santé.

Par ailleurs, la prévention apparaît comme le levier de sobriété le plus puissant, à condition qu'elle soit ciblée, proportionnée et pensée à l'échelle des populations et des territoires. Agir sur les déterminants de santé, les expositions évitables, la promotion de la santé et les inégalités sociales permet de réduire durablement la demande de soins curatifs lourds.

La sobriété ne peut également tenir dans le temps sans outils. Données, numérique et intelligence artificielle peuvent devenir des instruments de discernement, s'ils sont orientés vers la pertinence plutôt que vers l'accélération de l'activité. De même, la prise en compte de l'impact environnemental des soins et des organisations n'est pas un supplément idéologique, mais une condition de résilience.

Enfin, la sobriété est indissociable d'un ancrage démocratique. Informer sur les coûts, les bénéfices et les arbitrages, former les professionnels et associer les usagers aux choix structurants sont des conditions essentielles pour que la sobriété soit comprise comme

un choix collectif et non vécue comme une contrainte imposée.

La sobriété en santé n'est pas une fin en soi. Elle est un moyen de préserver durablement ce qui fait la valeur fondamentale du système de santé : la qualité du soin, l'équité d'accès, le sens du travail des professionnels et la capacité collective à faire face aux défis de santé à venir.

L'enjeu n'est plus de savoir si la sobriété est souhaitable, mais si nous saurons en faire un principe partagé, structurant et durable.

**10 RECOMMANDATIONS
POUR LA SOBRIÉTÉ EN SANTÉ**

Partant de ces éclairages, l'ouvrage permet d'articuler dix recommandations pour réussir la transformation du système de santé par la sobriété. La mise en œuvre de ces recommandations nécessite la création d'une instance de coordination pluriprofessionnelle, portée au plus haut niveau. Les bénéfices économiques attendus devront faire l'objet d'une évaluation approfondie afin de démontrer leur contribution à la soutenabilité et à la pérennité du système de santé.

Recommandation 1. Rééquilibrer durablement le système en faveur de la prévention

Investir de manière ciblée dans la prévention primaire et secondaire, en agissant sur les déterminants de santé et les inégalités économiques, sociales et territoriales, et en tenant compte des interdépendances entre santé humaine, animale et environnementale.

Recommandation 2. Faire de la pertinence des soins un objectif central du système

Passer d'un pilotage fondé sur l'activité à un pilotage intégrant la valeur clinique réelle, avec des indicateurs de pertinence coconstruits avec les professionnels et une valorisation financière associée.

Recommandation 3. Reconnaître la déprescription comme un acte qualitatif

Structurer, former et valoriser la déprescription comme une pratique clé de la sobriété clinique et de la sécurité des soins.

Recommandation 4. Transformer les organisations de soins pour mobiliser toutes les énergies

Déployer la coopération interprofessionnelle, la délégation de tâches et la coordination des parcours pour réduire les redondances et libérer du temps soignant.

Recommandation 5. Développer une responsabilité populationnelle à l'échelle du territoire

Encourager des modèles d'organisation et de financement orientés vers la santé des populations suivies, et non vers la seule production d'actes.

Recommandation 6. Intégrer la sobriété environnementale dans les décisions de soin

Faire de l'impact environnemental un critère de choix lorsque l'efficacité clinique est équivalente, notamment pour les produits de santé et les organisations.

Recommandation 7. Rendre visibles les coûts et les bénéfices du système de santé

Développer une information économique claire et pédagogique pour éclairer les choix collectifs et renforcer la confiance et la solidarité.

Recommandation 8. Mettre la donnée et les outils numériques au service du discernement collectif

Déployer des systèmes d'information interopérables orientés vers la pertinence, l'évaluation et l'anticipation, en évitant l'écueil du technosolutionnisme.

Recommandation 9. Former à la sobriété, à la prévention et à la pertinence

Inscrire ces enjeux au cœur de la formation initiale et continue des professionnels, des cadres et des décideurs.

