

**#LES IDÉES
DES ACTEURS**

Penser la santé à l'échelle des populations

**PENSER LA SANTÉ
À L'ÉCHELLE DES POPULATIONS**

PENSER LA SANTÉ
À L'ÉCHELLE DES POPULATIONS
LES #IDÉES DES ACTEURS

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

PRÉFACE

Notre système de santé est à un tournant.

Pendant des décennies, nous avons construit l'un des meilleurs systèmes de soins au monde. Pourtant, malgré l'excellence de notre médecine et de nos professionnels, la qualité de nos établissements et l'engagement de tous les acteurs, une réalité s'impose : nous continuons trop souvent à intervenir lorsque la maladie est déjà là.

Or, les défis du XXI^e siècle ne se gagneront pas seulement dans les hôpitaux ou les cabinets médicaux. Ils se gagnent bien avant. Dans nos territoires. Dans nos écoles. Dans nos entreprises. Dans nos logements. Dans notre capacité collective à prévenir plutôt qu'à réparer, à anticiper plutôt qu'à subir.

La santé populationnelle porte cette ambition. Elle nous invite à changer de regard. À ne plus mesurer la performance d'un système à la seule aune des soins délivrés, mais à sa capacité à améliorer durablement la santé de toute une population, à réduire les inégalités et à offrir à chacun les mêmes chances de vivre en bonne santé.

Cette approche n'est ni une option ni un concept théorique. Elle constitue une nécessité impérieuse face au vieillissement démographique, à l'explosion des maladies chroniques et des coûts induits, aux fragilités sociales grandissantes et aux tensions qui traversent notre système de santé. Elle nous oblige à repenser nos organisations, nos modes de financement, nos coopérations et, plus profondément encore, notre responsabilité collective.

Cette transformation est aujourd'hui rendue possible par une révolution silencieuse : celle du numérique et de la donnée en santé. L'exploitation raisonnée et éthique des données territoriales, sanitaires, sociales et environnementales permet désormais d'identifier plus précocement les facteurs de risque, de repérer les populations les plus exposées à une dégradation de leur état de santé et d'orienter plus efficacement les actions de prévention. Les outils numériques offrent également la possibilité de construire des parcours et des programmes d'accompagnement personnalisés pour les personnes vivant avec une maladie chronique, en adaptant les interventions à leurs besoins, à leur environnement et à leur capacité d'engagement. Loin de déshumaniser la santé, ces technologies constituent un formidable levier pour renforcer l'anticipation, la proximité, la coordination des acteurs et l'efficacité des politiques de santé populationnelle.

Car la santé n'est pas seulement l'affaire des soignants. Elle est l'affaire de tous.

Elle mobilise les élus, les établissements de santé, les professionnels de ville et du domicile, les associations, les chercheurs, les entreprises et les citoyens eux-mêmes. Elle exige de dépasser les frontières institutionnelles, les logiques de silos et les intérêts particuliers pour construire une vision commune au service du bien commun.

C'est tout l'objet de cet ouvrage collectif.

Ses auteurs ne proposent pas une réforme supplémentaire. Ils dessinent les contours d'une transformation profonde : celle d'un système davantage centré sur les personnes que sur les structures, davantage orienté vers les résultats de santé que vers l'activité, davantage fondé sur la coopération que sur la juxtaposition des interventions.

Au moment où notre pays cherche les voies d'un modèle sanitaire plus juste, plus efficace et plus soutenable, les réflexions et les propositions réunies dans ces pages constituent une contribution essentielle au débat public. Merci à tous nos auteurs et aux membres du comité d'experts pour leur engagement.

Nous formons le vœu que cet ouvrage soit lu non comme un document de plus, mais comme un appel à l'action. Car nous avons désormais les connaissances, les outils et les expériences nécessaires pour agir. Ce qui est en jeu dépasse l'organisation de notre système de santé : il s'agit de notre capacité collective à garantir aux générations présentes et futures une vie plus longue, en meilleure santé, et plus digne, accompagnés par un système solidaire résilient.

La santé populationnelle n'est pas seulement une nouvelle manière de soigner.

C'est une nouvelle manière de faire société.

ANNE-MARIE ARMANTERAS

PRÉSIDENTE DU COMITÉ D'EXPERTS,
MEMBRE DU CONSEIL D'ORIENTATION DU CRAPS ET
ANCIENNE CONSEILLÈRE SANTÉ DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, la France a fait le choix d'un modèle de santé censé garantir à chacun l'accès à des soins de qualité, indépendamment de son origine sociale, de son lieu de résidence ou de son niveau de ressources. Ce choix a permis des progrès considérables. L'allongement de l'espérance de vie, le recul des grandes maladies infectieuses, les avancées thérapeutiques, le développement d'une médecine parmi les plus performantes au monde et la construction d'une protection sociale solidaire témoignent de la réussite collective de cette ambition.

Ces acquis constituent l'un des fondements de notre pacte social et traduisent une conviction forte : la santé n'est pas un bien comme les autres. Elle participe à la cohésion nationale, à l'émancipation individuelle et à la prospérité collective. À ce titre, elle engage la responsabilité de l'ensemble de la société. Pourtant, les conditions qui ont présidé à la construction de notre système de santé se transforment profondément. Le vieillissement de la population, la progression continue des maladies chroniques, l'augmentation des troubles psychiques, les conséquences sanitaires des transitions environnementales, l'accroissement des inégalités sociales et territoriales ainsi que les attentes nouvelles

des citoyens dessinent un paysage sanitaire différent de celui qui prévalait lors de sa création.

La question n'est plus aujourd'hui seulement de savoir comment garantir l'accès aux soins. Elle est de déterminer comment permettre à chacun de vivre plus longtemps en bonne santé, de préserver son autonomie tout au long de sa vie et de réduire les inégalités qui continuent de marquer profondément les trajectoires de vie. Cette évolution nécessaire conduit à repenser progressivement le contrat social qui fonde notre politique de santé, en déplaçant le centre de gravité du système : d'une logique essentiellement curative vers une logique de préservation et de développement du capital santé de la population.

Les difficultés auxquelles notre système est confronté ne sauraient cependant être réduites à une insuffisance de moyens ou à des tensions conjoncturelles. Elles traduisent plus fondamentalement l'écart croissant entre une organisation historiquement conçue pour répondre à des épisodes aigus de maladie et des besoins de santé qui s'inscrivent dans le temps long des parcours de vie. La gestion de la chronicité de la maladie, le maintien de l'autonomie, la prévention des facteurs de risque, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ou encore l'adaptation aux transitions démographiques et environnementales

exigent des réponses qui dépassent le seul registre du soin. Elles appellent une approche plus globale, davantage centrée sur les individus, leurs besoins et les déterminants qui influencent durablement leur état de santé.

Cette transformation est également une nécessité économique. Dans un contexte marqué par la progression des maladies chroniques (37 % de la population vit actuellement avec une maladie chronique, et ce chiffre pourrait atteindre 43 % d'ici 2035) et les tensions croissantes sur les finances publiques, la soutenabilité de notre modèle de protection sociale dépendra en effet de notre capacité à prévenir les risques, à éviter les complications évitables et à maintenir la population en bonne santé le plus longtemps possible. La santé ne peut donc plus être appréhendée uniquement comme un poste de dépense, elle doit constituer un investissement collectif dont les bénéfices seront sanitaires, sociaux, économiques et territoriaux.

Or, malgré l'engagement remarquable des professionnels de santé, malgré les réformes successivement engagées et malgré l'effort constant de la collectivité, les tensions s'accumulent et les inégalités persistent. Cette situation conduit à interroger certaines des logiques qui structurent notre système. L'identification des besoins de santé s'est

longtemps appuyée sur l'observation de la demande de soins. Cette approche a permis le développement d'une offre importante et accessible. Elle montre cependant aujourd'hui ses limites. La demande exprimée ne reflète plus toujours les besoins réels de la population. Elle dépend de multiples facteurs : l'accès aux professionnels, les déterminants sociaux, le niveau d'information, les caractéristiques territoriales ou encore les capacités individuelles à mobiliser les dispositifs existants. Certaines situations de vulnérabilité demeurent ainsi insuffisamment visibles alors même qu'elles constituent des enjeux majeurs de santé publique.

C'est précisément à cette problématique que répond l'approche populationnelle en santé qui ne constitue ni un dispositif supplémentaire ni une réforme parmi d'autres. Elle propose un changement de regard avec l'ambition de replacer l'amélioration de l'état de santé des populations au cœur des décisions publiques, des organisations de soins et des mécanismes de financement. Elle invite à dépasser une logique centrée sur la production d'actes ou la réponse à la demande exprimée pour s'intéresser prioritairement aux besoins réels des populations, à leurs déterminants et aux résultats effectivement obtenus.

Cette approche repose sur un constat désormais largement établi : la santé se construit bien au-delà

du système de soins. Les conditions de logement, l'éducation, l'emploi, les revenus, l'environnement, les habitudes de vie, les liens sociaux ou encore l'accès aux services publics influencent fortement l'espérance de vie et la qualité de vie. Dès lors, améliorer durablement la santé suppose d'agir simultanément sur l'ensemble de ces déterminants et de mobiliser une diversité d'acteurs autour d'objectifs communs et partagés.

La mise en œuvre d'une telle ambition implique plusieurs transformations majeures. Elle suppose de mieux comprendre les besoins réels des populations, de renforcer la prévention, de développer les coopérations territoriales, de mobiliser les données au service de la décision publique, de faire évoluer les modes de gouvernance et d'aligner les mécanismes de financement avec les résultats attendus en matière de santé.

C'est dans cette perspective que le CRAPS et Health & Tech ont souhaité engager un travail collectif de réflexion pour nourrir le débat public et éclairer la diversité des enjeux que recouvre la santé populationnelle. Le présent ouvrage explore ainsi les conditions de cette transformation. Il montre d'abord pourquoi la santé populationnelle conduit à changer de regard sur la santé et sur les responsabilités collectives qui la façonnent. Il analyse ensuite les évolutions nécessaires pour organiser le système à partir des besoins réels de la population,

faire de la donnée un moteur de transformation, construire des gouvernances territoriales plus intégrées et faire évoluer les mécanismes de financement afin qu'ils soutiennent davantage la prévention, la coordination et les résultats en santé. Enfin, il formule plusieurs recommandations destinées à favoriser l'émergence d'une véritable stratégie française de santé populationnelle.

Une quarantaine de contributeurs issus d'horizons variés ont pris part à cette démarche commune. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés, ainsi que les membres du comité d'experts, dont les analyses et les recommandations ont largement contribué à la qualité et à la pertinence des travaux menés.

D'autres pays ont déjà engagé cette transformation et en mesurent aujourd'hui les bénéfices. La France peut suivre le même chemin. Encore faut-il en avoir la volonté et le courage politique !

CONTRIBUTIONS

1. REPENSER NOTRE RAPPORT À LA SANTÉ

Notre système de santé a été construit pour répondre à la maladie. Il s'est structuré autour du diagnostic, du traitement et de la prise en charge des complications. Ce modèle a permis des progrès considérables, mais il atteint aujourd'hui ses limites face aux transformations profondes de notre société : vieillissement de la population, progression des maladies chroniques, montée des troubles psychiques, émergence de nouveaux risques liés aux modes de vie et aux environnements numériques. Dans ce contexte, la question n'est plus seulement de mieux soigner, mais de mieux comprendre ce qui produit la santé ou sa dégradation à l'échelle d'une population. Les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux occupent une place centrale dans ces dynamiques, souvent bien au-delà du système de soins lui-même.

Refonder notre modèle suppose ainsi un changement de regard. Il ne s'agit plus uniquement de traiter des individus à un instant donné, mais d'appréhender des trajectoires de santé dans la durée, inscrites dans des contextes de vie. Cette évolution invite à dépasser une approche strictement curative pour construire une vision plus globale, intégrant prévention, environnement et conditions de vie. La santé populationnelle ne constitue pas une politique sectorielle supplémentaire. Elle propose un cadre de transformation du système dans son ensemble, en posant une question structurante : comment maintenir durablement une population en bonne santé ?

“
**POUR LES ASSUREURS
COMPLÉMENTAIRES,
L'APPROCHE
POPULATIONNELLE
MODIFIERAIT AUSSI LES
LOGIQUES HISTORIQUES
DE DÉTERMINATION DES
ÉQUILIBRES ACTUARIELS**
”

PAR

ANNE MOUNOLOU

DIRECTRICE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION D'UNÉO

La validité de l'approche prévention populationnelle semble une évidence depuis longtemps pour qui s'intéresse de près à la santé publique. Le sujet plus délicat, c'est celui de la structure de notre système de santé, du positionnement de tous les acteurs de santé, quels qu'ils soient, y compris les financeurs, susceptibles d'être profondément bousculés par cette approche.

L'effet « Waouh »

L'effet Waouh de l'approche prévention populationnelle, c'est le passage d'une logique « ex post » axée sur les soins curatifs et les actes individuels à une logique de prévention et d'investissement « ex ante » visant à réduire l'incidence des maladies évitables, retarder l'apparition des pathologies chroniques et diminuer les dépenses futures.

On n'en attend rien de moins que la baisse de la morbidité évitable, l'amélioration des indicateurs de qualité de vie en bonne santé, la réduction des dépenses liées aux cancers, aux maladies cardiovasculaires, aux pathologies chroniques, etc.

Les enthousiastes y décèlent à long terme une meilleure soutenabilité du système solidaire et un ralentissement de la croissance des dépenses de santé.

Le « Waouh mais... » ou l'effet systémique

Une mise en place volontariste de cette approche induirait des difficultés systémiques et d'ordre politique.

Sur le plan financier, ce sont des coûts initiaux diffus et collectifs, des économies potentielles mais à moyen et long terme seulement. C'est aussi le renforcement de la légitimité des financements collectifs mutualisés et obligatoires. Pour les assureurs complémentaires, l'approche populationnelle modifierait aussi les logiques historiques de détermination des équilibres actuariels. La fréquence et la gravité des sinistres ont vocation à être réduites, justifiant des investissements en amont, mais avec quelle prévision fiable ? Par ailleurs, les coûts des programmes de prévention supportés par un financeur ont des bénéfices sanitaires, donc économiques, qui peuvent potentiellement bénéficier à d'autres. Quelle articulation AMO-AMC et quels décroissements ?

Sur le plan opérationnel, l'observation des systèmes de santé étrangers ayant adopté ce type d'approche montre que son efficacité repose sur la capacité à mettre en œuvre de véritables politiques publiques transversales, ce qui implique un système global contraint en termes de politiques de prévention à conduire et une régulation renforcée s'appuyant sur des normes, des obligations

et des interdictions pour tous les acteurs de la santé : professionnels, patients, financeurs.

Sur le plan de la décision politique publique, elle impose de s'appuyer sur l'évaluation de l'efficacité et sur des études médico-économiques systématiques. Nous sommes aujourd'hui très loin de nous en approcher.

Il n'y a pas d'harmonisation entre les critères utilisés par les différentes autorités et les pouvoirs publics prennent des décisions au mieux sur des indications de certains groupes professionnels, au pire en fonction de contextes politiques.

L'approche prévention populationnelle, nouvel âge d'or des complémentaires ?

Les complémentaires santé n'ont pas attendu une réforme de type « Grand soir » pour agir en prévention et promotion de la santé, dans une logique de maîtrise des risques, mais aussi de promotion de la santé. En santé collective, elles ont fréquemment construit des programmes qui répondent aux caractéristiques d'une

EN MATIÈRE DE PRÉVENTION, L'APPROCHE POPULATIONNELLE A TOUTE SON UTILITÉ SI ELLE EST DÉCLINÉE EN FONCTION DES TERRITOIRES ET DE SITUATIONS DE SANTÉ À RISQUE DÉTERMINÉES EN FONCTION DE CRITÈRES MÉDICO-ÉCONOMIQUES

approche populationnelle. Elles ne sont pas, dans leur grande majorité, de simples payeurs passifs comme certains s'acharnent encore à les décrire. Elles ont depuis longtemps endossé et assumé un rôle d'acteurs proactifs de la santé.

Les enthousiastes considèrent que si l'approche populationnelle est une contrainte économique pour les complémentaires, c'est aussi une opportunité stratégique à condition d'être intégrées dans un financement et une gouvernance coordonnés avec l'Assurance maladie obligatoire et les pouvoirs publics.

Les conditions de réussite sont-elles cependant réunies ? Peut-on y croire alors que nous n'arrivons que difficilement à avancer sur des sujets tels que les données ? Alors que les complémentaires sont considérées au mieux comme des profiteurs par certaines associations de consommateurs, certains économistes et parlementaires ? Alors que des cris d'orfraie s'élèvent de professionnels de santé ou de patients lorsque nous expliquons que les politiques de prévention ne peuvent être menées de façon cohérente et efficace sans disposer des données nécessaires à leur mise en place et leur suivi ?

Par ailleurs, la prévention populationnelle suppose, pour obtenir des résultats, de fixer des obligations

assorties de sanctions pour toutes les parties prenantes, y compris les individus, de modifier les processus de prise de décision et le cas échéant le périmètre des acteurs. Quels acceptabilité et consensus politiques possibles autour de questions sensibles comme celle d'imposer des obligations (et des interdictions) en matière de santé - e.g. des obligations vaccinales - et surtout de les faire respecter, que ce soit en population générale ou par les professionnels ? D'autres pays y sont parvenus, avec des résultats. En sommes-nous capables ?

Espérer et discourir sont une chose, agir dans une société silotée, corporatiste, individualiste et qui croit de moins en moins en la science en est une autre.

En matière de prévention, l'approche populationnelle a toute son utilité si elle est déclinée en fonction des territoires et de situations de santé à risque déterminées en fonction de critères médico-économiques. Mais elle doit aussi commencer avec quelques sujets prioritaires. Parce que le réflexe prévention commence dès l'enfance. Obligations vaccinales pour toute la population résidant sur le sol français, sans exclusion ; obligation de 2 heures d'activité physique 3 fois par semaine de l'école primaire jusqu'aux écoles post-bac sans dérogations liées au sexe, à la religion ou à la culture ; éducation obligatoire en milieu scolaire dès le plus jeune âge aux effets du sucre et du gras (dans un

premier temps) sur le corps et ses fonctions ; dépistage obligatoire de la glycémie dès l'adolescence.

Osons. Ayons le courage d'avancer malgré les résistances systémiques ou individuelles.

“
**LA MUTUELLE NATIONALE
DES HOSPITALIERS
A FAIT DE LA
CONNAISSANCE FINE DE
L'ÉTAT DE SANTÉ DES
PROFESSIONNELS UN
LEVIER STRATÉGIQUE
D'ACTION**
”

PAR

BENOÎT FRASLIN

PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS
ET DIRECTEUR D'HÔPITAL

Le changement de paradigme vers une approche populationnelle de la santé constitue une ambition majeure pour notre système de santé : agir en amont, sur les déterminants, pour améliorer durablement l'état de santé, réduire les inégalités et maîtriser les coûts. Mais cette transformation ne pourra aboutir sans un préalable souvent sous-estimé : disposer de professionnels de santé en bonne santé. Autrement dit, la santé de la population passe aussi par la santé de celles et ceux qui la prennent en charge.

Or, les données disponibles montrent une réalité préoccupante. Les professionnels hospitaliers apparaissent plus exposés que la population générale : 42 % d'entre eux ont été affectés par un problème de santé récent contre 26 % des actifs en emploi, 45 % déclarent ressentir régulièrement stress ou anxiété contre 16 % de la population active, et plus d'un tiers se disent en mauvaise santé mentale (vs. 14 % du grand public). Les contraintes spécifiques de leur exercice - travail de nuit, horaires atypiques, charge émotionnelle, exposition aux violences - se traduisent par des risques accrus de troubles musculosquelettiques, de pathologies cardiovasculaires, ou encore de désorganisation du sommeil. À cela s'ajoute un paradoxe frappant : faute de temps ou par priorisation des patients, les soignants recourent moins aux dispositifs de prévention, comme

LA SANTÉ DES SOIGNANTS NE PEUT PLUS ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT. ELLE EST AU CŒUR DE LA TRANSFORMATION VERS UNE APPROCHE POPULATIONNELLE

en témoigne le faible taux de dépistage de certains cancers.

Face à ce constat, la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) a fait de la connaissance fine de l'état de santé des professionnels un levier stratégique d'action. Elle

a ainsi structuré des outils de veille reposant sur l'exploitation croisée de plusieurs sources : suivi des consommations de soins, enquêtes régulières auprès des professionnels, mobilisation de données publiques, et travaux d'analyse conduits avec des experts dans le cadre de la fondation MNH. Cette approche fondée sur la donnée permet de dépasser les perceptions pour objectiver les risques, identifier les populations les plus exposées et comprendre les mécanismes à l'œuvre.

Les enseignements sont éclairants. Ils mettent en évidence des vulnérabilités spécifiques : une prévalence élevée des troubles musculosquelettiques (près de 95 % des maladies professionnelles reconnues contre 88 % dans la population générale), une exposition importante aux risques psychosociaux (jusqu'à 39 % de burn-out), ou encore des impacts différenciés selon

les profils, notamment chez les femmes, majoritaires dans la fonction publique hospitalière, et plus exposées à certaines pathologies en lien avec le travail de nuit. Les situations de monoparentalité, fréquentes dans le secteur, aggravent également les difficultés d'accès aux soins et la dégradation de l'état de santé.

L'enjeu de cette démarche n'est pas seulement descriptif. Il s'agit avant tout d'un outil d'action. D'une part, ces analyses permettent à la Mutuelle nationale des hospitaliers d'adapter en continu ses solutions pour mieux accompagner ses adhérents. Cela se traduit par des dispositifs de prévention ciblés, des actions d'« aller-vers » directement sur les lieux de travail, ou encore des programmes d'accompagnement à la santé mentale dès la formation initiale. L'objectif est clair : lever les freins d'accès à la prévention, en s'adaptant aux contraintes réelles des professionnels, notamment leurs horaires et leur disponibilité.

D'autre part, ces travaux constituent un outil d'éclairage pour les pouvoirs publics. Dans une logique populationnelle, ils contribuent à identifier des axes de politiques publiques prioritaires : amélioration des conditions de travail, organisation des temps de repos, développement de services facilitant la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, ou encore renforcement de la prévention en santé au travail.

La santé des soignants devient ainsi un indicateur structurant de la performance du système de santé dans son ensemble.

Enfin, cette connaissance fine des besoins permet de déployer des actions sociales et de prévention au plus près des réalités de terrain. Cela suppose d'adapter les dispositifs aux rythmes atypiques des professionnels, de proposer des solutions concrètes en matière de logement, de mobilité ou de garde d'enfants, mais aussi de repenser l'organisation du travail pour redonner du temps et des marges de manœuvre aux équipes. Ces actions, lorsqu'elles sont ciblées et évaluées, démontrent leur efficacité : les démarches de prévention intégrées au quotidien des hospitaliers favorisent significativement le recours aux soins et améliorent les comportements de santé.

Au-delà de l'enjeu humain, l'investissement dans la santé des professionnels constitue également un levier économique. Le coût du présentéisme en mauvaise santé, largement invisible, peut être jusqu'à huit fois supérieur à celui de l'absentéisme. À l'inverse, les actions de prévention et d'accompagnement génèrent des retours sur investissement mesurables, en réduisant les arrêts de travail, en limitant les abandons de formation et en améliorant la qualité des soins.

Ainsi, la santé des soignants ne peut plus être considérée comme une variable d'ajustement. Elle est au cœur de la transformation vers une approche populationnelle. En s'appuyant sur la donnée, en décloisonnant les acteurs et en adaptant les réponses aux besoins réels, il est possible de construire un système plus cohérent, plus préventif et plus durable. Prendre soin de ceux qui nous soignent n'est pas seulement une exigence éthique : c'est une condition sine qua non pour améliorer la santé de l'ensemble de la population.

Sources : Observatoire CSA-MNH 2026. Fondation MNH et EHESP. Étude Valoris. Évaluer les coûts de l'absentéisme et du présentéisme dans les établissements de santé. 2026.

“
**LA SANTÉ
POPULATIONNELLE
DÉPEND DE LA CAPACITÉ
À MAINTENIR LES
PATIENTS EN BONNE
SANTÉ LE PLUS
LONGTEMPS POSSIBLE**
”

PAR

DENIS RAYNAL

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

La France connaît une transition démographique sans précédent. Les chiffres sont sans appel. En 2030, un Français sur trois aura plus de 60 ans et, pour la première fois dans notre histoire, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 15 ans. Ce vieillissement de la population n'est pas seulement un défi statistique. Il nous oblige à transformer notre système de santé et notre modèle social et à les repenser en prenant en compte le défi du bien vieillir. Et cela ne peut se faire sans les professions libérales, qui représentent les métiers de la vie.

L'enjeu de la dépendance

Aujourd'hui, plus de 2 millions de Français âgés de 60 ans ou plus sont en situation de perte d'autonomie. Dans les années à venir, cette proportion va s'accroître pour atteindre 2,8 millions d'ici 2050. Par ailleurs, 9 Français sur 10 souhaitent vieillir à domicile.

Pour l'UNAPL, pour répondre à l'immense défi du grand âge, il est indispensable de mobiliser les professions libérales, les professionnels de santé bien sûr, mais aussi l'ensemble des métiers de proximité qui interviennent auprès des personnes âgées et dépendantes.

Les professionnels de santé libéraux en première ligne

La santé populationnelle dépend de la capacité à maintenir les patients en bonne santé le plus longtemps possible. Ainsi, les professionnels de santé libéraux sont les acteurs clés du repérage précoce des fragilités, notamment via les nouveaux bilans de prévention aux âges clés et les programmes comme ICOPE de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Tous les libéraux de santé interviennent dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie.

Soutenir et développer l'activité des professionnels de santé en ville doit ainsi être la priorité des pouvoirs publics pour faire face au défi démographique. Le recours aux professionnels de santé libéraux permet aussi d'alléger les établissements hospitaliers et de contenir les dépenses de santé, les prises en charge hospitalières étant la plupart du temps plus coûteuses que celles réalisées en ville.

Au-delà du soin, toutes les professions libérales mobilisées

Relever le défi du grand âge ne se limite pas aux professions de santé. La dignité, le droit et l'environnement de vie sont d'autres facteurs essentiels du bien vieillir.

Ainsi, les professions du droit sont indispensables pour garantir l'exercice des droits des citoyens âgés et les protéger, notamment contre la maltraitance. Elles accompagnent les familles dans l'anticipation de la dépendance, la protection juridique des plus vulnérables ou encore le respect du consentement des personnes âgées.

**SI LES
DÉPARTEMENTS
RURAUX SONT
AUJOURD'HUI LES
PLUS TOUCHÉS
PAR LA PERTE
D'AUTONOMIE, CETTE
PROBLÉMATIQUE
VA S'ÉTENDRE
PROGRESSIVEMENT
À L'ENSEMBLE DES
RÉGIONS D'ICI 2052**

Parallèlement, les professions de l'aménagement et du cadre de vie sont en première ligne pour adapter les logements à une population plus âgée. Là encore, l'objectif est de permettre aux aînés de vivre le plus longtemps possible à domicile, pour que leur lieu de vie reste sécurisé et adapté, et de faire évoluer les structures d'accueil des personnes âgées. L'accessibilité des cabinets libéraux, et plus largement des établissements recevant du public, est également un enjeu de citoyenneté pour éviter l'isolement social des seniors.

Une approche adaptée à chaque territoire

Le vieillissement de la population est hétérogène selon les territoires. Si les départements ruraux sont aujourd'hui les plus touchés par la perte d'autonomie, cette problématique va s'étendre progressivement à l'ensemble des régions d'ici 2052, y compris dans les DROM-COM. Cette disparité territoriale impose une réponse souple, que seules les professions libérales, par leur maillage du territoire, leur expertise et leur proximité, peuvent apporter.

L'UNAPL porte la vision d'un pacte solide entre générations où les professionnels libéraux ne sont pas de simples prestataires de services, mais les garants d'un accompagnement global et d'une société qui prend soin de ses aînés. Qu'il s'agisse de maintenir la population en bonne santé, d'adapter leur lieu de vie ou de les protéger, les métiers des professions libérales sont indispensables pour accompagner la transition démographique à l'œuvre. Vivre plus longtemps en bonne santé, c'est aussi permettre à plus d'individus de participer à la vie locale, culturelle et associative, garante d'une société plus active et inclusive.

C'est en coordonnant les savoir-faire des professions libérales que nous relèverons le défi démographique et que nous préserverons le modèle de solidarité nationale.

Les sujets du grand âge devront être une priorité du ou de la prochain(e) président(e) de la République. Ce défi ne pourra être relevé sans un soutien assumé aux 1,7 million d'entreprises libérales, qui incarnent au quotidien l'accompagnement, le soin et la défense de 5 millions de Français.

“
**ADOPTER UNE VISION
POPULATIONNELLE
SIGNIFIE PASSER D'UNE
MÉDECINE DES ÉPISODES
À UNE MÉDECINE DES
TRAJECTOIRES**
”

PAR

DR ALEXANDRE VALLÉE

CHEF DE SERVICE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE À L'HÔPITAL FOCH,
MEMBRE DU COLLÈGE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE ET ANCIEN
CONSEILLER PRÉVENTION, SANTÉ PUBLIQUE ET INNOVATIONS DES PRISES EN CHARGE
DU MINISTRE FRÉDÉRIC VALLEToux

Notre système de santé a été historiquement construit pour répondre à la maladie. Il s'est organisé autour du diagnostic, du traitement et de la prise en charge des complications. Cette logique a permis des progrès considérables, mais elle atteint aujourd'hui ses limites face à la transition épidémiologique, marquée par l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population et l'accumulation de facteurs de risque au cours de la vie. Dans ce contexte, la question n'est plus seulement de mieux soigner, mais d'éviter que les trajectoires de santé ne se dégradent.

La prévention est souvent présentée comme une succession de catégories : primaire, secondaire ou tertiaire ; correspondant à différents moments de la maladie. Cette classification a une valeur pédagogique, mais elle ne correspond plus aux enjeux contemporains. Dans une stratégie populationnelle moderne, il n'existe pas plusieurs préventions. Il existe une seule responsabilité collective : maintenir la santé des populations dans la durée et empêcher l'apparition ou l'aggravation des maladies. La prévention ne doit plus être considérée comme une activité périphérique ou un programme spécifique ; elle doit devenir la fonction permanente du système de santé.

Pourtant, cette réorientation vers la prévention se heurte à plusieurs obstacles structurels. Notre système

**DANS UNE STRATÉGIE
POPULATIONNELLE
MODERNE, IL
N'EXISTE PAS
PLUSIEURS
PRÉVENTIONS. IL
EXISTE UNE SEULE
RESPONSABILITÉ
COLLECTIVE :
MAINTENIR LA SANTÉ
DES POPULATIONS
DANS LA DURÉE
ET EMPÊCHER
L'APPARITION OU
L'AGGRAVATION DES
MALADIES**

demeure largement financé, évalué et organisé autour du soin curatif, de l'activité et de la réponse à l'urgence, bien davantage qu'autour du maintien durable de la santé. Les données restent fragmentées, les responsabilités dispersées entre institutions, et les incitations à agir précocement demeurent faibles, en particulier dans les territoires les plus vulnérables. Tant que ces verrous ne seront pas

explicitement levés, la prévention restera une ambition affichée plus qu'une fonction réellement organisatrice du système.

Adopter une vision populationnelle signifie passer d'une médecine des épisodes à une médecine des trajectoires. La santé ne se résume pas à l'absence de maladie à un moment donné ; elle résulte d'un ensemble de déterminants biologiques, comportementaux, sociaux et environnementaux qui évoluent dans le temps. La prévention consiste alors à surveiller ces trajectoires, à détecter précocement les dérives et à intervenir avant

que les situations ne deviennent irréversibles. Cette approche implique un changement profond dans l'organisation des politiques de santé : il ne s'agit plus d'attendre la maladie pour agir, mais de piloter la santé d'une population de manière continue, coordonnée et territorialisée.

Les expériences menées à l'étranger montrent que cette transformation n'est pas une hypothèse théorique. Elle est déjà à l'œuvre dans plusieurs pays et systèmes de santé qui ont fait de la prévention le principe organisateur de leur action. Le programme North Karelia Project, en Finlande, a permis de réduire de près de 80 % la mortalité cardiovasculaire en agissant sur les comportements alimentaires et le tabagisme à l'échelle d'une population. Le programme NHS Health Check, au Royaume-Uni, a intégré une prévention cardiovasculaire systématique dans le parcours de soins des adultes, démontrant la faisabilité d'une prévention organisée à l'échelle nationale. Aux États-Unis, le modèle intégré de Kaiser Permanente, qui suit plus de douze millions de patients, repose sur l'utilisation des données de santé pour anticiper les risques et coordonner les interventions, avec des résultats significatifs en termes de réduction des hospitalisations évitables et de maîtrise des coûts.

Ces expériences internationales convergent vers une même conclusion : la prévention devient réellement efficace lorsqu'elle est organisée comme un système, et non comme une série d'actions isolées. Trois principes structurants se dégagent.

Le premier est la surveillance continue de l'état de santé des populations, fondée sur des données fiables et régulièrement actualisées. Il ne s'agit plus seulement de mesurer des événements tardifs, mais de suivre des indicateurs précoces permettant d'anticiper les risques.

Le deuxième principe est la segmentation des populations selon leur niveau de risque, afin d'adapter l'intensité des actions de prévention aux besoins réels et d'allouer les ressources de manière plus efficace.

Le troisième principe est l'intégration territoriale de la prévention, reposant sur la coordination des professionnels de santé, des institutions publiques et des acteurs sociaux autour d'objectifs communs.

Les technologies numériques constituent aujourd'hui un accélérateur majeur de cette transformation. Les données de santé, les outils d'analyse prédictive et les plateformes de suivi permettent d'identifier des signaux faibles, de déclencher des interventions précoces et d'évaluer l'impact des actions menées. Les modèles

de simulation, parfois appelés jumeaux numériques, offrent la possibilité d'estimer l'effet d'une politique de santé avant son déploiement, améliorant ainsi la qualité des décisions publiques.

Trois axes structurants pour faire de la prévention le principe organisateur du système de santé en France

Gouverner par les données populationnelles

Mettre en place un compte de prévention santé pour chaque citoyen, destiné à structurer le suivi préventif tout au long de la vie.

Chaque citoyen disposerait d'un compte prévention intégré au système de santé, alimenté de manière sécurisée et encadré par des données médicales, sociales et environnementales (Mon espace santé, DMP, carnet de santé numérique, dépistage organisé). Ce compte ne serait pas seulement un dossier médical, mais un outil de suivi et d'orientation de la santé, à la fois individuel et collectif, permettant d'identifier les facteurs de risque et de déclencher des actions préventives adaptées.

Créer une infrastructure nationale de données de prévention et d'IA populationnelle.

L'objectif serait de créer une infrastructure nationale dédiée à la prévention, complémentaire des bases administratives existantes (SNDS, Health Data Hub, Assurance maladie, EDS hospitaliers), permettant de suivre en continu l'état de santé des populations et d'anticiper les risques. Cette transformation suppose une gouvernance transparente des données, fondée sur la protection des droits des citoyens, la responsabilité des institutions et l'évaluation publique des résultats.

Créer un indice national et territorial de santé populationnelle.

Cet indice synthétique mesurerait l'état de santé global d'une population, en intégrant des indicateurs tels que l'espérance de vie, la prévalence des maladies chroniques, la santé mentale et les inégalités sociales (issus des ARS, Observatoires régionaux de santé, etc.). Il deviendrait un outil central de pilotage des politiques publiques et d'évaluation des performances des territoires.

Territorialiser la prévention

Mettre en place un pilotage en temps réel de la santé des territoires.

Chaque territoire disposerait d'un tableau de bord populationnel permettant de suivre en continu des indicateurs clés de santé, tels que les maladies chroniques, la santé mentale ou l'accès aux soins. Ce pilotage en temps réel permettrait d'anticiper les besoins, d'orienter les ressources et d'évaluer l'impact des politiques publiques.

Créer des équipes territoriales mobiles de prévention.

Des équipes pluridisciplinaires : infirmiers, médecins, travailleurs sociaux, professionnels de santé publique et analystes de données, interviendraient directement auprès des populations les plus vulnérables, en lien avec les CPTS, systèmes de santé communautaires, équipes mobiles en place. Leur mission serait d'agir en amont des complications, notamment dans les territoires à forte précarité ou à faible accès aux soins.

Automatiser et évaluer les parcours préventifs

Déployer des parcours de prévention automatisés.

Les systèmes d'information de santé permettraient de déclencher automatiquement des actions préventives lorsque certains seuils de risque sont atteints. Par exemple, une augmentation progressive de la tension artérielle ou du poids pourrait entraîner une orientation vers un programme de suivi personnalisé.

Généraliser l'utilisation de simulations et d'intelligence artificielle pour tester les politiques de santé.

Avant leur déploiement, les politiques publiques pourraient être évaluées à l'aide de modèles de simulation ou de jumeaux numériques populationnels. Cette approche permettrait d'anticiper les effets sanitaires, économiques et sociaux des décisions, et de réduire les risques d'inefficacité ou d'erreur.

Au-delà des outils, la réussite d'une stratégie populationnelle repose sur un changement de culture. La prévention ne doit plus être perçue comme une dépense supplémentaire, mais comme un investissement stratégique. Elle ne doit plus être considérée comme une activité marginale, mais comme une fonction structurante du système de santé. Elle ne doit plus

être limitée à la sphère médicale, mais intégrée dans l'ensemble des politiques publiques, qu'il s'agisse de l'éducation, de l'environnement, du logement ou du travail.

Dans cette perspective, la prévention devient le principe organisateur du système de santé. Elle structure les parcours, oriente les investissements et guide l'action des professionnels. Elle permet d'améliorer durablement l'état de santé des populations, de réduire les inégalités sociales et territoriales et de garantir la soutenabilité financière du système.

Plus qu'une politique de santé, la prévention doit devenir une infrastructure essentielle de notre modèle social.

“
**LES BIOLOGISTES
MÉDICAUX ET LEURS
ÉQUIPES SONT DES
ACTEURS CLÉS POUR
FAIRE ADVENIR UNE
VÉRITABLE APPROCHE
POPULATIONNELLE EN
FRANCE**
”

PAR

DR FRANÇOIS BLANCHECOTTE

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DE LA BIOLOGIE MÉDICALE (FBM)

L'approche populationnelle s'impose progressivement comme un cadre structurant des politiques de santé contemporaines. Le Québec en offre une illustration emblématique. Inscrite dans la loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux de 2023 et au cœur de son programme national de santé publique 2025-2035, elle repose sur une définition claire : maintenir et améliorer la santé et le bien-être d'une population sur un territoire donné, en agissant à la fois sur les services de santé et sur les déterminants sociaux. Cette vision systémique invite à dépasser une logique strictement curative et individuelle pour construire une action coordonnée, orientée vers les résultats en santé publique.

Des biologistes médicaux sous-utilisés

En France, cette ambition fait encore l'objet d'un déploiement partiel et d'une mobilisation incomplète des professionnels de santé déjà présents sur le territoire. Le cas des biologistes médicaux et de leurs équipes est, de ce point de vue, édifiant. Pourtant, les missions des biologistes médicaux, telles que définies en 2023 par le Conseil national professionnel de biologie médicale (CNP-BM) et portées par les organisations représentatives du secteur, telles que la Fédération de la biologie médicale (FBM), s'inscrivent pleinement dans cette logique.

De la prévention au dépistage, de l'aide au diagnostic à la surveillance épidémiologique, la biologie médicale constitue un maillon stratégique du système de santé. Dès lors, une conclusion s'impose : les biologistes médicaux et leurs équipes sont des acteurs clés pour faire advenir une véritable approche populationnelle en France. Encore faut-il leur donner les moyens d'exercer pleinement ce rôle.

