

Mouvement
des **Entreprises**
de **France**



QUALITÉ ET PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ : LES PROPOSITIONS DU MEDEF

Préambule

Face à la dégradation des comptes de la Sécurité sociale, et notamment de la branche maladie — qui représente à elle seule près des trois quarts du déficit — le MEDEF a constitué une *task force* pour formuler des propositions concrètes, tant de court terme que structurelles.

Notre objectif : construire un nouveau pacte intergénérationnel pour assurer la pérennité de notre modèle social, en retrouvant une trajectoire financière soutenable tout en améliorant son efficacité.

Ce rapport spécifique à notre système de santé, s'appuyant sur les travaux déjà menés par le MEDEF, notamment ceux de la commission Protection sociale et du comité Acteurs de santé, a été élaboré avec la volonté d'examiner toutes les options, sans parti pris initial sur les mesures à porter. Il repose sur des auditions d'acteurs reconnus du système de santé, issus tant du secteur public que privé. Il s'est également appuyé sur l'expertise des fédérations professionnelles membres du MEDEF, notamment celles du secteur de la santé, pour lesquelles la viabilité et la performance sont une préoccupation majeure.

Le MEDEF et les entreprises qu'il représente tirent leur légitimité d'un engagement structurant dans notre système de santé :

- **un rôle financier central** : les employeurs financent directement ou indirectement une part significative de la branche maladie, en particulier via les cotisations patronales, qui couvrent à elles seules environ un tiers de son budget. Cette contribution leur confère une légitimité à prendre part à sa réforme ;
- **une implication croissante via la complémentaire santé** : depuis la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, les employeurs assument une part toujours plus importante du financement des assurances complémentaires ;
- **des leviers de santé publique majeurs** : la santé au travail, la prévention en entreprise (vaccination, activité physique, bien-être), ainsi que la gestion des risques professionnels font aujourd'hui des entreprises des acteurs clés de la politique de santé publique ;
- **une légitimité institutionnelle** : en tant qu'organisation représentative des employeurs, siégeant notamment au conseil de la CNAM, le MEDEF a vocation à formuler des propositions responsables, crédibles et pragmatiques ;
- **un impact économique direct** : l'inefficacité actuelle du système pèse lourdement sur les entreprises — coûts croissants, tensions sur les ressources humaines, arrêts de travail fréquents et prolongés, addictions, etc. ;
- **un véritable secteur économique avec un ancrage industriel, dans l'innovation et l'offre de soins** : le secteur de la santé s'appuie largement sur des acteurs privés, qu'il s'agisse des établissements, des cabinets, des laboratoires, ou encore des entreprises innovantes en robotique, numérique, intelligence artificielle (IA), biotechnologies, thérapies avancées ou vaccins à ARN. Cette réalité économique et technologique doit être pleinement prise en compte dans toute stratégie de réforme.

SOMMAIRE

Un état des lieux à enjeux multiples	6
Des fondamentaux préoccupants pour le système de santé	6
Des failles persistantes, sources immédiates de surcoûts... mais aussi d'opportunités concrètes d'améliorations	6
Des progrès scientifiques et numériques majeurs à venir, autant d'opportunités d'amélioration que de risques, face au coût croissant de ces solutions	7
Principes guidant les propositions retenues	8
Objectifs des propositions	8
Principes directeurs des propositions	8
Modalités de mise en œuvre	8
Six priorités pour un nouveau pacte intergénérationnel	9
Les six priorités incontournables pour garantir la pérennité de notre système de santé	9
Priorité 1. Faire du numérique et de l'innovation les leviers d'amélioration de l'efficience et de la transparence	10
• Constats	10
• Propositions pour faire du numérique un outil au service de l'efficience des processus	10
• Propositions pour améliorer la lutte contre la fraude et la transparence par le numérique	12
• Propositions pour maintenir l'excellence française en santé par une politique de la <i>data</i> et de l'innovation	13
En complément, nos propositions pour soutenir la recherche et la production française dans le secteur de la santé	14
Priorité 2. Utiliser des indicateurs de qualité et instaurer une culture de la performance pour piloter la transformation du système de santé	15
• Constats	15
• Propositions pour construire un système de santé centré sur la qualité des soins et la performance	15
• Propositions pour intégrer pleinement la qualité et la pertinence des soins dans la rémunération des professionnels et des établissements	17

Priorité 3. Mieux maîtriser, encadrer la consommation de soins et de biens médicaux en responsabilisant les acteurs	19
• Constats	19
• Propositions pour rendre plus soutenable la prise en charge des arrêts de travail et limiter les abus	20
• Propositions pour favoriser une consommation pertinente, raisonnable et efficace des médicaments	21
• Propositions pour rendre soutenable le dispositif des ALD, sans rogner sur l'accès à des soins de qualité fortement pris en charge	22
• Propositions pour améliorer la maîtrise globale des dépenses par une coordination renforcée sur les prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires	23
Priorité 4. Décloisonner le système de soins en renforçant la coopération entre acteurs de terrain et en redéfinissant la place de l'hôpital	24
• Constats	24
• Propositions pour répondre aux déserts médicaux par des coopérations entre les différents acteurs et la gestion des ressources humaines	25
• Propositions pour repenser le fonctionnement et l'organisation hospitalière et son articulation avec la médecine de ville	26
Priorité 5. Faire de la prévention un levier central en agissant à la fois sur les comportements de santé et les facteurs qui déterminent l'état de santé	28
• Constats	28
• Propositions pour créer un cadre incitatif et structurant afin de renforcer l'adhésion à la prévention	28
• Propositions pour agir précocement et efficacement pour prévenir les pathologies et la perte d'autonomie	29
Priorité 6. Clarifier la gouvernance et adopter un pilotage pluriannuel pour anticiper les besoins de santé et structurer l'action publique	31
• Constats	31
• Propositions pour refondre la gouvernance en séparant les opérateurs chargés de la stratégie et de la régulation	31
• Propositions pour adopter une vision pluriannuelle, décloisonnée et axée sur la contractualisation d'objectifs	32

Un état des lieux à enjeux multiples

La Sécurité sociale, et en particulier l'Assurance maladie, constitue un trésor collectif, au cœur de notre contrat social. Si notre système de santé demeure l'un des plus protecteurs et efficaces, avec une espérance de vie des Français parmi les plus élevées au monde, sa pérennité est aujourd'hui menacée par une situation budgétaire dégradée et le vieillissement accéléré de la population.

Des fondamentaux préoccupants pour le système de santé

Le vieillissement de la population, lié à la démographie et à l'augmentation de l'espérance de vie, entraîne une croissance des besoins de santé plus rapide que celle de la richesse nationale. Cela accentue la pression sur le système, notamment via la montée des affections de longue durée (ALD). En 2021, 13,7 millions de personnes étaient reconnues en ALD, leurs dépenses de santé s'élevaient à 123 milliards d'euros, soit 60 % des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie et jusqu'à 16 millions d'assurés pourraient bénéficier du dispositif en 2030, pour une hausse du surcoût net de l'ordre de 2 à 3 milliards d'euros par an.

Cette dynamique contribue à fragiliser la situation financière de la branche maladie, dont la présentation dans le dernier rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) est particulièrement alarmante. Après une dégradation marquée en 2024, avec un déficit atteignant 13,8 milliards d'euros (soit un écart de 5,1 milliards par rapport aux prévisions), le solde devrait continuer à se creuser jusqu'en 2028, avec un déficit de 16 milliards d'euros dès 2025 auquel il convient d'ajouter les 3,5 milliards d'euros de déficit des hôpitaux publics. C'est le niveau le plus élevé jamais atteint, hors période de crise (financière ou crise sanitaire). Cet éloignement durable d'un retour à l'équilibre pousse la Cour des comptes à qualifier cette trajectoire d'insoutenable.