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

Recommandation 10. Faire de la sobriété un sujet de débat démocratique assumé

Associer les usagers et les citoyens aux choix structurants du système, en assumant que hiérarchiser est une condition de soutenabilité.

POSTFACE

2035 : la sobriété, nouveau standard du système de santé ?

Se projeter à dix ans est un exercice délicat dans un système de santé aujourd'hui largement gouverné par l'urgence. Pourtant, c'est précisément ce que la sobriété rend possible : redonner au temps long sa place centrale dans l'action publique et professionnelle.

À l'horizon 2035, deux trajectoires se dessinent.

La première est celle de l'inertie. Les tensions actuelles persistent, les plans se succèdent sans transformation structurelle, la prévention reste marginale, les professionnels continuent de s'épuiser, et la dépense progresse sans produire davantage de santé. Dans ce scénario, la sobriété n'est jamais assumée comme un choix collectif ; elle s'impose alors de manière subie, sous forme de pénuries, de renoncements et de rationnements implicites. La confiance se dégrade, les inégalités s'accroissent, et le système devient de plus en plus difficile à piloter.

La seconde trajectoire est celle d'une sobriété choisie. Elle suppose que la sobriété soit reconnue comme un

principe organisateur du système de santé. En 2035, cela signifie un système où la pertinence des soins est un réflexe partagé, où la prévention est structurée et évaluée, où les organisations sont conçues pour libérer du temps clinique, et où la donnée éclaire les décisions sans les automatiser. Un système où l'impact environnemental est intégré aux choix lorsque l'efficacité médicale est équivalente, et où les citoyens comprennent mieux les arbitrages collectifs.

Dans ce scénario, la sobriété ne réduit pas l'ambition sanitaire ; elle la rend soutenable. Elle permet de concentrer l'effort là où il est le plus utile, de préserver les ressources humaines et de renforcer la résilience face aux crises sanitaires, sociales ou environnementales...

Rien de cela n'advient spontanément. La sobriété en santé n'est ni naturelle ni automatique. Elle suppose des choix clairs, parfois inconfortables, une capacité à renoncer à certains réflexes, et un investissement durable dans la prévention, la formation et l'organisation. Elle suppose surtout une volonté collective : celle de préférer le discernement à l'urgence permanente, et la qualité à l'accumulation.

Dans dix ans, la question ne sera donc pas de savoir si la sobriété était souhaitable, mais si nous avons su la construire à temps pour préserver ce qui fait la valeur

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

fondamentale de notre système de santé : sa capacité à prendre soin, durablement, de toutes et tous.

MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

AGNÈS FIRMIN LE BODO

DÉPUTÉE DE LA 7^E CIRCONSCRIPTION DE LA SEINE-MARITIME,
ANCIENNE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION ET
PRÉSIDENTE DU COMITÉ D'EXPERTS

ÉLODIE CHAPEL

CEO & FONDATRICE D'ELIXIR HEALTH

CAROLINE SCHWARTZ

DIRECTRICE SANTÉ CHEZ EUROGROUP CONSULTING

DR CHRISTIAN ESPAGNO

PRÉSIDENT DU HAUT CONSEIL DES NOMENCLATURES (HCN)

SÉBASTIEN GUÉRARD

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DE SYNDICATS DE KINÉSITHÉRAPEUTES
(FFMKR)

MARC LECLÈRE

PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE DES FORCES ARMÉES (UNÉO)

PR XAVIER LESCURE

INFECTIOLOGUE À L'HÔPITAL BICHAT-CLAUDE-BERNARD

PR PATRICK PESSAUX

CHEF DE SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE AU NOUVEL HÔPITAL
CIVIL DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG

ANTOINE-MATHIEU NICOLI

DIRECTEUR DE LA GESTION DU RISQUE DE LA CAISSE NATIONALE DE
L'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

ARNAUD VANNESTE

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
DE NANCY

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE

AGNÈS FIRMIN-LE BODO P.9

AVANT-PROPOS P. 15

INTRODUCTION P. 21

CONTRIBUTIONS P. 27

**1. REPENSER LE CADRE : LA SOBRIÉTÉ COMME MODÈLE
DE SOCIÉTÉ** P. 28

ÉRIC PAVY P. 30

YAËL THOMAS P. 38

VINCENT LEQUENNE, BENJAMIN HERBERT P. 44

POL-HENRI MINVIELLE P. 50

DR FRANCK DEVULDER P. 58

ÉTIENNE TICHIT P. 64

FLORENT PARMENTIER P. 70

MARIE CHABAUD P. 76

BÉATRICE NOËLLEC, CHRISTINE SCHIBLER P. 84

BENOÎT BRIATTE P. 90

ANTOINE-MATHIEU NICOLI P. 96

**2. SOIGNER JUSTE : LA SOBRIÉTÉ CLINIQUE
COMME POINT D'APPUI** P. 114

YANN BUBIEN, PR SAMIR HENNI P. 116

DR RACHEL BOCHER P. 124

DR MATTHIAS BRUNN, DR ÉTIENNE NOUGUEZ P. 134

DR JEAN-PAUL ORTIZ P. 142

PR XAVIER LESCURE, CAROLINE SCHWARTZ P. 152

JÉRÉMY PEREIRA, CAMILLE MOSSE P. 162

DAMIEN VIEILLARD-BARON P. 172

MÉLANIE ORDINES P. 182

PR VALÉRIE SAUTOU P. 188

DR AGNÈS DEVOIS P. 194

PR LIONEL COLLET, VANESSA PIDERI, EUGÉNIE REY P. 200

3. PRÉVENIR POUR DURER : AGIR EN AMONT DES PARCOURS
P. 206

EMMANUEL DE GEUSER P. 208

PR ROBERT BAROUKI P. 214

ANNE-LAURE TORRÉSIN P. 220

ABDELAZIZ ALAOUI P. 226

MYLÈNE BONNEL, ÉRIC JEANNEAU P. 234

SARAH DEGIOVANI P. 240

SOPHIE BEAUPÈRE P. 246

DENIS RAYNAL P. 254

SANDRINE GAMBLIN, LÉONIE DONNET P. 260

ANNE BUCHER, DR CHRISTOPHE BANNERY, CÉCILE REHBY,
MOHAMED ES-SBAI P. 268

PR XAVIER LESCURE P. 276

4. TRANSFORMER LES ORGANISATIONS : LA SOBRIÉTÉ EN PRATIQUE P. 284

ANNE-MARIE ARMANTERAS, STÉPHANE PARDOUX P. 286

ZAYNAB RIET P. 294

ARNAUD JOAN-GRANGÉ P. 300

DR ZINEB CHERKAOUI P. 308

RAPHAËL CANONNE P. 314

MATTHIEU GIRIER P. 322

VINCENT-NICOLAS DELPECH P. 328

OLIVIER TOMA P. 334

MARINA GIORDANI P. 342

DR MARTIAL JARDEL P. 348

DR ÉLISABETH HUBERT, MATHURIN LAURIN P. 354

5. OUTILLER ET RENDRE DURABLE : DONNÉES, ENVIRONNEMENT, DÉMOCRATIE P. 362

ÉLISE DEBIÈS P. 364

CAROLINE GUILLOT, LAURENT VILBOEUF P. 372

DR ALEXANDRE VALLÉE P. 378

DR RÉMY CHABANNE, ABRAHAM HAMZAWI P. 388

DR NICOLAS LEBLANC P. 394

ALAIN OLYMPIE P. 402

CÉCILE BADIOLA-LAGARDÈRE, ALEXANDRE VAINCHTOCK P. 408

MARION DA ROS POLI P. 414

DR CYRILLE ISAAC-SIBILLE P. 420

ROMARIC MAIRE P. 426

SYNTHÈSE P. 433

RECOMMANDATIONS P. 439

POSTFACE P. 445

PARTENAIRES

Aéma Groupe
AGS
AirInSpace
Assia
Avenir Mutuelle
Biogen
Bristol Myers Squibb
Caisse des Français à l'Étranger (CFE)
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM)
Centre Hospitalier Stell
Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)
CNP Assurances
Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)
CPAM de l'Essonne
CPAM de Paris
CPAM des Hauts-de-Seine
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy
Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux
Centre Hospitalier Universitaire de Normandie
Doctolib
Ethik-IA
Eurogroup Consulting
Fédération Hospitalière de France (FHF)
Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