Un maillage territorial au service de l'équité en santé

L'un des piliers de l'approche populationnelle est l'accessibilité des services. Sur ce point, la biologie médicale dispose d'un atout majeur : sa proximité. Avec 4 222 laboratoires répartis sur le territoire, 99 % des Français vivent à moins de 20 minutes d'un site de biologie médicale. Chaque jour, près de 500 000 patients y sont accueillis, souvent sans rendez-vous, avec des délais de rendu des résultats rapides - 90 % en moins de 24 heures.

Dans un contexte de désertification médicale, ce maillage constitue un levier précieux pour maintenir une présence sanitaire de proximité. Il contribue également à l'attractivité des territoires pour les autres professionnels de santé. Cette implantation fine permet d'atteindre des populations parfois éloignées du système de soins, réduisant ainsi les inégalités

d'accès - un objectif central de l'approche populationnelle.

Mais cette proximité ne se limite pas à une fonction logistique. Elle crée un point de contact régulier avec la population, propice à des actions de prévention, d'information et d'orientation. En cela, les laboratoires peuvent devenir de véritables plateformes de santé publique.

Du diagnostic à la prévention : une évolution déjà engagée

Traditionnellement associés au diagnostic, les laboratoires de biologie médicale jouent déjà un rôle déterminant dans la prise de décision clinique : 7 décisions médicales sur 10 reposent sur des examens biologiques. Mais leur contribution s'étend désormais bien au-delà.

La biologie médicale est devenue un acteur central du dépistage organisé. Le test immunologique fécal

LES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES MONTRENT QUE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION AMBITIEUSES REPOSENT SUR DES PARCOURS STRUCTURÉS, INTÉGRANT LA BIOLOGIE MÉDICALE POUR MESURER LES FACTEURS DE RISQUE, SUIVRE LES INDICATEURS ET ORIENTER LES PATIENTS

(FIT) pour le cancer colorectal en est une illustration marquante : non invasif, ce dispositif a permis de diminuer de 22 % le risque de cancer colorectal et de 47 % la mortalité associée. Leur distribution par le secteur privé libéral pourrait en accroître l'efficience. De même, le dépistage du cancer du col de l'utérus, largement soutenu par les biologistes, contribue à identifier précocement des lésions précancéreuses, évitant leur évolution, là encore à condition de pouvoir le proposer à toutes les patientes.

Dans le domaine des infections sexuellement transmissibles, le dispositif « Mon test IST », accessible sans ordonnance, illustre également la capacité des laboratoires à lever les freins au dépistage.

Ces exemples montrent que la biologie médicale est déjà un acteur de prévention secondaire et tertiaire. Pourtant, son potentiel en matière de prévention primaire reste largement sous-exploité.

Un levier stratégique pour réorienter le système vers la prévention

Le retard français en matière de prévention est bien documenté : seulement 2 % des dépenses de santé y sont consacrés, contre 2,8 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Ce déséquilibre se traduit par

une progression ralentie de l'espérance de vie et une prévalence croissante des maladies chroniques.

Or, les expériences étrangères montrent que des politiques de prévention ambitieuses reposent sur des parcours structurés, intégrant la biologie médicale pour mesurer les facteurs de risque, suivre les indicateurs et orienter les patients. C'est notamment le cas au Royaume-Uni, en Irlande ou dans les pays nordiques, où les bilans de santé réguliers incluent des analyses biologiques systématiques.

Changer de paradigme

En France, les biologistes pourraient jouer un rôle similaire, à condition d'être pleinement intégrés aux dispositifs existants. Les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, par exemple, gagneraient en efficacité s'ils incluaient systématiquement un bilan biologique permettant d'évaluer les risques cardiovasculaires, métaboliques ou rénaux. De même, le développement d'outils de scoring (comme le Cardio Score 2 ou le FINDRISC) pourrait être facilité par les laboratoires, avec une restitution claire aux patients et aux médecins.

Au-delà du dépistage, les biologistes peuvent également contribuer à la promotion de la vaccination, à l'éducation thérapeutique et à la surveillance épidémiologique.

Leur rôle dans la remontée de données de santé en temps réel constitue un atout majeur pour piloter des politiques populationnelles.

Pour concrétiser ce potentiel, une révision globale des missions et du financement de la biologie médicale est indispensable pour accompagner ce changement de paradigme. L'enjeu est clair : passer d'une logique centrée sur l'acte à une logique orientée vers les résultats en santé.

“
**IL REVIENT
NATURELLEMENT
AU POLITIQUE DE
DÉFINIR LE NIVEAU
D'EFFORT À CONSENTIR
COLLECTIVEMENT À
L'AMÉLIORATION DU
NIVEAU DE SANTÉ, PAR
GRANDS TYPES DE
SUJETS**
”

PAR

LUDOVIC CEPRE

GÉOGRAPHE, SPÉCIALISTE EN SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉSIDENT DE GÉOSANTÉ

Santé populationnelle : définition, portée du concept

Le concept de santé populationnelle est révolutionnaire !
La formule vite écrite et trop souvent lue... ?

Alors, prouvons-le en un paragraphe, par la définition du concept, qui repose sur deux aspects très nouveaux : la responsabilité publique envers le niveau de santé et non plus le besoin de soins, et la comparaison du niveau de santé entre les individus d'une population donnée, définie sur un territoire. Le lien n'est donc plus de cotiser à une caisse, mais de vivre ensemble sur un territoire. L'objectif n'est plus d'être soigné, mais d'être en bonne santé. Le niveau de santé visé étant décliné sous forme d'objectifs mesurables.

Pour être précis, l'Irdes¹ définit le concept comme l'organisation des « professionnels d'un territoire non seulement autour de leurs patients habituels, mais autour des besoins de santé de toute la population du territoire ». Et le Code de la santé publique en dit dans son art. L.1434-10 que « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire », mais sans offrir encore de cadre opérationnel opposable.

1. *Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)*. Centre de documentation de l'Irdes. Bibliographie thématique. Septembre 2024.

**IL FAUT DONC
DISPOSER DE
DONNÉES DÉCRIVANT
DE MANIÈRE TRÈS
FINE LE BESOIN DE
SOINS, LE NIVEAU DE
SANTÉ, LE BESOIN
DE PRÉVENTION,
MAIS AUSSI LES
RESSOURCES LOCALES
MOBILISABLES, LES
DIFFÉRENTS ACTEURS,
LEURS CAPACITÉS DE
RÉPONSE**

Ce concept lie donc, dans la même méthode, un territoire, une population dont on compare le niveau de santé, et des objectifs mesurables. La donnée de santé territoriale en est donc le fondement... et la prévention y est convoquée tout autant que le soin.

*Évolution technique,
évolution éthique ?*

Après la fin des « Trente Glorieuses » (1973, déjà par un choc pétrolier...), les politiques ont géré la santé publique sur une base non explicite, en réagissant à des crises, avec un budget de Sécurité sociale en déficit structurel, et un horizon temporel bref, avec la volonté de faire « survivre la démocratie sociale² ». Et sans revenir sur les raisons d'être de ce système de santé : améliorer la santé de tous. 50 ans de cette logique ont produit leur effet d'étranglement, et de plus, écarté la recherche d'une vision de progrès, qui pourtant était possible grâce à l'avancée des connaissances et des pratiques (et pas seulement dans le domaine du soin).

2. Les mots sont de Marisol Touraine, exprimés au travers d'interviews et de conférences multiples après 2017.

La donnée de santé, dans ce cadre, n'avait lieu d'être que pour un pilotage politique national d'une part, et pour la recherche clinique d'autre part. Le pilotage national n'a que faire des spécificités locales ; la recherche clinique, éminemment invasive en termes d'informations médicales individuelles, et à but lucratif (elle sert à amener des traitements sur le marché...) devait être très sévèrement encadrée.

Comment s'étonner dès lors, du mélange de méfiance et de désintérêt pour un accès raisonné à des données de santé à échelle très fine, qui existent en nombre en France dans le Système national de données de santé (SNDS), et sont en pratique quasi inaccessibles aux acteurs locaux encore aujourd'hui.

Or, deux points sont à rappeler : d'une part, ce sont les soignants qui produisent ces données, dans leur rapport à leurs patients, dont ils savent bien plus que leur statut médical... D'autre part, on a craint de rompre le secret (très légitimement), de nuire par indiscrétion, sans voir que s'abstenir d'agir pour prévenir ou réparer des situations de risque est terriblement nuisible aussi. Pour exemple, l'affaire du Médiateur nous rappelle que ce sont des données individuelles qui ont permis de visualiser un risque vital pour une population très définie.

Nos capacités de traitement de données massives et de cartographie à échelle très fine ont tant progressé que ne pas les mettre au service des pratiques nouvelles de la prévention et du soin, sans cesse plus individualisés, est une responsabilité. S'abstenir volontairement de porter assistance à une personne en péril, alors qu'une aide est possible³.

Ceci dans le respect d'une éthique basée sur la responsabilité et les finalités, qui ne fasse pas de toute donnée chose commerciale et ouverte, et offre un cadre différencié aux acteurs de la santé, hors de la « donnée ouverte ».

Une évidence renversante : construire depuis le local, piloter vers le local

On pose très souvent au géographe que je suis la question de « la bonne échelle ». Et dans un clin d'œil à Lacoste, j'aime rappeler l'importance d'emboîter les échelles d'analyse⁴, de la plus fine à la plus vaste. Mais cela implique d'avoir accès à des données à chacune des échelles ! Y compris les plus fines.

3. Petit clin d'œil à l'article L. 223-6 du Code pénal...

4. Prenez un instant pour lire sur Cairn cet esprit original, et voir à quel point ses idées sont utiles sur le plan concret... Yves Lacoste. *La géographie, la géopolitique et le raisonnement géographique*. 2012/2013. Cairn.info.

Cela nous amène à la « logique renversante » de la santé populationnelle : ses actions ne peuvent se construire sans connaître le besoin de santé de sa population cible. Ce besoin de santé n'est pas homogène, très loin s'en faut. Il faut donc disposer de données décrivant de manière très fine le besoin de soins, le niveau de santé, le besoin de prévention, mais aussi les ressources locales mobilisables, les différents acteurs, leurs capacités de réponse. Ainsi, si on traduit en échelles, cela part de celle de l'individu identifié (offre de soins libérale, situations atypiques ou urgentes de besoins de soins...), à l'adresse (les centres de soins, les commerces locaux, les lieux d'action potentiels...), au carreau et à l'IRIS⁵ (caractéristiques sociales et économiques des populations, équipements des ménages, habitudes de vie, consommation de soins...), puis à la commune (idem), et au-dessus (EPCI, départements...).

Avec ce matériel, on peut décrire et analyser les besoins de santé, et le niveau de santé. On peut donc ensuite définir des actions, les planifier et les piloter, puis enfin mesurer leur réussite pour les améliorer. On peut donc enfin, et ce n'est pas accessoire, lier le coût de l'action à sa performance sanitaire, ceci dit en passant, et seule l'échelle fine le permet par moins de facteurs confondants. Définir le besoin au niveau le plus local

5. Pour comprendre les échelles des données en France, remercions l'Insee. Cartographie infracommunale. insee.fr.

permet de comparer les territoires et d'allouer des ressources à ceux dont le besoin est le plus vif. Mais cela permet aussi de connaître les écarts locaux à la moyenne nationale, indice d'inégalités qui sont de moins en moins acceptées par nos concitoyens.

Se pose alors le problème du pilotage et de l'allocation des ressources. Dans un système solidaire, tout objectif d'amélioration de la santé n'est pas souhaitable : si celle-ci est déjà supérieure à la moyenne du groupe contributeur, l'éthique orientera les ressources vers les individus qui sont en dessous de cette moyenne. Si on s'en tenait à ce mécanisme, le niveau général de santé se centrerait mécaniquement sur la moyenne, mais ne la ferait pas progresser. Or, notre « contrat social » repose sur une logique de progrès qu'il est grand temps de réenchanter : il revient naturellement au politique de définir le niveau d'effort à consentir collectivement à l'amélioration du niveau de santé, par grands types de sujets (cancers, dépendance, santé mentale...), dans une logique pluriannuelle « glissante » (un vote annuel de mise à jour d'objectifs à 5 ans, garantissant les financements).

Concluons en affirmant qu'il est donc temps de construire une organisation pragmatique et éthique de santé publique, socle de progrès pour tous, emboîtée depuis l'espace de l'action le plus local, vers l'espace de

la norme, le plus global. Un mécanisme républicain, qui centralise sur une moyenne nationale les efforts de rattrapage des situations locales dégradées, et qui porte le progrès par un vote au Parlement de l'évolution générale attendue. Un dispositif responsabilisant et mobilisateur, vecteur d'emplois et porteur de sens, pas plus coûteux mais plus prévisible.

“
**CHAQUE EURO INVESTI
EN PRÉVENTION GÈNÈRE
EN MOYENNE TROIS
EUROS D'ÉCONOMIES
POUR L'ENTREPRISE**
”

PAR

CHRISTOPHE HARRIGAN

DIRECTEUR PROTECTION SOCIALE EUROPE ET MEMBRE DU COMEX
DE CNP ASSURANCES

La prévention telle qu'elle existe, faite de campagnes nationales de sensibilisation et de dépistage, de programmes de vaccination et autres messages de santé publique, est essentielle. Mais à côté de cette prévention généraliste, il faut développer une autre approche, complémentaire, une prévention ciblée. Tandis que la prévention généraliste fixe un socle commun, la prévention ciblée améliore l'efficacité en concentrant les moyens là où le risque est le plus probable et où le bénéfice sanitaire, social et économique est le plus élevé. En cela, elle s'inscrit aussi dans une logique de santé populationnelle.

Développer la prévention ciblée

La prévention ciblée consiste à prioriser des actions de prévention à partir de données (épidémiologiques, sinistralité, absentéisme) et d'une connaissance fine des expositions réelles, en combinant prévention primaire, secondaire et, si besoin, tertiaire. Concrètement, elle ne cherche pas à « faire plus » mais à faire mieux : mieux choisir les publics, mieux calibrer les actions, mieux articuler prévention et parcours de soins, et mieux mesurer les effets. Elle repose sur une logique d'intervention graduée : repérer une situation à risque, proposer un accompagnement proportionné, puis réévaluer (avec l'idée qu'une action courte et ciblée peut éviter des trajectoires longues et coûteuses). L'approche

ciblée de la prévention tire son efficacité de sa capacité à articuler un ciblage par risque ou pathologie (cibler les situations évitables ou détectables tôt comme le diabète, les cancers ou les risques cardiovasculaires), un ciblage par population (repérer des groupes exposés à des basculements de santé) et un ciblage par moments de vie (agir aux périodes propices comme l'entrée dans la vie active ou la parentalité).

Par son accès direct et fréquent aux actifs, l'entreprise offre un cadre pertinent au développement de cette approche. Elle permet d'agir sur des déterminants concrets : organisation du travail, ergonomie, rythmes et moments de carrière.

Les obstacles à lever

Il existe différents obstacles qui sont autant de freins au développement de la prévention ciblée.

- La difficulté de diagnostic : les indicateurs habituels (absentéisme, sinistralité...) signalent des concentrations de risque mais pas leurs causes ; il faut tendre vers un diagnostic global partagé avec le terrain (les métiers, le management, les services de santé au travail et les instances représentatives du personnel) ;

- La sensibilité des données : au-delà du respect des réglementations, il faut privilégier lors de la phase d'audit des données agrégées/anonymisées, limitées au strict nécessaire ;

- La gouvernance à clarifier : il s'agit de définir qui décide, qui opère, qui évalue en associant tous les acteurs clés (médecine du travail, prévention, RH, élus, managers, assureur) pour assurer cohérence, continuité et efficacité ;

- La nécessaire confiance à installer : il convient de lever la crainte d'un usage détourné en affirmant la finalité explicitement préventive de la démarche et en étant transparent. Il faut aussi poser le principe du volontariat, de l'accès confidentiel à certains dispositifs et de la non-stigmatisation afin de renforcer l'adhésion.

DANS UN CONTEXTE DE MONTÉE DES MALADIES CHRONIQUES, DE TENSIONS SUR LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE ET DE BESOINS CROISSANTS D'ACCOMPAGNEMENT DANS LA DURÉE, UNE PRÉVENTION PLUS CIBLÉE PEUT CONSTITUER UN LEVIER COMPLÉMENTAIRE PUISSANT, AU SERVICE D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE

Les propositions

Le passage à l'échelle d'une approche de prévention ciblée nécessite de se mobiliser autour de différents enjeux, qui se traduisent en propositions.

La première proposition consiste à agir avec méthode. Le diagnostic, ou plutôt l'audit, est essentiel à l'échelle d'une organisation. Il s'agit de repérer des zones de risque via des indicateurs internes et/ou des données assureurs, pour identifier les causes et les leviers réellement actionnables. Cet audit permet ensuite de définir un bouquet d'actions sur mesure (prévention primaire/secondaire, appui managérial, aménagements de poste...), puis de piloter dans la durée avec des indicateurs d'impact et d'appropriation.

L'identification des priorités et des leviers d'action les plus pertinents constitue une deuxième proposition. Les priorités peuvent s'établir par rapport à des populations particulières : les jeunes entrant sur le marché du travail seront plus sensibles à la prévention des conduites à risque, tandis que les seniors seront plus réceptifs à des sujets de détection de pathologies cardiovasculaires, par exemple. Les populations exerçant des métiers à risque seront sensibles à l'ergonomie des équipements tandis que les équipes sous tension le seront à la santé mentale ou à la montée en compétence des managers.

L'objectif est de cibler des trajectoires où une action précoce peut éviter des arrêts longs ou une perte durable d'employabilité.

La troisième proposition porte sur le retour sur investissement d'une approche de prévention ciblée, largement documenté aujourd'hui. Chaque euro investi en prévention génère en moyenne trois euros d'économies pour l'entreprise, selon les travaux de l'Institut de recherche sur le stress des entreprises, notamment en réduisant l'absentéisme (coûts d'indemnisation, désorganisation des équipes, dégradation de la qualité de service). À ces bénéfices directs s'ajoutent des bénéfices indirects : les actions de prévention sont un argument de recrutement et de fidélisation (81 % des actifs citent les initiatives santé de leur employeur parmi leurs critères de choix d'un poste, selon une étude Ipsos récente).

Enfin, la dernière proposition touche à l'utilisation raisonnable et raisonnée de ce que les innovations digitales et l'intelligence artificielle peuvent apporter au déploiement d'une approche de prévention ciblée. Le potentiel est colossal, pour aider à mieux cibler, à personnaliser davantage l'accompagnement, à mesurer plus finement l'impact. Le foisonnement des nouveaux acteurs porteurs de solutions digitales innovantes est indéniable et va accélérer le passage à

l'échelle. Pour autant, il faut installer des garde-fous clairs (transparence, contrôle humain, prévention des biais) afin de renforcer la confiance, de sécuriser la conformité et d'ancrer la démarche dans une finalité strictement préventive.

La prévention généraliste conserve toute sa pertinence à l'échelle collective. Mais, dans un contexte de montée des maladies chroniques, de tensions sur le système de protection sociale et de besoins croissants d'accompagnement dans la durée, une prévention plus ciblée peut constituer un levier complémentaire puissant, au service d'une approche populationnelle. Les entreprises - et pas seulement les assureurs - ont un rôle essentiel à jouer pour œuvrer à l'émergence de ce nouveau paradigme, et contribuer ainsi à infléchir des dérives de santé qui étaient perçues jusque-là comme irréversibles.

“
**IL NE S'AGIT PLUS
SEULEMENT DE
SOIGNER, MAIS DE
COMPRENDRE COMMENT
LES CONDITIONS DE
VIE PRODUISENT - OU
ALTÈRENT - LA SANTÉ**
”

PAR

PASCAL MICHARD

PAST PRÉSIDENT D'AÉMA GROUPE

La réflexion sur la santé populationnelle impose aujourd'hui un changement de focale. Pendant des décennies, nos systèmes de santé se sont structurés autour du soin, de la réparation, de la réponse à la maladie déclarée. Cette approche a permis des progrès considérables. Mais elle atteint désormais ses limites, tant du point de vue sanitaire qu'économique et social.

En Europe, les maladies chroniques représentent près de 86 % des décès et environ 80 % des dépenses de santé. Cette réalité, bien connue, appelle pourtant une lecture renouvelée : une part significative de ces pathologies - de l'ordre de 40 % - pourrait être évitée si l'on agissait plus en amont, sur les déterminants qui façonnent durablement l'état de santé des individus. C'est précisément ce que permet l'approche par l'exposome.

Repenser la santé à l'aune de l'exposome

L'exposome désigne l'ensemble des expositions - environnementales, sociales, professionnelles, comportementales - auxquelles un individu est soumis tout au long de sa vie. Il ne s'agit pas d'une simple addition de facteurs, mais d'une dynamique complexe faite d'interactions, d'effets cumulés et de « cocktails » d'expositions qui influencent profondément les trajectoires de santé.

**LE DÉVELOPPEMENT
D'UN ESPACE EUROPÉEN
DE DONNÉES DÉDIÉ À
L'EXPOSOME APPARAÎT
COMME UNE ÉTAPE
STRUCTURANTE**

Cette grille de lecture a une vertu essentielle : elle permet de dépasser les approches en silos. Là où les politiques publiques ont longtemps dissocié santé, environnement, travail ou encore

urbanisme, l'exposome invite à penser ces dimensions de manière intégrée. Autrement dit, il ne s'agit plus seulement de soigner, mais de comprendre comment les conditions de vie produisent - ou altèrent - la santé.

Dans une perspective de santé populationnelle, ce changement est décisif. Il replace la prévention au cœur du système et permet de mieux appréhender les inégalités sociales et territoriales de santé, qui trouvent souvent leur origine dans des expositions différenciées.

Un enjeu de soutenabilité pour les systèmes de protection sociale

Pour les acteurs de la protection sociale, et en particulier pour les organismes mutualistes, cette évolution n'est pas théorique. Elle conditionne directement la soutenabilité de notre modèle.

Le poids croissant des maladies chroniques, conjugué au vieillissement démographique et aux effets du changement climatique, exerce une pression continue sur les dépenses de santé. À terme, se pose la question d'un risque d'« inassurabilité » : si les risques deviennent trop fréquents ou trop coûteux, les mécanismes de solidarité peuvent être fragilisés.

Dans ce contexte, investir dans la prévention n'est pas un supplément d'âme. C'est une nécessité structurelle. Pour un groupe mutualiste, dont la vocation est de protéger dans la durée et dans une logique non lucrative, agir sur les causes des maladies est indissociable de la pérennité du modèle.

Cette conviction s'inscrit dans une réalité souvent sous-estimée : les acteurs mutualistes jouent déjà un rôle significatif dans la prévention, représentant une part non négligeable des dépenses dans ce domaine. Leur ancrage territorial et leur proximité avec les populations leur confèrent également une capacité unique à relier les connaissances scientifiques aux réalités vécues.

Faire de la prévention un pilier structurant

Si le diagnostic est partagé, le défi réside désormais dans la mise en œuvre. Aujourd'hui, près de 97 % des dépenses de santé en Europe sont consacrées au

traitement, contre seulement 3 % à la prévention. Ce déséquilibre n'est plus tenable.

Une politique ambitieuse de santé populationnelle suppose de faire de la prévention un pilier à part entière de la protection. Cela implique plusieurs transformations majeures.

D'abord, intégrer pleinement la santé dans toutes les politiques publiques. Les décisions en matière d'aménagement du territoire, d'environnement, d'emploi ou de consommation ont des effets directs sur les expositions et, par conséquent, sur la santé. Les outils existent, mais ils doivent être mieux articulés et systématisés.

Ensuite, renforcer l'investissement dans la prévention comme levier de résilience collective. Cela passe par le soutien à la recherche, notamment sur les interactions entre expositions et santé, mais aussi par le développement de programmes territoriaux ciblés sur les populations les plus exposées.

Enfin, replacer les individus au cœur des politiques de santé. La prévention ne peut être efficace que si elle s'inscrit dans les parcours de vie, en tenant compte des environnements sociaux et professionnels, et en luttant activement contre les inégalités d'exposition.

Le rôle structurant des données

La montée en puissance de l'approche exposome repose sur un élément clé : la capacité à produire, croiser et exploiter des données.

Une grande partie des informations nécessaires existe déjà, issues de sources européennes et internationales. L'enjeu n'est donc pas tant de créer de nouvelles données que de les harmoniser, de les relier et de les rendre exploitables pour éclairer l'action publique.

La mise en place d'un cadre commun d'indicateurs, permettant de suivre les expositions et leurs effets dans le temps, constituerait une avancée majeure. Elle offrirait aux décideurs une vision objectivée des priorités et faciliterait l'orientation des investissements vers les actions les plus efficaces.

Dans cette perspective, le développement d'un espace européen de données dédié à l'exposome apparaît comme une étape structurante. Il permettrait de passer d'une logique descriptive à une logique véritablement prédictive et préventive.

Une ambition européenne pour la santé populationnelle

L'approche exposome ouvre ainsi la voie à une transformation profonde de notre manière de concevoir la santé. Elle ne se limite pas à une innovation scientifique : elle porte une vision politique, celle d'une Europe capable de protéger en amont, d'anticiper les risques et de réduire les inégalités.

Dans un contexte marqué par les tensions budgétaires, les transitions environnementales et les mutations sociales, cette ambition est aussi un enjeu de compétitivité. Une population en meilleure santé est une condition de la performance économique et de la cohésion sociale.

Plus fondamentalement, elle renvoie à un choix de société. Continuer à concentrer l'essentiel de nos efforts sur la réparation, ou investir résolument dans la prévention et la qualité des environnements de vie.

La santé populationnelle invite à trancher clairement en faveur de la seconde option. Elle nous rappelle que la santé ne se construit pas uniquement dans les systèmes de soins, mais dans les territoires, les modes de vie et les politiques publiques qui façonnent notre quotidien.

Agir lorsque la maladie apparaît ne suffit plus. L'enjeu, désormais, est d'agir dès l'exposition. C'est à cette condition que nous pourrions garantir, dans la durée, l'effectivité de notre promesse collective de protection.

“
**LE MOINDRE NARRATIF
QUI AMÈNERA DE
LA LISIBILITÉ, DE LA
COMPRÉHENSION DANS
LE PARCOURS DE SANTÉ
SERA UN BIENFAIT
PLUS IMPORTANT QUE
NOMBRE DE DÉPENSES
ET D'INTERVENTIONS**
”

PAR

PR PAUL FRAPPÉPROFESSEUR DE MÉDECINE GÉNÉRALE À SAINT-ÉTIENNE ET
ANCIEN PRÉSIDENT DU COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Comment structurer le réseau qui doit emmener tout un chacun vers sa meilleure santé possible ? Comment limiter les embouteillages tout en évitant que certains préfèrent rester au garage ? L'attente dans l'accès aux soins est devenue exaspérante. Les inégalités y ajoutent une véritable bombe à retardement, en laissant certains spectateurs de la prévention, attendant la maladie comme seul moteur pour consulter. Dans ce contexte bien morose, l'exercice du soin n'est plus un facteur d'épanouissement personnel et social. L'empathie est réclamée à cor et à cri, mais de façon unilatérale du soignant vers le soigné. Et sur son écran de contrôle, Bison Futé voit s'allumer une à une ces alertes, habité déjà par l'angoisse de ne pouvoir maintenir longtemps un système devenu insoutenable, se débattant comme dans un cauchemar avec des initiatives désordonnées et sans efficacité, telles ces maisons de santé créées à la va-vite demeurées désespérément vides, aujourd'hui juste bonnes pour l'urbex.

C'est pourtant une période bénie politiquement. Le malaise est tel et tellement ubiquitaire qu'il ne s'agit plus de faire de la surenchère financière. La moindre réorganisation susceptible d'apaiser un de ces maux sera vécue comme un véritable soulagement. Plus encore, le moindre narratif qui amènera de la lisibilité, de la compréhension dans le parcours de santé sera un

bienfait plus important que nombre de dépenses et d'interventions.

Comme dans les transports, les usagers et les usages du système de santé ont évolué. Alors, à nous de vous faire préférer le soin.

Faire nation

Gouverner, c'est prévoir et agir, mais c'est aussi et avant tout créer une ambiance. C'est-à-dire faire nation. Dans le grand chifoumi santé-soins-soignants, où chacun se réclame plus important que l'autre (« le soin/care est plus important que la santé/cure », « pas de soin sans soignant », « mieux vaut avoir une bonne santé qu'un bon médecin »), faire nation, c'est s'occuper indifféremment des trois valences, car la santé, ce silence des organes, est aussi un silence des préoccupations, et aux côtés de ses dimensions physique et psychologique, elle doit prendre pleinement sa dimension d'apaisement social.

Tous pour un

Désigner un bouc émissaire et le sanctionner peut-être bien pratique pour apaiser la grogne. Poursuivre la santé populationnelle nécessite de lutter contre cette tentation de la polarisation et de viser d'autres objectifs.

Oublions la hiérarchie qui voudrait désigner un pilote, un pivot, un chef d'orchestre : le modèle n'est plus celui d'un décideur entouré d'exécutants, le modèle est devenu adaptatif, où l'objectif est de placer le patient au barycentre des différents professionnels.

Un modèle qui prend en compte le fait que la proximité au patient peut varier selon les acteurs, ce qui nécessite à chacun de s'adapter non seulement au patient mais aussi à la place qu'ont les autres professionnels. Le médecin généraliste y reste au cœur de la coordination, en gardant la responsabilité d'une bonne communication, pour que tous les équilibres puissent se faire autour du patient.

Émanciper les professions, ce n'est pas effacer leur identité. Chacun doit exister comme individu pour que le patient puisse naviguer lisiblement dans le système. Cela passe par une répartition claire des responsabilités : qui a la responsabilité d'initier, la responsabilité de réaliser, la responsabilité de suivre, pour pouvoir répondre de ses actions et de ses omissions.

**COMMENT PEUT-ON
PILOTER LA SANTÉ
POPULATIONNELLE AVEC
UN TABLEAU DE BORD
SI FLOU ? ON DIT ÊTRE
DANS UNE SOCIÉTÉ
DE L'INFORMATION,
MAIS C'EST PRESQUE À
L'AVEUGLE QUE SE TIENT
LE GOUVERNAIL**

Pour un véritable data empowerment

Comment peut-on piloter la santé populationnelle avec un tableau de bord si flou ? On dit être dans une société de l'information, mais c'est presque à l'aveugle que se tient le gouvernail.

Nous avons besoin de plus de science sur le quotidien. Nos pratiques ne reposent que sur des preuves infimes : en moyenne, sur les 40 affirmations que contient une recommandation de la Haute Autorité de santé, une seule est de grade A (et 36 de niveau accord professionnel)⁶, et cela ne prend même pas en compte l'ampleur de leur impact, parfois bien limitée.

Nous avons besoin d'indicateurs UI UX du système. Comment la Finlande peut-elle être championne toutes catégories du bonheur depuis bientôt 10 ans⁷, et la France 35^e, alors que son espérance de vie est inférieure (82,2 ans versus 83 ans respectivement), de même que son espérance de vie en bonne santé (57,1 ans versus 63,8 ans), que le taux de suicide y est supérieur (12,7 versus 11,8 % pour 100 000), ou encore que les arrêts maladies y sont beaucoup plus nombreux (57,9 %

6. Berardo-Meyer C, Racine L. *État des lieux des grades présents dans les recommandations de la Haute Autorité de santé*. Université Jean Monnet. 2022. cmg.fr

7. Gallup Analytics. *World Happiness Report*. data.worldhappiness.report

versus 31,8 % ont eu au moins un arrêt dans l'année)⁸ ? Cela montre bien que les indicateurs de résultats ne suffisent pas pour orienter et valider une politique de santé. Le chemin est aussi important que le but. Nous avons donc besoin d'indicateurs sur la consommation de soins du patient, sur la frustration dans son utilisation du système (demandes non répondues, adhésion aux prises en charge programmées, taux de « lapins »), sur les préoccupations (appels au 15, motifs de sollicitation des différents professionnels de santé).

Il n'y a pas de couleur sans matière, disait Soulages. Il n'y a pas de son sans espace. Il n'y a pas de soin sans temps. Nous avons besoin de données qui intègrent le temps ; des données qui décrivent le fil des parcours de santé, les fréquences de consultations, les parcours erratiques, car les indicateurs de santé ne peuvent s'interpréter ponctuellement.

Et nous avons besoin que toutes ces données soient disponibles afin que chaque soignant puisse connaître pour agir.

8. Rochoy M. *European Atlas of General Practice*. Parution à venir, sur cmg.fr

Un pour tous

L'excellent Mehdi Moussaïd et son Fouloscopie Lab⁹ montrent combien le comportement des individus diffère lorsqu'ils sont en foule. La santé populationnelle nécessite de créer un lien qui relie l'individu à la société.

L'écologie des savoirs a été bousculée tout autant que l'écologie de l'environnement, et nous versions bien souvent aujourd'hui dans un schéma « trop d'info tue l'info ». Il nous faut ouvrir la connaissance en santé, permettre à tous d'y accéder, mais aussi organiser cette connaissance, la trier selon les besoins, les préoccupations du destinataire.

Pour adhérer à une politique de santé, le sens du devoir et l'obéissance à l'injonction ne tiennent pas longtemps. L'individu a besoin d'un intérêt direct, un risque ressenti ou un bénéfice palpable. Cela passe peut-être par ne plus cacher le risque, pour mobiliser les individus. Montrer la mort, la souffrance, sans fard, sans pathos. C'est arrivé près de chez vous.

Pour que chacun comprenne, intègre, ressente combien la santé populationnelle est l'exosquelette de sa santé individuelle.

9. fouloscopielab.com

“
**LES TROUBLES MENTAUX
REPRÉSENTENT UN
COÛT CONSIDÉRABLE,
MAIS LES STRATÉGIES
D'INTERVENTION
PRÉCOCE PRÉSENTENT
UN FORT RETOUR SUR
INVESTISSEMENT**
”

PAR

DR RACHEL BOCHER

PSYCHIATRE ET PRÉSIDENTE DE L'INTERSYNDICAT NATIONAL
DES PRATICIENS HOSPITALIERS (INPH)

Les données épidémiologiques récentes confirment une dégradation préoccupante de la santé mentale des adolescents et jeunes adultes. Malgré une mobilisation nationale et l'existence de recommandations opérationnelles, notamment un rapport ministériel proposant des mesures concrètes, la mise en œuvre reste insuffisamment lisible. Cette inertie interroge au regard d'une nécessaire visée de santé populationnelle et publique.

La santé mentale constitue un déterminant majeur de la cohésion sociale et des trajectoires individuelles. Elle dépasse le seul champ sanitaire et interfère avec l'éducation, l'emploi, le logement et la justice. Sur le plan médico-économique, les troubles psychiatriques figurent parmi les principales causes de dépenses de santé. Leur caractère en partie évitable justifie une stratégie intégrée de prévention, de repérage précoce et d'intervention rapide, dans une logique de visée de santé populationnelle et publique.

Les indicateurs de recours aux soins sont particulièrement préoccupants chez les jeunes, avec une augmentation notable des hospitalisations pour comportements suicidaires. L'adolescence et le début de l'âge adulte constituent une période critique d'émergence des troubles psychiatriques, avec un risque d'évolution vers des formes sévères et chroniques. Le

**LA SANTÉ MENTALE
CONSTITUE UN
DÉTERMINANT MAJEUR
DE LA COHÉSION SOCIALE
ET DES TRAJECTOIRES
INDIVIDUELLES. ELLE
DÉPASSE LE SEUL CHAMP
SANITAIRE ET INTERFÈRE
AVEC L'ÉDUCATION,
L'EMPLOI, LE LOGEMENT
ET LA JUSTICE**

délai d'accès aux soins
spécialisés reste trop
long, pouvant atteindre
plusieurs années,
entraînant une perte de
chance significative, une
aggravation clinique et
des ruptures sociales
durables.

— Dans cette perspective, les
modèles d'intervention
précoce ont démontré leur efficacité : réduction des
hospitalisations, amélioration des trajectoires de
rétablissement, diminution des situations de crise.
Toutefois, le repérage ne peut être dissocié d'un accès
rapide à des dispositifs de soins lisibles, coordonnés et
accessibles.

***Objectif 2026 : transformer le système dans une visée
de santé populationnelle et publique***

La transformation de l'offre de soins repose sur deux
axes complémentaires.

Une approche populationnelle graduée

- Promotion des facteurs de protection (sommeil,
activité physique, développement psychosocial) ;
- Réduction des déterminants négatifs (précarité,
isolement, violences, usages numériques
problématiques) ;
- Renforcement du repérage précoce par les acteurs de
première ligne ;
- Déploiement de dispositifs d'intervention rapide ;
- Coordination intersectorielle entre sanitaire, médico-
social, éducatif et social.

Une réorganisation du système de soins

Passer d'un modèle centré sur la crise à une approche
préventive et intégrée, fondée sur la pertinence
des soins (« le bon soin, au bon moment, par le
bon professionnel »). Cela implique une meilleure
articulation entre les différents champs de la psychiatrie
(psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie
de l'adulte) et la diffusion de pratiques validées.

Cette évolution répond à un enjeu sanitaire, économique et sociétal majeur. Les troubles mentaux représentent un coût considérable, mais les stratégies d'intervention précoce présentent un fort retour sur investissement.

En cette année 2026, où la santé mentale demeure Grande Cause nationale, la dynamique de mobilisation actuelle constitue une opportunité majeure. La santé mentale des jeunes s'impose comme un indicateur central de santé publique et de cohésion sociale. Sa prise en compte dans une visée de santé populationnelle et publique nécessite désormais des engagements concrets, financés et évaluables, afin de garantir une transformation effective et durable du système.

“
**LE VIRAGE
POPULATIONNEL ENGAGE
BIEN PLUS QU'UNE
RÉFORME TECHNIQUE :
IL QUESTIONNE NOTRE
MANIÈRE COLLECTIVE DE
PRENDRE SOIN**
”

PAR

SAMIRA LEHAINE

PRÉSIDENTE DU CONSEIL DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE (CNAM) ET DE L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE (UNCAM)

*Quantifier les besoins : condition première d'une
approche populationnelle*

Longtemps, le système de santé français s'est édifié autour d'une logique réparatrice, répondant à la maladie lorsqu'elle se manifeste, plus qu'aux conditions qui la rendent possible. Il s'est construit sur l'urgence et la réponse immédiate, laissant en marge la prévention et la promotion de la santé, comme si celles-ci relevaient davantage de l'intention que de l'action structurante. Ce modèle, aujourd'hui, atteint une forme de saturation. Les évolutions démographiques, l'augmentation des maladies chroniques, l'élargissement des inégalités sociales et territoriales, ainsi que la contrainte croissante des ressources, dévoilent les limites d'un système centré presque exclusivement sur le soin curatif.

Pendant longtemps, la gouvernance du système de santé s'est appuyée sur une lecture essentiellement quantitative et organisationnelle de l'offre : nombre de professionnels, répartition des établissements, structuration des filières. Les besoins de la population étaient appréhendés à travers ce que le système parvenait à capter, c'est-à-dire les demandes exprimées, visibles, médicalisées. Tout ce qui ne se traduisait pas en recours aux soins - les renoncements, les vulnérabilités silencieuses, les déterminants sociaux - demeurait largement hors champ. Dans cette configuration, les

ressources étaient considérées comme finies, tandis que les besoins apparaissaient flous et potentiellement infinis, justifiant de fait une priorité donnée à l'ajustement de l'offre plutôt qu'à la compréhension profonde des attentes et des conditions de vie des populations.

Le virage populationnel s'inscrit en rupture avec cette logique. Il ne se contente pas d'optimiser l'existant ; il propose un changement de perspective. Il invite à partir des populations telles qu'elles vivent, vieillissent, travaillent, s'exposent et se projettent, plutôt que des seules structures qui les prennent en charge. Cette inflexion est rendue possible par le développement des outils numériques et l'exploitation croissante des données de santé. Le Système national des données de santé (SNDS) offre désormais une capacité inédite à observer les trajectoires sanitaires, à croiser données médicales, sociales et territoriales, et à rendre lisibles des réalités jusque-là fragmentées. Les besoins cessent alors d'être abstraits : ils deviennent situés, mesurables, comparables, et surtout anticipables.