Parallèlement, la France dispose d'un niveau de prise en charge particulièrement élevé solvabilisant la très grande majorité (90 %) des dépenses de santé. Elle est en effet le seul pays au monde à combiner un régime de base obligatoire aussi large avec une couverture complémentaire significative, couvrant plus de 96 % de la population. Le double système d'assurance obligatoire et complémentaire garantit ainsi un reste à charge parmi les plus faibles au monde : 7,5 % de la dépense de santé au sens international (DSCI) en 2023, contre 10,5 % en 2010. Cela représente en moyenne 274 € par habitant, soit un taux d'effort de 1,1 % du revenu disponible brut après impôts et transferts, inférieur à celui observé en Allemagne (1,3 %), en Belgique (2,1 %) ou dans l'Union européenne (1,5 % en moyenne).

Dès lors, ce modèle, qui rend le coût de la santé peu visible pour les assurés, encourage une consommation peu régulée, sans véritable mécanisme de responsabilisation individuelle, les restes à charge et tickets du régime obligatoire étant largement solvabilisés par les complémentaires.

Des failles persistantes, sources immédiates de surcoûts... mais aussi d'opportunités concrètes d'améliorations

Une organisation des soins éclatée, reflet d'un modèle à bout de souffle. Le modèle historique du médecin de famille pivot a laissé place à une organisation éclatée, avec l'avènement d'une multitude de spécialistes liés aux innovations médicales (en particulier dans le domaine de la radiologie, biologie). Cela a naturellement conduit à une diversification des structures entraînant un cloisonnement des prises en charge que l'on retrouve dans l'ONDAM fragmenté par type d'établissement (hôpital/ville), peu lisible, difficilement pilotable et complexifiant la coopération entre acteurs.

Une absence de pilotage par la qualité et la performance. Si la France figure parmi les bons élèves en matière d'espérance de vie, son système de santé ne s'est pas construit autour d'une véritable culture de la qualité et du résultat, mais de la régulation. Les outils de suivi sont encore peu mobilisés, les indicateurs sous-exploités, et l'évaluation des pratiques reste insuffisamment systématisée. Selon l'Assurance maladie, cela se traduit concrètement par des actes redondants, mal prescrits ou inutiles, mais aussi parfois par l'absence de soins pertinents. Ces écarts représenteraient entre 20 à 30 % des dépenses.

Une prévention encore largement sous-investie. Par rapport à des pays comparables la France souffre d'un faible développement de la prévention, malgré une prévalence croissante des maladies chroniques due aux modes de vie et au vieillissement. La politique de prévention reste morcelée, parfois ciblée sur des publics restreints, et peu efficace à l'échelle populationnelle. Notre politique de prévention au regard du vieillissement des Français doit porter sur une amélioration significative de l'espérance de vie en bonne santé, avec un focus important sur les grandes maladies chroniques.

La gouvernance du système de santé français reste marquée par un pilotage descendant, fragmenté, souvent éloigné des réalités du terrain. L'absence de vision pluriannuelle, de coordination entre les acteurs et de prise en compte locale limite fortement la capacité d'anticipation et d'adaptation. Le ministère de la Santé, lui-même organisé en silos, avec de nombreux opérateurs et structures administratifs spécialisés, n'est pas organisé pour élaborer une stratégie globale de santé. Pourtant, certains voisins européens ont engagé cette dernière décennie des réformes de fond, dont nous pouvons nous inspirer (Allemagne et Danemark).

Des progrès scientifiques et numériques majeurs à venir, autant d'opportunités d'amélioration que de risques, face au coût croissant de ces solutions

Les avancées technologiques foisonnent, portées par des évolutions rapides dans le numérique, l'intelligence artificielle, la gestion des données de santé et le développement de thérapies innovantes. Ces progrès permettent des diagnostics plus précoces et précis, des traitements plus efficaces, contribuant ainsi à l'augmentation de l'espérance de vie.

Cependant, ces avancées s'accompagnent de défis. Même s'ils apportent concrètement des progrès substantiels, leur coût élevé immédiat et leur diffusion rapide alourdissent les dépenses, souvent sans cadre d'évaluation systématique.

Malgré les apports du Ségur de la Santé (2020), des progrès significatifs restent nécessaires pour optimiser le développement et l'intégration de ces technologies dans notre système de santé.

Principes guidant les propositions retenues

Pour répondre aux problématiques identifiées dans l'état des lieux, le MEDEF propose une méthode fondée sur des principes simples et une catégorisation des mesures.

Objectifs des propositions

Le MEDEF souhaite contribuer à l'élaboration d'un nouveau pacte intergénérationnel, afin d'assurer la pérennité de notre modèle social, en retrouvant une trajectoire financière soutenable pour le système de santé. Celui-ci concentre une part importante des déficits publics et doit faire l'objet de réformes à la fois immédiates et structurelles.

- ▼ À très court terme, il s'agit de mieux réguler les dépenses les plus dynamiques, en s'appuyant sur les outils numériques, en responsabilisant les acteurs, et en renforçant les collaborations entre professionnels, institutions et territoires.
- ▼ À court et moyen terme, la transformation devra reposer sur la mise en place de référentiels de qualité et d'indicateurs de performance guidant à la fois les parcours et l'offre de soins disponible, pour garantir des soins plus pertinents, mieux coordonnés et plus efficaces.
- ▼ À plus long terme, ces propositions visent par la pluriannualité, la gouvernance et le pilotage à donner de la visibilité, maintenir un cap dans le temps et adapter notre système aux évolutions technologiques et sociétales.

Principes directeurs des propositions

- ▼ Éviter les mesures de transfert. Les économies recherchées ne doivent pas simplement déplacer les charges entre acteurs (transfert vers les entreprises et leurs salariés).
- ▼ Les mesures concernant le reste à charge visent à restaurer des comportements responsables, en évitant la consommation non pertinente de soins, sans accroître leur coût.
- ▼ Les propositions pluriannuelles supposent une contractualisation d'économies et un adossement à des économies immédiates ; tout investissement de long terme doit s'appuyer sur un business plan contractualisé.
- ▼ Une partie des économies réalisées gagnera à être réinvestie dans la prévention pour tous et le renforcement de notre autonomie sanitaire.
- ▼ Il convient d'accepter « d'incentiver » les acteurs qui contribuent aux économies générées.
- ▼ Les propositions ne doivent pas conduire à une augmentation du coût du travail, ni à remettre en question le cadre juridique et socio-fiscal actuel (protection sociale complémentaire, etc.).

Modalités de mise en œuvre

Si certaines mesures, visant des économies immédiates, peuvent s'inscrire constitutionnellement dans le cadre des prochaines lois de financement de la Sécurité sociale, d'autres, sans impact direct sur les finances sociales, ont vocation à être intégrées dans des propositions/des propositions et projets de loi ordinaires ou textes réglementaires.

Six priorités pour un nouveau pacte intergénérationnel

La présente partie structure les propositions du MEDEF autour de six grandes priorités. Chacune d'entre elle répond à un enjeu clé identifié dans l'état des lieux sur le système de santé français et vise à articuler efficacité, soutenabilité et amélioration du service rendu.

Chaque priorité se décline en orientations thématiques, qui présentent des mesures précises et opérationnelles, à la fois de court terme (efficacité immédiate, leviers mobilisables rapidement) et de plus long terme (réformes structurelles à horizon pluriannuelle).