Fédération des Institutions Paritaires de Protection Sociale (FIPS)
Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR)
Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)
Fondation de Rothschild
Gerep
GMF
Groupe Relyens
Groupe Vyv
Heka
Heva
Hôpital Foch
Intuitive
La France Mutualiste
Leem
Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Livi
Malakoff Humanis
Mercer
Mutualité Sociale Agricole (MSA)
Mutuelle Civile de la Défense (MCDef)
Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)
Mutuelle des Métiers de la Justice et de la Sécurité (MMJ)

PARTENAIRES

Mutuelle Générale de la Police (MGP)

Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)

My Hospitel

Novo Nordisk

Organisation Internationale du Travail (OIT France)

Oxea Conseil

Pergamon

Pfizer

Philips

Proxicare

Servier

Syndicat des Audioprothésistes

Syndicat des Biologistes

Syndicat National Autonome des Orthoptistes (SNAO)

Thémis Conseil

Unéo

Unicancer

Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL)

Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)

Urops

Vivalto Santé

YCE Partners

PUBLICATIONS

OUVRAGES

- 4 inspirations catalanes en santé**
Mai 2026
- Soigner et vivre avec le cancer en 2030**
Février 2026
- Transformer l'hôpital pour 2035**
Janvier 2026
- Dictionnaire ébouriffé de la Protection sociale**
Novembre 2025
- En route vers les pénuries ? Il y a une alternative...**
Juin 2025
- Obésité : une Grande Cause nationale !**
Avril 2025
- Prévention & numérique : une urgence politique !**
Mai 2024
- Valeur travail : une valeur à partager**
Mai 2024
- Les 11 incontournables de la Protection sociale
[textes & discours]**
Novembre 2023
- Les nouveaux chemins de la performance en santé**
Mars 2023
- Voyage dans l'histoire de la Protection sociale**
Décembre 2022
- Refonder notre système de santé : 4 inspirations danoises**
Mai 2022
- Et si... la protection sociale était au cœur du prochain
quinquennat ?**
Avril 2022
- Penser le social : 5 questions pour 2022**
Février 2022
- Recherche médicale : les #idées des acteurs**
Juillet 2021
- Psychiatrie & Santé Mentale : les #idées des acteurs**
Juin 2021
- Prévention & Fonction publique**
Juin 2021
- La Protection sociale de la communauté Sécurité-Défense :
les #idées des acteurs**
Mars 2021
- Penser le social : 5 nouvelles leçons**
Mars 2021
- Les mutuelles, les syndicats, l'état dans la Protection sociale
complémentaire des agents de l'État**
Mars 2021
- Tous solitaires, tous solidaires**
Septembre 2020
- 5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle**
Juillet 2020

PUBLICATIONS

Qui veut tuer les mutuelles ?

Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle Protection sociale !

Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné

Octobre 2015

Le Livre Blanc

Novembre 2012

CAHIERS

**L'intelligence artificielle : un défi pour la Protection sociale -
Début d'une réflexion**

Mars 2020

Territoires de santé : de nouvelles frontières

Juin 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu

Février 2019

Retraite : un patrimoine collectif

Décembre 2018

Une question de méthode [Dialogue social]

Avril 2017

**Big data et nouvelles technologies, la Protection sociale à
l'heure de la révolution numérique**

Mars 2017

**Un quinquennat pour retrouver une ambition française
contre le tabagisme**

Mars 2017

Quelle politique mener ? [Addiction à l'alcool]

Mars 2017

Quatre stratégies pour maîtriser la dépense [Assurance maladie]