Le rôle structurant de la démocratie sociale et sanitaire dans la dimension intersectorielle du virage populationnel

Cependant, l'approche populationnelle ne saurait être réduite à une simple sophistication des outils de pilotage. La

donnée, aussi précise soit-elle, ne pense pas à la place des acteurs. Elle éclaire, mais n'arbitre pas. Gouverner la santé des populations suppose de reconnaître que celle-ci se joue bien en amont du système de soins, dans des espaces que la médecine ne maîtrise pas seule. L'école, le logement, l'environnement, le travail, l'alimentation ou encore les conditions sociales façonnent durablement l'état de santé collectif. Le virage populationnel est ainsi, par essence, intersectoriel : il appelle une responsabilité partagée et une action coordonnée entre des politiques publiques qui, longtemps, se sont pensées séparément.

Dans cette perspective, la santé publique apparaît moins comme une simple technique que comme un mode de gouvernement de la vie. Elle engage des choix, des valeurs, une certaine conception de la justice

**L'APPROCHE
POPULATIONNELLE
NE SAURAIT ÊTRE
RÉDUITE À UNE SIMPLE
SOPHISTICATION DES
OUTILS DE PILOTAGE. LA
DONNÉE, AUSSI PRÉCISE
SOIT-ELLE, NE PENSE
PAS À LA PLACE DES
ACTEURS. ELLE ÉCLAIRE,
MAIS N'ARBITRE PAS**

sociale. Les dispositifs de démocratie sanitaire et sociale prennent alors tout leur sens. Ils constituent des espaces où les savoirs d'expérience, les alertes du terrain et les attentes des populations rencontrent les analyses institutionnelles. Les enjeux environnementaux en offrent une illustration éclairante : bien avant d'être pleinement intégrées aux politiques publiques, certaines expositions toxiques ont été révélées par les mobilisations locales, les associations et les représentants des usagers, révélant la capacité de ces acteurs à rendre visibles des risques encore peu documentés.

Les conseillères et conseillers de l'Assurance maladie s'inscrivent pleinement dans cette dynamique. Par leur ancrage territorial et leur diversité d'engagements, ils participent à une lecture incarnée des besoins de santé. Leur rôle ne se limite pas à la représentation formelle des assurés ; il consiste aussi à mettre en dialogue les données objectivées et les réalités vécues, à faire remonter des problématiques émergentes et à contribuer à la coconstruction de réponses adaptées avec l'ensemble des acteurs. En ce sens, ils incarnent une forme de médiation essentielle entre institutions et populations.

Le rapport charges et produits : un exemple concret d'approche populationnelle

Cette articulation entre connaissance statistique et intelligence collective se matérialise notamment dans le rapport annuel « Charges et Produits » de l'Assurance maladie. Élaboré conjointement par le conseil et la direction de la CNAM, ce rapport ne se limite pas à un exercice comptable. Il interroge la dépense à l'aune de son utilité sociale, analyse les pathologies en les inscrivant dans des parcours, identifie les déterminants qui pèsent sur les prises en charge et propose des orientations stratégiques visant à améliorer à la fois la qualité, l'efficacité et l'équité du système. Chaque année, les travaux conduits traduisent une volonté de dépasser la logique strictement budgétaire pour penser la soutenabilité du système à partir des besoins réels des populations.

Les propositions qui en émergent, qu'elles concernent la nutrition, l'environnement ou la prévention des maladies chroniques, illustrent cette approche globale de la santé. Elles rappellent que prévenir, c'est souvent agir hors du champ médical classique, dans les lieux de vie et au plus près des réalités quotidiennes. L'approche populationnelle ne vise pas seulement à réduire les coûts futurs, mais à limiter les inégalités de santé en agissant sur leurs causes structurelles.

Ainsi, le virage populationnel engage bien plus qu'une réforme technique : il questionne notre manière collective de prendre soin. Il suppose de conjuguer la puissance des données, la rigueur scientifique et la légitimité de la démocratie sanitaire. En faisant dialoguer ces dimensions, il devient possible de construire une politique de santé plus anticipatrice, plus juste et plus fidèle aux besoins des populations, qu'ils soient exprimés ou encore invisibles. Non plus seulement soigner les corps, mais préserver et accompagner les conditions mêmes d'une vie en santé.

**“
LA LUTTE CONTRE
LE CANCER DOIT
DÉSORMAIS
S'ENRACINER DANS
LES TERRITOIRES,
ET S'ORGANISER EN
PARCOURS, DANS UNE
LOGIQUE COLLABORATIVE
RENFORCÉE
”**

*PAR***SOPHIE BEAUPÈRE**

DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE D'UNICANCER

Selon les projections de l'Organisation mondiale de la Santé, le nombre de nouveaux cas de cancer devrait augmenter de près de 77 % à l'échelle mondiale d'ici 2050. Une progression qui touche l'ensemble de la population, sous l'effet conjugué du vieillissement de la population, de l'évolution des modes de vie et d'une exposition croissante aux principaux facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité, surpoids...). Ce constat impose une réponse collective, concertée et coordonnée, un impératif d'autant plus grand dans une situation marquée par des tensions sur les ressources humaines et financières, qui impactent l'ensemble du système, tous secteurs confondus.

Pour faire face à ces défis, Unicancer a engagé une démarche prospective, afin d'anticiper les grandes évolutions de la cancérologie à horizon 2030. Menés dans le cadre d'une large concertation conduite auprès d'une centaine d'experts, les travaux identifient l'émergence de la médecine des « 5P » comme un pilier déterminant de l'évolution des parcours et des prises en charge en cancérologie. Après la médecine des 4P définie par Leroy Hood en 2013, la médecine des 5P désigne une approche intégrée et territoriale de la prise en charge du patient atteint de cancer, fondée sur cinq piliers fondamentaux : la personnalisation, la prévention, la prédiction, la participation et la proximité. Le déploiement de la médecine des « 5P »

**UNICANCER ET LES
CLCC DÉVELOPPENT
AUSSI DES ACTIONS
« D'ALLER-VERS » LES
POPULATIONS ÉLOIGNÉES
DU SYSTÈME DE SOINS,
EN S'APPUYANT SUR
L'EXPLOITATION DES
DONNÉES DE SANTÉ
ET LA COOPÉRATION
PLURIPROFESSIONNELLE**

suppose de relever des défis majeurs, au centre desquels l'amélioration de la coordination ville-hôpital sur tout le continuum de la prise en charge, de la prévention à l'après-cancer.

L'organisation des soins et des filières sur le territoire est une

priorité de l'action d'Unicancer et des Centres de lutte contre le cancer (CLCC) pour garantir à chacun un accès au bon soin, par le bon professionnel et au bon moment. Un défi d'autant plus grand en cancérologie, dans un contexte marqué par l'accélération du virage ambulatoire où 90 % du parcours est désormais réalisé « hors les murs » de l'hôpital. Répartis sur l'ensemble des territoires, les CLCC œuvrent au maillage des territoires, à l'organisation de filières de soins, et à la gradation des soins dans le cadre des projets régionaux de santé en étroite coopération avec l'ensemble des acteurs régionaux, établissements, GHT, professionnels de ville, réseaux, et sous l'égide des ARS pour déployer des projets innovants. Ils embrassent une approche partenariale et pluriprofessionnelle forte, indispensable pour garantir une prise en charge personnalisée

et d'excellence, et l'accès de tous les patients aux innovations en cancérologie sur tout le territoire. Leur action s'inscrit dans la continuité des orientations fixées par la Stratégie décennale de lutte contre les cancers et dans le plan européen pour vaincre le cancer : intercepter précocement les cancers, personnaliser les stratégies thérapeutiques, anticiper précocement les événements indésirables, identifier les besoins en accompagnement et en soins de support, prévenir les séquelles et les rechutes, et favoriser le retour dans la société.

L'un des exemples emblématiques de cette dynamique est le projet Onco'Link, une expérimentation pionnière de suivi à domicile des patients traités par anticancéreux oraux, pilotée par Unicancer. Ce dispositif s'appuie sur un modèle décloisonnant et structurant la coordination des équipes hospitalières et des professionnels de ville, notamment les pharmaciens d'officines et les médecins traitants. Avec 41 établissements de tous statuts (CLCC, CHU, établissements privés) et plus de 13 000 patients inclus, Onco'Link démontre l'efficacité d'un modèle inédit de coordination ville-hôpital au service des patients atteints de cancer suivis à domicile, aujourd'hui en voie de généralisation en droit commun.

La médecine des « 5P » repose sur une connaissance approfondie des caractéristiques moléculaires des

tumeurs permettant une stratification fine des cancers, une segmentation des populations, et une personnalisation des programmes de prévention et des stratégies thérapeutiques. Grâce aux outils numériques et à l'exploitation des données de santé et de l'IA, elle est désormais capable d'identifier les populations qui ont besoin d'une action ciblée de prévention. Ainsi, afin d'intercepter les cancers à un stade précoce et prévenir l'apparition de formes graves, le repérage systématique des patients à haut risque de cancer et une orientation rapide vers les centres experts sont des enjeux majeurs. Ils s'inscrivent en complément des approches traditionnelles de prévention et de dépistage organisé en population générale.

À ce titre, Unicancer et Gustave Roussy, en partenariat avec la Mutualité Française, ont déployé un programme de prévention personnalisée des personnes à haut risque de cancer. Il repose sur le repérage des personnes à haut risque grâce à un algorithme très robuste sur le plan scientifique qui permet aux médecins généralistes d'établir un score de risque sur la base de l'histoire familiale des patients, des facteurs de risque tels que l'alcool, le tabac, l'obésité... pour ensuite les orienter vers des établissements de santé, tous statuts confondus, et leur proposer des programmes d'éducation et de suivi permettant de réduire l'apparition de cas graves de cancer. Conduit dans le cadre d'une expérimentation

Article 51, Unicancer se félicite de l'annonce récente du ministère de la Santé du lancement de l'expérimentation à l'échelle nationale, dans des établissements de tous statuts, quatre Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et un membre affilié du réseau Unicancer, un établissement public (CHU) et un établissement privé, au bénéfice de plus de 6 400 patients.

Unicancer et les CLCC développent aussi des actions « d'aller-vers » les populations éloignées du système de soins, en s'appuyant sur l'exploitation des données de santé et la coopération pluriprofessionnelle. Des initiatives telles que le Bergo'Bus et le CEMonBus, respectivement portés par l'Institut Bergonié et le Centre Eugène Marquis, illustrent cette dynamique : ces bus itinérants déploient des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des publics les plus éloignés du système de santé à l'échelle de leur territoire.

L'évolution démographique et épidémiologique soulève également des enjeux d'adaptation de la recherche. La recherche clinique connaît à ce titre de profondes transformations, portées par l'essor des données de santé et de l'intelligence artificielle. L'émergence de nouvelles méthodologies de recherche, complémentaires aux essais traditionnels, et le développement de la recherche décentralisée permettent de favoriser l'inclusion de

patients peu représentés et l'orientation vers des études adaptées, au bénéfice d'une recherche plus réactive et personnalisée. Un impératif d'autant plus grand que certaines populations demeurent sous-représentées dans la recherche clinique.

À titre d'illustration, le cancer du sujet âgé est un enjeu majeur de santé publique accéléré par le vieillissement de la population : les cancers chez les personnes de 65 ans et plus représentent près des deux tiers du nombre de cas de cancer enregistrés chaque année. Pour y répondre, Unicancer, en tant que premier promoteur académique d'essais cliniques en Europe, pilote depuis plus de dix ans l'intergroupe de recherche DIALOG, labellisé par l'INCa, dédié au développement de concepts et méthodologies de recherche adaptées à l'oncogériatrie. La récente publication des résultats de l'étude Aster 70s dans *The Lancet*, promue par Unicancer et l'Institut Curie, constitue à cet égard une avancée majeure en démontrant pour la première fois l'absence de bénéfice de la chimiothérapie sur la survie globale de certaines patientes âgées atteintes d'un cancer du sein, y compris pour des patientes à haut risque génomique, confirmant ainsi l'importance d'une approche thérapeutique adaptée à l'âge et à la fragilité des patients.

Les cancers des enfants, adolescents et jeunes adultes (AJA) constituent également un enjeu majeur de santé publique. L'intégration des spécificités de ce public dans les essais cliniques est essentielle pour développer de nouvelles thérapies adaptées à cette tranche d'âge, de même que le suivi pour garantir un accompagnement vers le retour à la vie active, prévenir les séquelles et l'éventuelle survenue d'un second cancer, dans un contexte où un cancer sur six est un second cancer.

En conclusion, pour réduire durablement le nombre de nouveaux cas de cancer et améliorer la qualité de vie des patients, la lutte contre le cancer doit désormais s'enraciner dans les territoires, et s'organiser en parcours, dans une logique collaborative renforcée. La prise en compte systématique des déterminants de santé, de l'évolution des besoins de santé et de l'offre de soins territoriale constitue un levier essentiel pour garantir un accès équitable à une cancérologie d'excellence et personnalisée selon les spécificités de chaque patient.

“
**UNE STRATÉGIE
GAGNANTE DE
PRÉVENTION EN SANTÉ
POPULATIONNELLE NE
PEUT ÊTRE EFFICACE
SANS L'INTÉGRATION
PLEINE ET ENTIÈRE DE LA
BIOLOGIE MÉDICALE**
”

PAR

STEPHEN LEQUET

MEMBRE DU CONSEIL D'ORIENTATION DU CRAPS, MEMBRE DU COMITÉ ENGAGEMENT
DE LA FBM ET DIRECTEUR DES AFFAIRES PUBLIQUES DU GROUPE CERBA HEALTHCARE

Si la santé populationnelle est bien conçue comme une vision stratégique et transversale de la santé, située à l'interface entre soins, prévention, politiques publiques et organisation du système de santé, la biologie médicale y a toute sa place.

En effet, elle est au cœur des parcours de soins, assumant non seulement son rôle essentiel de diagnostic (70 % des décisions médicales reposent sur un examen biologique¹⁰), mais également en amont ses missions de prévention et en aval de suivi.

Dans le cadre de cette contribution, nous voudrions insister sur le rôle encore trop méconnu de préventologue du quotidien des biologistes médicaux, rôle que la profession ne demande qu'à amplifier, forte de ses 4 222 laboratoires de proximité accueillant 500 000 patients par jour¹¹.

La biologie médicale occupe d'ores et déjà une place essentielle dans le dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. Pour prendre l'exemple du cancer colorectal, grâce au FIT (Fecal Immunologic Test), désormais seuls 3 % des personnes

10. Rapport de l'Académie de médecine. 2022.

11. Rapport Roland Berger. *Étude du secteur des laboratoires de biologie médicale libérale français*. 2025.

testées nécessitent une coloscopie¹² et on assiste à une réduction de 47 % de la mortalité liée à ce cancer¹³.

Quant à l'instauration du dépistage des IST sans ordonnance, ce programme est un réel succès : 33 % des patients viennent se faire dépister sans ordonnance¹⁴. Chez Cerballiance, 25 % des cas positifs ont été identifiés sans consultation préalable avec un médecin. Dans nos laboratoires, les hommes âgés de 20 à 39 ans, catégorie rétive à consulter pour des IST, constituent la population la plus utilisatrice de ce dépistage sans ordonnance. Autre enseignement de notre expérience : les taux de positivité des infections à chlamydia et des co-infections étaient plus élevés dans le dispositif sans ordonnance, par rapport au dépistage avec ordonnance, pour les hommes et femmes de 15 à 29 ans¹⁵.

Les biologistes médicaux concrétisent ainsi leur rôle de prévention, aux côtés des prescripteurs et des autres professions de santé, et s'imposent comme

12. Institut national du cancer (INCa). *Dépistage du cancer colorectal : L'Institut national du cancer rappelle l'urgence de réaliser le test dès 50 ans*. cancer.fr

13. Barré S., Leleu H., Vimont A., Kaufmanis A., Gendre I., Taleb S., De Bels F. *Estimation de l'impact du programme annuel de dépistage organisé du cancer colorectal*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 68, no. 3, pp. 171-177.

14. Fédération de la biologie médicale (FBM). Dossier de presse. 21 janvier 2026.

15. Cerba HealthCare. *Dépistage des IST. Ordonnance versus sans Ordonnance*. Étude interne.

interlocuteurs de confiance, notamment dans les régions médicalement sous-dotées. Rappelons que 87 % du territoire français est classé en zone de désert médical.

À l'heure du vieillissement de la population et du développement des

pathologies chroniques, alors que la progression annuelle de l'espérance de vie ralentit en France¹⁶, tout concourt à un accroissement difficilement soutenable de la demande de soins. La prévention est donc absolument indispensable à l'amélioration de la santé de la population française, ainsi qu'à la soutenabilité du système de santé et de protection sociale.

Or, une stratégie gagnante de prévention en santé populationnelle ne peut être efficace sans l'intégration pleine et entière de la biologie médicale, qui constitue un levier essentiel pour anticiper les risques, orienter

EN S'ASSURANT QUE
LES ANALYSES SONT
RÉALISÉES ET LES
RÉSULTATS INTERPRÉTÉS,
LE BIOLOGISTE MÉDICAL
PEUT CONTRIBUER À
RENFORCER L'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DES
PATIENTS, AMÉLIORER
L'OBSERVANCE ET ÉVITER
DES COMPLICATIONS
COÛTEUSES ET INUTILES

16. Steel N., Ford J.A., Newton J.N., Hardoon S., Prowle J., Roome C., Gallo V., Hay S.I., Murray C.J.L. *Changing life expectancy in European countries 1990-2021 : A subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021*. The Lancet Public Health, 10(3), e172-e178.

les patients, assurer un suivi structuré et contribuer à la réduction des inégalités de santé.

C'est pourquoi la toute jeune Fédération de la biologie médicale (FBM), qui représente près de 90 % des biologistes médicaux et une très large majorité des structures économiques du secteur, fait de l'accroissement de son rôle de prévention la nouvelle frontière de la biologie médicale.

Pour donner leur pleine amplitude aux rendez-vous prévention aux âges de la vie, la FBM propose ainsi d'y intégrer les biologistes et d'y inclure systématiquement un bilan biologique comprenant notamment une mesure du cholestérol, de la tension artérielle, du Cardio Score 2, du score de risque rénal et du FIB-4 pour évaluer le risque de maladie chronique du foie. Ces indicateurs biologiques permettent de détecter précocement les facteurs de risque et d'adapter les parcours de soins.

Le calcul du Cardio Score 2, score qui permet de déterminer le risque d'accident cardiaque, devrait également être systématique dès qu'une analyse biologique est réalisée pour suspicion de maladie cardiovasculaire.

De même, le dépistage du diabète sans ordonnance pourrait être autorisé lorsqu'un score de risque dit FINDRISC, réalisé en laboratoire, dépasse un seuil prédéfini.

Pour le dépistage du cancer colorectal, seuls 34,2 % de nos compatriotes éligibles réalisent le test de dépistage. Ce pourcentage est très en deçà de l'objectif européen de 65 % et également de la moyenne des pays de l'OCDE qui s'établit à 44 %. Dans ce contexte, l'élargissement du droit de distribuer les kits de dépistage aux biologistes médicaux est indispensable.

Essentielle également est la question de la vaccination. La couverture vaccinale en France est encore faible pour nombre d'affections. Pour la grippe saisonnière, seuls 54 % des 65 ans et plus sont ainsi vaccinés annuellement. Pour le Covid-19, le pourcentage tombe à seulement 8,2 % chez les adultes à risque. Pour augmenter la couverture vaccinale, les laboratoires de biologie médicale pourraient être des acteurs de proximité importants. C'est pourquoi l'article L.6212-3 du Code de la santé publique les a autorisés à prescrire et administrer des vaccins en leur sein. Toutefois, ils sont gênés dans l'accomplissement de leur mission de vaccination par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de stocker et distribuer ces vaccins.

Enfin, à l'heure de la chronicisation des pathologies, la reconnaissance du statut de biologiste référent s'impose. Médecins et pharmaciens spécialistes, les biologistes médicaux sont les coordinateurs naturels entre médecins prescripteurs, infirmiers et équipes soignantes des établissements de soins. Ce nouveau statut permettrait une meilleure cohérence du parcours de soins au service des patients, via un suivi thérapeutique personnalisé et renforcé. En s'assurant que les analyses sont réalisées et les résultats interprétés, le biologiste médical peut contribuer à renforcer l'éducation thérapeutique des patients, améliorer l'observance et éviter des complications coûteuses et inutiles¹⁷.

Cette nouvelle frontière de la prévention ne pourra toutefois être atteinte que si les prochaines années permettent d'ouvrir, avec les pouvoirs publics, les chantiers de la rénovation des missions du biologiste, de la régulation du secteur et de l'accélération de l'accès aux innovations.

17. Sur tous ces points et propositions, voir Fédération de la biologie médicale (FBM). Dossier de presse. 21 janvier 2026.

“

PAR LA NÉGOCIATION DE SES RÉGIMES SANTÉ ET PRÉVOYANCE, LA BRANCHE DISPOSE D'UN CADRE DE DÉPLOIEMENT D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION À GRANDE ÉCHELLE

”

PAR

QUENTIN BÉRIOTDÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DE LA FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS PARITAIRES
DE PROTECTION SOCIALE (FIPS)

Face aux enjeux croissants de santé publique, la notion de « responsabilité populationnelle » s'impose désormais comme un cadre d'action structurant. Il ne s'agit plus seulement d'avoir une approche individuelle de la santé, mais d'améliorer la santé par des approches de groupes, en agissant sur les déterminants de la santé à échelle plus homogène. Cette évolution n'est possible que par une transformation profonde de notre manière de penser : appréhender la notion de groupe affinitaire, s'inscrire dans le temps long, et clairement orienter notre cadre de réflexion et d'actions vers une logique de « résultats attendus » en matière de santé publique.

La branche professionnelle : travailler sur le temps long, cibler précisément et déployer à grande échelle

Les branches professionnelles constituent à ce titre un levier essentiel à la mise en œuvre notamment dans le déploiement du virage préventif :

1. Les branches disposent d'un cadre structuré de négociation, stable et par conséquent adapté pour inscrire cette transformation en profondeur et dans la durée, là où les politiques publiques sont soumises à des cycles dépendants des échéances politiques. En effet, les branches sont en responsabilité sur des secteurs d'activité et des métiers permettant ainsi de déployer des politiques de prévention sur plusieurs années, en

IL NE S'AGIT PLUS SEULEMENT D'AVOIR UNE APPROCHE INDIVIDUELLE DE LA SANTÉ, MAIS D'AMÉLIORER LA SANTÉ PAR DES APPROCHES DE GROUPES, EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ À ÉCHELLE PLUS HOMOGÈNE

cohérence avec les réalités de l'activité, avec la diversité des entreprises et avec les territoires. D'ailleurs, elles ne s'y sont pas trompées : 99 accords de branche sur 200 emportent des dispositifs de prévention.

2. Les branches constituent de facto des populations cibles cohérentes. En regroupant des populations qui partagent des conditions

de travail similaires, elles facilitent l'identification de risques spécifiques - troubles musculo-squelettiques dans telle branche, diabète, stress ou exposition chimique dans telles autres. Elles rendent ainsi possible une approche structurée de prévention. Cette capacité à raisonner par « cible cohérente » est au cœur de la responsabilité populationnelle.

3. Par la négociation de ses régimes santé et prévoyance, la branche dispose d'un cadre de déploiement d'une politique de prévention à grande échelle. Il ne s'agira plus de multiplier des actions disparates, mais de réorienter la politique autour d'actions probantes pour la santé des populations professionnelles, soit

par le montage d'un organisme ad hoc de prévention santé-sécurité (comme l'ont fait le bâtiment ou plus récemment la branche intérimaire), soit lors des appels d'offres de recommandation des régimes santé et prévoyance. À cet égard, dans le cadre des AO, les branches peuvent déléguer aux organismes assureurs retenus cette mission d'opérationnalisation de la politique de prévention. Disposant d'une organisation dédiée, l'OCAM¹⁸ retenu orchestre la mise en œuvre sur la base d'un budget pluriannuel, et en suit les résultats (comparaison entre la situation à T et T+).

De la négociation à l'opérationnalisation : le rôle de l'organisme complémentaire

Les OCAM recommandés par les branches professionnelles ont pour rôle d'opérationnaliser la politique de prévention définie par la branche. Pour ce faire :

1. Les objectifs de contribution à l'intérêt général par les branches professionnelles dans la prévention en santé doivent être reconnus par la réglementation et par les autorités régulatrices. Ainsi, les dispositions législatives¹⁹ listant les missions des institutions de

18. Organismes complémentaires d'Assurance maladie : institution de prévoyance, groupe de protection sociale, mutuelles ou assureurs.

19. L. 931-1 du Code de la Sécurité sociale.

prévoyance devraient être complétées pour permettre le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé en vue de l'organisation de dispositifs de prévention, d'accompagnement ou de suivi des assurés prévus en application d'une convention collective. Cet intérêt général permettrait également de faciliter la capacité des acteurs mandatés par les branches à traiter des données de santé pseudonymisées. L'objectif est simple : être en capacité de mesurer les résultats, et gagner en efficience dans le pilotage des actions déployées.

2. Les OCAM doivent surtout être en mesure de structurer des actions scientifiquement probantes. Autonomes de l'Assurance maladie et organisés contractuellement, ces dispositifs devront répondre à des cahiers des charges de bonnes pratiques et de financement, notamment à l'efficience et à la performance des professionnels et établissements de santé. Par exemple, cela pourrait permettre le déploiement de parcours (Pré-ALD, Parcours coordonnés renforcés) qui permettent de dépasser les logiques en silos et la fragmentation du système, en organisant une coordination effective des acteurs autour du salarié : repérage précoce des risques, diagnostic structuré, plan d'actions personnalisé et surtout suivi dans le temps. Pour le salarié, ces parcours facilitent l'accès à l'information et accompagnent

durablement les changements de comportement. Pour l'entreprise, ils traduisent une politique RH proactive. Pour le système de santé, ils permettent d'entrer dans une logique d'efficience réelle, fondée sur les résultats et non sur le volume d'actes. Les exemples existants - parcours cardiovasculaires, prévention de l'obésité, dépistage des troubles auditifs - montrent qu'il est nécessaire d'agir tôt, d'accompagner dans la durée et d'améliorer significativement les trajectoires de santé.

Ainsi, les branches professionnelles, en plus d'être de formidables vecteurs d'action, constituent surtout un levier fort pour améliorer la performance de nos politiques sociales et de notre modèle de santé. En permettant de penser et d'agir dans la durée, en alignant les incitations avec les objectifs de santé publique et en organisant une réponse collective, elles offrent un cadre concret pour réussir le basculement vers une véritable responsabilité populationnelle.

Notre changement de regard est déterminant pour réussir : la soutenabilité du système ne peut se jouer uniquement dans la recherche perpétuelle d'économie. Ce sera, a contrario, notre capacité à faire des choix (de santé publique, d'organisation et de financement), à investir la prévention, à nous organiser en parcours et épisodes de soins et à accepter les mots « performance » et « efficience » qui nous permettront de pérenniser notre patrimoine social.

2. METTRE LES BESOINS DE SANTÉ AU CŒUR DU SYSTÈME

Si le diagnostic est aujourd'hui largement partagé, la transformation du système de santé repose désormais sur sa capacité à s'organiser autrement. Le modèle actuel reste encore largement structuré par des logiques d'offre, de spécialités et d'institutions, souvent au détriment de la continuité des parcours et de la lisibilité pour les patients. Passer à une approche populationnelle implique de replacer les besoins des personnes au cœur de l'organisation et de penser les parcours de santé non comme une succession d'actes ou d'interventions, mais comme des trajectoires continues intégrant prévention, soins, accompagnement et suivi dans la durée.

Une telle évolution suppose de renforcer les coopérations entre les différents acteurs - ville, hôpital, secteur médico-social et acteurs sociaux - mais également de repenser les modalités de gouvernance. Les territoires apparaissent comme l'échelle la plus pertinente pour articuler ces interventions, adapter les réponses aux réalités locales et mobiliser les ressources existantes. Au-delà des structures, la réussite de cette transformation dépendra aussi de la capacité du système à être compris, investi et utilisé par celles et ceux auxquels il s'adresse.

Mais organiser autrement ne suffira pas si les mécanismes de financement continuent à encourager des logiques contraires aux objectifs poursuivis. Aujourd'hui encore, une grande partie des modèles économiques repose

sur le volume d'activité, favorisant la production de soins davantage que l'amélioration durable de l'état de santé des populations. Ce décalage entre les ambitions affichées - prévention, coordination, qualité des parcours - et les incitations financières constitue l'un des principaux freins à la transformation du système.

Les expériences conduites dans plusieurs pays montrent pourtant qu'il est possible d'aligner plus étroitement les mécanismes de financement avec les objectifs de santé publique, notamment à travers des approches territoriales intégrées et des dispositifs favorisant le réinvestissement dans la prévention.

“
**IL DEVIENT UTILE
D'INTRODUIRE, AVEC
PRUDENCE, LA NOTION
D'OBJECTION DE SANTÉ**
”

PAR

FRANÇOIS-EMMANUEL BLANC

ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ POITOU-CHARENTES, ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE ET VICE-PRÉSIDENT DU CRAPS

L'idéal d'une politique de santé populationnelle aboutie ne consiste pas seulement à mieux répartir l'offre, coordonner les acteurs, prévenir plus tôt ou piloter plus finement les parcours. Il consiste aussi à faire en sorte que les parcours proposés deviennent réellement habitables pour les sujets auxquels ils s'adressent. Car un parcours de santé n'est pas seulement une succession rationnelle d'actes, de recours, de relais institutionnels et de recommandations. Il est aussi une expérience vécue, traversée par le rapport au corps, à la dépendance, au temps, à la demande d'aide, à l'institution et aux autres.

L'évolution épidémiologique et sociale donne à cette exigence une portée croissante. Le vieillissement, la progression des maladies chroniques, la fréquence des comorbidités, la montée des troubles psychiques et la nécessité de penser les parcours de vie imposent de dépasser une vision strictement curative ou segmentée du système de santé. L'orientation proposée par le CRAPS va clairement dans ce sens lorsqu'elle appelle à repenser l'organisation du système autour des besoins, de la prévention, des parcours, de la coordination et des transformations structurelles qu'exige la santé populationnelle.

Mais une difficulté demeure souvent sous-estimée. Même lorsqu'une offre existe, même lorsqu'un parcours

est bien conçu sur le plan administratif ou médical, encore faut-il qu'il puisse être subjectivement investi. Beaucoup de ruptures de suivi, d'absences répétées, de décrochages silencieux, de non-recours partiels, de retards ou de désengagements ne procèdent ni d'une pure irrationalité, ni d'un simple déficit d'information, ni même des seules inégalités d'accès. Ils tiennent aussi au fait que, pour certains sujets, l'entrée dans le soin, la prévention, l'examen, la dépendance à autrui ou la continuité du suivi constituent une expérience psychiquement coûteuse, parfois difficilement soutenable.

C'est ici qu'il devient utile d'introduire, avec prudence, la notion d'objection de santé. J'entends par là non une catégorie morale, encore moins une désignation stigmatisante, mais un opérateur descriptif permettant de repérer certaines positions subjectives de retrait à l'égard de la prévention, du soin, du suivi, voire de l'attention portée à sa propre santé. L'objecteur de santé n'est pas nécessairement un opposant déclaré au système. Il peut être discret, apparemment coopérant, parfois même courtois et conforme. Son objection peut prendre la forme d'un effacement, d'un évitement, d'une suradaptation vide, d'une intermittence, d'un décrochage sans conflit ouvert. Elle ne renvoie pas d'abord à une mauvaise volonté. Elle peut exprimer un rapport difficile au corps, à la passivité imposée

par le soin, à la demande d'aide, à la temporalité des traitements, ou encore à ce que représente psychiquement l'exposition de soi dans l'espace sanitaire.

Une telle notion permet de déplacer utilement le regard. Au lieu de réduire ces situations à la seule « non-observance » ou à la seule défaillance individuelle, elle invite à penser la rencontre, souvent manquée, entre une offre objectivement disponible et une capacité inégale à l'habiter subjectivement. L'enjeu n'est donc pas seulement de savoir si le soin est offert, mais s'il devient appropriable, supportable et tenable pour ceux auxquels il est destiné, et de faire jouer de manière adaptée les appuis nécessaires à la mise en œuvre du parcours.

Cette objection de santé ne se développe pas dans un vide institutionnel. Elle peut être aggravée « voire

CETTE OBJECTION DE SANTÉ NE SE DÉVELOPPE PAS DANS UN VIDE INSTITUTIONNEL. ELLE PEUT ÊTRE AGGRAVÉE VOIRE PRODUITE PAR L'INSUFFISANCE DE L'OFFRE, L'ÉLOIGNEMENT DES PROFESSIONNELS, LA DISCONTINUITÉ CONCRÈTE DES PRISES EN CHARGE, L'ILLISIBILITÉ TERRITORIALE DU SYSTÈME OU L'ÉPUISEMENT ADMINISTRATIF QU'IMPOSENT CERTAINS PARCOURS

produite » par l'insuffisance de l'offre, l'éloignement des professionnels, la discontinuité concrète des prises en charge, l'illisibilité territoriale du système ou l'épuisement administratif qu'imposent certains parcours. De ce point de vue, les déserts médicaux et les inégalités d'accès ne sont pas seulement des problèmes de distribution des ressources ; ils contribuent aussi à rendre le soin plus difficilement habitable. Le retrait subjectif et l'impossibilité objective ne s'opposent donc pas : ils peuvent se renforcer mutuellement.

Inversement, les dispositifs de conciergerie du système de santé portés par la médecine de ville (assistants médicaux, par exemple...), par les établissements de santé (assistants sociaux, préparation anticipée de l'entrée, des sorties d'hospitalisation et des retours à domicile...) ou certaines caisses d'Assurance maladie de base et complémentaires (dispositifs « d'aller-vers » du régime général, de la MSA et de certaines mutuelles ou IP...) en territoire en réduisent le risque.

Cette question est décisive pour la santé populationnelle. Car certaines organisations ne sont pas adaptées. Un parcours illisible, trop fragmenté, trop intrusif, trop discontinu, ou au contraire trop impersonnel, peut accroître le retrait qu'il prétend combattre. De même, la juxtaposition mal articulée des prises en charge somatiques, psychiques et sociales transforme

parfois la complexité clinique en surcharge subjective. Le patient est alors administrativement inclus, mais psychiquement absent du parcours. On pourrait dire qu'il figure dans le dispositif sans pouvoir encore y prendre place.

Dès lors, plusieurs pistes de travail peuvent être proposées.

La première consiste à faire de la notion de parcours habitable un critère complémentaire de l'évaluation des organisations de santé. Un parcours n'est pas seulement un trajet correctement orienté entre des ressources. Il est aussi un ensemble de médiations qui doivent permettre au sujet de comprendre ce qui lui arrive, de supporter les transitions, de revenir, de demander, de consentir progressivement à l'accompagnement, sans être écrasé par lui.

La deuxième piste est de former les professionnels au repérage des ruptures silencieuses. Il ne s'agit pas de psychologiser excessivement les pratiques, mais de rendre plus perceptibles certains signaux faibles : rendez-vous évités sans opposition explicite, adhésion purement formelle, réponses minimales, retrait poli, discontinuité inexpliquée, passages répétés d'un dispositif à l'autre sans véritable inscription. De tels phénomènes sont souvent interprétés trop vite comme

désinvolture ou inconséquence, alors qu'ils peuvent signaler une difficulté plus profonde à habiter la proposition de soin.

La troisième piste est d'articuler plus étroitement santé mentale, maladies chroniques, accompagnement social et coordination territoriale. Une politique de santé populationnelle cohérente ne peut plus traiter séparément ce qui, pour les sujets, se présente de manière mêlée : corps, précarité, fatigue psychique, dépendance, isolement, temporalité longue des prises en charge.

Enfin, le pilotage par la donnée pourrait être enrichi, sans réductionnisme, par des marqueurs indirects de vulnérabilité de parcours : interruptions répétées, réitération d'absences, sorties sans relais, changements incessants d'interlocuteurs, recours récurrents à l'urgence sans continuité de suivi. Il ne s'agirait pas de quantifier la subjectivité, mais de mieux repérer les zones où le parcours cesse d'être habitable.

Une politique de santé populationnelle véritablement mature ne peut donc se limiter à organiser l'offre, segmenter les publics et optimiser les flux. Elle doit aussi intégrer ce point plus discret mais décisif : entre l'existence d'un dispositif et son appropriation réelle, il y a toute la question des formes subjectives selon

lesquelles un sujet peut, ou non, consentir à entrer dans le soin. Penser cette zone intermédiaire, c'est se donner les moyens de comprendre autrement certaines ruptures de parcours et les difficultés de toute politique sérieuse de prévention. Et ce faisant, mieux pousser également et mieux coordonner par une ingénierie de proximité, les initiatives de conciergerie du système de santé au bénéfice d'une vue globale des personnes et du plus grand nombre.

“
**LA GOUVERNANCE N'EST
PAS RESPONSABLE DE
TOUT, MAIS ELLE L'EST
D'AVOIR FLOUTÉ LE
CONTRAT SOCIAL**
”

PAR

BRUNO COQUET

PRÉSIDENT DE UNO - ÉTUDES & CONSEIL, ÉCONOMISTE ET
MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU CRAPS

En France, les dépenses de santé avoisinent 11,5 % du PIB, un des taux les plus élevés au monde. Beaucoup de choses vont bien dans notre système de santé, mais la conjonction des besoins croissants et des difficultés d'accès aux soins inquiète. Les moyens financiers consacrés à la santé étant déjà très élevés, ces ressources doivent être utilisées de manière plus efficiente, ce qui passe nécessairement par des réformes de la gouvernance et des pratiques.

Mieux pour moins cher, c'est possible

En France comme ailleurs, la demande ou les besoins d'une population plus nombreuse et vieillissante sont et resteront encore longtemps dynamiques. Du côté de l'offre, les contraintes sont elles aussi croissantes, en raison de la démographie médicale - quantité, spécialité, implantation territoriale - et des progrès thérapeutiques essentiels mais souvent coûteux et lents à se transformer en gains de productivité.

Dans les comparaisons internationales de l'OCDE, la France a souvent des performances élevées. Elle ne se hisse néanmoins jamais parmi les pays dépensant moins que la moyenne tout en obtenant de meilleurs résultats. D'autres pays moins dépensiers, comme la Slovaquie, la Corée du Sud ou Israël figurent systématiquement parmi les plus efficaces au regard des quatre indicateurs

**UN APPEL À LA RAISON
ET À L'AUTODISCIPLINE
EST INSUFFISANT :
REPRENDRE LE
CONTRÔLE NÉCESSITE
DE METTRE EN PLACE
DES INSTRUMENTS
DE RÉGULATION DES
COMPORTEMENTS ET
DE COORDINATION
ENTRE LES ACTEURS**

—
pas seulement être attribuées à des circonstances extérieures, mais doivent aussi être recherchées dans nos choix stratégiques, notre gouvernance, notre outillage et nos pratiques.

Il n'y a pas de raison sans régulation

Il est évidemment nécessaire de responsabiliser la population et les acteurs du système de santé en appelant un recours « sobre » et maîtrisé au système de santé, en promouvant plus d'efficience, des objectifs de prévention et de santé publique, (etc.) le tout afin de ne pas, in fine, surcharger ni surdimensionner le système de santé, le tout au bénéfice de l'intérêt général. Mais un appel à la raison et à l'autodiscipline est insuffisant : reprendre le contrôle nécessite de mettre en place des

clés suivis par l'OCDE. Ces pays sont pourtant très différents les uns des autres et de la France, notamment au regard de leur démographie et du modèle de financement choisi. Par conséquent, les difficultés d'organisation, de financement et d'efficience que nous rencontrons ne peuvent

instruments de régulation des comportements et de coordination entre les acteurs.