Les six priorités incontournables pour garantir la pérennité de notre système de santé

- ▼ **Faire du numérique et de l'innovation les leviers d'amélioration de l'efficacité et de la transparence.**
- ▼ **Utiliser des indicateurs de qualité et instaurer une culture de la performance pour piloter la transformation du système de santé.**
- ▼ **Mieux maîtriser, encadrer la consommation de soins et de biens médicaux en responsabilisant les acteurs.**
- ▼ **Décloisonner le système de soins en renforçant la coopération entre acteurs de terrain et en redéfinissant la place de l'hôpital.**
- ▼ **Faire de la prévention un levier central en agissant à la fois sur les comportements de santé et les facteurs qui déterminent l'état de santé.**
- ▼ **Clarifier la gouvernance et adopter un pilotage pluriannuel pour anticiper les besoins de santé et structurer l'action publique.**

En complément de ces priorités, le MEDEF appelle également à ouvrir une réflexion sur le financement de notre système de santé. Ce sujet, central, fera l'objet de travaux et de propositions ultérieures.

Progressivement, et tout particulièrement avec la mise en place de la Protection universelle maladie (PUMA) en 2016, notre système de santé s'est éloigné du modèle *bismarckien* mutualisé d'après-guerre, pour se rapprocher du modèle *beveridgien* universel.

À ce titre, le niveau de contribution des employeurs à l'Assurance maladie conduit à s'interroger : dans le prolongement de la suppression de la cotisation salarié au profit d'un relèvement de CSG, une substitution d'une partie du financement employeur aurait du sens (pour rappel aujourd'hui une fraction significative de la TVA est d'ores et déjà fléchée vers l'assurance maladie. C'est la raison pour laquelle on peut considérer que la TVA sociale existe d'ores et déjà en pratique).

Priorité 1.

Faire du numérique et de l'innovation les leviers d'amélioration de l'efficacité et de la transparence

• Constats

Malgré les efforts en cours, le système de santé français souffre d'un retard dans l'intégration du numérique et des innovations (IA, biothérapies), limitant l'efficacité, la transparence et la qualité des soins. La multiplication d'outils hétérogènes et peu interopérables, le manque de formation, les freins juridiques et le déficit d'efficacité des outils de contrôle empêchent de détecter et gérer les abus et freinent le potentiel du numérique. L'Espace numérique de santé (ENS), destiné à centraliser les données médicales des patients, illustre ce retard : son déploiement reste partiel, avec seul un quart des Français l'ayant activé. La lutte contre la fraude, estimée à 13 milliards d'euros par an, reste sous-outillée : seuls 2,1 milliards d'euros sont détectés et 0,6 milliards d'euros recouvrés (source : Rapport Commission des comptes de la sécurité sociale). Par ailleurs, l'insuffisance d'investissements publics et privés, couplée à une faible production nationale, entrave l'adoption d'innovations thérapeutiques et technologiques.

• Propositions pour faire du numérique un outil au service de l'efficacité des processus

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

▼ **1. Faire de l'espace numérique de santé un passage obligé (ENS). Cette plateforme personnalisée et sécurisée permet à chaque citoyen d'accéder à ses données de santé (dossiers, ordonnances, résultats, etc.) et de les partager avec les professionnels de santé pour un meilleur suivi médical.**

- **Lancer une campagne nationale pour inciter les assurés à activer leur espace numérique.**
Pour les assurés refusant l'ouverture de cet espace, mettre en place une politique incitative et responsabilisante pour obtenir l'utilisation massive de l'ENS rapidement : il pourrait être proposé un moindre remboursement ou une franchise qui serait intégralement compensé après ouverture de l'ENS par l'assuré.
- **Rendre obligatoire l'inscription des résultats de tous les examens, analyses et prescriptions :**
l'organisation des données dans l'espace numérique unique doit devenir le lieu unique de recueil des données.
- **Systématiser la consultation de ce dossier pour les médecins en cas de certaines prescriptions (radiologie...) afin d'éviter les examens redondants dont les remboursements seront alors pénalisés.**
- **L'ENS devient le support naturel de coordination, notamment en cas de maladie chronique et systématise la collaboration entre tous les acteurs (publics et privés).** Cette espace pourrait intégrer des services innovants (notamment en matière de prévention, d'accompagnement des personnes atteintes de pathologies chroniques).

▼ **2. Digitaliser les parcours de soins pour accélérer le virage ambulatoire et concourir au désengorgement des établissements de santé.** La structuration de parcours de prise en charge hors les murs de l'hôpital est fondamentale, et doit reposer tant sur une coordination renforcée entre la ville et l'hôpital que sur le développement de parcours digitalisés s'appuyant sur les nouveaux outils numériques (télésurveillance, téléconsultation, télé-suivi, IoT, etc.).

▼ 3. Généraliser l'ordonnance numérique pour toutes les prescriptions (ville et hôpital).

La généralisation de l'ordonnance numérique représente un levier majeur pour améliorer la qualité, la traçabilité et la pertinence des prescriptions. Elle facilite les échanges entre professionnels de santé et offre à l'Assurance maladie des données exploitables pour piloter et évaluer les pratiques, et éviter les excès de consommation..

▼ 4. Transmission immédiate, dès la sortie de consultation, d'un mail récapitulatif de l'acte réalisé, son montant facturé, et les biens médicaux prescrits, ainsi que leur base de remboursement par l'Assurance maladie.

▼ 5. Poursuivre le processus d'amélioration de toutes les interfaces utilisateurs des praticiens de santé avec comme objectif la convivialité, l'ergonomie et l'interopérabilité comme axes pour simplifier les tâches administratives, favoriser les coordinations et réduire les erreurs d'interprétations qui peuvent parfois conduire à des fraudes.

▼ 6. Créer une plateforme numérique nationale régulièrement alimentée pour rendre accessible la connaissance médicale, permettre sa diffusion et enrichir les solutions d'IA. L'accès à une connaissance médicale fiable est aujourd'hui complexifié par la multiplicité des sources et l'absence de standardisation, malgré un besoin fort de nombreuses typologies de données : recommandations médicales, cas patients cliniques, arbres décisionnels. Il est donc proposé de créer une plateforme nationale facilitant l'accès, l'intégration et la fiabilité des connaissances médicales pour les professionnels.

▼ 7. Inciter au recours à l'IA dans la pratique quotidienne en médecine de ville. Le recours au modèle SaaS (Software as a Service) reste aujourd'hui naissant en médecine de ville. Pourtant, le développement massif de l'intelligence artificielle dans le secteur ne pourra se faire que sur la base de logiciels, développés par la CNAM ou d'autres opérateurs. Afin d'accélérer cette transition, il apparaît nécessaire d'accompagner financièrement les professionnels de santé pour l'adoption et l'intégration de ces logiciels dans leur pratique : il est proposé de mettre en place des dispositifs de financement adaptés, notamment via la Dotation numérique pour la médecine de ville (DONUM) ou au travers d'expérimentations spécifiques. **Ces dispositifs devront permettre aux professionnels de santé de bénéficier des apports de l'IA dans leur exercice, tout en maîtrisant l'impact financier.**

▼ 8. Développer la formation continue et initiale des professionnels de santé aux nouveaux outils numériques, notamment l'IA, pour accompagner l'émergence de nouveaux métiers, et la transformation de certaines filières professionnelles médicales.

Formation initiale : renforcer les modules de formation sur l'utilisation des outils numériques, tant pour la gestion des données de santé pour l'accompagnement (IA/plateforme numérique) que sur les pratiques médicales.