Février 2017

**Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun
[Financement de la Sécurité sociale]**

Février 2017

L'emploi : un défi européen

Janvier 2017

**Une bombe à mèche longue [Chômage, formation,
accompagnement et indemnisation]**

Décembre 2016

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public

Décembre 2016

Pour structurer la médecine du XXI^e siècle : la télémédecine

Décembre 2016

CRAPSLOGS

**« Un territoire performant doit s'inscrire dans la logique du
« One Health » »**

Mars 2026

Emploi des seniors « un gâchis monumental »

Juillet 2025

PUBLICATIONS

« Il faut se pencher sérieusement sur l'avenir de notre modèle de Protection sociale »

Janvier 2025

« Nous ne pouvons plus raisonner comme nous le faisons actuellement »

Mars 2024

12 solutions radicales pour l'accès aux soins et la cohésion sociale

Juin 2023

PLFSS 2023 : La politique du rabot signe son grand retour

Janvier 2023

Les données sociales au cœur d'une juste prestation

Juin 2022

PLFSS 2022 : le quoi qu'il en coûte est-il une bonne recette ?

Janvier 2022

L'État souhaiterait-il s'arroger le monopole des solidarités ?

Août 2021

Ségur de la santé

Novembre 2020

CRAPSLG Spécial Covid-19

Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point

Mars 2020

PLFSS sur fond de crises

Décembre 2019

Le Danemark les enseignements d'une réforme aboutie

Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe Sociale !

Mai 2019

Heur et malheur de l'Assurance chômage

Février 2019

L'Organisation Internationale du Travail : une utopie en marche !

Octobre 2018

Quelques vérités sur le médicament !

Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du système de santé avant la crise ?

Février 2018

Le modèle mutualiste dans les pays en voie de développement : quelle implantation ?

Novembre 2017

Le grand appareillage orthopédique

Novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires

Juillet 2017

Les mutuelles au cœur de notre avenir

Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac

Mai 2016

Le numérique au chevet de la médecine...

Mars 2016

PUBLICATIONS

L'enjeu du vieillissement sur la population

Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant

Janvier 2015

Démographie médicale

Avril 2013

ÉDITION & CRÉATION

DIRECTEURS DE PUBLICATION

Didier Bazzocchi et Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL

Hervé Chapron

PRÉSIDENT DE LA COLLECTION #LES IDÉES DES ACTEURS

Jean-Paul Ségade

CONCEPTION & RÉALISATION

Fabien Brisard, Anaïs Fossier, Pierre-Maxime Claude et
Marie-Claude Kouachy

RELECTURE

RédacNet - Karen Platel et Pierre-Maxime Claude

REMERCIEMENTS

Matthieu Sainton, Tania Rosilio, Clémence Fort

CRAPS

45, rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS
accueil@thinktankcraps.fr

© CRAPS 2026

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque
forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du
détenteur des droits.

Imprimerie CHIRAT - Saint-Just-la-Pendue 42249

Dépôt légal

Mai 2026

ISBN : 978-2-492470-29-5

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

Face aux défis du vieillissement de la population, de l'essor des maladies chroniques, des tensions sur les ressources humaines et financières et de l'urgence écologique, notre système de santé se trouve à la croisée des chemins. Les transformations profondes, qui le traversent, interrogent à la fois son organisation, les choix politiques qui le structurent et les priorités collectives qui le guident. Dans ce contexte, la sobriété s'impose non comme une contrainte, mais comme une condition de sa pérennité.

Loin de toute logique d'austérité, la sobriété en santé appelle un changement de regard : discerner ce qui soigne réellement, interroger la pertinence des actes, repenser les organisations et investir dans la prévention. Elle invite ainsi à produire moins de soins et davantage de santé, afin de mieux répondre aux besoins des patients tout en préservant les ressources collectives.

Cet ouvrage collectif explore ainsi les leviers d'une transformation du système pour soigner « juste », prévenir davantage, coopérer autrement et intégrer pleinement les enjeux environnementaux.

978-2-492470-29-5
Imprimé en France 05.2026

EURO
GROUP
CONSUL
TING CRAPS