Il faut aussi acter l'échec (prévisible) de notre modèle organisé autour de la disparition de l'argent. D'une part, les cotisations et impôts prélevés à la source n'entrent jamais dans le porte-monnaie des citoyens, si bien que la conscience qu'ils en sortent et pour quel motif est faible. D'autre part, la réduction du reste à charge des patients a constitué une priorité, et le tiers payant généralisé a éclipsé les notions de prix, de paiement, de facture, de coût et de valeur. Ce qu'il reste d'assurance - les mutuelles - est chaque année plus mis à contribution, taxé, décrié, sans autre proposition qu'une fuite en avant dans la centralisation - pour ne pas dire la collectivisation - au nom de l'égalité.

Le « droit » a évincé l'argent

Tout est dû, mais rien n'est dû. Le recours au système de santé est largement laissé à l'appréciation du patient ; le besoin, l'excès et l'abus sont pris en charge sur le même plan. S'il en était besoin, l'appel à la sobriété démontre que cette gouvernance par les droits et faisant abstraction des prix est hors de contrôle, au point que la fonction régulatrice de la prescription médicale ne parvient plus à s'exercer. Et, en même temps, cette corne d'abondance est une illusion, car, in fine, le système

s'ajuste par un rationnement de l'offre, une baisse de qualité, des besoins élémentaires non satisfaits, c'est-à-dire des coûts non monétaires.

Le prix est un véhicule indispensable d'informations. Quand il disparaît, la quantité finit par imposer sa loi, sous forme de pénurie et de file d'attente. Et nous en sommes là. Mais que l'on s'entende bien : il ne s'agit évidemment pas de ne plus rembourser les soins, de remplacer l'assurance sociale par un marché débridé, mais déjà tout simplement d'informer, et de rendre sensible ce que la collectivité prend en charge et les contributions de chacun qui en sont la contrepartie.

Perte de sens et de contrôle

La gouvernance n'est pas responsable de tout, mais elle l'est d'avoir flouté le contrat social : la réaffirmation rituelle de la sacralité du système social de 1945, pour preuve toujours enrichi de droits nouveaux, a en réalité discrètement occulté l'Assurance maladie originelle au profit d'un « régime universel ».

Les conséquences de cette révolution n'ont pas été expliquées, écrasées par l'urgence du redressement des comptes (déjà) et la promesse de faire mieux et plus, à coût contenu. Et c'est le contraire qui est advenu : confusion croissante des objectifs et des

moyens, multiplication des stratégies, méthodes de gestion réglementaires privilégiant la conformité de la procédure au résultat, planification budgétaire centralisée, confusion des caisses, recettes déconnectées des dépenses, droits nouveaux financés sur ressources anciennes, suppression des instruments de régulation économique des arbitrages et des comportements, etc.

Et finalement, la double peine : difficultés budgétaires récurrentes et disparition de l'assurance sociale. Sans révision profonde de cette gouvernance, il est improbable que les problèmes du système de santé puissent être résolus.

“

**RÉUSSIR LA SANTÉ
POPULATIONNELLE
SUPPOSE AVANT TOUT
DE S'APPUYER SUR LES
FORCES EXISTANTES
DU SYSTÈME, EN
PARTICULIER SUR LES
ACTEURS DE PROXIMITÉ**

”*PAR***DR FRANCK DEVULDER**

PRÉSIDENT DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)

« La santé populationnelle ne se décrète pas : elle se construit au contact des patients, dans les territoires, et avec ceux qui soignent, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. »

La santé populationnelle s'impose progressivement comme un cadre de transformation de notre système de santé. Face à la progression des maladies chroniques, au vieillissement de la population et aux inégalités d'accès aux soins, elle propose de dépasser une approche centrée sur le soin pour passer à une approche en parcours permettant d'intégrer la prévention, le suivi et les déterminants de santé.

Cette évolution est non seulement légitime, mais nécessaire.

Pour autant, elle ne pourra produire ses effets que si elle s'appuie sur une réalité essentielle : la santé se construit d'abord dans les territoires, au plus près des patients, à travers des parcours de soins concrets et incarnés.

Le principal risque, aujourd'hui, serait de faire de la santé populationnelle une approche essentiellement descendante, centrée sur les outils, les organisations ou les modèles théoriques, sans partir suffisamment des pratiques réelles, et encore trop souvent structurée

autour d'une vision hospitalo-centrée de l'offre de soins.

Notre système reste marqué par une forte segmentation des acteurs, des dispositifs multiples et parfois peu lisibles, ainsi qu'une difficulté persistante à articuler les niveaux national et territorial.

Par ailleurs, les professionnels de santé sont confrontés à une accumulation de missions nouvelles - prévention, coordination, suivi des patients complexes - sans que les conditions d'exercice et les modèles de valorisation aient pleinement évolué en parallèle.

Réussir la santé populationnelle suppose avant tout de s'appuyer sur les forces existantes du système, en particulier sur les acteurs de proximité.

Le médecin libéral, par sa présence sur l'ensemble du territoire, sa connaissance des patients et sa capacité à assurer la continuité des soins, constitue un point d'appui naturel pour structurer des approches populationnelles concrètes et efficaces. Son rôle dans l'organisation des parcours et dans la coordination avec les autres professionnels doit être pleinement reconnu et renforcé.

Dans cette perspective, les organisations territoriales (CPTS, équipes de soins spécialisées, dispositifs d'accès aux soins) représentent des leviers pertinents, à condition qu'elles restent au service des professionnels et des patients, avec des objectifs clairs et des modalités simples.

**LE PRINCIPAL RISQUE
AUJOURD'HUI SERAIT
DE FAIRE DE LA SANTÉ
POPULATIONNELLE
UNE APPROCHE
ESSENTIELLEMENT
DESCENDANTE,
CENTRÉE SUR
LES OUTILS, LES
ORGANISATIONS
OU LES MODÈLES
THÉORIQUES**

La question des outils est également déterminante. Le développement de systèmes d'information interopérables, centrés sur les usages et réellement utiles au pilotage des parcours, est une condition indispensable de réussite.

Enfin, l'évolution des modèles de financement doit accompagner cette transformation. Valoriser la prévention, la coordination et le suivi au long cours est essentiel pour aligner les objectifs du système avec les pratiques attendues.

La santé populationnelle représente une opportunité majeure de refondation de notre système de santé.

Mais elle ne tiendra ses promesses qu'à une condition : ne pas devenir un concept hors-sol.

Elle devra s'ancrer dans les territoires, s'appuyer sur la réalité des parcours et faire confiance à ceux qui soignent.

Car, en définitive, la santé d'une population ne se pilote pas uniquement par des organisations ou des outils : elle se construit chaque jour, dans la relation entre un patient et son médecin.

“
**UNE GOUVERNANCE
TERRITORIALE DE
LA PRÉVENTION
EST NÉCESSAIRE,
ENTRE CPTS, ÉLUS
LOCAUX (GRÂCE AU
CONTRAT LOCAL DE
SANTÉ), USAGERS ET
ÉTABLISSEMENTS**
”

PAR

DR JEAN-FRANÇOIS MOREUL

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES
TERRITORIALES DE SANTÉ (FCPTS)

Le système de santé français vit, depuis les années 90, une longue période de difficultés démographiques et d'accès aux soins. Pour tenter de se maintenir au niveau d'excellence qui était le sien au XX^e siècle, il a dû faire preuve de robustesse et chercher des solutions en son sein.

Tantôt en « bottom-up », tantôt en « top-down », les acteurs du système de santé ont tous fait preuve d'innovation, dans l'objectif de conserver la meilleure qualité de soins aux usagers, malgré des courbes décroissantes de démographie de professionnels et croissantes de demandes de soins. Ainsi sont nées les structures coordonnées (Centres de santé (CDS), Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Équipes de soins primaires (ESP), Équipes de soins spécialisées (ESS)), dont le but est d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé et les parcours des usagers. Si 20 % des professionnels de premier recours exercent en ESP, CDS, MSP, les CPTS sont en passe de couvrir 100 % du territoire national, mettant à disposition de l'ensemble du système de santé les outils de coordination de soins.

D'autres innovations, que nous qualifierons d'outils, ont été créées dans différents objectifs :

**LA COORDINATION
NE DOIT PAS ÊTRE
SOUS-ENTENDUE, ELLE
DOIT ÊTRE IMPOSÉE,
CONTRÔLÉE, ET
DOIT CONDITIONNER
L'ACCÈS À CES
NOUVELLES MISSIONS**

- les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) : pour aider les soignants à gérer les cas complexes, entre autres missions ;

- les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée : pour faire gagner du temps aux médecins traitants ;

- les protocoles de coopération et articles 51 : pour répartir les interventions auprès des patients, en permettant aux médecins de déléguer des actes aux autres soignants.

Certaines professions non médicales ont évolué par décret : nouveaux actes, accès direct, coordination ; dans l'objectif, encore une fois, de faire gagner du temps aux médecins traitants. Enfin, les systèmes d'information ont été sommés de devenir interopérables avec un socle MSS/DMP, afin de faciliter les échanges entre professionnels de santé, dans le cadre du Ségur de la santé.

Quel est l'état des lieux de ces innovations ? Comment transformer l'essai ? Comme énoncé ci-dessus, le

territoire national est bien couvert par ces innovations. Elles travaillent de plus en plus ensemble, dans le but d'améliorer la coordination (parcours de soins), la prévention et la gestion de situations complexes. Elles se mettent en lien avec les établissements (GHT, ESMS, établissements MCO privés...) : ainsi, les parcours de soins sont complets. Prenons l'exemple du projet « Responsabilité Populationnelle » de la FHF dans lequel s'engagent les CPTS. Notons les résultats de l'enquête de la FCPTS qui montrent que la quasi-totalité des CPTS travaillent avec les établissements de santé, voire partagent les gouvernances (30 %). Elles s'organisent, de plus, en regroupements de CPTS pour mieux se hisser au niveau territorial de leurs partenaires.

Notons enfin que l'usage des DMP et MSS, ainsi que celui d'outils parcours régionaux (MonSisra en Auvergne-Rhône-Alpes ou Santélien en Île-de-France) entrent dans les pratiques. Cependant, quelques fragilités persistent. La prévention souffre encore de trop peu de moyens, qui, de plus, sont dispersés entre de nombreux acteurs, non coordonnés. Nous pensons qu'une gouvernance territoriale de la prévention est nécessaire, entre CPTS, élus locaux (grâce au contrat local de santé), usagers et établissements. Ainsi, ce quatuor ou quadrupède avancera vers une prévention gouvernée et coordonnée, adaptée aux besoins de la population de son territoire ; il pourrait

passer commande d'actions de prévention auprès de partenaires. Les systèmes d'information décrits ci-dessus ne sont pas encore suffisamment opérationnels ou pas suffisamment déployés. Les éditeurs de logiciels métiers (IDE, médecins...) n'ont pas encore rendu leurs outils assez ergonomiques dans l'interfaçage avec le DMP et la MSS ; le DMP et la MSS souffrent encore de trop d'imperfections ; les DMP et la MSS ne permettent pas le suivi des parcours patients : des outils parcours ont été déployés dans quelques régions, comme cités ci-dessus, mais trop peu pour s'en satisfaire. Un plan d'investissement est nécessaire. Ce plan devra comprendre la gestion des données de santé, son analyse et un plan de recherche en santé soutenu par ces bases de données (qui devront rester propriété nationale). Enfin, si le système de santé a innové, a permis une montée en compétence des soignants, grâce à l'accès direct, de nouvelles compétences ou de nouveaux métiers, deux points de vigilance doivent être soulevés :

- le patient est à nouveau découpé en organes, comme cela était le cas avant la réforme du médecin traitant, du fait de ces accès directs qui donnent trop rarement lieu à une communication de résultats au médecin traitant ; la coordination ne doit pas être sous-entendue, elle doit être imposée, contrôlée, et doit conditionner l'accès à ces nouvelles missions. Nous l'avons vu : les

systèmes d'information ne permettent pas encore cette coordination de façon efficace. Le DMP ne doit pas devenir le médecin traitant des patients. Seules les organisations ESP, CDS, MSP, CPTS permettent cette coordination ;

- l'inversion des courbes démographiques annoncée doit être anticipée : les soignants de 2040 ne devront pas nous reprocher de ne pas avoir anticipé leur situation. Pour cela, les soignants formés aujourd'hui doivent l'être à de nouvelles technologies (IA, systèmes d'information coordonnés), de nouveaux soins (coordination, éducation thérapeutique, ECG/EFR/échographies en premier recours...) et de nouvelles missions (gestion de structures coordonnées, santé populationnelle, santé environnementale...). Ils doivent se préparer à sortir de la dualité entre public/privé, aussi appelée ville-hôpital : les gouvernances devront être partagées comme elles le sont par 30 % des CPTS.

C'est à ces deux conditions et en prenant en compte ces fragilités que nous permettrons aux soignants de demain et à tout notre système de santé de monter en compétence, de retrouver son excellence dans le classement des systèmes de santé internationaux, d'améliorer la prise en charge de ces soins toujours plus complexes et de répondre aux besoins sans risquer une explosion des dépenses de santé.

“

L'EXPÉRIENCE PATIENT CONSTITUE UN MARQUEUR CENTRAL DE LA QUALITÉ, DE LA LISIBILITÉ ET DE LA PERTINENCE DU SYSTÈME

”*PAR***EMMANUEL DE GEUSER**

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPE VIVALTO SANTÉ

NICOLAS CARRIÉHEAD OF TRANSFORMATION & INTERNATIONAL COORDINATION
DU GROUPE VIVALTO SANTÉ

Modèle populationnel et expérience patient : un double enjeu stratégique pour un système de santé efficace et durable

Le système de santé français, historiquement structuré autour d'une logique de réalisation d'actes curatifs, atteint aujourd'hui ses limites face aux évolutions démographiques, épidémiologiques et organisationnelles. La progression continue des maladies chroniques, le vieillissement de la population, la fragmentation des parcours de soins et les tensions croissantes sur les ressources humaines et financières fragilisent la capacité collective à garantir un accès équitable, lisible et soutenable aux soins. À l'horizon 2035, près de 43 % des Français vivront avec une pathologie chronique, accentuant encore la pression sur un modèle déjà contraint.

Dans ce contexte, la transition vers un modèle de santé populationnelle apparaît non comme une option, mais comme une nécessité stratégique. Elle implique de dépasser une approche centrée sur la prise en charge ponctuelle du patient pour s'orienter vers une responsabilité collective vis-à-vis de la santé d'une population définie, en intégrant pleinement la prévention, l'anticipation des risques et l'accompagnement des parcours de santé dans la durée.

Toutefois, cette transformation ne peut être pleinement effective sans l'intégration d'une dimension longtemps sous-estimée : l'expérience vécue par les patients et, plus largement, par les citoyens tout au long de leur parcours de santé. L'expérience patient constitue un marqueur central de la qualité, de la lisibilité et de la pertinence du système, mais également un levier déterminant d'adhésion, de continuité des soins et d'efficience collective.

Repenser l'organisation du système autour des parcours de santé

Transformer le système de santé ne consiste pas à juxtaposer des dispositifs, mais à repenser son organisation à partir des parcours réels des individus, souvent non linéaires, parfois fragiles, et majoritairement situés en dehors des murs de l'hôpital. Les approches populationnelles s'inscrivent pleinement dans cette logique, en cohérence avec le développement de modèles hybrides et virtuels de prise en charge, qui privilégient la continuité, la coordination médicale et la lisibilité du parcours plutôt que la seule production d'actes en présentiel.

Le retour d'expérience à l'échelle internationale montre que lorsque la responsabilité de la prise en charge est portée de manière intégrée, du domicile à l'hôpital,

les ruptures de parcours diminuent et les résultats cliniques, tout comme l'expérience des patients, s'améliorent. Le modèle Alzira, en Espagne, illustre cette capacité à organiser une prise en charge unifiée d'une population donnée, fondée sur la prévention, la coordination des acteurs et un financement à la capitation qui aligne les incitations sur le niveau de santé général de la population plutôt que sur le volume d'activité.

**LES MODÈLES
DE SANTÉ
POPULATIONNELLE
INTÉGRÉS PERMETTENT
UNE ALLOCATION
PLUS EFFICIENTE
DES RESSOURCES,
UNE MEILLEURE
PRÉVISIBILITÉ DES
DÉPENSES ET UNE
RÉORIENTATION DES
INVESTISSEMENTS
VERS LA PRÉVENTION
ET LE SUIVI
LONGITUDINAL**

Le numérique et les modèles hybrides comme leviers structurants du modèle populationnel

Dans les modèles de santé populationnelle, les dispositifs numériques et les modèles hybrides et virtuels ne constituent pas des solutions périphériques, mais des canaux structurants de certaines séquences du parcours. Ils permettent d'assurer un suivi longitudinal, une détection précoce des situations à risque et une coordination renforcée, tout en s'inscrivant dans des

règles claires d'escalade vers le présentiel, garantes de la sécurité des patients et de la responsabilité des médecins, maillons indispensables de la réussite d'un tel modèle.

Le déploiement de dispositifs de télésurveillance, d'assistants conversationnels et d'outils de coordination des parcours permet de passer d'une logique de production d'actes à une logique de pilotage des trajectoires de santé. Ces dispositifs contribuent à une prévention active, structurée et scalable, condition indispensable à la réussite d'un modèle populationnel innovant. Ils ne visent pas à réduire l'accès aux soins, mais à orienter les ressources vers le juste soin, au bon moment, au bon endroit, en libérant du temps médical et soignant pour les situations complexes et à forte valeur clinique.

Enfin, le pilotage des politiques de santé ne se fait plus sur la base d'objectifs de prise en charge en volume d'actes, mais grâce à l'analyse de données structurées qui permettent de segmenter une population par niveau de risque, et donc de besoins.

La capitation comme outil de création de valeur et de pilotage collectif

Au-delà des principes organisationnels, les modèles de santé intégrés financés à la capitation démontrent leur capacité à produire une création de valeur mesurable pour les patients, les professionnels de santé et la collectivité. En rémunérant les acteurs sur leur capacité à améliorer durablement la santé d'une population, la capitation aligne les incitations financières avec les objectifs de prévention, de coordination et de qualité des parcours, et donc sur les objectifs de santé publique.

Les expériences internationales documentées montrent des réductions significatives de l'utilisation évitable du système de soins : baisse de 15 à 30 % des admissions non programmées, 10 à 30 % de diminution des réadmissions hospitalières, jusqu'à 40 % de réduction des passages aux urgences et un raccourcissement sensible des durées moyennes de séjour sur des populations ciblées, lorsque la responsabilité populationnelle est clairement définie et adossée à une gouvernance clinique exigeante. Ces résultats s'accompagnent d'indicateurs d'expérience patient élevés, traduisant une amélioration du sentiment de sécurité, de la continuité des parcours et de la qualité de vie à domicile.

Sur le plan collectif, les modèles de santé populationnelle intégrés permettent une allocation plus efficiente des ressources, une meilleure prévisibilité des dépenses et une réorientation des investissements vers la prévention et le suivi longitudinal. Ils constituent ainsi non seulement un mode de financement, mais un véritable outil de pilotage de la performance populationnelle et de la soutenabilité du système de santé.

Pour aller plus loin : faire de l'expérience patient un marqueur stratégique du modèle populationnel

Les enseignements tirés des expériences internationales comme les apprentissages issus des initiatives menées en France et en Europe, convergent vers un constat clair : le succès d'un modèle de santé populationnelle est indissociable de la prise en compte de l'expérience patient comme boussole de transformation. Il s'agit de construire un continuum de santé lisible, coordonné et créateur de valeur, articulant prévention, soins, suivi et accompagnement dans la durée.

Dans cette perspective, l'innovation au travers du recours aux dispositifs numériques et aux modèles hybrides et virtuels doit être conçue comme un levier de réassurance et de simplification pour les patients et les professionnels, et les incitations économiques

doivent être alignées avec les résultats cliniques et les indicateurs d'expérience.

Adopter un modèle populationnel centré sur l'expérience patient, c'est faire le choix d'un système plus juste, plus efficace et plus soutenable au service des citoyens, des médecins et de tous les professionnels de santé, et de la société dans son ensemble.

“
**L'IDÉE QUE L'UNION
EUROPÉENNE PUISSE
ÊTRE LE MOTEUR
DE LA SANTÉ
POPULATIONNELLE
EST CERTES CONTRE-
INTUITIVE, MAIS ELLE
EST DEVENUE UNE
NÉCESSITÉ STRATÉGIQUE**
”

PAR

JEAN-PHILIPPE ALOSI

FONDATEUR DE THORONET-CONSEIL

Combiner les approches locales et continentales

Évidemment, lorsque l'on évoque la santé populationnelle, on envisage d'emblée de prendre le microscope et le bistouri, pour découper le territoire en mailles fines pour tailler des réponses « au plus près » des besoins des usagers. C'est le sens d'une politique de proximité : le bon soin, au bon endroit, pour la bonne personne. Cette approche territoriale est indispensable pour répondre aux défis d'aujourd'hui et notamment le vieillissement de la population, l'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre la désertification médicale.

Pourtant, cette focale locale ne suffit pas, au risque d'une forme de myopie, si elle ne s'articule pas avec une vision supranationale. L'idée que l'Union européenne puisse être le moteur de la santé populationnelle est certes contre-intuitive, mais elle est devenue une nécessité stratégique. Prenons quelques exemples :

- les maladies chroniques et le cancer : le défi de la prévention ne pourra être relevé sans mobilisation collective des pays européens pour mettre en œuvre une régulation européenne forte, notamment pour une alimentation saine et contre le tabac ;

CHAQUE ACTEUR EN CHARGE DE LA MISE EN PLACE DE LA SANTÉ POPULATIONNELLE AU NIVEAU LOCAL (CPTS, ARS, COLLECTIVITÉS) DEVRAIT ÊTRE INCITÉ À S'INTERROGER SUR L'OPPORTUNITÉ D'AJOUTER UNE RÉPONSE EUROPÉENNE AUX RÉPONSES ENVISAGÉES

—
- les maladies rares, dans un autre ordre d'idées : ici, l'approche locale est, par définition, une impasse. Pour les 30 millions d'Européens concernés, le salut réside dans l'élargissement maximal du champ d'action : l'échelon européen est le seul qui permette de constituer des cohortes de patients statistiquement significatives, de mutualiser une recherche de pointe et de structurer des Réseaux européens de référence (ERN) qui abolissent les frontières pour l'expertise médicale.

La santé populationnelle ne doit pas être seulement une affaire de quartier, elle doit consister en une gestion optimisée des ressources à l'échelle d'un continent.

Entre barrières culturelles et idéologiques, l'Europe cherche sa place

Cette approche, pour fondée qu'elle soit, se heurte encore à des obstacles juridiques ou culturels :

1. Une insuffisance juridique : le premier obstacle est constitutionnel. Selon les traités actuels (notamment l'article 168 du TFUE), la santé reste une compétence nationale. L'Europe ne dispose que d'une compétence d'appui. Pour agir, la Commission doit souvent emprunter des « chemins de traverse » : le marché unique pour réguler les médicaments, ou la sécurité au travail pour limiter l'exposition aux toxines. Cette plasticité juridique, bien qu'ingénieuse, ralentit l'action et crée une insécurité chronique pour les projets de long terme ;

2. L'hétérogénéité des modèles : pour le financement, cohabitent en Europe des systèmes bismarckiens, beveridgiens et de savants mélanges des deux. L'offre de soins est quant à elle diversement centralisée... Cette diversité à tous les étages, souvent érigée en rempart culturel, devient une perte de chance quand elle empêche l'interopérabilité des données ou la reconnaissance des parcours de soins transfrontaliers ;

3. Le piège de la compétition : nous restons prisonniers d'une logique de « somme nulle ». Les États se félicitent de leurs succès nationaux (attractivité des chercheurs, prix des médicaments bas) au détriment d'une vision collective. Or, en s'inspirant de la théorie des jeux, on réalise que si chaque pays cherche à maximiser son propre stock de médicaments ou son propre plateau

technique sans concertation, le niveau de santé global des Européens stagne en raison des pénuries et des doublons coûteux.

La santé comme nouvelle frontière de la construction européenne ?

Pour transformer cet essai, il ne suffit plus de coordonner ; il faut intégrer. Voici quatre leviers pour faire de l'Europe le véritable garant de la santé populationnelle :

1. Identifier les lieux de coopération pour renforcer l'approche populationnelle : il serait opportun d'engager une réflexion européenne pour cartographier tous les points de contact où la coopération apporte une plus-value aux territoires, et en parallèle, intégrer la dimension européenne dans chaque projet territorial. Chaque acteur en charge de la mise en place de la santé populationnelle au niveau local (CPTS, ARS, collectivités) devrait être incité à s'interroger sur l'opportunité d'ajouter une réponse européenne aux réponses envisagées : l'Europe doit devenir un réflexe et non une option lointaine ;

2. Sanctuariser une politique de prévention au niveau du continent : l'Europe doit prendre le relais des pays qui sacrifient trop souvent la logique de prévention au

profit d'approches court-termistes et/ou budgétaires. Elle pourrait ainsi instaurer des normes de santé publique contraignantes, concentrées sur certaines politiques de santé (cancer, maladies cardio-vasculaires) et certaines politiques transversales (alimentation, lutte contre le tabac, dépistages) ;

3. Faire de l'Espace européen des données de santé (EHDS) le socle de cette approche : la santé populationnelle repose sur la donnée. Il faut généraliser l'EHDS pour que le parcours d'un patient soit fluide, mais surtout pour que la recherche puisse s'appuyer sur des bases de données massives. C'est l'outil ultime pour identifier les signaux faibles épidémiologiques et personnaliser les politiques de santé publique à grande échelle.

4. Oser une révision constitutionnelle : l'Union de la Santé. Enfin, levons le tabou et osons une révision des traités. Passer de la simple coordination à une véritable compétence partagée en matière de santé permettrait de créer une Union européenne de la santé. Ce cadre donnerait à l'UE les moyens de réellement contribuer à l'amélioration de la santé de tous nos concitoyens, dans le respect des spécificités territoriales de chaque État-membre.

Conclusion

La santé populationnelle ne peut rester un concept purement local. Elle doit mobiliser toutes les forces, du territoire jusqu'au continent. En osant « plus d'Europe », on ne dilue pas les spécificités, on donne plus de force aux actions centrées sur les besoins des patients européens.

“

**IL Y A UN CHEMIN
POUR QUE LA SANTÉ
POPULATIONNELLE NE
RELÈVE PAS DU SIMPLE
AFFICHAGE MAIS
QU'ELLE TRANSFORME
VÉRITABLEMENT NOTRE
SYSTÈME DE SANTÉ**

”

PAR

LAMINE GHARBI

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)

Le terme « populationnel » est largement employé dans la sphère de la santé, tout en renvoyant à des réalités diverses voire disparates. Le risque est d'en faire un concept « fourre-tout » dépourvu d'opérationnalité pour notre système de santé. Une approche holistique fondée sur la prévention et les déterminants de santé des populations impose des changements de paradigme drastiques pour notre système de santé, soutenus par une volonté politique puissante. Ce n'est pas un simple programme, mais une révolution.

Hormis la compétence remarquable des femmes et des hommes qui le composent, rien dans notre système de santé ne prédispose vraiment à cette révolution. Aucun retour d'expérience en bonne et due forme de la crise sanitaire n'a été fait en haut lieu pour ancrer durablement dans notre société une véritable culture de santé publique. « L'esprit Covid-19 » de coopération en réponse aux attentes des territoires, qui faisait fi des statuts pour soigner les patients, s'est de ce fait rapidement dissous.

Les retex « laissent de côté ce qui a été improvisé, par crainte de l'anecdotique ou du jugement²⁰ » : pourtant, ce sont ces réponses pragmatiques, souples, nées du terrain et souvent empreintes d'audace - voire d'un peu

20. Rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE). *Crises sanitaires, prévenir, anticiper, coordonner*. Mai 2026.

de transgression, qui sont les plus inspirantes. Las, la gouvernance de notre système de santé aime les cases, les cadres et les carcans.

La santé populationnelle nécessite de s'en affranchir, en passant d'une approche fondée sur l'offre à une approche fondée sur les besoins, à une compréhension fine de ces besoins étayée par la donnée, à une démocratie territoriale de santé inclusive de tous, et à une évaluation a posteriori de l'effectivité du service rendu au patient. Nous en sommes loin, si l'on considère que le service public hospitalier, dans son acception actuelle, enferme le système dans une logique hospitalo-publique centrée ; que l'impératif d'évaluation demeure largement un impensé en santé ; et que la stratégie nationale de santé n'a toujours pas été publiée. Quand bien même elle le serait, la version provisoire diffusée ne comportait ni cibles, ni objectifs de résultat, ni moyens, ni critères d'évaluation...

Dans un contexte économique très contraint, une évolution profonde de l'organisation de notre système de santé est donc nécessaire pour embarquer l'ensemble des acteurs autour d'objectifs communs. La responsabilité territoriale est déjà prévue dans la loi, mais nous proposons qu'elle soit rendue effective à travers un pacte territorial de responsabilité : engageant tous les acteurs de santé, y compris le régulateur, sur des objectifs de

résultat mesurables pour la population. Ce pacte déclinerait dans chaque territoire les objectifs fixés par une stratégie nationale de santé enfin mature et coconstruite, avec une évaluation annuelle et des résultats rendus publics.

**LA RESPONSABILITÉ
TERRITORIALE
EST DÉJÀ PRÉVUE
DANS LA LOI, MAIS
NOUS PROPOSONS
QU'ELLE SOIT RENDUE
EFFECTIVE À TRAVERS
UN PACTE TERRITORIAL
DE RESPONSABILITÉ**

Le rapport du HCAAM de juin 2025 portant sur « Les leviers d'action pour un système de santé efficient et solidaire » ne dit pas autre chose : « La mission de service public à la population doit être une responsabilité partagée par l'ensemble des professionnels. Il faut poursuivre dans cette voie d'une plus grande responsabilité populationnelle, partagée entre tous les acteurs - ville, hôpital, publics et privés. L'organisation collective doit permettre que des attentes fondamentales des patients soient satisfaites, au bon niveau. C'est en développant cette implication solidaire au sein des territoires que l'on apportera des solutions pérennes à l'engorgement des urgences et à la mobilisation inappropriée des moyens hospitaliers. »

Les conditions doivent être réunies pour que tous les acteurs parviennent à converger ensemble vers des objectifs communs et à privilégier l'organisation la plus

fluide et la plus efficiente pour le patient. Les cliniques et hôpitaux privés, représentant 35 % de l'activité hospitalière en France, sont bien placés pour savoir que c'est loin d'être le cas : refus ou retrait d'autorisations, asymétries de financement et persistance de visions dogmatiques constituent autant d'obstacles à la mise en œuvre d'un véritable service de santé au public.

Le monde politique doit délaisser ses oripeaux idéologiques et être pleinement conscient que les maux du système ne trouveront résolution que dans la coopération, l'efficiencia de la réponse au plus près des déterminants de santé des populations, la valorisation de la qualité et la mesure du résultat. À quelques mois de l'élection présidentielle, il y a un chemin pour que la santé populationnelle ne relève pas du simple affichage, mais qu'elle transforme véritablement notre système de santé.

“
**LES SYSTÈMES ACTUELS
DE RÉMUNÉRATION À
L'ACTE OU PAR FORFAIT
ENCOURAGENT SOUVENT
L'AUGMENTATION
DU VOLUME DE
PRESTATIONS PLUTÔT
QUE LA PRODUCTION DE
SANTÉ**
”

PAR

DR MANFRED ZAHORKA

MD, MPH, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, EXPERT EN SANTÉ PUBLIQUE ET
SENIOR MANAGER INTEGRATED CARE SOLUTIONS CHEZ OPTIMEDIS

DR HELMUT HILDEBRANDT

FONDATEUR ET DIRECTEUR GÉNÉRAL D'OPTIMEDIS

*Retours d'expérience des réseaux régionaux de santé
intégrée en Allemagne*

Dans l'idéal, les systèmes de santé garantissent un accès équitable à des soins de haute qualité, créent de la valeur pour les populations, les patients et les professionnels de santé, tout en optimisant l'utilisation des ressources disponibles. Les mécanismes d'incitation favorisent simultanément la performance du système et l'obtention de résultats de qualité.

L'organisation territoriale des soins encourage les réseaux multiprofessionnels et la collaboration intersectorielle au sein des parcours de soins et de l'accompagnement continu des patients. La participation des citoyens et des patients, ainsi que les actions de prévention, constituent des composantes essentielles de ces parcours.

Les solutions de soins intégrés soutenues par le numérique permettent de rendre les données de santé accessibles tout au long du parcours de soins, d'éviter les doublons de prestations et d'évaluer l'efficacité et l'efficience des services, ainsi que les résultats obtenus par le système de santé.

Les systèmes actuels de rémunération à l'acte ou par forfait encouragent souvent l'augmentation du volume

**DANS LE CAS
ALLEMAND, NOUS
AVONS CONCLU
AVEC LES CAISSES
D'ASSURANCE
MALADIE DES
CONTRATS D'UNE
DURÉE DE DIX ANS
NOUS DONNANT
ACCÈS À L'ENSEMBLE
DES DONNÉES
LONGITUDINALES ET
DE FACTURATION DES
ASSURÉS**

de prestations plutôt que la production de santé, l'amélioration de la qualité de vie ou le vieillissement en bonne santé.

La fragmentation des soins et l'insuffisante numérisation entraînent des redondances de prestations et des ruptures dans les parcours de soins de longue durée. La faiblesse de la collaboration

multiprofessionnelle et interinstitutionnelle surcharge les structures de soins et complique l'intégration des actions préventives dans les parcours des patients.

Par ailleurs, le vieillissement démographique, l'augmentation de la multimorbidité et la pénurie de professionnels de santé contribuent à l'augmentation des dépenses de santé et à une diminution de l'accès aux soins.

Solutions et propositions potentielles

La gestion de la santé des populations (Population health management (PHM)) à l'échelle territoriale, reposant

sur des réseaux régionaux de soins multiprofessionnels intégrant la prévention et les interventions de santé communautaire, offre de nombreuses perspectives. Dans ce modèle, l'efficacité et l'efficience des services sont évaluées à partir de l'amélioration de l'état de santé, de la qualité de vie et des résultats fondés sur la valeur (« value-based care »), plutôt qu'à partir de la seule performance institutionnelle.

L'association de cette approche à des budgets territoriaux populationnels permet également d'optimiser l'utilisation des ressources.

Depuis plus de vingt ans, OptiMedis expérimente en Allemagne des modèles de soins fondés sur le PHM couvrant l'ensemble des secteurs du système de santé. Des sociétés locales de gestion constituent le moteur de cette organisation territoriale : elles génèrent des revenus lorsqu'elles parviennent à limiter la progression des coûts globaux de santé de leur population plus efficacement que dans d'autres régions allemandes.

Les économies réalisées sont réinvesties localement afin de financer des actions de prévention, du management de cas pour les parcours de soins et des innovations fondées sur l'analyse des données de santé. Les budgets ajustés à la morbidité des assurés présents

sur le territoire servent d'approximation à un budget territorial de santé.

Interventions mises en œuvre

Nous avons conçu des solutions de soins intégrés couvrant un large éventail d'interventions, notamment pour les maladies chroniques les plus fréquentes : diabète de type 2, ostéoporose, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), hypertension artérielle, dépression, obésité ou encore prise en charge des personnes âgées présentant des besoins spécifiques.

La forte prévalence de ces pathologies facilite l'évaluation de l'impact des interventions.

Pour chacun de ces domaines, des équipes projets interprofessionnelles associant des représentants des patients et des groupes d'entraide ont préparé les analyses de données, élaboré les concepts d'intervention et réalisé les évaluations coûts-bénéfices.

Parmi les mesures clés figure l'introduction de médiateurs en santé (health guides) et de coordinateurs médico-sociaux chargés d'aider les personnes à agir sur les déterminants psychosociaux de leur état de santé.

Permettre à des patients hypertendus de mieux gérer leur maladie et leurs traitements afin d'éviter les accidents vasculaires cérébraux ou l'insuffisance rénale génère des économies substantielles. Encourager des changements durables des comportements alimentaires et de l'activité physique, au-delà de la seule prescription médicamenteuse, réduit l'aggravation des maladies et produit des bénéfices supplémentaires.

De même, le recours à la télémédecine dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées afin d'éviter des hospitalisations inutiles permet de réduire les coûts de transport sanitaire et de personnel, tout en diminuant l'empreinte environnementale du système de soins.

Renforcer la capacité du système grâce à la coopération multiprofessionnelle

La collaboration multiprofessionnelle et la délégation de certaines activités médicales au sein de parcours de soins clairement définis augmentent la capacité du système et facilitent un accès rapide aux services.

La plupart des interventions de suivi des maladies chroniques reposent sur des activités répétitives qui ne nécessitent pas systématiquement l'intervention directe d'un médecin. Elles peuvent être réalisées

par des professionnels qualifiés tels que les assistants médicaux ou les infirmiers, sous supervision médicale et avec l'appui d'infirmiers de santé communautaire.

Les territoires de santé peuvent analyser la couverture des soins ambulatoires à partir des données de routine et de nouveaux outils logiciels afin d'identifier les zones sous-dotées et d'inciter les cabinets médicaux existants à développer des pratiques de délégation.

Une telle évolution suppose toutefois une nouvelle conception des soins orientée vers la production de santé ainsi qu'une redéfinition du rôle des médecins. Ce processus doit associer non seulement les professionnels de santé, mais également les patients et leurs organisations représentatives.

Conditions de réussite et défis de mise en œuvre

Les budgets régionaux modifient profondément les incitations et produisent des effets significatifs sur la santé des populations. Toutefois, le développement de systèmes territoriaux fondés sur le PHM exige une vision de long terme, une expertise importante ainsi que de nouvelles compétences en communication, en analyse de données et en leadership.

Dans le cas allemand, nous avons conclu avec les caisses d'Assurance maladie des contrats d'une durée de dix ans nous donnant accès à l'ensemble des données longitudinales et de facturation des assurés. Ces données étaient indispensables pour planifier les interventions et en évaluer les résultats.

Comme les bénéfices de ces programmes ne deviennent mesurables qu'après plusieurs années, nous avons également mobilisé des capitaux d'investissement qui ont ensuite été remboursés grâce aux économies réalisées.

Cela nécessitait dès l'origine un modèle de calcul robuste intégré aux contrats, permettant une mesure fiable des coûts par habitant. Il était également essentiel de garantir un partage stable des gains financiers sur le long terme, sans possibilité de remise en cause annuelle.

Résultats et perspectives

La pertinence du modèle et la réussite de sa mise en œuvre ont été largement démontrées grâce à des évaluations internes et externes continues.

Dans une étude publiée en 2023, l'OCDE a présenté le modèle régional de soins intégrés développé par OptiMedis comme une référence internationale de

« bonne pratique ». L'étude a estimé l'impact potentiel de sa généralisation dans les pays de l'OCDE en termes d'années de vie en bonne santé supplémentaires et de réduction des dépenses totales de santé. Pour l'Allemagne, le gain potentiel a été estimé à 146 000 années de vie supplémentaires en bonne santé.

Les expériences menées dans le cadre de partenariats dans d'autres pays européens ont également montré l'importance de collaborations durables et de capitaux d'investissement suffisants pour déployer une approche similaire.

OptiMedis est convaincue que ce modèle économique peut être développé à l'échelle européenne comme un modèle de gestion intégrée des soins, au bénéfice de l'ensemble des citoyens, indépendamment de leur niveau de revenu, et au service de l'environnement grâce à la réduction de l'empreinte écologique et des gaspillages générés par les systèmes de santé.