Formation continue : mise en place d'un plan national structuré avec un déploiement obligatoire et progressif pour les professionnels libéraux et les praticiens hospitaliers (possibilité de l'intégrer cela dans la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et/ou la Dotation numérique pour la médecine de ville (DONUM).

▼ 9. Unifier le pilotage du déploiement des outils numérique en santé pour assurer la bonne coordination des acteurs publics et privés.

La création d'un guichet unique pour l'orientation des acteurs privés et publics sur chaque axe stratégique de cette feuille de route s'impose également, selon le principe : un sujet, un guichet, à l'image des guichets uniques pour les citoyens ou les PME. Enfin, il convient de favoriser la coopération entre les secteurs public et privé, afin de respecter la logique d'un État plateforme, où l'État développe les services socles et les acteurs privés proposent les services innovants.

- Propositions pour améliorer la lutte contre la fraude et la transparence par le numérique

MESURES STRUCTURANTES POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

▼ **10. Assurer une meilleure articulation dans la lutte contre la fraude par une meilleure synergie et des partenariats renforcés entre le privé et le public (AMO/AMC)**, avec une autorisation de partage des informations pour des suspicions de fraudes et des fraudes avérées qui permettrait d'identifier les fraudeurs.

▼ **11. Dématérialisation à 100 % des procédures, notamment pour les arrêts de travail, sans exception (cf : proposition 32).**

La dématérialisation des échanges entre assurés sociaux, professionnels de santé, assurance maladie obligatoire ou assureurs complémentaires de santé doit permettre de renforcer les contrôles automatisés (IA) sur les factures et les demandes de remboursements adressées à l'assurance maladie. L'objectif est de repérer les cas atypiques et de bloquer les versements à tort, plutôt que d'effectuer des contrôles après paiement, qui conduisent à des régularisations complexes et aléatoires.

▼ **12. Supprimer la carte Vitale physique au profit de la carte numérique.**

▼ **13. Prise en compte par l'assurance maladie des fraudes et abus qui lui sont remontés :** le contrôle par des tiers missionnés par des payeurs (employeurs/assureurs) doivent être pris en compte par l'Assurance maladie pour diligenter des contrôles (dans le respect de la décision du Conseil constitutionnel du 21 décembre 2023).

Et réciproquement les employeurs doivent pouvoir vérifier la validation par l'Assurance maladie de l'arrêt de travail, en accédant à une base disponible en temps réel. De la même façon, il convient que les reprises d'activité soient mentionnées dans les DSN afin d'éviter les doublons de paiement avec des salaires en cas de reprise anticipée d'activité.

▼ **14. Mettre en place une plateforme commune de signalement par les assurés (un seul point d'entrée pour l'AMO et pour les assureurs complémentaires) et inciter à la transparence en mettant à disposition des usagers et acteurs en temps réel le nom et la qualification des professionnels de santé autorisés à exercer.**

- Propositions pour maintenir l'excellence française en santé par une politique de la *data* et de l'innovation

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

▼ 15. Mobiliser et compléter les données de la plateforme des données de santé (*Health Data Hub*) pour accélérer l'accès à l'innovation et faciliter la R&D en France.

Grâce à l'enrichissement de données des établissements de santé, le *Health Data Hub* (plateforme de donnée de santé française) peut devenir un levier stratégique d'accès au marché pour les médicaments et solutions de santé innovantes.

En facilitant un accès sécurisé, rapide et structuré aux données de santé, il peut :

- fournir des données probantes en vie réelle dès les phases précoces d'introduction sur le marché ;
- Appuyer l'évaluation médico-économique et clinique des innovations, notamment dans le cadre des dispositifs bénéficiant d'un accès précoce ;
- réduire les délais d'accès au remboursement, grâce à des analyses robustes issues de cohortes élargies ;
- renforcer la régulation par la preuve, en apportant aux autorités sanitaires (HAS, CEPS, CNAM) des éléments objectifs pour la décision.

Pour jouer pleinement ce rôle, il convient de mieux faire connaître et enrichir les données disponibles, y compris celles déjà produites à la demande de chercheurs ou d'opérateurs, afin qu'elles profitent à l'ensemble de l'écosystème de la R&D. Cela suppose aussi de favoriser l'adoption de langages de données compatibles avec l'innovation clinique, tout en garantissant en amont leur pseudonymisation et une maîtrise rigoureuse des conditions d'accès

▼ 16. Favoriser l'accès « *fast track* » des innovations à faible niveau de risque clinique, mais à valeur ajoutée pour les patients, tels que les appareils médicaux ou solutions numériques permettant d'assurer un meilleur suivi des patients notamment en affections de longues durées (ALD).

▼ 17. Évaluer en temps réel l'impact des innovations afin de les rémunérer à leur juste valeur en intégrant les impacts sur l'organisation du système de soins et les gains d'efficience.

▼ 18. Favoriser le recours à l'analyse médico-économique globale des innovations dans les déterminants de la fixation des prix. Les études médico-économiques doivent être adaptées aux différents segments des produits de santé (dispositifs médicaux et médicaments) et typologies d'entreprises. Ainsi pour le dispositif médical, elles ne doivent pas être imposées aux petites entreprises pour qui la mise en place est souvent excessive. Pour elles, la mise en place d'analyses médico-économiques est souvent excessivement complexe et onéreuse. La prise en compte de bénéfices économiques plus larges et sur le plus long terme doit être intégrée dans les décisions de fixation des prix.

En complément, nos propositions pour soutenir la recherche et la production française dans le secteur de la santé

▼ **Simplifier les mécanismes d'introduction des innovations thérapeutiques sur le marché**, notamment des médicaments de thérapie innovante (thérapie génétique, thérapie cellulaire, etc.) et des technologies de diagnostic pour un accès plus rapide au patient, cet accès plus rapide étant par ailleurs source d'efficacité.

▼ **Renforcer l'attractivité de la France en matière de recherche clinique en accélérant les procédures.**

- Réduire les délais de validation des essais cliniques.
- Adapter les processus de validation des essais cliniques aux évolutions scientifiques et techniques.
- Garantir des procédures harmonisées à l'échelle européenne pour la conduite des essais cliniques.
- Donner la priorité au développement des essais de phase précoce en oncologie, à même de garantir l'accès aux molécules innovantes à nos concitoyens.
- Valoriser la conduite des essais cliniques en France dans la fixation du prix lors de l'arrivée sur le marché (continuum entre la R&D et la production pour la production du lot clinique entraînant la production du lot commercial).

▼ **Poursuivre et intensifier les investissements en recherche en favorisant une collaboration renforcée entre établissements.**

Poursuivre et intensifier les investissements publics et privés en recherche. Les dispositifs existants de financement (Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), Programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRTK), Programme de recherche médico-économique (PRME)) se révèlent extrêmement utiles, mais la sélectivité accrue de ces appels à projets, en raison du nombre croissant de projets, empêche la mise en œuvre de nombreuses études cliniques pourtant cruciales.

Favoriser une collaboration renforcée entre établissements, laboratoires et industries. Le développement de partenariats public-privé est indispensable pour accélérer l'innovation et la recherche. Si les acteurs publics s'assurent du respect de l'intérêt public dans le développement de dispositifs et innovations, l'apport des industriels repose sur de grandes capacités de développement et de valorisation.

▼ **Renforcer le poids du critère de localisation du site de production dans le prix et dans les appels d'offres des achats publics (lors de la fixation et des modifications ultérieures) des produits de santé, médicaments et dispositif médicaux, qu'ils soient innovants ou matures.**

En effet, la production en France d'un bien à la place de l'achat du même bien à l'étranger a des effets d'entraînements sur l'ensemble de l'économie, sur l'emploi et sur les ressources fiscales. Pour les dispositifs médicaux cela passe par l'adoption d'une doctrine claire et partagée sur l'application de l'article 65 de la LFSS pour 2024 (Approvisionnements garantis par l'implantation industrielle).