“
**AFIN D'AMÉLIORER
LA GOUVERNANCE
TERRITORIALE, IL S'AGIT
AVANT TOUT DE POSER
UN CADRE STRATÉGIQUE
RÉGIONAL CLAIR ET
PARTAGÉ, PORTÉ PAR LES
AGENCES RÉGIONALES
DE SANTÉ**
”

PAR

ROMAIN HELLMANNDIRECTEUR DE LA POLITIQUE MÉDICO-SOIGNANTE ET CONSEILLER MÉDICAL
DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ GRAND-EST*La cible : un alignement territorial*

La transformation de notre système de santé vers une santé populationnelle ne pourra aboutir sans une gouvernance territoriale profondément renouvelée, capable d'aligner les acteurs autour d'objectifs communs de santé publique, fondés sur les besoins réels des populations. Il ne s'agit plus seulement d'organiser l'offre de soins, mais de construire collectivement une responsabilité partagée vis-à-vis d'une population donnée, en intégrant prévention, parcours de soins et déterminants de santé. Cette démarche vise ainsi à rendre accessibles différents services coordonnés, adaptés et évalués en continu, dans une logique d'impact sur la santé et de réduction des inégalités. La gouvernance de cette approche populationnelle doit être à la fois structurée à l'échelle régionale et incarnée localement. Elle doit s'appuyer sur un collectif d'acteurs (ville, hôpital, médico-social, collectivités, patients) réunis au sein d'un véritable « consortium territorial ».

Des obstacles à lever

Aujourd'hui, en France, la gouvernance du système de santé reste marquée par une fragmentation des acteurs, des financements et des responsabilités. Les logiques de silos persistent entre ville, hôpital et médico-social, limitant la capacité à construire des parcours intégrés

et à agir sur les déterminants de santé. Par ailleurs, la coordination de ces acteurs ne peut pas se décréter. Elle suppose un cadre, des règles, un leadership incarné et des intérêts à agir communs. L'absence d'objectifs partagés et de mécanismes d'évaluation empêche souvent de dépasser les intentions pour entrer dans une logique de mise en œuvre et de transformation effective. Enfin, les modèles de financement actuels, encore largement centrés sur l'activité, ne favorisent pas suffisamment les approches collectives et populationnelles. Ainsi, si les financements d'amorçage permettant de déployer une gestion opérationnelle de projet existent, ils restent insuffisants pour structurer durablement la logistique nécessaire à maintenir les dynamiques territoriales.

Pistes de solutions et propositions

Afin d'améliorer la gouvernance territoriale, il s'agit avant tout de poser un cadre stratégique régional clair et partagé, porté par les agences régionales de santé. Ce cadre, sous la forme d'une charte régionale multipartite, doit pouvoir définir des principes communs (objectifs, méthodologie, indicateurs, priorités de santé publique) et les prérequis garantissant la réussite tout en laissant une marge d'adaptation aux spécificités locales.

Ensuite, il convient de structurer la gouvernance territoriale de la démarche. Celle-ci doit être équilibrée

et représentative des différentes parties prenantes (professionnels de santé libéraux, établissements de santé publics et privés, acteurs médico-sociaux, collectivités et représentants des usagers). Ce collectif doit permettre de constituer un véritable consortium territorial responsable de l'état de santé d'une population définie et porteur d'un programme d'action territorial fondé sur une stratification des besoins de la population, sur des parcours de soins partagés (avec une matrice de responsabilité) et sur des objectifs mesurables.

LA GOUVERNANCE DE CETTE APPROCHE POPULATIONNELLE DOIT ÊTRE À LA FOIS STRUCTURÉE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE ET INCARNÉE LOCALEMENT. ELLE DOIT S'APPUYER SUR UN COLLECTIF D'ACTEURS (VILLE, HÔPITAL, MÉDICO-SOCIAL, COLLECTIVITÉS, PATIENTS) RÉUNIS AU SEIN D'UN VÉRITABLE « CONSORTIUM TERRITORIAL »

Par ailleurs, la gouvernance doit s'accompagner d'un changement de méthode, reposant sur la co-construction, l'agilité, la transparence et une logique de programmes structurants plutôt que d'initiatives isolées. L'animation territoriale (chefferie de projet dédiée) apparaît ici comme un facteur clé de réussite pour fédérer les acteurs et garantir la cohérence des

actions. Mais le financement d'amorçage soutenant cette chefferie de projet ne peut se penser que dans le cadre du respect de la charte et de ses prérequis et après validation par la gouvernance régionale.

Le renforcement du pilotage par la donnée constitue également un levier majeur. Il s'agit de mieux connaître les populations, de suivre les parcours et d'évaluer l'impact des actions à partir d'indicateurs partagés, afin d'inscrire la gouvernance dans une logique de résultats et non de moyens.

Enfin, la réussite de cette transformation passe par l'évolution des modèles de financement vers des incitations collectives à la performance populationnelle, inspirées notamment des expérimentations de type IPEP, permettant d'aligner qualité, efficience et coopération entre acteurs.

Conclusion

La santé populationnelle ne constitue pas une réforme supplémentaire, mais un changement de paradigme. Elle appelle une gouvernance territoriale capable de dépasser les logiques institutionnelles pour construire une responsabilité collective vis-à-vis de la santé des populations. À cette condition seulement, il sera

possible de concilier amélioration de l'état de santé, réduction des inégalités et soutenabilité du système.

“
**LA SANTÉ
POPULATIONNELLE
CONSISTE, AU FOND,
À FAIRE EXACTEMENT
L'INVERSE DE CE
QUE NOUS FAISONS
AUJOURD'HUI**
”

PAR

DR JEAN-PAUL ORTIZ

PRÉSIDENT D'HONNEUR DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS
MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)

Il est devenu banal de dire que notre système de santé va mal. La crise de l'hôpital perdure malgré les dizaines de milliards d'euros qui lui ont été attribués au fil des années. La médecine libérale se délite sous l'effet conjugué des difficultés d'exercice et de la démographie médicale. L'accès aux soins devient un problème majeur dans notre pays, alors même que le vieillissement de la population et l'explosion des maladies chroniques pèsent toujours davantage sur les finances de notre protection sociale.

Dans ce contexte, rares sont ceux qui contestent la nécessité d'une réforme profonde de notre système de santé. Parmi les pistes avancées figure le concept de santé populationnelle. Encore faut-il comprendre ce qu'il recouvre et comment il pourrait devenir le levier de transformation dont notre pays a besoin.

Inverser la logique actuelle

La santé populationnelle consiste, au fond, à faire exactement l'inverse de ce que nous faisons aujourd'hui.

Notre système de santé est en réalité un système de soins construit autour des offreurs de soins. L'État régule par les ARS et finance par la loi de financement de la Sécurité sociale. L'essentiel des moyens est orienté vers le curatif. Quant à la prévention, dont chacun souligne

**DES SECTEURS
AUJOURD'HUI
DÉLAISSÉS
RETROUVENT ALORS
UNE IMPORTANCE
STRATÉGIQUE : LA
MÉDECINE SCOLAIRE,
LA PROTECTION
MATERNELLE ET
INFANTILE, OU ENCORE
LA MÉDECINE DU
TRAVAIL DEVIENNENT
DES MAILLONS
ESSENTIELS DE LA
POLITIQUE DE SANTÉ**

pourtant l'importance, elle demeure le parent pauvre des politiques publiques : à peine 2,3 % du PLFSS lui sont consacrés, soit deux à trois fois moins que chez plusieurs de nos voisins européens.

La démarche de santé populationnelle part d'une logique totalement différente. Elle consiste à analyser l'ensemble des déterminants qui

influencent l'état de santé d'une population sur un territoire donné, ainsi que ses caractéristiques épidémiologiques propres. Une fois les besoins identifiés et hiérarchisés, les organisations et les moyens sont adaptés aux réalités observées.

C'est un véritable changement de paradigme. Il ne s'agit plus d'organiser le système à partir de l'offre existante, mais à partir des besoins réels de la population. En d'autres termes, il faut cesser de raisonner d'abord en fonction des structures pour raisonner d'abord en fonction des habitants.

La santé populationnelle repose ainsi sur l'analyse de tous les déterminants de santé et sur la mobilisation de moyens visant moins à guérir qu'à prévenir. Elle suppose l'engagement de tous ceux qui contribuent à la santé d'une population : système de soins bien sûr, mais aussi éducation, logement, collectivités locales, sport, entreprises, monde du travail, agriculture ou environnement.

L'objectif est clair : remettre la prévention et le dépistage au cœur du système afin d'éviter l'apparition des maladies, d'en limiter les complications et de permettre une prise en charge plus précoce et mieux coordonnée.

Construire une véritable organisation territoriale

Pour réussir cette transformation, il faut s'inspirer des expériences étrangères, qu'il s'agisse du modèle québécois ou, plus près de nous, du modèle catalan.

Une telle approche suppose une territorialisation beaucoup plus forte des politiques de santé. Les besoins ne sont pas les mêmes dans les anciens bassins industriels du Nord, dans les territoires ruraux éloignés des grands centres hospitaliers ou dans les régions du Sud qui accueillent une population plus âgée.

L'organisation et les financements doivent donc être adaptés aux réalités de chaque territoire tout en maintenant l'exigence d'équité nationale.

Cette logique conduit naturellement à s'appuyer sur les acteurs les plus proches de la population : la médecine de première ligne au sens large. Cela concerne les médecins généralistes, les spécialistes de proximité, mais aussi les infirmiers, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes et l'ensemble des professionnels qui interviennent au quotidien auprès des patients. Le secteur médico-social doit également prendre toute sa place dans cette nouvelle organisation.

Des secteurs aujourd'hui délaissés retrouvent alors une importance stratégique : la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile, ou encore la médecine du travail deviennent des maillons essentiels de la politique de santé.

À cet égard, il est pour le moins paradoxal de voir le concept de santé populationnelle porté en France principalement par la Fédération hospitalière de France. Comme si la réponse devait, une fois encore, s'organiser autour du principal offreur de soins du territoire. Or, la santé populationnelle repose précisément sur la logique inverse : partir de la population avant de partir des structures.

Car ce sont les professionnels de proximité qui connaissent le mieux les déterminants de santé qui influencent la vie quotidienne. Avant l'hôpital. Avant les complications. Avant l'accumulation des pathologies.

C'est là que se joue l'essentiel.

Faire de la prévention une priorité collective

Cette évolution implique un redéploiement des moyens vers la médecine de première ligne. Elle suppose de renforcer les structures pluriprofessionnelles en dépassant les modèles actuels des MSP et des CPTS, en y associant pleinement le secteur médico-social mais aussi l'ensemble des acteurs qui influencent la santé : école, entreprise, sport, collectivités locales.

La santé de demain se construira dans les territoires, au plus près des habitants. Elle reposera sur la mobilisation de tous ceux qui contribuent à maintenir une population en bonne santé, et non uniquement sur ceux qui prennent en charge les maladies lorsqu'elles sont déjà installées.

Au fond, la réforme du système de santé passe par un choix simple : faire de la prévention la priorité absolue et en faire l'affaire de tous.

Cela suppose d'élargir notre conception de la santé au bien-être global de la personne et d'investir davantage en amont. Cet investissement sera important. Mais il est probablement la seule voie permettant d'améliorer durablement l'état de santé de la population tout en préservant notre modèle de protection sociale.

D'autres pays ont engagé cette transformation et en mesurent aujourd'hui les bénéfices. La France peut suivre le même chemin.

Encore faut-il en avoir la volonté et le courage politique.

“

**PASSER D'UN PILOTAGE
PAR L'ACTIVITÉ
À UN PILOTAGE À
PARTIR DES BESOINS
POPULATIONNELS
NE RELÈVE PAS
D'UNE SIMPLE
TRANSFORMATION
TECHNIQUE, MAIS BIEN
D'UNE ÉVOLUTION
STRUCTURELLE DE NOTRE
SYSTÈME DE SANTÉ**

”

PAR

STÉPHANE PARDOUX

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX (ANAP)

Aujourd'hui encore, le pilotage de l'offre de soins repose majoritairement sur des indicateurs d'activité : nombre de séjours, taux d'occupation, volume d'actes, etc. Cette logique, héritée d'une organisation centrée sur les structures, montre pourtant ses limites. Elle conduit à ajuster l'offre à ce que produisent les établissements, plutôt qu'à ce dont les populations ont réellement besoin. Or, la santé populationnelle impose une inversion du regard : partir des caractéristiques de la population d'un territoire donné (âge, pathologies principales, conditions sociales, recours aux soins, etc.) pour adapter et organiser l'offre en conséquence.

Des données abondantes, mais encore insuffisamment mobilisées

Ce changement de paradigme est aujourd'hui à portée de main. Les données existent, en abondance. Le Système national des données de santé (SNDS), les bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les données des Agences régionales de santé (ARS), ou encore les entrepôts de données hospitaliers constituent un socle informationnel d'une richesse inédite qui permet de documenter finement les recours aux soins, les prévalences de maladies, ou encore les inégalités territoriales en santé.

Pourtant, ce potentiel reste encore sous-exploité. Le premier obstacle tient à la fragmentation des données. Ville, hôpital, médico-social : chaque secteur dispose de ses propres systèmes d'information, rarement interopérables. À cela s'ajoute une segmentation territoriale des usages. Tant que ces données ne peuvent être croisées à l'échelle d'un bassin de vie, elles ne permettent pas de produire un diagnostic territorial complet et opérationnel. Or, la littérature internationale, notamment, montre que la réussite des approches populationnelles repose précisément sur cette capacité à intégrer les données de sources multiples²¹.

Le second obstacle, particulièrement concret, est celui des compétences et des outils à disposition des professionnels. Disposer de données ne suffit pas : encore faut-il savoir les exploiter. Or, les acteurs du système de santé (Groupements hospitaliers de territoire (GHT), Agences régionales de santé (ARS), Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), etc.) ne disposent que rarement des ressources nécessaires pour transformer des données brutes en produits de pilotage et d'aide à la décision. Datasets ou outils de datavisualisation restent encore trop peu adaptés et diffusés.

Outiller les acteurs pour transformer la donnée en levier de pilotage efficace

Face à ces constats, plusieurs leviers peuvent être rapidement activés. D'abord, généraliser la production de « portraits de santé territoriaux » croisant données de recours aux soins et déterminants sociaux.

De tels outils permettraient d'objectiver les besoins et de prioriser les actions à l'échelle pertinente. Ensuite, faire évoluer les entrepôts de données hospitaliers pour qu'ils deviennent de véritables outils d'aide au pilotage pour les décideurs. Enfin, mettre à disposition des décideurs des outils de visualisation simples, directement exploitables, afin de démocratiser l'usage de la donnée au service d'une décision publique éclairée et efficace.

L'Agence nationale d'appui à la performance sanitaire et médico-sociale est déjà mobilisée pour accompagner et soutenir ces évolutions. Dans le cadre du développement de son offre DATA, elle développe, en particulier, des outils de visualisation accessibles, permettant aux

**VILLE, HÔPITAL,
MÉDICO-SOCIAL :
CHAQUE SECTEUR
DISPOSE DE SES
PROPRES SYSTÈMES
D'INFORMATION,
RAREMENT
INTEROPÉRABLES.
À CELA S'AJOUTE
UNE SEGMENTATION
TERRITORIALE DES
USAGES**

21. OCDE. *Realising the Potential of Primary Health Care*. 2020.

décideurs de s'approprier les données et d'en faire un levier opérationnel de transformation.

Passer d'un pilotage par l'activité à un pilotage à partir des besoins populationnels ne relève pas d'une simple transformation technique, mais bien d'une évolution structurelle de notre système de santé qui interroge les modes d'organisation, de régulation et, à terme, de financement, encore largement fondés sur des logiques d'activité. Une telle transformation ne saurait donc être immédiate et uniforme. Pour autant, elle peut et doit s'engager dès à présent, de manière pragmatique et progressive, en s'appuyant sur des outils et des usages concrets de la donnée à l'échelle des territoires. C'est en démontrant, pas à pas, la valeur de ces approches, en matière de pertinence des prises en charge, de meilleure allocation des ressources et de réduction des inégalités notamment, que pourra se construire une trajectoire crédible vers un pilotage davantage centré sur les besoins des populations.

À l'heure où les contraintes financières s'intensifient et où les besoins de santé évoluent rapidement, il ne s'agit pas d'opposer deux modèles, mais d'engager un mouvement de fond. La donnée populationnelle en constitue l'un des leviers les plus structurants.

“

**NOUS SOMMES SOUVENT
MOBILISÉS POUR GÉRER
L'URGENCE ALORS QUE
LES DÉFIS MAJEURS
- VIEILLISSEMENT,
MALADIES CHRONIQUES,
INÉGALITÉS SOCIALES
ET TERRITORIALES DE
SANTÉ - NÉCESSITENT
DES STRATÉGIES DE
LONG TERME**

”

PAR

MAX PEDEUX

PATIENT EXPERT AU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ALPES
DU SUD, SITE GAP

DR EMMANUELLE SARLON

MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE AU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
DES ALPES DU SUD, SITE DE GAP

*Deux parcours, une ambition commune : construire la
santé avec la population*

*I. Une santé qui rassemble plutôt qu'une santé qui
segmente*

Max

Lorsque j'ai découvert la maladie, je pensais entrer dans un système organisé, capable de répondre à chaque besoin au bon moment. J'ai rencontré des professionnels compétents, engagés et profondément humains. J'ai bénéficié de soins qui m'ont permis de traverser des épreuves que je n'aurais jamais imaginées.

Pourtant, au fil des années, j'ai compris que la santé ne se résume pas à des consultations, des examens ou des traitements. La santé, c'est aussi ce qui se passe entre deux rendez-vous, à domicile, dans la famille, dans le travail, dans la vie quotidienne.

Le patient ne vit pas sa maladie en morceaux. Il la vit dans sa globalité.

Emmanuelle

Lorsque j'ai choisi la santé publique, j'ai été guidée par une conviction simple : la médecine ne peut pas

**LA QUESTION
CENTRALE NE
DEVRAIT PLUS ÊTRE :
« QUE FAIT MON
ÉTABLISSEMENT ? »
MAIS « COMMENT
ÉVOLUE LA SANTÉ
DE LA POPULATION
DONT NOUS AVONS LA
RESPONSABILITÉ ? »**

se limiter à soigner les conséquences des maladies. Elle doit aussi comprendre leurs causes, prévenir leur apparition et agir sur les conditions qui influencent la santé des populations.

L'idéal auquel j'aspire est celui d'un système qui dépasse les frontières entre

l'hôpital, la ville, le médico-social, les collectivités et les citoyens.

Un système qui ne mesure pas seulement son activité, mais son impact sur la santé réelle des habitants.

Un système dans lequel les professionnels, les élus, les associations et les patients construisent ensemble des réponses adaptées aux besoins du territoire.

Ensemble

La responsabilité populationnelle porte cette ambition.

Elle consiste à partager collectivement la responsabilité de la santé d'une population définie, en s'appuyant à la

fois sur les données, les compétences professionnelles et l'expérience vécue des habitants.

Elle invite à passer d'une logique de structures à une logique de parcours, d'une logique d'offre à une logique de besoins, d'une logique de prise en charge à une logique de partenariat.

Son objectif est simple : permettre à chacun de vivre plus longtemps, en meilleure santé, avec davantage d'équité.

II. Pourquoi le changement reste difficile

Max

Après plus de quarante années de parcours de soins, j'ai observé de nombreuses réussites, mais aussi des difficultés persistantes.

Le patient passe souvent d'un professionnel à un autre sans toujours comprendre la cohérence d'ensemble de son parcours.

Les informations circulent imparfaitement.

Les décisions sont parfois prises sans que la personne concernée puisse réellement exprimer ce qu'elle vit ou ce qu'elle souhaite.

Les réunions, les dispositifs et les organisations sont nombreux, mais le vécu concret du patient peine encore à trouver toute sa place.

Or, celui qui vit la maladie possède une expertise que personne d'autre ne peut apporter.

Emmanuelle

Du côté des professionnels, les obstacles existent également.

Les organisations restent largement et malheureusement construites en silos.

Les contraintes réglementaires, administratives et financières occupent une place croissante.

Les indicateurs de performance ne reflètent pas toujours les résultats réellement obtenus pour la population.

Les temporalités diffèrent : celle du patient, celle du professionnel, celle du décideur, celle des institutions.

Nous sommes souvent mobilisés pour gérer l'urgence alors que les défis majeurs - vieillissement, maladies chroniques, inégalités sociales et territoriales de santé - nécessitent des stratégies de long terme.

Ensemble

Le risque est alors de voir chacun agir avec sincérité dans son propre champ d'action, sans parvenir à transformer durablement la situation globale.

Le patient attend davantage de coordination.

Les professionnels attendent davantage de coopération.

Les décideurs attendent davantage d'efficience.

Pourtant, tous poursuivent le même objectif : améliorer la santé des personnes.

III. Faire de la responsabilité populationnelle une réalité

Max

La première transformation consiste à reconnaître pleinement la place du patient comme partenaire.

Être écouté ne suffit plus.

Il faut pouvoir participer.

Participer à l'élaboration des parcours, à l'évaluation des organisations, à l'identification des besoins et à la construction des solutions.

Les patients experts, les associations et les citoyens doivent être considérés comme des ressources du territoire au même titre que les autres acteurs.

Emmanuelle

La seconde transformation consiste à organiser les coopérations territoriales autour d'objectifs de santé partagés.

Cela suppose de réunir régulièrement les acteurs de terrain, de partager les données utiles, d'identifier ensemble les priorités, de mettre en œuvre les actions concrètes adaptées et d'évaluer collectivement les résultats obtenus.

La question centrale ne devrait plus être : « Que fait mon établissement ? » mais « Comment évolue la santé de la population dont nous avons la responsabilité ? »

Cette évolution implique également de développer une culture commune entre professionnels, patients, élus et institutions.

Ensemble

Nous croyons à une santé fondée sur la confiance, la proximité et la co-construction.

Nous croyons à des territoires capables de définir eux-mêmes leurs priorités en fonction des besoins réels de leurs habitants.

Nous croyons que l'expertise scientifique et l'expertise vécue sont complémentaires et non opposées.

Nous croyons enfin que la responsabilité populationnelle représente bien davantage qu'une méthode d'organisation.

Elle constitue un changement de regard.

Le regard d'un patient qui devient acteur.

Le regard d'un médecin qui devient facilitateur.

Le regard d'un territoire qui choisit de considérer la santé comme un bien commun.

Nos histoires ont commencé de part et d'autre du système de santé.

L'une dans une chambre d'hôpital.

L'autre sur les bancs de l'université.

Aujourd'hui, elles se rejoignent autour d'une même certitude : les défis de demain ne seront relevés ni par les professionnels seuls, ni par les patients seuls.

Ils seront relevés ensemble.

“

**POUR EXISTER
DURABLEMENT, SE
DÉVELOPPER ET, À TERME,
DEVENIR LA NORME, UNE
APPROCHE DE SANTÉ
POPULATIONNELLE DOIT
APPARTENIR À TOUS ET
ÊTRE LÉGITIME AUX YEUX
DE TOUTES ET TOUS**

”*PAR***ZAYNAB RIET**

DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)

DR SYLVIE FILLEY-BERNARDPRÉSIDENTE DE L'URPS ML AUVERGNE-RHÔNE-ALPES ET PRÉSIDENTE DU
GROUPE DU TRAVAIL DE LA CN URPS ML SUR LA SANTÉ POPULATIONNELLE**DR LAURENT SACCOMANO**

PRÉSIDENT DE L'URPS ML PACA

Face au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et aux difficultés d'accès aux soins, notre système de santé doit apprendre à mieux prendre soin d'une population dans son ensemble, et non plus seulement à répondre à des épisodes de maladie.

C'est précisément l'ambition de la responsabilité populationnelle. Lancé en 2019 dans cinq territoires pionniers, le programme de responsabilité populationnelle s'étend aujourd'hui à toute la France, dans l'Hexagone et depuis peu en outre-mer. Dans les territoires qui ont lancé les actions, visant leurs populations atteintes ou à risque d'insuffisance cardiaque, la « Respop » génère des résultats concrets et transforme les organisations et les façons de travailler.

Bien que reposant fondamentalement sur une approche de co-construction territoriale associant les professionnels libéraux, l'hôpital, les patients, les collectivités, bref, tous ceux qui peuvent jouer un rôle dans le maintien et l'amélioration de la santé des habitants, le modèle de responsabilité populationnelle repose aussi - et c'est ce qui fait son succès - sur le partage d'une méthodologie et d'outils communs. Cette démarche traduit une ambition simple : offrir à chaque habitant le bon service, pour la bonne personne, au bon endroit et au bon moment.

Neuf territoires ont aujourd'hui engagé le déploiement du modèle de responsabilité populationnelle. Plus de 1 600 professionnels, libéraux comme hospitaliers, y travaillent au quotidien, de même que 200 patients et citoyens partenaires. Plus de 1 400 actions d'aller-vers les plus éloignés du soin y ont été menées, permettant de sensibiliser ou de dépister 55 000 personnes à risque de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque. 8 500 patients sont suivis dans des parcours de santé. Dans les cinq territoires pionniers, la proportion de séjours de patients atteints de diabète a été réduite de 33 % depuis le début du programme, alors que la part de séjours ambulatoire y a augmenté de 50 %. Le coût moyen d'hospitalisation y est inférieur de 5 % à la moyenne nationale. Surtout, nous constatons que cette approche fait sens pour les professionnels et génère un haut niveau de satisfaction.

Pour autant, du point de vue de la conduite du programme et de son développement, il a toujours existé un paradoxe entre l'objectif d'une approche fondamentalement préventive et orientée vers le maintien des habitants dans leur milieu de vie et le fait que le modèle lui-même soit porté et développé par la Fédération hospitalière de France, qui représente les hôpitaux et établissements médico-sociaux publics.

Pour exister durablement, se développer et, à terme, devenir la norme, une approche de santé populationnelle doit appartenir à tous et être légitime aux yeux de toutes et tous. Les outils qu'elle promeut et les méthodes qu'elle emploie doivent convenir à l'ensemble des acteurs de santé, refléter et prendre en compte les spécificités des professions, des rôles et des organisations de notre système. La santé populationnelle ne peut être le projet d'une seule institution, quelle qu'elle soit : elle doit devenir un bien commun des acteurs de santé d'un territoire. Elle doit permettre à chacun de s'y retrouver et d'y contribuer pleinement.

**DANS LES CINQ
TERRITOIRES
PIONNIERS, LA
PROPORTION DE
SÉJOURS DE PATIENTS
ATTEINTS DE DIABÈTE
A ÉTÉ RÉDUITE DE
33 % DEPUIS LE DÉBUT
DU PROGRAMME,
ALORS QUE LA
PART DE SÉJOURS
AMBULATOIRE Y A
AUGMENTÉ DE 50 %**

C'est tout le sens de la convention signée le 20 mai dernier entre la Conférence nationale des URPS Médecins Libéraux et la Fédération hospitalière de France. En donnant naissance à l'INPOP - Initiative populationnelle - cette convention matérialise le fait que l'approche de responsabilité populationnelle est désormais co-portée, co-développée et co-évaluée. Elle garantit un équilibre dans la prise de décision et les

développements futurs du modèle, en instaurant une gouvernance équilibrée et en prévoyant des déclinaisons régionales. Elle organise le partage d'expérience et la mutualisation des savoirs, au bénéfice de tous, libéraux comme hospitaliers. Elle s'assure que les territoires qui souhaitent se lancer dans un projet de santé populationnelle puissent s'appuyer sur un cadre national solide, qui respecte la culture et les spécificités de chacun.

Cette convention est une première étape, décisive, dans le développement partagé d'une approche commune. Elle ne se veut en aucune façon exclusive, tant la réalité et le sens de notre système impliquent forcément les structures de coordination, au premier rang desquelles figurent les CPTS, mais surtout...les patients eux-mêmes et leurs représentants. C'est bien l'objectif ultime, une approche qui appartient à tous et qui convienne à tous, mais qui s'appuie sur un modèle commun, des outils communs, et surtout, un objectif commun : la meilleure santé de la population d'un territoire, la meilleure prise en charge de chaque patient de ce territoire, la meilleure utilisation des ressources de ce territoire et la meilleure satisfaction des acteurs de santé de ce territoire.

Bien sûr, cette approche et ce modèle devront s'insérer dans une réforme systémique de notre système de

santé. Celui-ci doit être profondément transformé pour répondre durablement aux besoins d'une population marquée par le vieillissement, les pathologies chroniques et les inégalités sociales et territoriales de santé. Il devra être davantage orienté vers la prévention, l'anticipation et le maintien en santé.

Pour autant, la qualité d'un système de santé découle fondamentalement de ce qui se passe au point de contact entre une personne et un professionnel de santé au sens large. C'est de la capacité à exécuter, de façon systématique, la bonne action, pour la bonne personne, au bon endroit, au bon moment, que dépendent aussi bien les résultats de santé individuels que la performance collective du système.

C'est donc dire que celles et ceux qui sont au contact quotidien de la population portent une responsabilité particulière. Cette responsabilité est au cœur même de l'éthique du soin : agir avec les patients et les habitants, en tenant compte de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs priorités, afin d'apporter la réponse la plus adaptée à chacun.

Pour exercer pleinement cette responsabilité, les acteurs de terrain doivent pouvoir s'appuyer sur des outils partagés, des méthodes éprouvées et des moyens concrets leur permettant de construire, à l'échelle de

leur territoire, des actions, des organisations et des parcours de santé au service des meilleurs résultats pour la population. Ces actions et ces organisations devront pouvoir compter sur un soutien institutionnel et financier des pouvoirs publics, mais il revient d'abord aux professionnels et aux territoires de s'en emparer.

C'est l'objectif et l'ambition de l'Initiative populationnelle.

“

**IL NOUS FAUT
RÉAPPRENDRE À SOIGNER
DANS LE LIEU DE VIE,
VERSION D'UNE SANTÉ
POPULATIONNELLE À
L'ÉTAT NATIF**

”*PAR***MATHURIN LAURIN**

DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION À DOMICILE (FNEHAD)

Détrompons-nous ! La santé populationnelle n'est pas une terre inexplorée, que l'on découvre à l'aune de l'épuisement de notre vieux continent sanitaire... Voilà au contraire un territoire bien connu, qui résiste encore et toujours à cette étrange manie qui voudrait qu'une idée devienne nouvelle dès lors qu'on lui trouve un nouveau nom.

L'inflation des concepts face à la permanence des pratiques

Un mot naissant n'engage pas nécessairement un renouveau des pratiques, fort heureusement ! Prendre soin d'une population, connaître la topographie d'un territoire, adapter la proposition sanitaire qui y est faite aux existences des personnes qui y habitent : l'hospitalisation à domicile le fait depuis sa création.

Ça ne nous a jamais empêché de nous inscrire avec engouement dans un « virage domiciliaire », proposant une « offre graduée » grâce à un « maillage territorial coordonné ». Aujourd'hui, nous percevons pourtant sans le vouloir les limites de cette centralité de l'Hôpital, tel que nous continuons à le fantasmer, avec un grand « H » pour y faire atterrir l'hélicoptère. Construire d'abord des murs, pour y mettre ensuite des lits et enfin des patient·e·s ne correspond plus à la demande de la population.

**CETTE CAPACITÉ À
COORDONNER LES
INTERVENTIONS
ET À ORIENTER LE
PATIENT VERS LE BON
DISPOSITIF DEVRA
AUSSI FAIRE DE L'HAD,
LE PLUS TÔT POSSIBLE
ET AVEC L'ENSEMBLE
DES INTERVENANTS,
UN VÉRITABLE
ORGANISATEUR DE
PARCOURS**

Il nous faut réapprendre à soigner dans le lieu de vie, version d'une santé populationnelle à l'état natif. En franchissant la porte d'une maison, ce sont bien les équipes de l'HAD qui entrent chez les patient·e·s et non l'inverse. Elles y rencontrent une famille, perçoivent les conditions d'habitabilité du logement, la

mobilisation des aidants et les habitudes de vie. Elles voient ces déterminants de santé qui sont logiquement moins accessibles au raisonnement hospitalier que nous nous connaissons.

Cette conception individuelle, socio-économique et familiale est précisément le fondement d'une santé populationnelle efficace et attendue. L'HAD soigne des personnes dans leur environnement et dépassent ainsi plus facilement les pathologies qu'ils subissent isolément.

Les patient·e·s en HAD concentrent en effet les principaux enjeux sur lesquels nous butons : polyopathologies, dépendance, maladies chroniques,

soins palliatifs et fragilités sociales. Ce sont précisément les populations sur lesquelles devrait reposer toute stratégie de santé populationnelle.

Depuis plus de soixante ans, l'hospitalisation à domicile ne vit que par son expertise dans la coordination pluriprofessionnelle, l'adaptation permanente et la gestion des parcours complexes... Il faut être souple ! L'HAD articule ainsi plusieurs mondes pour configurer une réponse adaptée à chaque situation. Elle est déjà, parfois sans le savoir, un laboratoire opérationnel de santé populationnelle.

Ajoutons que, par nature, l'HAD nous aide à sortir d'une logique de séquences de soins pour accompagner des trajectoires de vie. L'HAD intervient avant l'hospitalisation lorsqu'elle peut l'éviter, pendant lorsqu'elle s'y substitue et après pour accélérer le retour à domicile.

Cette capacité à coordonner les interventions et à orienter le patient vers le bon dispositif devra aussi faire de l'HAD, le plus tôt possible et avec l'ensemble des intervenants, un véritable organisateur de parcours.

Et puisqu'une bonne nouvelle ne vient jamais seule : l'HAD est aussi un outil pour prévenir les complications, éviter les réhospitalisations, maintenir l'autonomie,

soutenir les aidant·e·s, détecter les fragilités : autant d'actions qui produisent des bénéfices majeurs pour les patient·e·s comme pour la collectivité.

Nous savons hélas que cette prévention, longtemps invoquée et trop souvent négligée, reste pourtant largement sous-valorisée alors même qu'elle agit directement sur les indicateurs qui comptent vraiment : qualité de vie, maintien à domicile, continuité des parcours et réduction des événements évitables.

Ce travail n'existe pas seul. En intervenant directement au domicile, elle rejoint les personnes là où elles vivent, y compris lorsque les soins deviennent difficiles d'accès. Elle s'appuie pour cela sur le monde libéral, les autres établissements de santé, les structures médico-sociales évidemment, les collectivités et les acteurs sociaux.

Cette bizarrerie hospitalière aura réussi un mariage aussi magique qu'insensé entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social, en développant dans le salon des patients toute l'exigence hospitalière.

La vraie question est plus simple : pourquoi continue-t-on à envoyer des patient·e·s à l'hôpital lorsque son hospitalisation pourrait être réalisée ailleurs ? Demain, le réflexe ne devrait plus être de chercher un

lit disponible, mais d'interroger d'abord la possibilité d'une prise en charge à domicile.

Plus étonnant encore, l'HAD applique déjà les principes de financement que beaucoup présentent comme les modèles de demain. Le tarif d'une journée d'HAD couvre l'ensemble du parcours : médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, assistants sociaux, coordination... sans fragmentation par acte ni silos entre professions. Autrement dit, l'HAD assume déjà une responsabilité globale sur une population de patient·e·s.

Demain, il faudra davantage rémunérer les résultats que les volumes : les hospitalisations évitées, les complications prévenues, l'autonomie préservée, la qualité de vie gagnée. L'HAD est probablement l'une des organisations les plus prêtes à cette évolution, en portant dès maintenant les fondements du système de santé que nous cherchons à construire : centré sur les personnes, ancré dans les territoires, attentif aux déterminants de santé, organisé autour de la prévention, de la coordination et des résultats.

La vraie question est de savoir si notre système de santé est enfin prêt à reconnaître que ce qu'il espère aujourd'hui être une innovation, une réalité pourtant quotidienne pour l'hospitalisation à domicile. L'essence

a précédé l'existence de la santé populationnelle ; Sartre pardonnera à l'HAD cet élégant renversement.

3. FAIRE DE LA DONNÉE UN LEVIER DE TRANSFORMATION

La transformation du système de santé ne peut se faire sans une meilleure connaissance des populations qu'il sert. Or, malgré la richesse exceptionnelle des données de santé disponibles en France, leur utilisation reste encore largement sous-exploitée dans le pilotage des politiques publiques. Le système continue d'être majoritairement évalué à travers des indicateurs d'activité - nombre d'actes, de séjours, de consultations - qui renseignent sur ce qu'il fait, mais beaucoup moins sur ce qu'il produit en termes de santé. Cette limite constitue un obstacle majeur à l'émergence d'une véritable approche populationnelle.

Faire de la donnée un levier de transformation suppose de changer de logique : passer d'un pilotage centré sur les moyens à un pilotage orienté vers les résultats de santé. Cela implique de suivre les trajectoires des populations, d'identifier précocement les risques, de repérer les ruptures de parcours et d'évaluer l'impact réel des interventions. Les avancées technologiques, notamment en matière d'intelligence artificielle et de modélisation, ouvrent aujourd'hui des perspectives nouvelles. Elles permettent d'anticiper les évolutions, de cibler les actions et d'optimiser l'allocation des ressources à l'échelle des territoires.

Cependant, ces outils ne produiront leurs effets que s'ils s'inscrivent dans une organisation cohérente,

fondée sur des données de qualité, interopérables et accessibles. Le pilotage par la donnée ne relève pas uniquement d'un enjeu technique : il constitue un choix stratégique, conditionnant la capacité du système à comprendre, anticiper et agir efficacement.

“
**L'ACCÈS AUX SOINS, À
LUI SEUL, NE SUFFIT
PAS À AMÉLIORER
DURABLEMENT LA SANTÉ
DES POPULATIONS**
”

PAR

ABDELAZIZ ALAOUI

PRÉSIDENT DE LA CAISSE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE
MAROCAINE (CMIM)

La généralisation de la couverture sanitaire universelle marque une avancée structurante pour le Maroc. Elle s'inscrit dans une dynamique de transformation profonde visant à garantir à chaque citoyen un accès équitable aux soins.

Mais une conviction s'impose progressivement : l'accès aux soins, à lui seul, ne suffit pas à améliorer durablement la santé des populations. Couvrir est une étape. Améliorer durablement la santé en est l'objectif.

Les évolutions que nous connaissons - progression des maladies chroniques, vieillissement, mutations des modes de vie - appellent aujourd'hui une approche renouvelée, capable de répondre de manière plus globale, plus coordonnée et plus anticipative aux besoins de santé.

Dans ce contexte, la santé populationnelle offre un cadre pertinent. Elle invite à dépasser une logique centrée sur la maladie pour considérer la santé dans toutes ses dimensions, en intégrant les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux.

Il ne s'agit plus seulement de soigner, mais de comprendre, d'anticiper et d'agir en amont. Demain, la performance d'un système de santé ne se mesurera

**LA MISE EN
COHÉRENCE DES
INTERVENTIONS,
DANS UNE LOGIQUE
TERRITORIALE ET
POPULATIONNELLE,
PERMETTRAIT DE
MIEUX RÉPONDRE
AUX BESOINS RÉELS
ET D'AMÉLIORER
L'EFFICACITÉ GLOBALE
DU SYSTÈME**

pas seulement à sa capacité à traiter, mais à sa capacité à anticiper.

Cette évolution rejoint pleinement les orientations engagées en matière de réorganisation du système de santé, menée depuis 2022 au Maroc, visant à renforcer la cohérence des parcours, à mieux articuler les interventions et à

inscrire l'action publique dans une logique d'impact.

La donnée constitue, à cet égard, un levier déterminant. Mieux structurée, mieux partagée et mieux exploitée, elle permet d'éclairer les décisions, de cibler les actions de prévention et de mieux préparer le système aux défis à venir.

Les outils d'analyse avancée et l'intelligence artificielle ouvrent des perspectives nouvelles pour accompagner cette transformation. Utilisés avec discernement, ils peuvent contribuer à une médecine plus prédictive, à des parcours plus fluides et à une allocation plus efficiente des ressources.

Ce changement de paradigme se heurte toutefois à plusieurs limites.

L'organisation du système reste encore marquée par des logiques cloisonnées, qui rendent difficile une approche réellement intégrée de la santé. La coordination entre acteurs, bien que de plus en plus recherchée, demeure perfectible.

Par ailleurs, la donnée de santé, pourtant abondante, reste insuffisamment mobilisée comme outil de pilotage. Les enjeux d'interopérabilité, de structuration et de gouvernance freinent son exploitation à grande échelle.

L'intégration des technologies numériques et de l'intelligence artificielle soulève également des questions de confiance, d'appropriation et de cadre d'usage, qui nécessitent un accompagnement adapté.

Enfin, les mécanismes de financement continuent de privilégier le soin curatif, limitant les incitations à investir dans la prévention, l'anticipation et la gestion coordonnée des parcours.

Pour accompagner les transformations engagées, une approche collective et structurée apparaît indispensable.

Le renforcement des coopérations entre les différents acteurs constitue un premier levier. La mise en cohérence des interventions, dans une logique territoriale et populationnelle, permettrait de mieux répondre aux besoins réels et d'améliorer l'efficacité globale du système.

Le développement de systèmes d'information interopérables et sécurisés est également une condition essentielle. La donnée doit devenir un véritable outil de pilotage, au service de la décision publique, des professionnels et des gestionnaires.

Dans ce cadre, l'intelligence artificielle peut jouer un rôle d'accélérateur, en facilitant l'analyse des données, l'identification des risques et l'anticipation des besoins.

Les mutuelles disposent, à cet égard, d'atouts spécifiques. Par leur proximité avec les populations et leur connaissance des usages, elles peuvent contribuer activement au déploiement d'approches de santé populationnelle, notamment en matière de prévention et d'accompagnement.

Enfin, une évolution des mécanismes d'incitation apparaît nécessaire pour valoriser les démarches orientées vers la prévention, la coordination et l'amélioration mesurable de la santé des populations.

La dynamique engagée ouvre une opportunité majeure : celle de faire évoluer notre système de santé vers un modèle plus cohérent, plus anticipatif et plus centré sur les besoins réels des citoyens.

La réussite de cette transformation ne se mesurera pas uniquement à l'extension de la couverture, mais à notre capacité collective à améliorer concrètement l'état de santé des populations.

C'est dans cette transition, d'un système centré sur le soin à un système fondé sur la connaissance, la coordination et l'anticipation, que se joue l'un des enjeux majeurs des années à venir.

« Le véritable progrès ne réside pas seulement dans l'accès aux soins, mais dans la capacité à éviter d'y recourir lorsque cela est possible. »

“
**LE POIDS CROISSANT DES
MALADIES CHRONIQUES
ET LES CONTRAINTES
BUDGÉTAIRES IMPOSENT,
À MOYEN TERME,
UN CHANGEMENT DE
PARADIGME DANS
LE PILOTAGE DU
SYSTÈME DE SANTÉ,
SELON UNE APPROCHE
POPULATIONNELLE ET
« VALUE-BASED »**
”

PAR

DR BERNARD CASTELLS

PRÉSIDENT D'HOPSIIA

Aujourd'hui, nous constatons encore que le changement de paradigme des organisations soins-santé, toujours silotées, n'a toujours pas eu lieu et en particulier sur les territoires où se multiplient les pénuries de soignants.

Le numérique peut-il transformer les organisations et les pratiques de prises en charge des patients pour en finir avec le « silotage » ?

Avant le Covid-19, l'intervalle d'observation épidémiologique variait de quelques jours (épidémies) à plusieurs années (études de cohorte), avec une surveillance continue pour les maladies endémiques. Pendant la crise, selon le principe « plus la situation est critique, plus l'intervalle est court », le développement d'une gestion « au jour le jour » des données et l'usage de l'IA, ont démontré la capacité du système de santé à adapter nos organisations, quotidiennement, et de façon systématisée, à la situation de vie réelle.

Ainsi, la démonstration est faite qu'une analyse plus fine de santé publique « in vivo » est possible, sous réserve d'accès, en temps réel, à des données de « vraie » vie réelle - incluant : hôpital, ville, médicosocial, domicile (IoT) - et permettrait des décisions dynamiques, ciblées, dans la prise en charge des patients. Ce silotage était maîtrisé.

*La gestion des données et l'IA sont-elles en mesure
« d'augmenter » la prise en charge des patients ?*

Le modèle qui a émergé sous la contrainte de la pandémie Covid-19 nous a conduits, à penser « hors les murs », à agir « collectif », et à réfléchir « populationnel » avec des acteurs qui coopèrent, collaborent, et s'évaluent ensemble^{22, 23}.

Nous avons dû passer d'une épidémiologie, observée localement et modélisée nationalement, rompue au suivi des maladies endémiques, des épidémies, des maladies émergentes... à une surveillance au quotidien de l'évolution de la pandémie et, surtout, à la mesure de ses impacts organisationnels sur les structures territoriales de santé, territoire par territoire.

Il devenait évident que, hors période de crise, à condition de poursuivre sur cette voie, il était possible, à l'échelle d'un territoire, de profiler des populations porteuses d'une pathologie chronique validée (ex : patients insuffisants cardiaques), de cibler des sous-populations (petite cohorte) selon leur stade de gravité,

22. Rapport parlementaire 2021 : « L'article 51, particulièrement en cette période de crise sanitaire, est un excellent révélateur des problématiques inhérentes à notre système de santé. Le dispositif met également en lumière l'importance de l'accompagnement au changement dans la conduite des réformes et des politiques publiques. »

23. Rapport annuel Santé publique France. 2021. santepubliquefrance.fr

et de définir des « données seuil » d'alertes permettant le suivi d'individu au sein de ces groupes.

Peut-on changer la dimension du cadre de référence pour la transformation et le pilotage du système de santé ?

De nombreux facteurs affectent la santé humaine

- complexité clinique, dépendance aux facteurs environnementaux et aux impacts des activités humaines, contexte sociopolitique, interdépendance animale - et obligent à penser la dimension populationnelle de l'organisation de l'accès aux soins, de la recherche, du pilotage médico-économique sur une échelle plus réduite et surtout plus adaptée que celle du territoire national.

D'autre part, le poids croissant des maladies chroniques et les contraintes budgétaires imposent, à moyen terme, un changement de paradigme dans le pilotage du système de santé, selon une approche populationnelle et « value-based ».

**POUR QUE
L'ALIGNEMENT
TERRITORIAL SOIT
RÉALISÉ ENTRE LES
PROFESSIONNELS DE
SANTÉ ET LE PATIENT
ACTEUR CENTRAL,
L'ENJEU OPÉRATIONNEL
CONSISTE À
« DÉSILOTER » LES
ORGANISATIONS ET
COORDINATIONS DES
PROFESSIONNELS
EN CHARGE DES
PARCOURS PATIENTS**

Dans le cadre de référence nationale - politique nationale de santé et autres politiques publiques territoriales - les analyses de convergence nous conduisent à des constats complémentaires, différenciés, spécifiques dans chaque territoire, nécessitant des ajustements - gestion de l'habitat, des conditions de vie, des infrastructures économiques, de l'eau, de l'agriculture, etc.

Par conséquent, l'enrichissement des données nationales par des données convergentes complémentaires, territorialisées sur les thèmes indiqués ci-dessus, conduit à une approche « One Health » documentée.

Pouvons-nous « augmenter » la pertinence du rôle de chaque type d'acteur et celui « central » du patient ?

Concernant la recherche, des études récentes mesurent que : 86 % des essais cliniques n'atteignent pas leurs objectifs de recrutement, 95 % des patients n'ont pas accès aux essais cliniques, 70 % des patients sont hors des centres experts (sur les territoires - dans les GHT), 90 % des essais sont concentrés dans seulement 10 % des établissements, les coûts de recrutement et de data ont doublé en 10 ans.

Aujourd'hui, c'est une certitude, la prise en charge des patients par les professionnels, dans une logique patient-parcours, et la recherche clinique ont besoin

d'un nouveau souffle commun, en particulier en « vie réelle ».

Si nous considérons la dynamique conjuguée, de plus en plus attendue, de la gestion des données - parcours patient + besoins pour la recherche -, il apparaît que le rôle central du patient est défini de manière plus précise, tel qu'anticipée par le projet européen EHDS²⁴. (Il devra permettre au patient de mieux protéger sa vie privée, de désiloter sa prise en charge, de décentraliser le stockage des données sur des terminaux personnels, de participer activement à la recherche et au partage responsable des données).

Pour que l'alignement territorial soit réalisé entre les professionnels de santé et le patient acteur central, l'enjeu opérationnel consiste à « désiloter » les organisations et coordinations des professionnels en charge des parcours patients.

Nous pouvons répondre aux enjeux soulevés récemment par la Cour des comptes : redéfinir les champs et les cibles prioritaires de la doctrine nationale 2018-2023²⁵

24. Federated electronic health records for the European Health Data Space. The Lancet Digital Health Volume 5. Issue 11. November 2023. Pages e840-e847.

25. Cour des comptes. La stratégie nationale pour l'intelligence artificielle : consolider les succès de la politique publique de l'IA, élargir son champ. 19 novembre 2025.

Décider des pistes politiques concrètes pour tous les secteurs et qui s'appliquent aussi à la santé, utiliser « ... de nouvelles voies » « ... qui pourraient être explorées en privilégiant des approches sectorielles et fédérées » dans une dynamique « One Health » par exemple.

En particulier, « ... définir un cadre de gouvernance efficace qui suppose une nouvelle forme de R&D pour ne pas risquer de développer une approche centralisée, éloignée de l'organisation de l'offre de soins, qui risque de devenir rapidement obsolète et de poser des problèmes de souveraineté ».

La réforme « structurelle » de la santé, c'est une transformation populationnelle inclusive du système de santé, à l'initiative de tous les acteurs des territoires, régionaux et nationaux qui proposent l'émergence « du soignant augmenté » sur « des territoires augmentés » au service « d'un patient augmenté enfin au centre du système ».

“
**DONNÉES DE SANTÉ,
DONNÉES SOCIALES,
DONNÉES ÉDUCATIVES :
CHAQUE ACTEUR PILOTE
SON MORCEAU AVEC
SES RÉFÉRENTIELS,
SES TEMPORALITÉS,
SA GOUVERNANCE.
PERSONNE NE REGARDE
LE TERRITOIRE DANS SA
GLOBALITÉ**
”

PAR

CARLOS JAIME

CO-FOUNDER ET PARTNER DE SCALE4HEALTH

La France dispose de l'un des entrepôts de données de santé les plus riches d'Europe. Le Système national des données de santé (SNDS) couvre près de 99 % de la population et permet de chaîner des parcours de soins sur plusieurs années. Ce constat devrait être une fierté. Il est surtout une source d'inconfort, parce que cette richesse ne se traduit pas en décisions.

Un système qui ne se regarde pas

Les Agences régionales de santé (ARS) pilotent leur territoire à travers des indicateurs d'activité. Files d'attente, taux d'occupation, passages aux urgences. Ces indicateurs disent ce que le système fait. Ils ne disent rien de ce qu'il produit pour la santé des gens.

La distinction n'est pas rhétorique. Un territoire peut afficher une activité hospitalière soutenue tout en enregistrant une dégradation silencieuse de sa population, diabète non diagnostiqué, mortalité prématurée évitable, effondrement du recours aux soins primaires dans certains bassins. Ces signaux existent dans les données. Ils ne remontent pas, parce que personne n'est organisé pour les chercher. Le BMJ (British medical journal) a montré depuis longtemps que les données médico-administratives de routine permettent d'évaluer l'impact réel d'une intervention sans reconstruire une collecte ad hoc. Ce n'est pas une

**CE QUI MANQUE,
C'EST LA DONNÉE EN
TEMPS RÉEL ET LA
PÉRENNISATION DES
OUTILS CONSTRUITS
DANS L'URGENCE,
QUI DISPARAISSENT
AVEC LA CRISE AU
LIEU DE DEVENIR UNE
INFRASTRUCTURE
DURABLE**

question de moyens. C'est une question d'intention.

Or, nous n'évaluons pas. Nous mesurons l'exécution de ce qui a été planifié. Ce n'est pas la même chose.

Le cloisonnement aggrave le problème. Données de santé, données sociales, données éducatives :

chaque acteur pilote son morceau avec ses référentiels, ses temporalités, sa gouvernance. Personne ne regarde le territoire dans sa globalité. Health Affairs a documenté pourquoi croiser données médicales et données sociales est une condition sine qua non d'une vraie gestion populationnelle. En France, ce croisement reste l'exception, il dépend de volontés locales et de conventions négociées au cas par cas. Ce n'est pas une fatalité. C'est un choix d'organisation que nous n'avons pas fait.

Ce que deux voisins ont fait

L'Espagne et le Portugal ne sont pas des modèles idéaux. Mais, sur l'usage de la donnée pour piloter la santé des

populations, ils ont fait des choix que nous n'avons pas faits - et les résultats se mesurent.

La Catalogne publie chaque année sa « Central de resultats » : un rapport public de performance organisé autour d'indicateurs de résultats, comparés entre établissements et entre territoires. Ce n'est pas un exercice de communication. C'est un instrument de redevabilité qui alimente des décisions concrètes. Le Portugal a accompagné la réforme de ses « Unidades de Saúde Familiar » d'un tableau de bord de performance des soins primaires suivi en temps réel, hospitalisations évitables, couverture vaccinale, résultats des programmes de prévention. Sur quinze ans, la progression est documentée et mesurable.

Dans les deux cas, ce qui a rendu cela possible n'est pas une prouesse technologique. C'est une décision de gouvernance.

L'anticipation comme angle mort

La France réagit, parfois très bien. Mais elle reconstruit à chaque crise des capacités qu'elle aurait pu maintenir, et détecte des signaux qu'elle aurait pu voir venir. L'OMS est explicite sur ce point : la surveillance du futur est multi-sources, intégrée, et doit permettre une détection précoce avant que les systèmes de soins ne

soient saturés. En France, les flux de données entre médecine de ville, laboratoires et autorités sanitaires restent fragmentés. Santé publique France a des équipes sérieuses. Ce qui manque, c'est la donnée en temps réel et la pérennisation des outils construits dans l'urgence, qui disparaissent avec la crise au lieu de devenir une infrastructure durable.

Ce qui devrait changer

Trois orientations seraient souhaitables, sans réforme structurelle préalable.

- Faire du SNDS un instrument d'évaluation dans les cycles de décision réels, pas seulement dans les publications académiques. Organiser au niveau des ARS et du ministère des revues régulières d'indicateurs de résultats populationnels ;
- Créer les conditions d'une surveillance épidémique anticipatrice, avec des conventions de partage de données fluides avec les acteurs de ville et les laboratoires ;
- Exiger des ARS qu'elles rendent compte de l'état de santé de leur territoire, pas seulement de l'activité des opérateurs qu'elles financent. La « Central de resultats » catalane ou le tableau de bord portugais sont des références directement utilisables.

On ne peut pas mesurer l'état de santé d'une population sans croiser des données qui, aujourd'hui, appartiennent à des acteurs différents et ne se parlent pas.

C'est à cette condition que la donnée cesse d'être un actif dormant pour devenir ce qu'elle devrait être : l'instrument d'une politique de santé qui se donne les moyens de savoir ce qu'elle produit.

Sources : Bottle A, Aylin P. Evaluating the impact of healthcare interventions using routine data. BMJ. 2008.

Squires H et al. The role of simulation modelling in public health policy evaluation. Lancet Public Health. 2016.

Hollowell J et al. Using administrative data to evaluate national policy impacts on child health. J Epidemiol Community Health. 2011.

Wyper G et al. Challenges and lessons learned from Scotland and England using linked administrative data. The Lancet. 2021.

Kluge H et al. Health system performance assessment. WHO / European Observatory. 2023.

WHO. Future surveillance for epidemic and pandemic diseases. 2023.

Delli Compagni R et al. Integrating artificial intelligence with mechanistic models for infectious diseases. Nature Communications. 2022.

Stecker E et al. Oregon's Approach To Demonstrating The Value Of A Modern Public Health System. Health Affairs. 2020.

WHO. Primary Health Care Measurement Framework and Indicators. 2022.

OCDE. Health at a Glance. 2025.

Gottlieb L et al. Integrating Data On Social Determinants Of Health. Health Affairs. 2020.

Bachrach D et al. Integrating Social And Medical Data To Improve Population Health. Health Affairs. 2014.

“
**INTÉGRER LA MÉDECINE
DE VILLE, LA RECHERCHE
ET LA DONNÉE DANS
UNE MÊME DYNAMIQUE
N'EST PAS QU'UN ENJEU
TECHNIQUE, MAIS UN
CHOIX STRATÉGIQUE**
”

PAR

DR DAMIEN HOARAU

MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE CHEZ STANE

La santé populationnelle ne pourra changer d'échelle sans un pilotage par la donnée qui intègre pleinement la médecine de ville, où se déroule l'essentiel des interactions de santé. Le premier levier de transformation réside sans doute dans la recherche et l'innovation, à condition qu'elles s'inscrivent plus directement dans les pratiques de soins courants, notamment en faisant de la recherche clinique une option de soins à part entière. Aujourd'hui encore, l'innovation en santé pénètre d'abord l'hôpital avant de diffuser, lentement, vers les soins de proximité. Cette trajectoire n'est plus en phase avec l'organisation réelle des parcours de santé. La majorité des patients vivent et sont suivis en dehors de l'hôpital, avec des pathologies chroniques inscrites dans le temps long. Produire des connaissances utiles pour la décision publique et pour la pratique suppose donc de s'appuyer sur des données issues des conditions réelles de vie et de soins, représentatives de la diversité des territoires et des populations.

La recherche reste largement hospitalo-centrée. Elle mobilise prioritairement les patients (et leurs données) fréquentant les hôpitaux, des environnements de soins fortement structurés et contrôlés, ce qui limite la représentativité des résultats et retarde l'accès aux innovations pour les patients suivis exclusivement en ville. L'intégration des données de soins courants dans la recherche se heurte à plusieurs freins, dont notamment

l'hétérogénéité de la tenue des dossiers médicaux, la faible interopérabilité des systèmes d'information entre cabinets, le manque de ressources humaines, financières et scientifiques dédiées à la recherche en ville par rapport aux structures hospitalières, ainsi que la forte charge de travail des professionnels de santé libéraux, pour lesquels l'engagement dans des activités de recherche entre souvent en concurrence avec le temps dédié aux consultations ou rogne sur le temps personnel. Dans ce contexte, la recherche demeure encore peu intégrée aux pratiques et aux parcours des soignants de ville, incitant ceux intéressés par la recherche à s'orienter plus naturellement vers l'hôpital. Elle reste encore perçue comme une activité annexe, chronophage, voire inaccessible en ville, avec pour conséquence une mise à distance de l'innovation, les patients ne fréquentant pas les hôpitaux et une sous-représentation de leurs données dans la recherche.

Pistes de solutions et de propositions

Faire évoluer le paradigme : de la recherche dissociée du soin à la recherche comme option de soins

Le concept de Clinical research as a care option (CRAACO) propose d'intégrer la recherche clinique dans le continuum de prise en soins. Il s'agit de normaliser la proposition d'une participation à une étude lorsque

celle-ci est pertinente pour un patient donné, au même titre qu'une option thérapeutique. Cette évolution suppose à la fois une acculturation des professionnels de santé à la recherche clinique et un renforcement des coopérations entre les acteurs de la recherche à l'échelle d'un territoire,

qu'ils soient hospitaliers, universitaires, issus du secteur privé ou de l'exercice libéral. Elle implique également de rendre les projets de recherche visibles et accessibles, afin de permettre une orientation fluide des patients vers les études les plus adaptées, au bon moment et au bon endroit. Cette approche favorise l'accès équitable aux innovations, améliore la pertinence clinique des résultats et réduit les inégalités territoriales d'accès à la recherche.

La recherche comme option de soins par des systèmes d'information intégrés et/ou interopérables

La mise en œuvre opérationnelle de la recherche comme option de soins repose sur la capacité à mobiliser les données de routine pour faciliter la recherche. Il s'agit à la

L'INNOVATION EN SANTÉ PÉNÈTRE D'ABORD L'HÔPITAL AVANT DE DIFFUSER, LENTEMENT, VERS LES SOINS DE PROXIMITÉ. CETTE TRAJECTOIRE N'EST PLUS EN PHASE AVEC L'ORGANISATION RÉELLE DES PARCOURS DE SANTÉ

fois de créer les infrastructures numériques permettant la réutilisation secondaire des données de soins pour la recherche et le développement d'outils s'appuyant sur ces données, comme des outils de repérage automatisé des patients éligibles et des outils de suivis des patients dans les études. Des entrepôts de données de santé, capables de structurer, pseudonymiser, standardiser et sécuriser les données issues de la médecine de ville constituent un levier central. Ils permettent à la fois de produire des données de vie réelle pour la recherche et le développement de nouveaux produits de santé, et de créer des outils facilitant concrètement la participation des professionnels et des patients. Leur mise en œuvre peut s'inscrire dans deux grandes orientations. La première repose sur la convergence des données au sein d'un entrepôt centralisé unique. La seconde privilégie une approche décentralisée, en maintenant les entrepôts au plus près des effecteurs de santé, qu'il s'agisse de structures de soins primaires, de plateformes de biologie ou d'imagerie. Dans ce second modèle, la capacité à assurer une interopérabilité fluide et transparente entre les systèmes constitue un déterminant clé de performance.

La donnée de ville pour la recherche et pour de nouveaux usages

Pour embarquer durablement les acteurs de terrain, la donnée ne doit pas être perçue uniquement comme une matière première pour la recherche, mais aussi comme un levier d'amélioration des pratiques. La structuration des données de soins courants ouvre la voie à des usages multiples de la donnée. Elle permet notamment un pilotage fin de l'activité des cabinets et des centres de santé, le développement d'outils d'aide à la décision clinique ou d'intelligence artificielle, ainsi que la production d'analyses populationnelles et de retours d'information aux professionnels. Ces usages contribuent directement à l'amélioration des parcours de santé, à la qualité et à la pertinence des soins, et rendent possibles des recommandations plus personnalisées à destination des patients.

La donnée comme atout stratégique

Les systèmes de santé qui tireront leur épingle du jeu demain seront ceux qui auront su structurer précocement l'ensemble de leurs données (au-delà des données médico-économiques et/ou hospitalières), et permettre leur valorisation au service de la recherche, l'innovation et le développement de nouveaux usages. Au-delà de la recherche et l'innovation, ces données

permettront une vision plus fine des organisations de soins et contribueront à leur soutenabilité économique. Le pilotage par la donnée devient alors un outil de transformation systémique, au service des professionnels, des patients et des politiques de santé.

Conclusion

Intégrer la médecine de ville, la recherche et la donnée dans une même dynamique n'est pas qu'un enjeu technique, mais un choix stratégique. Faire de la recherche une option de soins et de la donnée un atout opérationnel constitue les conditions essentielles pour une santé populationnelle plus équitable, plus efficace et plus proche des réalités de terrain.

“

**NOUS AVONS LES OUTILS,
LES CHERCHEURS, LES
DONNÉES, ET POURTANT
LA TECHNOLOGIE NE
PARVIENT PAS JUSQU'AU
PATIENT**

”*PAR***ÉLODIE CHAPEL**

CEO ET FONDATRICE D'ELIXIR HEALTH

Un scénario qui reste de la science-fiction

Une femme de 45 ans consulte pour des douleurs thoraciques atypiques et une fatigue persistante. Son médecin lance un bilan via une application connectée qui croise ses données biologiques, ses antécédents hormonaux et ses marqueurs inflammatoires. L'algorithme identifie un risque élevé de maladie coronarienne microvasculaire, pathologie qui touche massivement les femmes mais que les examens classiques, calibrés sur la physiologie masculine, ratent. Dans ce scénario de science-fiction, le traitement est initié trois mois avant l'infarctus, évitant le drame.

On traite parfois l'innovation numérique avec scepticisme en France, se demandant quel impact réel pour le patient alors que nous sommes parmi les champions de l'espérance de vie. Il faut célébrer la qualité de notre réseau de soins, de nos professionnels de santé, de notre mode de vie à la française qui impacte notre alimentation et notre santé globale. Pour autant, dans le cas d'espèce, la patiente aurait-elle été détectée en France en 2026 ? Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité féminine en France avec 75 000 décès par an, et les femmes restent sous-diagnostiquées et sous-représentées dans les essais cliniques.

**LA COMMISSION
EUROPÉENNE
RECONNAÎT QUE
LE DÉPLOIEMENT
CLINIQUE DE L'IA
EN SANTÉ RESTE
CONCENTRÉ DANS
QUELQUES GRANDS
ÉTABLISSEMENTS,
FAUTE DE MODÈLES
DE PRISE EN CHARGE
SOCIALISÉS DANS LA
PLUPART DES ÉTATS
MEMBRES**

Problématiques et obstacles

Le paradoxe français est cruel. Nous avons les outils, les chercheurs, les données, et pourtant la technologie ne parvient pas jusqu'au patient. Nous créons de beaux outils, dans l'espace public comme dans le privé, mais avons une vraie difficulté à faire le passage à l'échelle sur l'usage.

Mon espace santé illustre parfaitement ce décalage : 97 % des Français ont un profil créé, mais à peine 640 000 utilisateurs actifs par semaine, soit moins de 1 % de la population (Cour des comptes, mai 2024). Le constat de l'IGAS sur les données secondaires (janvier 2024) est tout aussi sévère : les données existent, dispersées entre hôpitaux, laboratoires et médecins de ville, mais personne ne les agrège pour piloter la prévention territoriale.

En Israël, le réseau Clalit utilise quotidiennement l'intelligence artificielle pour plus de 4,7 millions de patients, avec plus de mille médecins connectés à des outils d'aide à la décision clinique. En Estonie, 99 % des actes de santé sont numériques, pour un coût

d'infrastructure de 7,50 euros par habitant et par an. Ces résultats relèvent de choix politiques drastiques que la France n'a pas encore faits.

Le rapport Draghi sur la compétitivité européenne (septembre 2024) le dit sans détour : l'Europe ne déploie pas ce qu'elle finance. Côté intelligence artificielle, le fossé entre la promesse et la réalité est vertigineux. La Commission européenne reconnaît que le déploiement clinique de l'IA en santé reste concentré dans quelques grands établissements, faute de modèles de prise en charge socialisés dans la plupart des États membres. Il est essentiel de créer des incitations financières pour les professionnels de santé et les établissements de santé afin qu'ils investissent dans l'innovation. Si nous pensons qu'une technologie peut améliorer notre bien commun, la santé, il faut que l'utilisateur ait un intérêt rationnel à l'acquiescer. Aux États-Unis, le patient paie pour de l'IA qui améliore les taux de succès de sa prise en charge, parce qu'il est un consommateur avec un reste à charge élevé et qu'il évalue lui-même sa prise en charge. En France, la dépense en santé est largement socialisée et il revient donc à l'État d'organiser le système incitatif, c'est-à-dire évaluer rapidement le potentiel d'une innovation et les incitatifs à la diffuser largement dans le système de soins.

Pistes de solutions

Sur le sujet de l'IA, l'article 84 de la LFSS 2026, qui ouvre le remboursement des logiciels d'aide à la décision médicale par l'Assurance maladie selon un modèle de partage des économies générées, est un signal très positif. Il faudra à présent que les décrets d'application et le déploiement soient rapides et réels.

Huit autres mesures concrètes permettraient de sortir de cet état des lieux :

1. Créer un bilan de santé préventif numérique remboursé avant 30 ans, notamment en santé reproductive, où des femmes de plus en plus jeunes découvrent trop tard une fertilité compromise.
2. Construire des infrastructures de données territoriales interopérables sur le modèle estonien, alimentées en temps réel par les professionnels de terrain.
3. Rendre obligatoire l'interopérabilité by-design pour les éditeurs de dossier patient informatisé afin de faciliter l'intégration de l'innovation.
4. Autoriser et encadrer le déploiement de l'IA clinique à l'échelle, en créant un guichet d'accès accéléré pour les

dispositifs à fort impact clinique potentiel, équivalent du Breakthrough Designation américain.

5. Élargir la télémédecine au suivi continu des pathologies chroniques, avec un financement qui ne se limite pas à l'acte de consultation.
6. Basculer d'un financement au volume d'actes vers un financement aux résultats de santé atteignables, intégrant des indicateurs qualitatifs de satisfaction du patient, seul modèle capable de rentabiliser la prévention.
7. Imposer l'hébergement souverain des données de santé comme condition de tout déploiement national, conformément aux recommandations du CESE (mars 2025).
8. Structurer des partenariats d'expérimentation territoriale entre CHU et healthtechs, financés sur des indicateurs de résultat à trois ans et débouchant sur un achat systématique si les KPIs de satisfaction et de résultats sont atteints.

La santé numérique n'a pas besoin d'un énième rapport. Elle a besoin qu'on décide enfin de faire entrer la technologie là où elle compte : dans la vie quotidienne des patients.

“

**L'ENJEU N'EST PAS
NÉCESSAIREMENT
DE PRODUIRE PLUS
DE DONNÉES MAIS
D'ORGANISER UNE
INTELLIGENCE COLLECTIVE
DES TRAJECTOIRES DE
SANTÉ**

”

PAR

DR KARIM OULD-KACICONSEILLER MÉDICAL AUPRÈS DU PRÉSIDENT ET
DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Il est des concepts dont la force tient moins à leur nouveauté qu'à leur capacité à révéler, à un moment donné, une transformation silencieuse des institutions. La santé populationnelle est de ceux-là. Longtemps située à la frontière de la santé publique, de l'épidémiologie et de l'économie de la santé, elle redéfinit l'enjeu même du système : non plus seulement bien soigner, mais améliorer durablement l'état de santé des populations en agissant sur les trajectoires de risque, les déterminants sociaux et les ruptures de parcours. Depuis les travaux de Kindig et Stoddart jusqu'aux développements de Kharrazi et Weiner, cette approche est devenue un principe structurant du pilotage des systèmes les plus avancés^{26, 27, 28, 29}.

Ce déplacement répond à une réalité simple : l'action utile ne se situe plus seulement dans la qualité des soins produits, mais dans la capacité à éviter que des risques

26. Bates DW, Saria S, Ohno-Machado L, Shah A, Escobar G. *Big Data In Health Care : Using Analytics To Identify And Manage High-Risk And High-Cost Patients*. Health Aff (Millwood). 2014;33(7):1123-1131. doi:10.1377/hlthaff.2014.0041.

27. Gamache R, Kharrazi H, Weiner J. *Public and Population Health Informatics : The Bridging of Big Data to Benefit Communities*. Yearb Med Inform. 2018;27(01):199-206. doi:10.1055/s-0038-1667081

28. Kindig D, Stoddart G. *What Is Population Health ?* Am J Public Health. 2003;93(3):380-383. doi:10.2105/ajph.93.3.380

29. Adler-Milstein J, Holmgren AJ, Kralovec P, Worzala C, Searcy T, Patel V. *Electronic health record adoption in US hospitals: the emergence of a digital "advanced use" divide*. J Am Med Inform Assoc JAMIA. 2017;24(6):1142-1148. doi:10.1093/jamia/ocx080

prévisibles ne deviennent des événements coûteux humainement et économiquement. Vieillesse, multimorbidité, maladies chroniques et inégalités déplacent le centre de gravité de l'action sanitaire vers l'anticipation. La question n'est plus seulement comment soigner mieux, mais comment réduire collectivement le risque évitable.

C'est dans ce cadre qu'émerge le Population Health IT. Il ne s'agit pas d'un énième avatar de la « digitalisation » du système mais d'une capacité institutionnelle nouvelle fondée sur l'intégration des données, les capacités analytiques avancées, la stratification des risques et le pilotage populationnel des parcours. Il faut parfois rappeler une évidence que le débat public tend à oublier : en santé, le numérique n'est jamais une fin en soi ; il n'a de sens qu'adossé à une intention collective.

Les expériences internationales suggèrent que ces approches peuvent améliorer la coordination, soutenir une meilleure gestion des populations à haut risque et produire des gains d'efficacité substantiels lorsqu'elles articulent données, prévention et action sur les

déterminants du risque^{30, 31, 32, 33}. Leur enseignement est simple : l'anticipation produit de la valeur.

La France dispose, avec le SNDS, d'une base de données exceptionnelle, mais n'a pas encore pleinement converti cette force en véritable ingénierie populationnelle. Nous avons le patrimoine de données d'un système avancé sans disposer encore de toute l'infrastructure de pilotage correspondante.

C'est dans cet espace que se situe la contribution du mouvement mutualiste. Les mutuelles ne sont pas de simples financeurs complémentaires ; elles se trouvent

**LES MUTUELLES
NE SONT PAS
DE SIMPLES
FINANCEURS
COMPLÉMENTAIRES ;
ELLES SE TROUVENT
À L'INTERSECTION
DU FINANCEMENT,
DE LA PRÉVENTION,
DES PARCOURS, DE
L'ACCÈS AUX SOINS
ET DES SOLIDARITÉS**

30. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. *The Triple Aim: Care, Health, And Cost*. Health Aff (Millwood). 2008;27(3):759-769. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759

31. Fisher ES, Shortell SM. *Accountable care organizations: accountable for what, to whom, and how*. JAMA. 2010;304(15):1715-1716. doi:10.1001/jama.2010.1513

32. Silverstein M, Hsu HE, Bell A. *Addressing Social Determinants to Improve Population Health: The Balance Between Clinical Care and Public Health*. JAMA. 2019;322(24):2379. doi:10.1001/jama.2019.18055

33. Gottlieb L, Tobey R, Cantor J, Hessler D, Adler NE. *Integrating Social And Medical Data To Improve Population Health: Opportunities And Barriers*. Health Aff (Millwood). 2016;35(11):2116-2123. doi:10.1377/hlthaff.2016.0723

à l'intersection du financement, de la prévention, des parcours, de l'accès aux soins et des solidarités. À ce titre, elles appréhendent des dimensions du risque souvent imparfaitement visibles ailleurs, reste à charge, renoncement, ruptures de parcours, et disposent, par leurs métiers et leur ancrage territorial, de capacités d'intervention au plus près des besoins.

C'est pourquoi l'idée d'une capacité mutualiste de Population Health IT portée par la Mutualité Française doit être comprise non comme une revendication sectorielle, mais comme une proposition d'intérêt général. C'est dans cette perspective que prend sens la demande d'accès sécurisé et encadré à certaines données du SNDS et au chaînage avec les données du régime complémentaire : c'est la condition du développement d'analyses populationnelles au service de la prévention, de l'équité et de l'évaluation.

L'enjeu n'est pas nécessairement de produire plus de données, mais d'organiser une intelligence collective des trajectoires de santé. Cela suppose un point scientifique central : le chaînage longitudinal au niveau de la personne pseudonymisée, parce que la donnée agrégée ne permet ni de saisir la multimorbidité, ni de

modéliser les ruptures, ni de produire une stratification robuste^{34, 35, 36}.

Une telle ambition ne peut toutefois reposer que sur une doctrine explicite de confiance : finalités d'intérêt public exclusivement, séparation stricte avec les usages assurantiels, gouvernance indépendante, privacy by design et transparence des méthodes. Ces garanties ne sont pas périphériques ; elles conditionnent la légitimité même de cette approche.

Au fond, la singularité du mouvement mutualiste tient à ce qu'il réunit ce que la santé populationnelle exige : capacité d'analyse et capacité d'agir. Par sa pluralité de métiers, son maillage territorial et ses réseaux de soins et de services, il peut contribuer à faire le lien entre intelligence des risques, prévention et action.

Une capacité Mutualité Française de Population Health IT peut être comprise comme une extension

34. Bates DW, Saria S, Ohno-Machado L, Shah A, Escobar G. *Big Data In Health Care : Using Analytics To Identify And Manage High-Risk And High-Cost Patients*. Health Aff (Millwood). 2014;33(7):1123-1131. doi:10.1377/hlthaff.2014.0041.

35. Adler-Milstein J, Holmgren AJ, Kralovec P, Worzala C, Searcy T, Patel V. *Electronic health record adoption in US hospitals: the emergence of a digital "advanced use" divide*. J Am Med Inform Assoc JAMIA. 2017;24(6):1142-1148. doi:10.1093/jamia/ocx080

36. Bezin J, Duong M, Lassalle R, et al. *The national healthcare system claims databases in France, SNIIRAM and EGB: Powerful tools for pharmacoepidemiology*. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2017;26(8):954-962. doi:10.1002/pds.4233

contemporaine de la solidarité : non plus seulement protéger contre le risque, mais contribuer à mieux l'éviter. Au-delà d'un projet technique ou organisationnel, c'est une certaine conception du contrat social sanitaire qui se dessine, fondée non seulement sur la prise en charge des besoins, mais sur une capacité collective à prévenir, orienter et agir plus tôt sur les risques évitables. Au fond, la question posée est peut-être simple : voulons-nous que le système continue essentiellement à réparer le risque, ou voulons-nous lui donner les moyens de mieux l'anticiper et de sortir des discours incantatoires ? En ce sens, une architecture de Population Health IT ne constitue pas un outil de plus mais une infrastructure nouvelle de solidarité. Plus profondément, elle engage moins une modernisation technique du système qu'un déplacement de son centre de gravité : de la réparation vers l'anticipation, du traitement des complications vers leur prévention, et, plus fondamentalement encore, d'une logique de réponse vers une logique d'action sur les déterminants du risque.

“

UNE VÉRITABLE DYNAMIQUE DE SANTÉ POPULATIONNELLE IMPLIQUERA UNE FORTE STRUCTURATION DES OUTILS DE CONNAISSANCE ET DE PILOTAGE PAR LES DONNÉES DE SANTÉ AU PLUS PROCHE DES TERRITOIRES

”*PAR***DAVID GRUSON**

PRÉSIDENT D'ETHIK-IA

Responsabilité populationnelle, IA et garantie humaine : une forte articulation sur le plan des principes

S'agissant de la définition de la responsabilité populationnelle en santé, l'article 20 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dispose que « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire ».

Dans un rapport publié en juillet 2024 avec Terra Nova³⁷, nous montrions déjà les articulations fortes en IA et responsabilité populationnelle et territoriale en santé. Si l'intelligence artificielle peut en être un adjuvant utile par l'émergence de parcours territorialisés dans plusieurs spécialités médicales, une véritable dynamique de santé populationnelle impliquera une forte structuration des outils de connaissance et de pilotage par les données de santé au plus proche des territoires.

37. Mélanie Heard, déléguée générale du think tank Evidences et responsable du pôle santé de Terra Nova et David Gruson, Fondateur d'Ethik-IA. *IA et Santé : pourquoi l'action publique ne peut plus attendre*. Rapport. Juillet 2024. tnova.fr

**LE CAS DU
DANEMARK MONTRE
LES EFFETS
MAJEURS DE
L'INTÉGRATION DE
L'IA DE DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN
DANS UN DOUBLE
CONTEXTE DE
RESPONSABILITÉ
POPULATIONNELLE
ET TERRITORIALE EN
SANTÉ**

Réunie le 1^{er} décembre 2025, la deuxième édition des États généraux de l'IA en santé, à laquelle le CRAPS s'était associé, avait montré la forte connexion entre responsabilité populationnelle et garantie humaine pour répondre aux enjeux majeurs d'accélération de la diffusion de l'IA en santé dans un cadre de souveraineté par les professionnels de santé et les patients.