▼ **Prévoir la possibilité de revaloriser le prix d'un produit de santé lorsque les conditions d'exploitation en France ne sont plus remplies afin de garantir une attractivité pour les industriels présents, restés sur le territoire national.**

▼ **Intégrer des critères de production et d'impact environnemental dans les appels d'offres hospitaliers.**

Priorité 2.

Utiliser des indicateurs de qualité et instaurer une culture de la performance pour piloter la transformation du système de santé

• Constats

L'amélioration de la qualité des soins, de l'efficacité des pratiques et de l'observance thérapeutique des patients reste un enjeu central, encore insuffisamment appuyé par des outils de pilotage pertinents. Le système de santé demeure principalement orienté vers la production d'actes, avec une faible corrélation entre la qualité réelle, la performance des prises en charge et leur financement.

Les incitations à la qualité (Rémunération sur objectifs de santé publique, ROSP), Incitation financière à l'amélioration de la qualité, IFAQ) restent marginales : en 2022, l'IFAQ représentait 700 millions d'euros sur un ONDAM de 236 milliards. De plus, le faible développement des outils numériques (ordonnance dématérialisée, espace numérique de santé, etc.) et les mécanismes de traçabilité, freinent la performance de la médecine, fondée par essence sur les preuves et les données.

L'absence d'indicateurs partagés de qualité et de performance limite la capacité à conditionner les financements à la pertinence des soins. De nombreux actes sont réalisés sans vérification de leur indication clinique ni de leur conformité aux référentiels. Ce déficit de pilotage alimente la surconsommation médicale, des inégalités territoriales et une faible responsabilisation des acteurs. Chaque année, jusqu'à 197 000 hospitalisations évitables sont liées à des événements indésirables graves (Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins, ENEIS).

• Propositions pour construire un système de santé centré sur la qualité des soins et la performance

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

- ▼ 19. Construire avec les sociétés savantes, l'Académie de médecine, la HAS, etc., des indicateurs de qualité et de performance des pratiques professionnelles des praticiens. Ces travaux démarraient en priorité par les 10 pathologies chroniques les plus répandues.

La pertinence des soins doit résulter de la comparaison par les professionnels des meilleures pratiques (audit par les pairs), mais aussi de la prise en compte de l'expérience du patient. Pour une analyse objective du service médical rendu, quatre types de données doivent être croisés :

- les données administratives et sociales : âge, sexe, lieu de vie, catégorie, etc. ;
- les résultats rapportés par le patient : score fonctionnel et qualité de vie pré et post interventionnel ou d'hospitalisation selon un questionnaire de qualité de vie standardisé et validé ;
- les résultats rapportés par le clinicien ;
- les indicateurs combinés : taux de rechute/taux de réhospitalisation, redondance d'actes de biologie et de radiologie, adéquation entre le type d'hospitalisation (jour/nuit, à domicile, complète ou en ambulatoire) et les besoins réels du patient.

▼ **20. Inscrire le système de santé dans un processus d'évaluation, de comparaison et de transparence en matière de pratiques et de résultat technique.** La seule voie efficace pour faire progresser les pratiques professionnelles est de pouvoir les mesurer et les comparer entre structures équivalentes. L'objectif serait de pouvoir mieux étayer les choix des établissements de santé en termes de pilotage de l'activité, d'évaluation des responsables médicaux et chefs de service, mais aussi, pour une partie de ces indicateurs, dans le but de les rendre publics.

- **En donnant tous les éléments d'information des interventions, en toute transparence, pour chaque établissement** : nombre d'actes réalisés par an, volume d'activité des médecins, taux de reprise-réintervention, ainsi que les niveaux de certification; finaliser à cet effet le déploiement de FIDES sous 24 mois. Cela permettrait d'éviter inutilement la multiplication des enquêtes.
- **En rendant accessibles les informations sur les organisations ou parcours innovants de prise en charge**, de façon à réduire les inégalités d'accès à l'information.
- **En publiant et mettant à jour en temps réel les informations** de l'ensemble des professionnels de santé autorisés (en ville et à l'hôpital) à exercer et en précisant le niveau de prise en charge de leurs actes et la nature détaillée de leur activité.

▼ **21. Sur l'ensemble du parcours de soins, mesurer les indicateurs de qualité et de performance pour permettre l'atteinte des objectifs et mettre en évidence les structures n'atteignant pas des standards suffisants. En s'appuyant sur ces données, piloter la cartographie des établissements de santé en regroupant et/ou en fermant les structures/services ne répondant pas aux impératifs de qualité avec la nécessité de concilier proximité et compétence.**

La mise en évidence de la perte de chance de certains patients opérés dans des structures à très faible niveau d'intervention devrait déclencher une démarche de refonte de l'articulation de la pratique hospitalière afin de concentrer les pratiques et les compétences dans des lieux d'excellence appuyés par des structures de proximité qui réalisent l'accompagnement pré et post opératoire, les transports et le suivi dans la durée avec les structures libérales.

Sur l'ensemble, le continuum de la prise en charge, de la mesure des délais de prise en charge à la participation aux RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire) en passant par les soins de support, il est indispensable de piloter le parcours de soins des patients à l'aide d'indicateurs de qualité, de pertinence et d'efficacité. Quelques suggestions d'indicateurs :

- maîtrise des délais de prise en charge : délais d'accès au premier traitement/délai entre le diagnostic et la chirurgie ;
- accès aux innovations techniques ;
- mise en place d'actions de coordination des soins ville-hôpital ;
- taux de participation des patients aux essais cliniques ;
- accès aux programmes de réadaptation ;
- prix de revient.

▼ **22. Pour les maladies chroniques et lourdes, construire des parcours de soins adaptés et permettant la gradation des soins en lien avec la médecine de ville et un professionnel de santé référent, chargé du suivi du patient.**

À l'image de l'organisation en cancérologie, ces parcours doivent articuler :

- la prise en charge dans des centres experts ou de référence pour les actes les plus techniques ou les décisions complexes ;
- des structures de proximité assurant l'accompagnement, les soins de support, la surveillance et le suivi de long terme ;
- une coordination renforcée ville-hôpital, appuyée par des outils numériques partagés ;
- cette logique permet de garantir une prise en charge de qualité, de réduire les pertes de chance et d'optimiser l'allocation des ressources.

- ▼ **23. Actualiser les recommandations de la HAS sur la polymédication et centrer sur les personnes de plus de 65 ans une vigilance dès la cinquième prescription médicale** : mettre en place des outils de suivi annuel et engager une démarche de coordination entre les pouvoirs publics et les acteurs du privé qui déploient des initiatives pour limiter le risque associé à la polymédication et développer la sobriété médicamenteuse. Ces recommandations seront intégrées dans la plateforme visée à la proposition 6.

• **Propositions pour intégrer pleinement la qualité et la pertinence des soins dans la rémunération des professionnels et des établissements**

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

- ▼ **24. Conditionner une partie de la rémunération du professionnel au respect des recommandations des sociétés savantes et de la Haute autorité de santé, pour faire de la qualité une exigence structurante.** Afin d'harmoniser les pratiques médicales et paramédicales, il convient de renforcer le respect de ces recommandations sur la pertinence des interventions médicales et leur hiérarchisation selon le niveau de risque. Ces recommandations devront progressivement s'imposer jusqu'à devenir de vrais référentiels.