En pratique, dans une logique de responsabilité populationnelle en santé, cinq premiers parcours territoriaux de santé mobilisant l'IA pourraient être engagés dès 2027. Cette expérimentation viserait les domaines dans lesquels l'IA a d'ores et déjà fait ses preuves opérationnelles et représenterait un levier d'accès aux soins et de pertinence des actes (traumatologie, dermatologie, mammographie, ophtalmologie gastro-entérologie ou encore santé respiratoire). À la suite des premières orientations favorables au développement de l'IA posées dans la nouvelle convention médicale, ce dispositif pourrait

intégrer une valorisation de l'acte de contrôle médical humain et une démarche d'évaluation des effets observés en termes de prévention, accès aux soins et pertinence des actes.

Concrètement, il convient de soutenir l'innovation organisationnelle ouverte par la télémédecine et la téléradiologie de garantie humaine de l'IA qui permet de rapprocher l'accès au diagnostic de spécialité pour le patient tout en mettant en place un protocole rigoureux et traçable de contrôle humain par les spécialistes.

La création de la confiance autour du déploiement de ces outils constitue à cet égard une condition majeure de réussite de ces déploiements territoriaux. C'est le sens de la garantie humaine de l'IA, désormais requise par les articles 14 et 26 du règlement européen sur l'IA publié en juillet 2024 et dont la pleine entrée en vigueur sur le contrôle humain est prévue pour décembre 2027. Cette garantie humaine a vocation à se déployer selon le cadrage méthodologique de l'AFNOR SPEC 2213 publiée en juillet 2024 et co-construite avec les représentants des concepteurs de systèmes, des professionnels de santé et des représentants de patient. En outre, Ethik-IA opère une labellisation AI Act/Garantie Humaine auprès des acteurs de santé, effective depuis mi-2022. Cette labellisation a été reconnue en juillet 2025 par la DNS comme étant de

loin la plus conforme à son référentiel national. Lors des États généraux de l'IA en santé en décembre 2025, 12 premiers concepteurs de systèmes d'IA ont annoncé s'engager dans la labellisation d'Ethik-IA³⁸.

Responsabilité populationnelle, IA et garantie humaine : l'exemple du dépistage du cancer du sein

L'exemple du dépistage du cancer du sein montre le potentiel de projection de systèmes d'IA d'aide au diagnostic de spécialités dans les territoires en cohérence avec les grands objectifs des programmes de responsabilité populationnelle en santé. La mammographie constitue, en effet, un exemple système d'IA avec des impacts concrets sur la prévention, l'efficience et la qualité des soins :

- Précocité du diagnostic : les systèmes intelligents d'analyse d'images (SIADM) permettent une détection précoce du cancer du sein, avec des taux de précision proches de 95 % (Retson et al., J Breast Imaging, 2022). Cela représente une rupture importante dans les campagnes de dépistage organisé ;

38. Apneal, BioLogBook, Biosency, Dalvia Santé, Elixir Health, E-Sensia, eTICSS (plateforme de responsabilité populationnelle de l'ARS Bourgogne - Franche-Comté), Kanopy Med, Mata-AI, Monka, Oralien-UFSBD, Roche et la Filière IA & Cancers.

- Réduction de la charge de travail : l'IA aide les urgentistes et les radiologues dans le tri et l'interprétation des images. Elle permet de détecter les cas négatifs simples, libérant du temps médical pour les situations complexes ou les actes de supervision. La réduction de la charge de travail a été estimée à 44 % dans l'étude suédoise MASAI (Hernström et al., Lancet Digital Health, 2025) ;

- Équité territoriale : dans les zones de sous-densité médicale, l'IA permet d'offrir une lecture à distance avec supervision humaine différée, rendant possible une prise en charge rapide et homogène et réduisant ainsi les inégalités en santé ;

- Exemple d'intégration réussie : certaines plateformes de téléradiologie utilisent déjà des outils d'IA dans la lecture des mammographies, sous protocole strict et traçable. Le cadre européen « AI Act » conforte ces pratiques en imposant une supervision humaine parmi les exigences permettant d'obtenir le marquage CE.

Le cas du Danemark montre les effets majeurs de l'intégration de l'IA dans le dépistage du cancer du sein dans un double contexte de responsabilité populationnelle et territoriale en santé et de transformation des organisations entre professionnels de santé.

IA et dépistage du cancer du sein : l'exemple du Danemark

L'importance du protocole de déploiement et des modalités organisationnelles pour diffuser l'IA en matière de santé publique : l'exemple du dépistage du cancer du sein. Cette étude d'Andreas Lauritzen et al.³⁹ vise à comparer les modalités d'organisation et les performances en matière de dépistage du cancer du sein selon que celui-ci a intégré ou non un système d'IA de reconnaissance des mammographies.

L'étude porte sur 60 751 et 58 246 femmes de 50 à 69 ans vivant au Danemark ayant connu un dépistage mammographique bisannuel avant et après la mise en place d'un système d'IA. Le système d'IA (SIA) utilisé est déjà commercialisé et nommé « Transpara » (V1.7.1 ; ScreenPoint Medical). Il s'agit d'un modèle d'apprentissage profond de type deep learning entraîné sur des données européennes et américaines mais sur aucune donnée danoise. Sa fonction est de mettre en évidence des lésions profondes et des calcifications suspectes dans les mammographies. L'outil va générer un score allant de 1 à 10 (10 étant le seuil maximal déterminant le plus haut niveau de probabilité de

39. Andreas D. Lauritzen, PhD, Martin Lillholm, Ph.D., Elsebeth Lyng, Ph.D., Mads Nielsen, Ph.D., Nico Karssemeijer, PhD., Ilse Vejborg, MD. *Indicateurs précoces de l'impact de l'utilisation de l'IA dans le dépistage du cancer du sein par mammographie*. Radiology, Vol 311, Number 3. 27 mars 2024.

détection d'un cancer du sein) permettant de stratifier un niveau de risque déterminant un niveau de probabilité de cancer du sein.

Les mammographies ont été lues conformément aux exigences européennes⁴⁰ par une équipe de 21 radiologues plus ou moins expérimentés. Antérieurement à la mise en œuvre de l'IA, le processus de dépistage relevait d'une double lecture par deux radiologues indépendants, le dernier lecteur était toujours un radiologue senior. À l'issue du diagnostic, soit un rappel était formulé, soit une réunion des radiologues lecteurs était organisée afin de déterminer la meilleure décision médicale. Postérieurement à l'utilisation du système d'IA, la procédure de dépistage évolue. La radiographie fait l'objet d'une première lecture par l'IA qui accorde un score de risque. Si ce dernier est de 5 ou inférieur à 5, le dépistage est lu en seconde lecture par l'un des radiologues principaux. Si celui-ci estime un rappel nécessaire, alors il devra se réunir avec les autres radiologues pour prendre une décision.

Le 3 mai 2022, le chiffre du score est passé de 5 à 7, la procédure reste quant à elle inchangée. Les examens restants, c'est-à-dire supérieurs à 5 avant le 3 mai 2022

40. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. Fourth edition. Summary document. Ann Oncol 2008;19(4):614–22.

puis supérieurs à 7, font l'objet d'une double lecture toujours avec aide à la décision du SIA. L'étude montre que l'utilisation de l'IA dans ce programme danois dans le cadre d'un dépistage mammographique en population a permis de réduire la charge de travail des radiologues liée à la lecture de 33,5 %. L'IA a également permis d'améliorer la qualité du dépistage lui-même avec un taux de rappel diminué de 20,5 %. Le taux de détection du cancer a augmenté passant à 0,82 % contre 0,70 % avant l'IA. Le taux de faux positif a été ramené de 2,39 % avant recours à l'IA à 1,63 %. La valeur prédictive positive est plus élevée avec l'IA, passant de 22,6 % avant recours à l'IA à 33,6 % après.

Dans un rapport consacré à cette thématique au début de l'année 2026⁴¹, la Cour des comptes montrait que le dépistage organisé du cancer du sein en France, destiné aux femmes de 50 à 74 ans, était caractérisé par une participation en baisse : seulement 44 % en 2024 contre 52 % en 2011. Une partie des femmes se tourne vers un dépistage « individuel », qui n'offre pas la seconde lecture obligatoire et peut coûter plus cher. Cette situation limite les bénéfices attendus du dépistage précoce, alors que le cancer détecté tôt guérit dans 9 cas sur 10. La Cour des comptes souligne qu'il faut améliorer l'accès, la coordination et l'évaluation des actions locales pour encourager davantage de

41. Cour des comptes. *La prévention et la prise en charge du cancer du sein*. Janvier 2026.

femmes à participer et souligne - bien sûr parmi d'autres pistes d'actions - l'intérêt à cet égard d'une mobilisation d'outils d'IA d'aide au dépistage dans des cadres territorialisés.

Ce rapport consacre des développements très significatifs sur la reconnaissance du principe de garantie humaine, des méthodologies que met en œuvre Ethik-IA en établissements et de la valeur de déploiement de cette supervision humaine comme levier de création d'accès aux soins et de renforcement du dépistage dans les zones rurales et les quartiers d'intervention de la politique de la ville. Il mobilise notamment l'exemple du groupement hospitalier de territoire de Rodez pour lequel des méthodologies innovantes de déploiement de l'IA d'interprétation des mammographies ont été mises en œuvre.

Le rapport formule plusieurs recommandations relatives à la garantie humaine pour déployer l'IA de dépistage du cancer du sein dans les territoires :

- Adopter d'ici 2027 et mettre en œuvre un plan de déploiement de l'intelligence artificielle dans le dépistage organisé du cancer du sein en définissant ses modalités d'application et en garantissant une supervision humaine (ministère chargé de la santé, INCa) ;

- Confier à la Haute Autorité de santé, d'ici 2027, une mission d'évaluation régulière et de labellisation des logiciels d'intelligence artificielle utilisés dans le cadre du dépistage du cancer du sein (ministère chargé de la santé, HAS).

Ce cas d'usage montre tout le potentiel de déploiement d'un système d'IA dans un cadre de responsabilité populationnelle et territoriale et sous garantie humaine des professionnels de santé. Un financement pérenne, une stratégie d'évaluation systématique et une gouvernance ad hoc spécifique pourraient permettre de pleinement mobiliser ces innovations en termes d'accès à la prévention et aux soins, mais aussi dans les organisations des pratiques entre professionnels. Il serait opportun d'envisager un changement d'échelle pour maximiser ces bénéfices pour les patients et le système de santé. Ce sera sans doute l'un des enjeux du débat public sur les questions de santé en prévision des échéances de 2027.

“

NOTRE JUMEAU NUMÉRIQUE EST UNE RÉPLIQUE DYNAMIQUE ET COMPUTATIONNELLE DE LA POPULATION CIBLE ALIMENTÉE EN CONTINU PAR LES QUATRE BASES ET CAPABLE D'APPRENDRE, DE SIMULER ET D'ANTICIPER

”*PAR***DR JEAN-LOUIS FRAYSSE**

CO-FONDATEUR DE BOTDESIGN

L'approche populationnelle en prévention permet d'améliorer l'état de santé global et de réduire les inégalités en agissant sur les déterminants de santé à l'échelle des territoires. Le pilotage par la donnée, la modélisation et l'IA permettent d'identifier des sous-groupes de population afin d'anticiper les risques et de cibler les actions de manière plus efficace.

Dans cette contribution, je décris un cas fictif qui illustre comment les bases de données existantes et l'IA pourraient permettre de mettre en œuvre des actions de prévention ciblées en territoire vulnérable.

Le défi territorial des maladies chroniques

Les maladies chroniques (diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, obésité..) concentrent plus de 60 % des dépenses de santé françaises et frappent de façon disproportionnée les territoires défavorisés. Les programmes de prévention restent trop souvent génériques et peu ciblés. La prévalence du diabète de type 2 est ainsi significativement plus élevée dans les zones urbaines sensibles, sous l'effet conjugué de déterminants structurels (précarité économique, environnement alimentaire dégradé, stress psychosocial chronique, accès aux soins limité) qui agissent sur le risque métabolique au-delà des seuls comportements individuels.

Quatre bases de données complémentaires

La démarche repose sur le croisement de quatre sources qui apportent chacune une dimension déterminante à la compréhension du risque populationnel.

Le SNDS (Système national des données de santé) constitue la colonne vertébrale du dispositif. Couvrant 99 % de la population française, il regroupe notamment les remboursements de l'Assurance maladie, les séjours hospitaliers (PMSI) et les causes de décès. Il permet de reconstituer des parcours de soins complets et d'identifier les patients en rupture de suivi.

La cohorte « Constances », et ses 200 000 adultes suivis longitudinalement, fournit des données sur les facteurs de risque individuels tels que bilans biologiques, antécédents médicaux et indicateurs socio-professionnels. Elle permet de calibrer les modèles de risque sur des profils populationnels réels.

NutriNet-Santé, avec plus de 170 000 participants actifs, documente les comportements alimentaires et les habitudes de vie. Ces données comportementales permettent d'identifier les leviers d'action préventive et de personnaliser les interventions.

Enfin, les données INSEE et Géodes (Santé publique France) permettent de contextualiser le risque à l'échelle de l'IRIS (maille géographique d'environ 2 000 habitants) en intégrant la densité médicale, l'indice de pauvreté et l'accès aux commerces alimentaires.

Le croisement de ces quatre bases permet de construire un indice de vulnérabilité populationnelle par territoire combinant risque médical, comportemental, social et d'accès aux soins qui déterminera la stratégie d'intervention.

**LES MALADIES
CHRONIQUES
(DIABÈTE DE TYPE
2, MALADIES
CARDIOVASCULAIRES,
OBÉSITÉ..) CONCENTRENT
PLUS DE 60 % DES
DÉPENSES DE SANTÉ
FRANÇAISES ET
FRAPPENT DE FAÇON
DISPROPORTIONNÉE
LES TERRITOIRES
DÉFAVORISÉS**

Le jumeau numérique populationnel

Notre jumeau numérique est une réplique dynamique et computationnelle de la population cible alimentée en continu par les quatre bases et capable d'apprendre, de simuler et d'anticiper. Chaque patient virtuel est caractérisé par un profil médical (SNDS), comportemental (NutriNet), biologique (Constances) et territorial (INSEE/Géodes).

Dans un premier temps, le jumeau est construit pour simuler l'évolution naturelle de la population sans programme de prévention et pour modéliser quels territoires verront la prévalence du diabète augmenter et quels profils basculeront dans la chronicité dans les trois prochaines années. Cette prédiction permettra de décider le type et l'allocation des ressources.

Dans un deuxième temps, le jumeau teste virtuellement des dizaines de scénarios d'intervention (ateliers nutrition, dépistage mobile, consultations médicales..) afin d'identifier les stratégies les plus efficaces pour chaque profil de population avant déploiement sur le terrain.

Enfin, dans le cadre du suivi, une fois les interventions déployées, il jouera le rôle de tour de contrôle en comparant la réalité observée aux trajectoires simulées et en détectant les écarts pour proposer, sous contrôle humain, des ajustements en temps réel.

Quatre stratégies ciblées pour quatre profils de population

L'analyse des données et des simulations permet d'identifier quatre profils avec des interventions différenciées : actions d'aller-vers et unités mobiles de dépistage pour les patients à risque élevé non

diagnostiqués ; éducation thérapeutique renforcée pour les patients avec maladie déclarée et mauvaise observance ; ateliers de nutrition et d'activité physique adaptés au territoire pour les profils à risque comportemental ; renforcement de l'accompagnement du médecin traitant pour les profils précaires avec recours aux soins correct. Ces propositions restent bien entendu à challenger et valider par les professionnels compétents.

Évaluation et impact projeté

L'évaluation pourrait reposer sur la méthode de « difference-in-differences » (DiD), qui compare les zones d'intervention à des zones témoins. Les indicateurs suivis incluraient par exemple la réduction des hospitalisations, l'incidence du diabète de type 2 et les taux de dépistage. En ciblant les 15 % de territoires les plus vulnérables, la seule réduction des hospitalisations en trois ans devrait permettre un retour sur investissement du coût du programme pour l'Assurance maladie.

Conclusion

Cette approche permet de dépasser les démarches génériques pour déployer des stratégies précises, adaptatives et mesurables, ancrées dans les réalités de

chaque territoire. Le jumeau numérique ne remplace pas les acteurs de terrain, c'est un copilote qui leur permet d'adapter en continu leur prise en charge aux besoins réels des populations.

Sa mise en œuvre suppose des données disponibles, interopérables et de qualité ainsi qu'une volonté politique affirmée pour tester cette intelligence territoriale au service de l'égalité en santé.

“
**L'ENJEU N'EST PAS
DE MÉDICALISER
L'ENTREPRISE, MAIS DE
MIEUX COMPRENDRE LES
BESOINS DE SANTÉ DES
POPULATIONS SALARIÉES**
”

PAR

JÉRÉMY PEREIRA

DIRECTEUR STRATÉGIE & OFFRE DE MERCER FRANCE

La santé populationnelle vise à analyser l'impact des déterminants de santé sur des groupes de population définis. Elle se définit comme une démarche ayant pour objectif d'améliorer la santé des populations en tenant compte à la fois des besoins réels objectivés par la donnée et des besoins ressentis par les individus. Dans le champ de l'entreprise et de la protection sociale complémentaire, cette approche ne vise ni à transformer l'organisation du système de santé ni à se substituer aux professionnels de santé. Elle repose en revanche sur une capacité d'action bien identifiée : structurer un diagnostic populationnel, piloter des indicateurs pertinents et déployer des actions ciblées de prévention et d'accompagnement adaptées aux réalités des salariés.

L'entreprise comme poste d'observation des besoins de santé

Le lieu de travail constitue un marqueur social fort et un cadre structurant des parcours de vie. À ce titre, il offre un point d'observation privilégié des déterminants professionnels et sociaux de la santé : conditions de travail, exposition aux risques, organisation du temps, mobilité géographique, stabilité de l'emploi. Certaines pathologies ou fragilités y sont particulièrement prégnantes, telles que les troubles musculosquelettiques ou les risques psychosociaux, alors que d'autres

**LA MISE EN PLACE
EN FRANCE D'UN
LOGICIEL UNIFIÉ
NATIONAL, UTILISÉ
PAR L'ENSEMBLE
DES MÉDECINS POUR
LA DÉCLARATION
DES ACCIDENTS
DU TRAVAIL
ET MALADIES
PROFESSIONNELLES,
APPARAÎT COMME
UNE NÉCESSITÉ**

problématiques de santé sont indirectement influencées par le travail, notamment à cause des contraintes d'accès aux soins ou du manque de prévention.

L'enjeu n'est pas de médicaliser l'entreprise, mais de mieux comprendre les besoins de santé des populations salariées, à partir d'une lecture structurée et agrégée des données disponibles.

Pour que l'entreprise devienne un véritable territoire de santé actif, constituant un socle pour chacun des travailleurs, certaines conditions de gouvernance doivent être réunies. Le renforcement du dialogue social constitue à cet égard un levier central : la santé au travail ne peut être pensée ni pilotée sans une association étroite des partenaires sociaux, au plus près des spécificités de chaque poste.

Reporting extra-financier : lecture populationnelle des enjeux de santé

L'essor des rapports extra-financiers, notamment dans le cadre de la directive européenne CSRD sur la publication d'informations environnementales, sociales et de gouvernance, offre une opportunité structurante pour inscrire durablement les enjeux de santé, de sécurité et de prévention dans la stratégie des entreprises. Au-delà d'une obligation de reporting, ces dispositifs permettent de rendre visibles et comparables les données sociales et de santé, d'objectiver les risques et les besoins à l'échelle des populations de salariés, d'outiller le dialogue social autour d'indicateurs partagés et de faire de la santé au travail, physique comme mentale, un sujet de pilotage stratégique, au même titre que la performance économique.

Pour autant, ces rapports demeurent aujourd'hui largement génériques, au regard du potentiel qu'ils recèlent. Une approche populationnelle de ces données ouvre la voie à un pilotage plus fin des politiques de santé au travail, en tenant compte des spécificités des métiers, des secteurs d'activité et des territoires. Dans cette logique, le développement de rapports extra-financiers déclinés à l'échelle de chaque salarié constituerait une avancée majeure permettant d'objectiver des besoins spécifiques. Jusqu'ici peu visibles dans les indicateurs

agrégés, ces derniers permettraient un pilotage plus fin et personnalisé de la santé au travail.

Un rôle décisif des complémentaires santé dans le diagnostic et le pilotage

Dans ce cadre, les complémentaires santé disposent d'une vision globale des parcours de vie de leurs assurés, en complément de celle de l'Assurance maladie. Elles rassemblent des données médico-administratives, sociales et d'usage qui permettent de mieux comprendre les comportements de recours aux soins, les ruptures de parcours et les besoins non couverts. Les données récoltées sont notamment : le secteur professionnel, la nature du poste, les arrêts maladie, les congés de parentalité, le départ en retraite, le licenciement, ou encore le lieu de vie. Elles permettent donc de mesurer la densité médicale dont bénéficie l'assuré.

Ces données, utilisées comme des outils d'aide à la décision dans un cadre strictement réglementé, permettent d'identifier les populations à risque ou en situation de renoncement aux soins, de prioriser des actions de prévention ciblées, et de mesurer l'impact des dispositifs déployés. Par exemple, il apparaît qu'aujourd'hui 53 % des assurés n'ont pas consulté de dentiste au cours des deux dernières années, et que 56 % des assurées n'ont consulté ni gynécologue

ni sage-femme sur la même période. Ces statistiques brutes appellent à être affinées afin d'identifier les populations les plus fragiles et de concevoir une réponse adaptée à leurs besoins.

Aussi, ces taux sont encore plus élevés dans certains secteurs d'activité, tels que les centres d'appels, le commerce, la distribution ou les services à la personne. Il est alors du rôle des complémentaires d'adapter les parcours de santé autour des parcours de vie des assurés de ces secteurs. Cela est rendu possible par leur connaissance des données sociales et de santé de l'ensemble de leurs assurés, dans le strict respect du cadre réglementaire. En effet, l'évolution vers une approche populationnelle nécessite un pilotage renforcé par ces données. Ce complément d'information est indispensable pour comprendre les besoins d'une population, identifier les ruptures de parcours et prioriser les actions.

Intégration des contraintes territoriales et organisationnelles

L'analyse populationnelle permet également d'intégrer des facteurs souvent peu pris en compte dans les politiques de prévention, tels que la densité médicale ou les contraintes géographiques. Par exemple, identifier une partie des salariés résidant dans des zones de sous-

densité médicale permettrait d'adapter les dispositifs d'accompagnement proposés en lien avec l'entreprise : orientation vers des services de téléconsultation, aide à l'accès aux soins non programmés, ou encore information adaptée aux ressources locales disponibles.

De la même manière, certains secteurs d'activité tels que les centres d'appels, l'intérim, les services à la personne ou les centres de santé, présentent des enjeux spécifiques en matière d'absentéisme, de turnover, de consommation médicamenteuse ou d'errance thérapeutique. Dans ces contextes, l'entreprise peut devenir un lieu de soutien pour les salariés, en s'appuyant sur des stratégies de prévention et d'accompagnement adaptées. Les solutions proposées gagnent alors à être articulées avec les dynamiques locales de santé, qu'il s'agisse de dispositifs portés par les ARS (Agences régionales de santé), des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) ou plus largement des acteurs de coordination présents localement.

Un passage nécessaire d'une prévention universelle à des actions ciblées

La prévention ne peut être efficace que si elle s'adresse aux bonnes populations, au bon moment et par les bons canaux. Il convient également d'adopter un ton

et un style adéquats : la campagne d'information de l'Assurance maladie de mars 2026 sur la préménopause avait été jugée trop angoissante et adressée à des femmes trop jeunes pour se sentir concernées. Les complémentaires santé jouent déjà un rôle de relais des campagnes nationales de prévention (santé bucco-dentaire, dépistages des cancers, maladies cardiovasculaires). Toutefois, l'expérience montre que la massification des messages, dans un contexte de saturation informationnelle, s'avère rapidement inefficace, voire contre-productive. Les stratégies d'« aller-vers » développées par l'Assurance maladie, ciblant précisément les assurés concernés, illustrent cette dynamique, avec des résultats contrastés. Car si seules 46 % des femmes participent au dépistage organisé du cancer du sein⁴², la campagne de vaccination antigrippale se rapproche des 75 % de couverture⁴³. Ainsi, le recours au service de second avis médical peut augmenter jusqu'à 67 % lorsqu'il est proposé au bon moment aux personnes concernées. L'approche populationnelle permet au contraire d'adapter les messages de prévention aux spécificités des populations, de limiter la surinformation et de renforcer la crédibilité et l'appropriation des messages.

⁴². Assurance maladie et Santé publique France. 2024.

⁴³. Assurance maladie et Santé publique France. 2024.

Vers un parcours de prévention coordonné

Dans le prolongement du contrat responsable, qui prévoit un moindre remboursement de la Sécurité sociale pour les personnes ne respectant pas le parcours de soins coordonnés, un parcours de prévention coordonné pourrait également être instauré. Par exemple, en se concentrant sur la santé dentaire, la Sécurité sociale et les complémentaires santé limiteraient les remboursements des prothèses dentaires et implants qui n'auraient pas été précédés d'une consultation chez le dentiste au cours des trois dernières années. Cette mesure permettrait une économie de près de 215 millions d'euros pour l'Assurance maladie et les complémentaires santé. Le déploiement de ce nouveau parcours devra toutefois être organisé de manière progressive, en tenant compte à la fois des zones géographiques et des thématiques de santé, afin de garantir un accès de qualité aux soins pour tous les Français.

Articulation avec les services de santé au travail

La collaboration avec les services de santé au travail constitue un levier essentiel pour articuler prévention collective et l'accompagnement individuel, dans le respect des rôles et des prérogatives de chacun. Aujourd'hui, ces services peinent à remplir pleinement leur rôle protecteur et préventeur envers les populations

qu'ils accompagnent et sont encore perçus comme une contrainte, notamment financière, que comme une aide sur laquelle s'appuyer. Cette difficulté s'explique entre autres par une dégradation structurelle des effectifs de médecins du travail, dont le nombre a diminué de 10 % entre 2012 et 2023⁴⁴.

La mise en place en France d'un logiciel unifié national, utilisé par l'ensemble des médecins pour la déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, apparaît comme une nécessité. Aujourd'hui, plusieurs dispositifs numériques interconnectés coexistent, compliquant et fragmentant le processus. À l'inverse, le Danemark, à titre d'exemple, dispose d'un système national centralisé et obligatoire, largement numérisé. L'AES (Arbejdsmarkedets Erhvervssikring - régime de Sécurité sociale danois) permet ainsi la déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles⁴⁵, aux employeurs comme aux médecins, via un système centralisé qui bénéficie en outre d'une forte intégration avec le dossier de santé national. Il s'agit d'un modèle essentiellement public, axé sur la prévention et la collecte nationale de données. En France, un

44. Crise de la médecine du travail. Question écrite n°01641 - 17^e législature. De Mme Dominique Estrosi Sassone à Mme la ministre auprès de la ministre du Travail, de la Santé, de la Solidarité et des Familles, chargée du travail et de l'emploi. 13 février 2025. senat.fr

45. Labour market insurance. aes.dk

tel système, conçu en collaboration étroite avec les médecins, constituerait un véritable outil d'aide à la décision, fonctionnel et réellement efficace. Au-delà de la simple dématérialisation du formulaire, le logiciel pourrait intégrer des fonctionnalités intelligentes qui accompagnent le praticien dans sa démarche déclarative. Par exemple, lors de la saisie du diagnostic, des infos-bulles contextuelles pourraient s'afficher automatiquement pour suggérer les durées d'arrêt de travail recommandées, notamment par la HAS (Haute Autorité de santé), selon la pathologie et le métier du patient. Le logiciel pourrait également proposer une aide au repérage des maladies professionnelles indemnisables en croisant automatiquement les symptômes saisis avec les tableaux du régime adéquat.

Conclusion

La santé populationnelle appelle un changement de regard et de méthode : passer d'une approche fragmentée et essentiellement curative à un pilotage stratégique, fondé sur la donnée, la prévention ciblée et l'évaluation de l'impact et la coordination des acteurs. En prenant l'entreprise comme point d'observation privilégié, en partageant des indicateurs communs et en mobilisant l'expertise des complémentaires santé, il devient possible d'anticiper les risques, de réduire les inégalités d'accès aux soins et d'améliorer

durablement la santé des salariés. Faire de la santé au travail un investissement collectif, au même titre que la performance économique, constitue ainsi un levier majeur à la fois pour la cohésion sociale et pour la compétitivité des entreprises et des territoires.

“
**LE NUMÉRIQUE
HOSPITALIER A TOUJOURS
ÉTÉ PENSÉ COMME
UNE JUXTAPOSITION
DE MÉTIERS AVEC
DES APPLICATIONS
NUMÉRIQUES DÉDIÉES.
UNE APPROCHE QUI
ATTEINT AUJOURD'HUI
SES LIMITES**
”

PAR

STÉPHANE KIRCHE

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DU GROUPEMENT HOSPITALIER NORD
SAÔNE-ET-LOIRE BRESSE MORVAN EN CHARGE DES PARCOURS, DE LA
TRANSFORMATION ET DE L'INNOVATION

La santé populationnelle est devenue un impératif stratégique. Comme ailleurs dans le monde, vieillissement de la population, explosion des maladies chroniques, désertification médicale, tensions hospitalières et contraintes financières imposent de transformer profondément notre système de santé.

Malgré l'accumulation des réformes, des plans, des dispositifs, (etc.), les résultats restent insuffisants. Pourquoi ? La crise sanitaire a démontré « dans la vraie vie » que, lorsque les acteurs disposent d'objectifs communs, de circuits de décision courts, de données partagées et d'outils opérationnels, les territoires deviennent capables d'innovation, de réactivité et d'efficacité exceptionnelles.

Malgré cela, notre système est très vite revenu à une organisation fragmentée selon la logique du « cure », et non celle du « care » qui permet de piloter durablement, par la prévention et la prédictivité, l'état de santé d'une population là où elle est soignée si c'est utile - nécessaire.

La question n'est donc plus de savoir s'il faut transformer notre système de santé, mais comment le rendre réellement opérable et adapté aux enjeux majeurs soulignés ci-dessus.

La santé populationnelle suppose un changement radical de perspective : il ne s'agit plus seulement de soigner des patients, mais d'organiser collectivement les conditions d'une meilleure santé, plus durable, des populations dans les territoires. Le patient n'est plus un usager passif du système de santé. Il devient un acteur informé, exigeant et parfois expert de sa propre trajectoire de soins. Notre modèle d'organisation doit désormais intégrer cette transformation majeure du rapport au soin.

Par ailleurs, « radicalité » ne suppose pas de tout casser et de tout reconstruire ! Au contraire, il faut cesser d'opposer et intégrer prévention et soin, médecine de ville et hôpital, sanitaire et médico-social, État et collectivités, dans une approche globale de type « One Health » et « Health in all policies », intégrant les déterminants environnementaux, sociaux et territoriaux de la santé.

La santé populationnelle ne se construira pas uniquement à travers de nouvelles normes ou de nouveaux financements. Elle nécessite désormais des infrastructures territoriales capables d'organiser les parcours, de coordonner les acteurs et de piloter la donnée de santé.

Comme lors de la crise du Covid-19 cela implique d'abord d'admettre comme principe de base que le système d'information (SIH et SI soins primaires, IoT) producteur de données est devenu l'outil stratégique d'une santé publique en « mode dynamique » incluant la temporalité quotidienne des trajectoires des patients. L'enjeu n'est donc plus seulement « d'informatiser » l'hôpital, la médecine de ville et le médico-social mais de construire un système d'information territorial unifié, capable de soutenir une logique populationnelle.

**LES FUTURS
MODÈLES DEVRONT
DAVANTAGE INTÉGRER
DES OBJECTIFS
POPULATIONNELS,
DES INDICATEURS
DE QUALITÉ, DE
PERTINENCE DES
SOINS ET D'IMPACT
TERRITORIAL,
MAIS ÉGALEMENT
DES MESURES
D'EXPÉRIENCE
ET DE RÉSULTATS
RAPPORTÉS PAR LES
PATIENTS**

Le numérique hospitalier a toujours été pensé comme une juxtaposition de métiers avec des applications numériques dédiées. Une approche qui atteint aujourd'hui ses limites. Sans interopérabilité, sans gouvernance de la donnée et sans vision territoriale, il devient impossible de coordonner efficacement les parcours de soins ou d'évaluer l'impact réel des politiques de santé. Cette fragmentation historique

constitue aujourd'hui l'un des principaux facteurs d'inefficience de notre système, mais aussi de fragilisation de la qualité et de la sécurité des soins, notamment lorsque les ruptures de parcours, l'absence de partage d'information ou les défauts de coordination multiplient les risques d'événements indésirables évitables.

Cette transformation suppose également de dépasser une vision strictement technologique du numérique en santé. La réussite des projets repose moins sur les outils eux-mêmes que sur la capacité à repenser les organisations, les responsabilités et les coopérations.

Dans les territoires, associés à l'action des ARS et des GRADeS, les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) peuvent devenir des leviers puissants, les premiers socles de cette transformation. À condition toutefois de ne plus les considérer uniquement comme des dispositifs de mutualisation, mais comme de véritables plateformes territoriales d'organisation et de coordination des parcours, de partage de la donnée et d'innovation en santé.

L'enjeu est également humain. La santé populationnelle nécessite de nouveaux métiers, de nouvelles compétences et une nouvelle culture du pilotage. L'ingénierie clinique, biomédicale, numérique et organisationnelle

devient un maillon essentiel de la performance des systèmes de santé.

Enfin, cette évolution ne pourra aboutir sans une refonte des modèles de financement. Continuer à rémunérer principalement le volume d'activité tout en affichant des ambitions de prévention et de coordination constitue une contradiction structurelle. Les futurs modèles devront davantage intégrer des objectifs populationnels, des indicateurs de qualité, de pertinence des soins et d'impact territorial, mais également des mesures d'expérience et de résultats rapportés par les patients (PREMs et PROMs) en faisant évoluer progressivement notre système d'un financement centré sur l'activité vers un financement davantage fondé sur la valeur et les résultats en santé.

La santé populationnelle ne se résumera donc pas à un changement doctrinal. Elle impose une transformation opérationnelle profonde de nos infrastructures, de notre gouvernance et de nos outils de pilotage.

Nous ne manquons plus de diagnostics. Nous ne manquons même plus d'ambitions. Nous manquons désormais d'une force collective pour construire les infrastructures qui permettront réellement de faire fonctionner la santé populationnelle dans les territoires.

La France a incontestablement le potentiel pour mener cette « transition juste ».

Il faut oser, décomplexer, agir et transformer !

Ce texte s'appuie en partie sur les travaux conduits dans le cadre du mémoire « La nouvelle gouvernance régionale en santé : la garantie de l'accès à la santé pour tous », réalisé sous la direction de M. Didier Tabuteau, vice-président du Conseil d'État, dans le cadre de l'Executive Master Gestion et Politique de Santé de Sciences Po Paris, promotion Marie Curie.

“

**L'UN DES ENJEUX
CONSISTE À S'APPUYER
SUR DES DISPOSITIFS
ORGANISÉS POUR
FAIRE LE LIEN ENTRE
PRODUCTION DE
CONNAISSANCES ET
TRANSFORMATION DES
PRATIQUES**

”*PAR***PR SAMIR HENNI**

DIRECTEUR GÉNÉRAL DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

La responsabilité populationnelle suppose de mieux connaître les populations prises en charge par le système de santé afin d'adapter les parcours et les modalités de prise en charge à leurs besoins. Elle repose sur une capacité à identifier les situations à risque, à anticiper les ruptures de parcours et à intervenir au moment le plus utile. Dans ce cadre, le pilotage par la donnée constitue un levier essentiel, dès lors qu'il est mobilisé pour améliorer l'ajustement des soins aux situations individuelles et collectives.

Les établissements hospitalo-universitaires produisent quotidiennement des données cliniques, biologiques, d'imagerie et issues de l'expérience des patients, tant dans le soin courant que pour les besoins de la recherche. Lorsqu'elles sont mises en cohérence, ces données permettent de mieux comprendre les trajectoires de soins, d'identifier les moments critiques et d'agir plus précocement et de manière plus ciblée. À Strasbourg, cette capacité s'est construite à l'interface entre le soin, la recherche clinique et les outils de données. Elle s'est appuyée à la fois sur une organisation dédiée au lien entre cliniciens et chercheurs, incarnée par la Maison de la recherche, et sur un entrepôt de données de santé conçu comme un socle commun d'agrégation et d'analyse des données issues du soin et de la recherche. Ces dispositifs permettent de rendre exploitables des données produites dans des contextes différents et de

**LE PILOTAGE PAR LA
DONNÉE APPELÉ AINSI
DES CHOIX EXPLICITES :
INVESTIR DANS DES
DISPOSITIFS QUI
PERMETTENT DE RELIER
LES INFORMATIONS
ISSUES DU SOIN ET
DE LA RECHERCHE,
SOUTENIR LEUR USAGE
DANS LA PRATIQUE
QUOTIDIENNE, ET
INSCRIRE CES
DÉMARCHES DANS
UNE GOUVERNANCE
QUI ASSOCIE
PROFESSIONNELS,
INSTITUTIONS ET
USAGERS**

hospitalière, les équipes ont montré l'intérêt d'un dépistage génétique précoce de l'amyotrophie spinale chez les nouveau-nés, permettant une mise sous traitement rapide et une amélioration du pronostic individuel. En effet, lorsqu'un dépistage est positif, un traitement peut être initié chez le nouveau-né avant l'âge d'un mois, avant l'apparition des premiers symptômes, ce qui permet d'en maximiser les bénéfices. Les résultats obtenus ont ainsi conduit à une évolution nationale des pratiques de dépistage, traduisant la capacité d'une

les mobiliser au service des pratiques cliniques et de l'organisation des parcours.

L'un des enjeux consiste à s'appuyer sur des dispositifs organisés pour faire le lien entre production de connaissances et transformation des pratiques. Par exemple, à Strasbourg, le projet DEPISMA en constitue une illustration concrète.

À partir de données issues de la recherche

donnée produite dans un cadre de recherche à orienter les parcours de soins à l'échelle populationnelle.

À côté des données issues de la recherche, le soin courant constitue une source majeure d'information. Parcours hospitaliers, procédures interventionnelles, résultats biologiques, examens d'imagerie et données de suivi décrivent la réalité quotidienne des prises en charge. Leur agrégation au sein de l'entrepôt de données de santé permet d'analyser les parcours de façon longitudinale, de repérer des situations à risque et d'orienter les interventions vers ce qui apporte un bénéfice concret aux patients. Ces outils soutiennent une meilleure articulation entre l'analyse des données et les pratiques cliniques grâce à des ajustements fondés sur l'observation des trajectoires réelles.

Les travaux menés dans le cadre de la fédération hospitalo-universitaire DATA-SURGE, une initiative portée et financée par les Hôpitaux universitaires de Strasbourg, illustrent cette approche. L'analyse de données issues de plusieurs dizaines de milliers d'interventions chirurgicales, y compris le monitoring périopératoire, les données biologiques et le suivi postopératoire, a permis d'améliorer la sécurité des soins périopératoires grâce à une détection précoce des déviations de trajectoire. Ils ont également contribué à une meilleure efficacité des procédures

interventionnelles, en favorisant le bon acte, pour le bon patient, au bon moment, et en optimisant l'utilisation des plateaux techniques. L'analyse des trajectoires a ainsi permis d'identifier des leviers concrets d'amélioration des prises en charge et de réduction des complications.

Si ces succès locaux sont probants, le défi réside désormais dans l'intégration systématique des flux entre le soin, la recherche et la gestion. La pleine efficacité de ce modèle suppose des outils interopérables et une adhésion des professionnels de santé, sans lesquels la donnée ne peut atteindre son plein potentiel opérationnel.

Le pilotage par la donnée appelle ainsi des choix explicites : investir dans des dispositifs qui permettent de relier les informations issues du soin et de la recherche, soutenir leur usage dans la pratique quotidienne, et inscrire ces démarches dans une gouvernance qui associe professionnels, institutions et usagers. Au-delà de l'outil technique, cette démarche engage une évolution profonde de la culture hospitalière vers un modèle de décision plus agile, où l'apprentissage continu devient le socle de la performance publique.