Dans ce cadre, renforcer l'incitation aux bonnes pratiques de prescription par une ROSP/ FMT réévalué et recentré sur la qualité des soins. Inciter davantage les bonnes pratiques de prescription, notamment en matière de prescription médicamenteuse, en s'appuyant sur une ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) renforcée, dont le poids dans les rémunérations des professionnels de santé serait accru.

Cette ROSP devrait être régulièrement réévaluée dans sa pertinence et être davantage recentrée sur la qualité réelle des soins, plutôt que sur des critères uniquement quantitatifs ou déclaratifs.

- ▼ **25. Revaloriser et intégrer pleinement l'IFAQ dans la rémunération des établissements, en l'articulant avec les revalorisations tarifaires, afin de rémunérer la qualité.** Cette démarche consisterait à faire monter en puissance l'IFAQ en affectant progressivement, chaque année, une part croissante des revalorisations tarifaires à cette enveloppe. Cela reviendrait concrètement à réserver les augmentations tarifaires aux établissements qui démontrent une réelle amélioration de la qualité, selon les indicateurs de l'IFAQ — instaurant ainsi un principe de « tarification à la qualité » renforcé (dont le poids pourrait atteindre progressivement environ 10 % de la rémunération totale).

- ▼ **26. Favoriser progressivement une rémunération au parcours de soins incluant des actes préventifs, intervention, suivi médical, accompagnement sur le long terme et les reprises.** Ainsi l'usage d'une solution numérique sur les parcours pourrait être poussée et incluse dans un forfait. Il est ainsi proposé de mettre en place un **forfait global de parcours de soins** pour les patients atteints de maladies chroniques ou en situation complexe, sur le modèle du **parcours post-cancer développé par l'ARS Pays de la Loire**. Ce forfait, prescrit par un professionnel de santé, couvrirait de manière modulable un ensemble de bilans, consultations et actes médicaux sur une période donnée.

Inspiré des modèles néerlandais et américains de **paiement groupé (bundled payment)**, ce financement favoriserait une prise en charge **coordonnée, pluri-professionnelle et de proximité**, en s'appuyant sur des organismes (établissements de santé ou regroupement de médecins) **labellisés par les ARS**. Il permettrait de renforcer la qualité et la continuité des soins, tout en maîtrisant les coûts et en évitant les actes redondants ou les hospitalisations évitables.

- ▼ **27. Favoriser l'observance thérapeutique en mettant en place des dispositifs d'accompagnement pour les assurés en situation notoire d'inobservance de prescription médicale.** De nouveaux outils de communication permettent un monitoring des données biomédicales du patient, suivies et analysées en temps réel et à distance. Les assureurs complémentaires pourraient être associés à cette démarche de suivi.

L'inobservance concernerait près de la moitié des patients atteints de maladies chroniques, dont le nombre ne cesse d'augmenter. Elle représenterait un coût estimé à 2 milliards d'euros par an, entraînerait un million de journées d'hospitalisation, et serait à l'origine de 8 000 décès chaque année. Dans 70 % des cas, l'inobservance serait due **à un comportement du patient médicalement inapproprié, y compris pour les pathologies les plus graves** avec des risques importants de complications lourdes. Un éventuel moindre remboursement pourrait être prévu si l'assuré refuse délibérément et de façon répétée cet accompagnement.

- ▼ **28. Mettre en place un programme par l'Assurance maladie visant à réduire le nomadisme médical.** S'il est légitime que les assurés puissent solliciter de façon répétée le système de soins pour parfaire un diagnostic ou prolonger un arrêt de travail justifié, il n'est pas acceptable que des consultations répétées pour un même motif, en l'absence de justification clinique, soient systématiquement prises en charges sans contrôle par l'Assurance maladie puis par les assurances maladie complémentaires.

- ▼ **29. Déployer davantage la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) afin d'éviter des complications et des réhospitalisations.**

La récupération améliorée après chirurgie constitue une innovation hospitalière efficiente en termes de qualité des soins, de parcours du patient et de maîtrise des coûts.

- Développer un déploiement systémique de la démarche de RAAC pour tous les actes de chirurgie, en demandant l'extension du mécanisme de valorisation à tous les Groupes homogènes de malades (GHM) codant la variable RAAC.
- Travailler sur l'opportunité de la création d'un « bonus RAAC » pour les établissements engagés, sous forme de forfait ou de redistribution, dans une logique d'objectif de santé publique.

Priorité 3.

Mieux maîtriser, encadrer la consommation de soins et de biens médicaux en responsabilisant les acteurs

• Constats

La consommation croissante de soins et de prestations reflète aujourd'hui une régulation insuffisante, avec des mécanismes souvent inadaptés pour en contenir les excès. Cette dynamique, qui pèse lourdement sur la soutenabilité financière du système de santé, se manifeste dans plusieurs champs clés du pilotage : arrêts de travail, consommation médicamenteuse, affections de longue durée et articulation entre financeurs.

Les indemnités journalières, en augmentation continue, illustrent les limites du dispositif actuel. Les arrêts prescrits sans examen clinique échappent à toute validation immédiate, et le contrôle a posteriori, lent et peu dissuasif, laisse persister des pratiques inappropriées. Le coût est conséquent : 10,2 milliards pour l'Assurance maladie auxquels s'ajoutent entre 15 et 20 milliards d'euros pour les employeurs.

La consommation médicamenteuse reste également marquée par des pratiques peu pertinentes : sur-prescription, non-respect des recommandations, nomadisme médical, polymédication fréquente chez les personnes âgées. Une étude menée en 2022 par le groupement d'intérêt scientifique d'études de pharmaco-épidémiologie (EPI-PHARE) indique que plus de 77 % des personnes âgées de 90 ans et plus présentent une polymédication.

Le dispositif des affections de longue durée (ALD), en croissance constante, repose sur un cadre obsolète qui n'a que très peu évolué depuis sa création. L'élargissement progressif des critères d'éligibilité a affaibli sa cohérence clinique et a contribué à une inflation des dépenses, avec des inégalités de traitement à la clé.

Aujourd'hui les personnes en situation d'ALD représentent 20 % de la population et 66 % de la dépense totale remboursée, dont 16 milliards d'euros liés à l'exonération de ticket modérateur.

Enfin, l'articulation entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC) s'est progressivement affaiblie, au détriment de la lisibilité et de l'efficacité globale du système. La refonte du contrat responsable est devenue indispensable. Son cahier des charges, alourdi par des couches successives de réglementation, est aujourd'hui trop contraignant. En assurant une solvabilisation large et systématique, il renchérit fortement le coût des complémentaires santé, avec des impacts notables sur l'accessibilité financière, notamment pour les seniors, et sur la consommation de soins médicaux qui pèse en retour sur les ALD.

Il réduit la liberté de choix des assurés, particuliers comme entreprises, en matière de garanties adaptées à leurs besoins. Surtout, il échoue à atteindre ses objectifs initiaux : il ne freine pas la croissance des dépenses, ne régule pas efficacement les secteurs, n'influence que peu les comportements des assurés et ne garantit pas un accès effectif aux soins.