“
**LA DIMENSION DE
« CITOYEN ACTEUR » DE
SA SANTÉ, QUI PREND
SA PRÉVENTION EN
MAIN, EST AU CŒUR DU
RÈGLEMENT EEDS**
”

PAR

ÉLISE DEBIÈSAVOCATE AU BARREAU DE PARIS ET CHARGÉE D'ENSEIGNEMENT DU DROIT
DES DONNÉES DE SANTÉ À LA SORBONNE

La santé populationnelle peut être définie juridiquement à partir de l'article 20 de la loi santé de 2019⁴⁶ qui prévoit que, désormais, « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire ». Les « bassins de vie⁴⁷ » sont généralement la maille territoriale retenue, extensible notamment si les actions s'adressent à des « sous-populations » (personnes âgées, jeunes, personnes atteintes ou à risque de pathologies chroniques, etc.) qui peuvent être « stratifiées » en fonction de leurs besoins. L'objectif est de faire émerger les meilleures pratiques, les actions à mettre en œuvre en priorité et les indicateurs à retenir. Il s'agit d'une approche à la fois collective (populationnelle et « One Health ») et individuelle (patients volontaires) de la santé⁴⁸, qui va mobiliser des données identifiantes, pseudonymisées, anonymisées, de santé et des données liées à tous les facteurs qui peuvent avoir un impact sur la santé.

46. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

47. Insee. Définis comme les plus petits territoires au sein desquels les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

48. Dont on retiendra la définition donnée par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Comment s'articule cette approche avec l'Espace européen des données de santé ?

Le règlement sur l'Espace européen des données de santé (EEDS) du 11 février 2025⁴⁹ a deux objectifs principaux : permettre à chaque citoyen d'accéder facilement à ses données de santé partout dans l'UE et de les partager en toute sécurité avec les professionnels qui le soignent (usages primaires), mais aussi encadrer la réutilisation de ses données (anonymisées ou pseudonymisées) à des fins de recherche, d'innovation et de politiques publiques (usages secondaires)⁵⁰. Un « marché des données de santé » émerge ainsi, fruit de la circulation des données qui constitue l'axe phare de la stratégie numérique européenne.

La dimension de « citoyen acteur » de sa santé, qui prend sa prévention en main, est au cœur du règlement EEDS, avec des garde-fous essentiels, le premier desquels demeurant l'interdiction de vendre des données identifiantes de santé, même avec l'accord de la personne concernée⁵¹.

49. EEDS. Règlement (UE) 2025/327 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2025 relatif à l'espace européen des données de santé.

50. Le règlement EEDS sera applicable à partir du 26 mars 2027 pour les usages primaires et à partir du 26 mars 2029 pour les usages secondaires.

51. Art. L1111-8, VII du Code de la santé publique.

Mais l'évolution essentielle du règlement réside dans la nouvelle obligation de mise à disposition des données de santé anonymisées ou pseudonymisées, par les détenteurs de données, pour des projets d'intérêt général. L'accès sera ouvert le cas échéant sur décision de l'organisme responsable de l'accès aux données de santé (ORAD).

**L'INTEROPÉRABILITÉ
ET LA SÉCURITÉ
APPARAISSENT
AINSI COMME
DES CONDITIONS
TECHNIQUES
DE LA SANTÉ
POPULATIONNELLE
NUMÉRIQUE, ET
L'EEDS COMME
SA POTENTIELLE
INFRASTRUCTURE**

L'EEDS vise donc à articuler trois dimensions nécessaires à une approche populationnelle fondée sur la donnée :

- renforcer les droits des personnes sur leurs données de santé personnelles ;
- harmoniser le partage des données pour les soins et la prévention (utilisation primaire) ;
- permettre leur réutilisation pour la recherche et l'innovation (utilisation secondaire).

L'interopérabilité et la sécurité apparaissent ainsi comme des conditions techniques de la santé populationnelle numérique, et l'EEDS comme sa potentielle infrastructure.

L'EEDS repose sur l'interopérabilité et la sécurité des systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME)

Pour les usages primaires, le règlement établit des règles communes pour les dossiers médicaux électroniques (DME) (article 1^{er}) et un format européen d'échange (article 15) qui suppose les adaptations des formats d'échange nationaux. Les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, les systèmes d'IA à haut risque utilisés en santé, devront aussi s'adapter à ces exigences d'interopérabilité (art. 27 et 36). Les applications de bien-être peuvent également être interopérables avec les DME.

Au niveau français, les référentiels d'interopérabilité et de sécurité prévus aux articles L. 1470-5 et L. 1470-6 du Code de la santé publique exigent déjà que les services numériques en santé soient conformes à des standards ouverts. Nous disposons d'un socle national solide en termes d'interopérabilité et de sécurité.

Ces exigences techniques sont directement au service d'une santé populationnelle : sans interopérabilité, pas

de consolidation fiable des données à l'échelle de larges populations, ni d'analyses comparatives entre bassins de vie ou États membres.

Sans sécurité, pas de confiance des citoyens nécessaire au partage de leurs données ; c'est aujourd'hui un maillon faible et pourtant, l'exigence de sécurité à la charge des responsables de traitement (art. 32 RGPD) peut être lourdement sanctionnée. C'est leur responsabilité qu'il faut engager pour corriger les failles de cybersécurité, le consentement des personnes concernées n'étant d'aucun secours.

L'EEDS facilite la valorisation des données de santé

Pour réussir le volet numérique de la santé populationnelle et passer de la santé individuelle à la santé collective, il s'agit maintenant de fédérer au maximum les bonnes pratiques émergentes.

Des initiatives n'ont pas attendu l'EEDS : ainsi, Unicancer a mis en place un modèle de valorisation qui a fait ses preuves. Au-delà de la structuration via son entrepôt de données de santé, le réseau a su créer un modèle économique autour de la transformation des données de vie réelle en preuves cliniques, qui génère publications scientifiques et partenariats industriels.

D'autres modèles sont déjà opérationnels, mais toutes les initiatives ne sont pas au même niveau de maturité. La qualité des données de santé, la complétude des entrepôts, l'interopérabilité et la disponibilité des moyens humains pour accompagner les projets restent très hétérogènes selon les régions ou établissements. Cette urbanisation est pourtant la condition du développement d'IA de confiance en santé.

L'EEDS peut sécuriser, dès maintenant, les acteurs français et européens, pour simplifier leurs processus via une approche multicentrique (fédérée et non centralisée), et faire évoluer leurs modèles de gouvernance en intégrant l'impératif de souveraineté numérique. Cette dimension, devenue centrale dans les structurations actuelles, oriente désormais les choix vers des acteurs européens.

À moyen terme, la préparation à l'EEDS impose un changement d'échelle : harmonisation des standards⁵² (à l'instar du standard de facto de Gaia-X et de la norme européenne harmonisée Trusted Data Transaction), interconnexion des plateformes, gouvernance européenne adaptée et protection des échanges

transfrontaliers. Cela requiert un dialogue stratégique entre territoires, structures publiques et partenaires industriels, qui servira un axe commun : réussir le volet numérique de la santé populationnelle.

52. Pour une présentation complète des standards et terminologies nationaux et internationaux des données de santé (OMOP, FHIR, etc.). *Fiches descriptives des standards et terminologies nationaux et internationaux des données de santé*. Juillet 2024. documentation-snds.health-data-hub.fr

“

**L'ANALYSE PAR LES
DONNÉES MASSIVES
PERMETTRAIT DE
MINORER L'IMPACT DU
BON VOULOIR INDIVIDUEL,
DE DÉFINIR LES PROGRÈS
ATTENDUS PUIS DE
MESURER CEUX QUI
SERAIENT RÉALISÉS**

”*PAR***STÉPHANE CHATENET**

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE AIRINSPACE

La période Covid-19 aura été celle du questionnement des institutions de la santé face à une infection interhumaine transmise massivement dans un cadre de mondialisation des échanges commerciaux et du tourisme de masse.

Pour le futur, qui n'est pas encore écrit mais probable, il nous est promis une population porteuse de maladies chroniques à une échelle, elle aussi, jamais égalée puisqu'il semblerait que, dans un avenir proche, près d'un tiers de la population serait porteur d'affections longue durée.

Un expert en santé publique rapportait récemment que, selon les projections, dans 20 ans, deux visiteurs sur trois de l'hôpital, qu'ils soient patients, soignants, employés ou simples visiteurs, seraient immunodéprimés, qu'ils soient greffés, diabétiques, obèses ou en surpoids, qu'ils aient été traités par chimiothérapie pour un cancer ou avec des corticoïdes au long cours pour d'autres affections.

De plus, et c'est peut-être le sujet le plus inquiétant, la résistance aux antimicrobiens (antibiotiques et antifongiques) progresse plus vite que la sortie des nouveaux traitements permettant de la contourner pendant un certain temps.

**ÉTABLIR DES
NORMES, DES TEXTES
RÉGLEMENTAIRES,
DES OBLIGATIONS
DE RÉSULTATS SANS
MOYEN NE DONNE
QUE TROP PEU DE
RÉSULTATS TANGIBLES**

Les politiques de santé en la matière sont, depuis plusieurs décennies, basées sur une approche curative plutôt que préventive.

— Cette fragilité immunitaire acquise, qui devrait devenir la norme, couplée à la résistance des traitements, doit induire une politique de prévention du risque infectieux mieux adaptée tant par la mesure de performance individuelle des établissements sur ce sujet (ciblage) que par la définition d'objectifs nationaux en la matière.

Un mur et une série d'équations complexes se dressent donc devant nous.

Au-delà, le coût réel induit par ces infections reste massif (coût des traitements, durée de séjour en réanimation, pronostic vital, etc.), en forte croissance, même s'il reste peu documenté et, de ce fait, finalement peu pris en compte par nos comptes en santé.

Les traitements antifongiques ne sont-ils pas la première catégorie des médicaments prescrits à l'hôpital ? Cela nous aurait-il échappé ?

Cela mériterait que l'on s'y intéresse beaucoup plus en profondeur et que des objectifs de progrès soient clairement intégrés dans les politiques de qualité des établissements pour ce qui concerne les risques iatrogènes (ceux qui, par définition, pourraient être évités).

Dans le cadre de la recherche d'un nouveau modèle de tarification, il sera nécessaire d'intégrer cette donnée et ainsi de permettre une meilleure responsabilisation et l'intéressement des acteurs.

De l'utilisation des données massives pour une meilleure maîtrise

L'utilisation des données en santé est une clé qui pourrait permettre de conduire des actions ciblées vers les sites les plus concernés, car l'hôpital est à ce sujet très inégalitaire et l'action de ses dirigeants très variable à ce sujet.

Une consommation élevée, voire trop élevée, d'antimicrobiens pour certains, des épisodes répétés de contamination fongique en routine ou pendant les périodes de rénovation et de travaux pour certains autres, doivent être autant d'indicateurs induisant une action prioritaire et ciblée, parfois même malgré la volonté des établissements concernés...

L'analyse par les données massives permettrait de minorer l'impact du bon vouloir individuel, de définir les progrès attendus puis de mesurer ceux qui seraient réalisés.

De la politique et des moyens nécessaires

Cibler est donc essentiel, l'analyse des données y contribuera, mais augmenter la dotation autour de la prévention du risque infectieux iatrogène est un facteur clé de succès dans ce domaine (infrastructures, matériels, personnels) car, au-delà des intentions toujours vertueuses, cette prévention est aussi, et peut-être avant tout, une question de moyens.

Établir des normes, des textes réglementaires, des obligations de résultats sans moyens ne donne que trop peu de résultats tangibles sauf pour une administration « normative » qui se satisfait des obligations créées sans se préoccuper des moyens nécessaires dans le registre d'un transfert massif des responsabilités.

Lorsque le sujet est important, comme nous avons pu constater que le risque infectieux pouvait l'être (Covid-19), il est alors crucial de décider ce qui doit rester l'objet d'une compétence centrale.

L'externalisation ne représentait finalement qu'un autre moyen de réduire le personnel à bon compte

(affichage) même lorsque cela concernait des pratiques aussi sensibles.

Beaucoup de ressources et compétences ont été sacrifiées en hygiène hospitalière depuis plus d'une décennie comme celle concernant le recours massif et déraisonnable à la sous-traitance pour le bionettoyage sous prétexte de se concentrer sur ses métiers essentiels...

Mentionner les infrastructures est clé, car il semble difficile de faire mieux, de s'améliorer significativement dans des locaux vétustes et inadaptés.

Parler prévention du risque infectieux reste insuffisant si l'on oublie la problématique vaccinale qui s'invite au débat car, si l'on connaît l'efficacité des vaccins à éradiquer de nombreuses maladies infectieuses, on note le retour bien concret de nombreuses maladies comme la rougeole, la coqueluche et même la variole par scepticisme, complotisme ou autre.

À titre d'exemple, l'épidémie de rougeole explose aux États-Unis, se transmet partout, y compris dans des services de soins intensifs débordés et sous-équipés pour y faire face.

L'enjeu étant crucial et pluriel, il faut maintenant changer de paradigmes.

SYNTHÈSE

Changer de regard sur la santé

Vieillesse démographique, progression continue des maladies chroniques, dérèglement climatique, augmentation des troubles psychiques, creusement des inégalités sociales et territoriales de santé, tensions croissantes sur les ressources humaines et contraintes budgétaires : les défis auxquels est confronté notre système de santé ne relèvent plus d'une crise conjoncturelle, mais d'une transformation profonde et durable de notre environnement sanitaire. Face à ces évolutions, améliorer l'efficacité des organisations existantes ne suffira pas. C'est la manière même de concevoir la santé qui doit évoluer. Pendant plusieurs décennies, les politiques publiques se sont principalement organisées autour de la maladie et de sa prise en charge. Si cette approche a permis des progrès considérables en matière d'espérance de vie, de qualité des soins et d'accès aux traitements, elle ne permet cependant plus, à elle seule, de répondre à la complexité des enjeux actuels.

La santé d'une population ne se construit pas uniquement dans les cabinets médicaux, les établissements de santé ou les structures médico-sociales. Elle résulte

d'un ensemble de facteurs qui dépassent largement le système de soins. Les conditions de logement, le niveau d'éducation, l'emploi, les revenus, l'alimentation, l'environnement, les liens sociaux ou encore les modes de vie sont autant de déterminants qui influencent durablement les trajectoires individuelles et collectives de santé et expliquent une part importante des écarts observés entre les populations.

La progression des maladies chroniques illustre particulièrement cette évolution. Le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires ou les troubles psychiques s'inscrivent en effet dans des parcours de longue durée qui mobilisent simultanément prévention, soins, accompagnement social et coordination des acteurs. Dans ce contexte, les réponses fondées exclusivement sur le traitement des pathologies apparaissent insuffisantes. L'enjeu est désormais d'agir en amont des maladies, de prévenir leur apparition lorsque cela est possible, d'en limiter les conséquences lorsqu'elles surviennent et de préserver durablement le capital santé de la population.

C'est précisément à cette ambition que répond la santé populationnelle. Plus qu'une réforme organisationnelle ou un dispositif supplémentaire, elle constitue un changement de perspective avec l'objectif de replacer l'amélioration de l'état de santé des populations au

cœur des décisions publiques, des organisations de soins et des mécanismes de financement. Elle invite ainsi à dépasser une logique centrée sur la réponse à la demande exprimée pour s'intéresser prioritairement aux besoins réels des populations, à leurs déterminants et aux résultats effectivement obtenus.

Les expériences internationales nous enseignent que cette transformation est possible. Le programme finlandais North Karelia Project constitue à cet égard une référence. En mobilisant simultanément les pouvoirs publics, les professionnels de santé, les acteurs économiques et les citoyens autour de la lutte contre les facteurs de risque cardiovasculaire, il a permis une réduction spectaculaire de la mortalité associée. Son principal enseignement réside dans sa capacité à agir sur l'ensemble des déterminants de santé à l'échelle d'une population plutôt qu'à concentrer l'action sur les seules prises en charge individuelles.

Cette évolution conduit également à redéfinir la notion même de performance du système de santé. Longtemps appréciée à travers les moyens mobilisés, les dépenses engagées ou le volume d'activité produit, celle-ci doit désormais être évaluée à l'aune des résultats obtenus pour les populations. L'espérance de vie en bonne santé, la qualité de vie, le maintien de l'autonomie, la santé mentale, la réduction des inégalités ou

encore l'expérience vécue par les patients doivent progressivement devenir des indicateurs centraux de l'action publique.

La santé populationnelle propose donc une nouvelle manière de penser la santé, fondée sur la prévention, l'anticipation, la responsabilité collective et à organiser le système non plus à partir de l'offre de soins disponible, mais à partir de la santé des populations. C'est ce changement de regard qui conditionnera la capacité de notre système à répondre durablement aux défis des prochaines décennies.

Mettre le système au service des besoins

L'une des principales limites de notre système de santé tient au fait qu'il demeure largement organisé à partir de l'offre de soins disponible et de la demande exprimée par les usagers. Toutefois, les besoins et les transformations qui traversent notre système de santé modifient en profondeur les attentes à l'égard du système. Les besoins ne se résument plus à l'accès ponctuel à un professionnel ou à un établissement. Ils s'inscrivent désormais dans des parcours de vie plus longs, plus complexes et plus interdépendants, mobilisant simultanément prévention, soins, accompagnement social, soutien à l'autonomie et interventions sur les déterminants de santé.

Dans ce contexte, l'observation de la seule demande de soins ne suffit plus à appréhender la réalité des besoins. Une partie importante de la population renonce aux soins, n'accède pas aux dispositifs existants ou ne formule pas ses besoins de manière explicite. Les situations de fragilité sociale, de précarité, d'isolement ou de vulnérabilité sanitaire sont donc souvent insuffisamment visibles alors même qu'elles constituent des facteurs majeurs d'altération de l'état de santé.

La santé populationnelle propose de renverser cette logique. Son point de départ n'est plus l'organisation existante du système, mais la population elle-même. Elle invite à identifier les besoins réels des individus et des territoires, à anticiper leur évolution et à orienter les ressources vers les situations où leur impact sera le plus important. Cette approche conduit à considérer que la performance du système ne dépend plus uniquement de sa capacité à produire des soins mais également de son aptitude à prévenir les risques, réduire les besoins non couverts, éviter les ruptures de parcours et améliorer durablement l'état de santé des populations.

Dans une logique traditionnelle, le système intervient principalement lorsque la maladie est déclarée et qu'une demande de soins est formulée. Une approche populationnelle conduit au contraire à considérer que les acteurs de santé (et ceux d'autres secteurs dans une

logique de « Health in all policies ») ont la responsabilité de répondre à ceux qui sollicitent le système, mais aussi de veiller à la santé de l'ensemble de la population dont ils ont la charge. Il ne s'agit donc plus seulement d'adapter les individus aux organisations existantes, mais d'adapter progressivement les organisations aux besoins réels des populations qu'elles ont vocation à servir.

Faire de la donnée le moteur de la transformation

Une fois les besoins placés au cœur de l'action publique, une question devient centrale : comment les identifier avec précision, suivre leur évolution et mesurer les résultats obtenus ? C'est à cette interrogation que répond la donnée. Dans une approche populationnelle, elle ne constitue plus un simple outil de gestion administrative ou financière, elle devient une ressource stratégique indispensable à la compréhension des populations et à la conduite des politiques de santé.

Pendant longtemps, le pilotage du système s'est principalement appuyé sur des indicateurs d'activité : nombre de consultations, d'hospitalisations, d'actes réalisés ou dépenses engagées. Ces données demeurent essentielles pour suivre le fonctionnement des organisations, mais elles renseignent davantage sur ce que fait le système que sur les effets qu'il produit

réellement sur la santé de la population. Elles décrivent les flux de soins mais permettent plus difficilement de comprendre les trajectoires de santé, les besoins émergents ou les situations de vulnérabilité.

La France dispose pourtant d'atouts considérables. Le SNDS, les données hospitalières, les bases de l'Assurance maladie ou encore les informations produites par les Agences régionales de santé constituent l'un des patrimoines informationnels les plus riches au monde. Exploitées de manière pertinente, ces ressources offrent la possibilité de mieux connaître les populations, de mesurer les inégalités, d'identifier les zones de fragilité et d'anticiper les évolutions futures.

L'enjeu n'est donc plus principalement de produire davantage de données, mais de transformer les données existantes en connaissances utiles à la décision. Cette évolution implique de passer d'une logique rétrospective à une logique prospective. Cela implique une transformation profonde de la gouvernance de la donnée en santé, notamment vers moins de centralisation. Il s'agit non seulement d'observer ce qui s'est produit, mais également d'anticiper ce qui pourrait survenir, d'identifier les populations à risque, de repérer les situations de non-recours ou encore de détecter précocement les ruptures de parcours.

À terme, les données doivent permettre de construire de véritables tableaux de bord territoriaux de santé populationnelle offrant une vision partagée des besoins, des risques et des résultats. Ces outils permettraient d'objectiver les priorités sanitaires propres à chaque territoire, d'éclairer les décisions publiques et de renforcer la capacité des acteurs locaux à agir de manière coordonnée. Elles constituent le socle sur lequel peuvent s'appuyer les décisions publiques, l'allocation des ressources et l'évaluation des politiques conduites.

Construire une gouvernance territoriale de la santé

La connaissance des besoins et la disponibilité des données ne suffisent toutefois pas à transformer durablement le système de santé. Encore faut-il que les acteurs soient en mesure d'agir collectivement à partir de cette connaissance partagée. La question de la gouvernance apparaît ainsi comme l'une des conditions essentielles de la réussite de la santé populationnelle.

L'état de santé d'une population dépend aujourd'hui de l'action conjointe d'une multitude d'acteurs. Professionnels de santé, établissements hospitaliers, structures médico-sociales, collectivités territoriales, Assurance maladie, organismes complémentaires, associations, acteurs de la prévention ou encore institutions éducatives contribuent chacun, à leur

niveau, à produire de la santé. Pourtant, ces acteurs demeurent largement organisés autour de périmètres d'intervention, de financements et d'objectifs distincts.

Cette fragmentation limite la capacité collective à agir efficacement sur les parcours de santé. Elle favorise les ruptures de prise en charge, complexifie les coordinations et rend difficile l'émergence d'une responsabilité véritablement partagée vis-à-vis des résultats obtenus. Or, la santé populationnelle repose précisément sur l'idée inverse : l'amélioration de l'état de santé d'une population doit devenir un objectif commun à l'ensemble des acteurs concernés.

Le territoire constitue à cet égard l'échelle la plus pertinente. C'est à ce niveau que les besoins peuvent être observés avec précision, que les priorités peuvent être définies au regard des réalités locales et que les coopérations peuvent produire des effets tangibles. Le territoire ne doit plus être considéré comme un simple espace administratif, mais comme un espace de responsabilité collective.

Cette évolution pourrait s'incarner dans la mise en place de véritables consortiums territoriaux de santé associant l'ensemble des parties prenantes concernées autour d'objectifs de santé communs, d'indicateurs partagés et d'une évaluation collective des résultats obtenus.

L'enjeu n'est pas d'ajouter une structure supplémentaire à un paysage institutionnel déjà complexe, mais de créer les conditions d'une responsabilité collective vis-à-vis de la santé de la population.

La gouvernance apparaît ainsi comme le maillon essentiel de la transformation. Les données permettent de comprendre les besoins, les organisations territoriales, de coordonner les réponses et les mécanismes financiers, d'orienter les comportements. La gouvernance assure l'articulation de ces différents leviers avec l'objectif commun d'améliorer durablement la santé de la population.

Aligner les incitations avec les objectifs de santé

La réussite d'une stratégie de santé populationnelle dépend largement de la capacité du système à aligner ses mécanismes de financement sur les objectifs qu'il poursuit. Toutefois, malgré l'importance croissante accordée à la prévention, à la coordination des parcours et à l'amélioration durable de l'état de santé des populations, les modalités de rémunération restent principalement fondées sur le volume d'activité produit. Le système continue donc à financer plus facilement les actes réalisés que les résultats obtenus.

Cette situation n'est pas sans conséquence. Si les modèles de financement actuels ont permis d'améliorer la transparence, le suivi de l'activité et l'efficacité de nombreuses organisations, et qu'ils restent adaptés à certaines activités de soins, notamment lorsqu'il s'agit de répondre à des besoins ponctuels ou à des épisodes aigus de maladie, ils se révèlent cependant moins pertinents face aux défis que constituent les maladies chroniques, la prévention de la perte d'autonomie, ou encore la réduction des inégalités de santé.

Dans ces domaines, les bénéfices les plus importants résultent, en effet, bien souvent d'actions de prévention, d'accompagnement, de coordination ou d'éducation à la santé dont les effets se manifestent sur le long terme. Pourtant, ces activités restent insuffisamment valorisées par les mécanismes de financement actuels. Il en résulte un décalage croissant entre les objectifs affichés par les politiques publiques et les incitations économiques auxquelles sont confrontés les acteurs de terrain.

L'approche populationnelle appelle à dépasser cette contradiction. Le financement ne peut plus être envisagé comme un simple instrument de couverture des dépenses. Il doit devenir un levier de transformation capable d'orienter les comportements individuels et collectifs vers l'amélioration durable de la santé des

individus. La question n'est, in fine, plus uniquement de savoir combien le système dépense, mais quelle valeur il produit en matière de santé.

Cette évolution explique l'intérêt croissant suscité par les modèles de financement populationnels et les dispositifs fondés sur les résultats. Qu'il s'agisse de paiements à la qualité, de financements à la capitation, de budgets populationnels ou de mécanismes de partage des gains, ces approches poursuivent un objectif commun : créer des incitations favorisant la prévention, la coopération entre acteurs et l'amélioration des résultats obtenus pour les populations.

Plusieurs expériences internationales démontrent la faisabilité de cette évolution. Le modèle développé à Alzira, en Espagne, ou certaines organisations intégrées de santé aux États-Unis reposent par exemple sur une responsabilisation collective des acteurs vis-à-vis d'une population définie. Dans ces modèles, prévenir une hospitalisation évitable, réduire les complications liées aux maladies chroniques ou améliorer la coordination des parcours devient économiquement aussi pertinent que médicalement souhaitable.

Une telle transformation ne signifie pas pour autant l'abandon des mécanismes actuels de financement. Elle implique plutôt leur évolution progressive vers des

modèles hybrides associant rémunération de l'activité, financement populationnel et valorisation des résultats. L'enjeu n'est pas d'opposer logique de production et logique de santé, mais d'assurer leur cohérence. À terme, les acteurs d'un territoire devront être non seulement reconnus pour l'activité qu'ils réalisent, mais également pour leur contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population dont ils ont collectivement la responsabilité.

La santé populationnelle ne peut par ailleurs pas se limiter à l'analyse des indicateurs cliniques, épidémiologiques ou économiques. Elle doit également intégrer la manière dont les personnes vivent leur parcours de santé. L'expérience patient constitue en effet une dimension essentielle de la qualité et de la performance du système. Comprendre les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins, la coordination des parcours, la compréhension des traitements, le maintien de l'autonomie ou la qualité de vie permet d'identifier des besoins souvent invisibles dans les seules données administratives ou médicales.

Dans cette perspective, les patients experts et les représentants des usagers ont vocation à devenir de véritables partenaires de la transformation du système de santé. Leur expérience vécue de la maladie, du handicap ou de la perte d'autonomie constitue une

source de connaissance complémentaire à l'expertise professionnelle. Associés à la définition des priorités, à la conception des parcours, à l'évaluation des résultats et à la gouvernance territoriale, ils contribuent à construire des réponses plus adaptées aux besoins réels des populations. La santé populationnelle implique ainsi de passer d'une logique centrée sur le patient bénéficiaire à une logique de co-construction où les citoyens deviennent pleinement acteurs de leur santé et de celle de leur territoire.

Pour conclure, passer à une logique de santé populationnelle implique de réinterroger la finalité même de notre système de santé. Sa performance ne peut plus être appréciée uniquement à travers le volume d'activité produit, le nombre d'actes réalisés ou les ressources mobilisées. Elle doit désormais être évaluée à sa capacité à améliorer durablement l'état de santé de la population, à réduire les inégalités, à préserver l'autonomie des personnes et à renforcer leur qualité de vie.

La France dispose, pour engager cette transformation, d'atouts considérables. Son système de protection sociale, la richesse de ses données de santé, la qualité de ses professionnels, le dynamisme des territoires et les nombreuses initiatives déjà engagées constituent des fondations solides. Les conditions d'une évolution

vers une approche plus préventive, plus coordonnée et plus centrée sur les besoins des populations sont aujourd'hui réunies. Le défi consiste désormais moins à démontrer la pertinence de la santé populationnelle qu'à créer les conditions de son déploiement à grande échelle. Cela suppose de dépasser les logiques de silos, de renforcer les coopérations, d'aligner les mécanismes de gouvernance et de financement avec les objectifs poursuivis et de faire de la santé une responsabilité véritablement partagée.

6 RECOMMANDATIONS

POUR LA SANTÉ POPULATIONNELLE

Recommandation 1. Faire de la santé un objectif dans toutes les politiques publiques

L'état de santé de la population résulte de l'ensemble des politiques publiques - éducation, emploi, logement, environnement, alimentation, mobilité ou aménagement du territoire - et ne saurait être réduit à la seule organisation des soins. La France doit se doter d'une stratégie nationale de santé populationnelle placée sous l'autorité du Premier ministre afin d'intégrer systématiquement l'impact sanitaire dans les décisions publiques. Toute réforme d'importance devrait faire l'objet d'une évaluation préalable de ses conséquences sur la santé des populations et sur les inégalités sociales et territoriales. La santé doit devenir un indicateur majeur de la performance publique, au même titre que la croissance, l'emploi ou la transition écologique.

Recommandation 2. Évaluer la santé des populations et les résultats obtenus

La transformation du système de santé suppose de dépasser une culture de l'activité en soins pour

développer une culture des résultats en santé. La France doit se doter de tableaux de bord nationaux et territoriaux de santé populationnelle reposant sur des indicateurs partagés entre tous les acteurs, citoyens, patients, professionnels de santé, tels que l'espérance de vie en bonne santé, la qualité de vie, la santé mentale, le maintien de l'autonomie, la mortalité évitable, les inégalités territoriales et sociales. Ces indicateurs doivent devenir la référence pour orienter les politiques publiques, évaluer les organisations et mesurer les progrès réalisés. Ces indicateurs doivent être complétés par des mesures standardisées de l'expérience patient (PREMs) et des résultats rapportés par les patients (PROMs), afin d'intégrer la perception des usagers et la qualité de vie dans l'évaluation de la performance du système de santé.

Recommandation 3. Intégrer les réponses aux besoins de santé dans les territoires pour organiser le système de santé

Le système de santé continue largement d'organiser ses réponses à partir de l'offre disponible et de la demande exprimée. Une approche populationnelle implique de partir des besoins réels des populations, y compris lorsqu'ils ne sont pas formulés. Cela suppose d'identifier les facteurs de vulnérabilité, de segmenter les populations selon leurs niveaux de risque

et d'orienter les ressources vers les situations où leur impact sanitaire, social et économique est le plus élevé. L'objectif doit être de réduire les besoins non couverts, les situations de non-recours et les pertes de chance évitables.

Recommandation 4. Des territoires impliqués dans le maintien en santé de leurs populations

Chaque bassin de vie doit devenir le niveau de référence de la responsabilité populationnelle. Des consortiums territoriaux de santé réunissant collectivités territoriales, agences régionales de santé, Assurance maladie, établissements de santé, professionnels de ville, acteurs médico-sociaux, organismes complémentaires et représentants des usagers pourraient être progressivement mis en place. Leur mission serait de définir des objectifs de prévention en santé partagés, de coordonner les interventions et d'assumer collectivement la responsabilité des résultats obtenus pour la population du territoire.

Recommandation 5. Faire des données de santé un levier stratégique de transformation

La conduite d'une politique de santé populationnelle requiert une connaissance précise, dynamique et territorialisée des besoins de santé et de leurs

déterminants. La France dispose à cet égard d'un patrimoine de données exceptionnel encore insuffisamment mobilisé. Il convient de développer une véritable infrastructure nationale de données de santé populationnelle et une gouvernance associée permettant le suivi des indicateurs de santé, l'identification des populations à risque, l'anticipation des besoins émergents et l'évaluation des politiques publiques. Déployée dans un cadre transparent, sécurisé et souverain, l'intelligence artificielle constitue un levier majeur pour améliorer la prévention, la coordination des parcours et l'allocation des ressources.

Recommandation 6. Réformer les modes de financement pour rémunérer la valeur produite pour la santé

Les mécanismes actuels de financement restent principalement fondés sur le volume d'activité et valorisent insuffisamment la prévention, la coordination et les résultats obtenus. Une stratégie de santé populationnelle implique une évolution progressive vers des modèles combinant financement à l'activité, financements populationnels et rémunération fondée sur les résultats de santé. Les acteurs doivent être incités à coopérer autour d'objectifs communs portant sur l'amélioration de l'état de santé, la qualité des parcours, l'expérience des patients, la réduction des

inégalités et le maintien de l'autonomie. Car ce que l'on finance finit toujours par devenir ce que l'on valorise.

MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

ANNE-MARIE ARMANTERAS

PRÉSIDENTE DU COMITÉ, ANCIENNE CONSEILLÈRE SANTÉ D'EMMANUEL
MACRON ET MEMBRE DU CONSEIL D'ORIENTATION DU CRAPS

DR CATHERINE GRENIER

MÉDECIN-CONSEIL NATIONAL DE LA CNAM

SANDRINE DEGOS

DIRECTRICE GÉNÉRALE DE CARE INSIGHT

DR EMMANUELLE SARLON

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ALPES DU SUD SITE
DE GAP, VICE-PRÉSIDENTE DE LA FHF PACA

DR ANNE CRIQUET-HAYOT

PRÉSIDENTE DE LA CPTS MADININA EN MARTINIQUE

ANNE-LAURE TORRÉSIN

DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA CCMSA

ANTOINE MALONE

CO-PRÉSIDENT DU COMITÉ, RESPONSABLE DU PÔLE PROSPECTIVE, EUROPE,
INTERNATIONAL DE LA FHF

DR CYRIL ISAAC-SIBILLE

DÉPUTÉ DE LA 12^e CIRCONSCRIPTION DU RHÔNE

DR GRÉGOIRE MERCIER

RESPONSABLE DE LA SCIENCE DES DONNÉES AU CHU DE MONTPELLIER
ET CO-FONDATEUR DE KANOPYMED

VINCENT-NICOLAS DELPECH

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHU DE BORDEAUX

ALBERT LAUTMAN

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CPAM DES HAUTS-DE-SEINE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE

ANNE-MARIE ARMANTERAS P. 9

INTRODUCTION P. 15

CONTRIBUTIONS P. 23

1. REPENSER NOTRE RAPPORT À LA SANTÉ P. 24

ANNE MOUNOLOU P. 26

BENOÎT FRASLIN P. 34

DENIS RAYNAL P. 40

DR ALEXANDRE VALLÉE P. 46

DR FRANÇOIS BLANCHECOTTE P. 56

LUDOVIC CEPRÉ P. 64

CHRISTOPHE HARRIGAN P. 72

PASCAL MICHARD P. 80

PR PAUL FRAPPÉ P. 88

DR RACHEL BOCHER P. 96

DR SAMIRA LEHAINE P. 102

SOPHIE BEAUPÈRE P. 110

STEPHEN LEQUET P. 118

QUENTIN BÉRIOT P. 126

2. METTRE LES BESOINS DE SANTÉ AU COEUR DU SYSTÈME P. 132

FRANÇOIS-EMMANUEL BLANC P. 136

BRUNO COQUET P. 144

DR FRANCK DEVULDER P. 150

DR JEAN-FRANÇOIS MOREUL P. 156

EMMANUEL DE GEUSER, NICOLAS CARRIÉ P. 162

JEAN-PHILIPPE ALOSI P. 170

LAMINE GHARBI P. 178

DR MANFRED ZAHORKA, DR HELMUT HILDEBRANDT P. 184

ROMAIN HELLMANN P. 194

DR JEAN-PAUL ORTIZ P. 200

STÉPHANE PARDOUX P. 208

MAX PEDEUX, DR EMMANUELLE SARLON P. 214

ZAYNAB RIET, DR SYLVIE FILLEY-BERNARD,
DR LAURENT SACCOMANO P. 224

MATHURIN LAURIN P. 232

3. FAIRE DE LA DONNÉE UN LEVIER DE TRANSFORMATION
P. 240

ABDELAZIZ ALAOUI P. 244

DR BERNARD CASTELLS P. 250

CARLOS JAIME P. 258

DR DAMIEN HOARAU P. 266

ÉLODIE CHAPEL P. 274

DR KARIM OULD-KACI P. 280

DAVID GRUSON P. 288

DR JEAN-LOUIS FRAYSSE P. 300

JÉRÉMY PEREIRA P. 308

STÉPHANE KIRCHE P. 320

PR SAMIR HENNI P. 328

ÉLISE DEBIÈS P. 334

STÉPHANE CHATENET P. 342

SYNTHÈSE P. 349

RECOMMANDATIONS P. 365

PARTENAIRES

Aéma Groupe
AGS
AG2R La Mondiale
AirInSpace
Assia
Avenir Mutuelle
Biogen
Bristol Myers Squibb
Caisse des Français de 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
Gilead
GMF
Groupama
Groupe Relyens
Groupe Vyv
Heka
Heva
Hôpital Foch
Intuitive
Leem
Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Livi
Malakoff Humanis
Medaviz
Mercer
Mutualité Sociale Agricole (MSA)

PARTENAIRES

Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)

Mutuelle Générale de la Police (MGP)

Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)

Novo Nordisk

Organisation Internationale du Travail (OIT France)

Oxea Conseil

Pergamon

Pfizer

Philips

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)

Uniprévoyance

Urops

Vivalto Santé

YCE Partners

PUBLICATIONS

OUVRAGES

**Le scandale tranquille - comment la France soigne
sans mesurer ses résultats**

Juillet 2026

Sobriété en santé : une nécessité pour l'avenir !

Mai 2026

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

PUBLICATIONS

Tous solitaires, tous solidaires

Septembre 2020

5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle

Juillet 2020

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

PUBLICATIONS

Emploi des seniors « un gâchis monumental »

Juillet 2025

« 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

CRAPSLOG 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

PUBLICATIONS

Le numérique au chevet de la médecine...

Mars 2016

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 et Pierre-Maxime Claude

RELECTURE

RédacNet - Karen Platel et Pierre-Maxime Claude

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

Juillet 2026

ISBN : 978-2-492470-31-8

Penser la santé à l'échelle des populations

Si notre système de santé a permis des progrès considérables en matière d'espérance de vie, d'accès aux soins et de protection sociale, les mutations démographiques, épidémiologiques, sociales, technologiques et environnementales auxquelles il est aujourd'hui confronté interrogent les fondements. L'enjeu n'est plus seulement de garantir l'accès aux soins, mais de permettre à chacun de vivre plus longtemps en bonne santé, tout en réduisant les inégalités qui continuent de marquer les parcours de vie.

La santé populationnelle s'inscrit dans cette ambition. En faisant de l'amélioration de l'état de santé de la population la finalité de l'action publique, elle conduit à dépasser une approche centrée sur les soins pour agir davantage sur les déterminants de santé, renforcer la prévention, développer les coopérations entre les acteurs et mieux répondre aux besoins des territoires. Cette transformation suppose également de mieux mobiliser les données au service de la décision publique, d'évaluer les politiques à l'aune de leurs résultats, de faire évoluer les modes de gouvernance et d'adapter les mécanismes de financement.

Plus qu'une réforme de notre système de santé, la santé populationnelle constitue un véritable changement de paradigme : celui d'une politique qui ne se donne plus seulement pour mission de soigner, mais de créer dans la durée les conditions d'une meilleure santé pour tous.