- Propositions pour rendre plus soutenable la prise en charge des arrêts de travail et limiter les abus

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

- ▼ **30. Instaurer un ou plusieurs jours de carence d'ordre public**, non indemnisés par la Sécurité sociale et non pris en charge par les employeurs, notamment au titre de la loi de mensualisation, comme cela est pratiqué pour la fonction publique. Un délai suffisant sera donné aux branches professionnelles pour renégocier pour leurs conventions afin que cette mesure ne soit pas considérée comme inconstitutionnelle au regard de l'atteinte à l'économie des contrats.
- ▼ **31. Interdire (ordre public) la prise en charge du délai de carence par l'employeur à partir du 3^e arrêt dans une même année civile (exception pour les personnes en ALD).**

- ▼ **32. Dans la ligne de la proposition 11, dématérialiser tout arrêt de travail, sans exception.**

La dématérialisation permet un processus et de contrôle efficace et en temps réel, contribuant ainsi à éviter les doubles paiements.

L'information sur l'arrêt de travail est mise à disposition en temps réel pour les entreprises par consultation (webservice), l'Assurance maladie en assurant la mise à jour (y compris les rejets, cf. infra) : la coordination Assurance maladie/Assureur prévoyance/entreprise sur l'effectivité de l'arrêt doit être assurée avec ces outils (webservice, DSN), afin d'éviter les fraudes ou doubles paiements, par exemple en cas de reprise anticipée du travail.

- ▼ **33. Simplifier le versement des indemnités journalières, en forfaitisant le montant des indemnités journalières** : instaurer un montant unique compris entre 0,5 et 0,7 SMIC journalier, en s'assurant de la neutralité financière de cette mesure pour les entreprises. L'ensemble du *process* d'indemnisation s'en trouverait très largement facilité, pour des écarts en valeur devenus faibles en raison de la réduction de 1,8 à 1,4 SMIC du plafond de calcul au 1^{er} avril 2025. Il conviendrait, pour que cette mesure de simplification soit acceptable, que ce montant soit neutre pour l'Assurance maladie et pour les entreprises (pas de transfert), et non réduit par opportunité budgétaire. Dès lors, l'extension de la subrogation à l'ensemble des entreprises ne serait plus nécessaire, en particulier pour les TPE-PME.
- ▼ **34. Mieux encadrer les durées des arrêts de travail** : les médecins prescripteurs doivent lors de l'enregistrement en ligne respecter les durées recommandées par les autorités de santé pour les pathologies mentionnées, qui sont issues des recommandations des autorités de santé et communiquées via les plateformes d'aide à la prescription.
- ▼ **35. Mettre en place dans certaines situations une validation de l'autorisation d'arrêt de travail** : l'autorisation d'arrêt de travail décidée par le médecin, dans les situations visées ci-dessous, peut faire l'objet d'une validation par l'Assurance maladie pour ce qui concerne le paiement des IJ. L'Assurance maladie dispose en effet d'outils de suivi et d'analyse adéquats qui, grâce à la saisie numérique sur la totalité des arrêts, les rendra particulièrement fiables et efficaces.

Plus concrètement :

- cette disposition de validation ne s'appliquerait pas aux médecins ou assurés dont le suivi d'activité ou d'arrêt reste dans les standards usuels, ce qui est la grande majorité des cas, et auquel aucune information ou mise en garde préalable n'aura été adressée ;
- cette validation s'appliquerait en revanche aux médecins préalablement informés de leur fort niveau de prescription et aux salariés préalablement contactés pour des abus ou excès antérieurs. Pour ces médecins, régulièrement hors recommandations, un contrôle du strict respect des préconisations d'arrêt par pathologie sera effectué, et le cas échéant, une enveloppe budgétaire d'arrêt par période (3 mois) sera notifiée, avant l'engagement de mesures plus coercitives (mise sous accord préalable). Parallèlement, une mesure de contrôle ou validation des arrêts

sera mis en place pour les salariés ayant été au préalable informés sur leurs comportements anormaux (nomadisme médical pour des arrêts à répétition sur des périodes courtes, contrôles antérieurs d'arrêts ayant mis en évidence des anomalies ou fraudes, etc.) ;

→ pour les médecins dont la prescription d'arrêts sera estimée anormale, malgré la mobilisation des outils existants (entretiens confraternels, etc.), le dispositif de mise sous accord préalable pourra être renforcée par une mesure temporaire d'interdiction de délivrance d'arrêts de travail.

▼ **36. Un aménagement des conditions de travail peut être proposé par le médecin en lieu et place d'un arrêt total de travail si l'activité professionnelle et l'état de santé du salarié le permettent, sous réserve de son accord, ainsi que de celui de l'employeur en lien avec le médecin du travail.**

Par exemple, les arrêts de travail pour un simple mal de dos, pathologie pour laquelle l'arrêt de toute activité physique n'est pas médicalement recommandé, devraient être déconseillés pour les professions tertiaires. Dans ces cas précis, la pratique du télétravail pourrait alors être privilégiée.

▼ **37. Assurer un meilleur suivi des arrêts longs liés à des troubles musculo-squelettiques ou à des troubles psychiques ou psychiatriques, pour lesquels aucune prise en charge médicale ou action médicale concomitante n'est engagée.** Ils sont renouvelés régulièrement (modulation en fonction de la pathologie), avec contrôle sur l'effectivité d'une action de soins sur la période pour s'assurer de leur accompagnement réel et régulier.

▼ **38. Amorcer dès 6 mois d'arrêt (et au plus tard après un an pour certaines pathologies) une première démarche de prévention de la désinsertion professionnelle, afin de s'assurer que le patient ne cours pas de risque et engager les actions qui seraient estimées judicieuses.** Il s'agit de ne pas attendre 2 ou 3 ans comme cela se pratique aujourd'hui. Les assureurs complémentaires peuvent, par délégation de l'AMO, piloter dans les entreprises ces initiatives visant à assurer le bon retour en entreprise du salarié, en coordination avec le **Service interentreprises de santé au travail**. L'objectif général est de gérer la désinsertion professionnelle évitable.

▼ **39. Inviter les employeurs (entreprises publiques ou privées, État et collectivités) à lancer un plan d'action, en communiquant des points de comparaison aux employeurs ayant dans leur exercice des taux élevés d'arrêts.**

Cela pourrait permettre, de mettre en place des diagnostics et des plans d'actions adaptés, avec la participation de leur service de santé au travail, et le cas échéant, de leurs assureurs.

• **Propositions pour favoriser une consommation pertinente, raisonnable et efficace des médicaments**

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

▼ **40. Développer le « pharmacie first », prévoir un délistage additionnel de certains médicaments.**

L'objectif est de mettre à disposition davantage de médicaments à prescription médicale facultative, pour libérer du temps médical et permettre un accès aux soins plus rapide. L'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Espagne ou encore l'Italie disposent de deux fois plus de molécules que la France. Au regard des travaux de l'association NèreS et des pratiques européennes, une cinquantaine de molécules pourraient être étudiée.

Les pharmaciens sont souvent déjà le premier point de contact des patients. Pour des soucis de santé mineurs ils pourraient conseiller et délivrer les médicaments adaptés aux symptômes des patients ou, le cas échéant, les renvoyer vers le médecin. Par ailleurs, le délistage n'entraîne pas le déremboursement du médicament lorsque ce dernier est prescrit.

- ▼ **41. En cas d'introduction de médicaments ou de dispositifs médicaux innovants à fort impact,** accompagner leur déploiement par un suivi des économies induites (exemple du vaccin contre la bronchiolite) et du bénéfice clinique constaté pour les patients.
- ▼ **42. Conditionner la délivrance d'antibiotiques à la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) selon les recommandations de la HAS, au-delà des seuls pharmaciens.**
- ▼ **43. Prévoir un mécanisme de partage de la valeur entre la sécurité sociale, les complémentaires et les pharmaciens d'officine pour les remises commerciales, négociées sur le prix des médicaments.**

Cela pourrait s'appuyer sur l'exemple du circuit hospitalier, où 50 % de ces remises reviennent à l'établissement et 50 % à l'Assurance maladie.

- ▼ **44. Prévoir à titre expérimental des appels d'offres sur les médicaments génériques, incluant des clauses de production nationale et européenne,** en garantissant des critères de multi-attribution pour éviter une raréfaction de l'offre dans un contexte de tension d'approvisionnement des médicaments à faible coût.

- **Propositions pour rendre soutenable le dispositif des ALD, sans rogner sur l'accès à des soins de qualité fortement pris en charge**

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

- ▼ **45. Actualiser la liste des ALD et revoir les critères d'éligibilité donnant la priorité à un recentrage des critères de sévérité sur les situations médicales les plus graves et les traitements les plus coûteux.**

Fortement concentrées sur quatre groupes de pathologies, les dépenses des assurés en ALD sont dynamiques depuis 2010, notamment du fait du vieillissement de la population.

Les investigations menées par la mission IGF-IGAS montrent que le dispositif d'ALD, très peu modifié depuis 1986, a vu sa cohérence s'amincir au fil du temps. Il s'est adapté de manière limitée aux évolutions thérapeutiques et repose aujourd'hui davantage sur l'appréciation des médecins. Il joue un rôle relativement faible en matière d'incitation à la maîtrise des dépenses de santé. Par ailleurs, l'élargissement progressif des critères de reconnaissance a pu fragiliser sa cohérence et entraîner certaines inégalités entre assurés en ALD et assurés de droit commun.

- ▼ **46. Pour les maladies chroniques et lourdes, construire des parcours de soins adaptés** et permettant une organisation progressive de la prise en charge du patient, en lien avec la médecine de ville et un professionnel de santé référent, chargé du suivi du patient.
- ▼ **47. Harmoniser les contrôles d'admission et de renouvellement des ALD,** en s'appuyant davantage sur les écarts de consommation de soins.
- ▼ **48. Assurer le respect de l'ordonnancier bizonne,** avec une imputation automatique lors de la délivrance des produits de santé en pharmacie, en fonction de listes intégrées aux logiciels métiers. L'Assurance maladie ne contrôle plus le respect de l'imputation sur l'ordonnancier bizonne (distinguait les soins relevant de l'ALD, pris en charge à 100 %, des soins sans lien avec l'ALD), et très peu les prescriptions.
- ▼ **49. Suppression de l'exonération de ticket modérateur pour certains actes et produits** (médicaments à faible service médical rendu, traitements thérapeutiques non spécifiques de l'affection, etc.).

- ▼ **50. Dupliquer des initiatives locales existantes de transport regroupé** dans lesquelles un moyen de transport de type minibus organise des déplacements collectifs programmés des habitants des communes rurales.

- **Propositions pour améliorer la maîtrise globale des dépenses par une coordination renforcée sur les prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires**

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

- ▼ **51. Refondre les obligations de prise en charge du contrat responsable** : possibilité de ne plus prendre systématiquement en charge les tickets modérateurs, le 100 % santé, le forfait journalier et les transports ; possibilité d'introduire des délais de carence dans les prises en charge conditionnées et des mécanismes d'entente préalable de façon à promouvoir le juste recours aux soins...
- ▼ **52. Replacer les OCAM dans un rôle d'acteur et de pilote dans les domaines qu'ils financent largement : dentaire, optique et les impliquer les OCAM dans la gouvernance des acteurs qu'ils financent (hôpitaux, etc.).**

- ▼ **53. Prévoir un réel pilotage coordonné des remboursements en incluant le suivi des restes à charge des assurés sociaux et les leviers de responsabilisation.**

À titre d'exemple, pour l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), une révision des règles de prise en charge des dépassements d'honoraires devrait être envisagée, afin de mieux soutenir la promotion de la pertinence des soins et des parcours, conformément aux recommandations de la HAS. Cette évolution devrait être pensée et mise en œuvre de manière conjointe.

- ▼ **54. Instaurer une concertation automatique pour que les décisions de baisse de remboursement par l'AMO ne soient pas automatiquement compensées par l'AMC**, mais fassent l'objet d'une évaluation préalable de leur éventuelle prise en charge. **Dans cette logique, exclure les transferts décidés de façon unilatérale à l'occasion des PLFSS.**

- ▼ **55. Renforcer la mobilisation des complémentaires santé sur des secteurs où elles peuvent apporter une réelle valeur ajoutée, afin d'améliorer l'atteinte des objectifs de santé publique et de maîtrise des dépenses.**

Déléguer, par exemple, la gestion des transports programmés (non urgents) en taxi aux complémentaires santé : grâce à leur expertise en matière d'assistance, les assureurs pourraient optimiser l'organisation des déplacements, coordonner les trajets partagés sur le territoire et ainsi rationaliser une logistique qui, aujourd'hui, relève de l'Assurance Maladie obligatoire sans raison évidente.

Cofinancer et coporter des programmes de prévention (sur le modèle de la prévention bucco-dentaire), afin d'améliorer les taux de recours et l'impact des actions de prévention.

Mettre en place des remboursements bonifiés pour encourager la pertinence des soins et la prévention après évaluation de l'impact financier pour les employeurs et les salariés : ces incitations viseraient à faire des assurés de véritables acteurs de leur santé, en récompensant les comportements vertueux.

- ▼ **56. Confier à l'AMC la prise en charge complète des frais d'optique (lunettes et lentilles) et d'audiologie (aides auditives)**, avec un désengagement de l'AMO.

Sur ces postes, l'AMC reprendrait la main sur les négociations professionnelles ainsi que sur la régulation, notamment grâce à la mise en place de dispositifs d'accompagnement (réseaux de soins), qui commencent à démontrer leur efficacité dans la maîtrise des dépenses globales et la réduction du reste à charge.

Des comptes-rendus annuels seraient également instaurés, fondés sur des objectifs et des indicateurs partagés entre les parties prenantes.

- ▼ **57. Allonger les délais de renouvellement et réviser le cadre du dispositif « 100 % santé » dans les trois domaines (tarifs et incitations).** Dissocier l'équipement de la prestation en audiologie pour encourager le suivi et l'adaptation de l'appareil. Dissocier dans les remboursements optiques la partie technique à couvrir de la partie esthétique en reste à charge. Ces évolutions se feront après analyse de l'impact global du dispositif « 100 % santé » et en lien avec les secteurs économiques concernés.

Priorité 4.

Décloisonner le système de soins en renforçant la coopération entre acteurs de terrain et en redéfinissant la place de l'hôpital

• Constats

L'organisation actuelle de l'offre de soins reste profondément marquée par des cloisonnements entre les acteurs, des logiques de fonctionnement en silos, et une répartition inégale des ressources humaines et techniques sur le territoire. Malgré les avancées portées par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les groupements hospitaliers de territoire, la coordination entre médecine de ville, hôpital, secteur médico-social et paramédical demeure largement insuffisante.

À l'hôpital, les tentatives d'intégration portées par les Groupement hospitalier de territoire (GHT) ont souvent échoué à produire une gouvernance territoriale réelle. La mutualisation des fonctions support reste limitée et les coopérations médicales peu développées. Le pilotage demeure largement administratif, déconnecté des enjeux de qualité et de pertinence des soins. Élément probant, le coût des soins hospitaliers a augmenté de 26 % depuis 2019, alors même que le volume d'activité est resté inférieur à son niveau pré-Covid.

L'activité ambulatoire, pourtant moins coûteuse et mieux adaptée à la gestion des pathologies chroniques, est encore insuffisamment encouragée. À cela s'ajoutent des déséquilibres dans la répartition des plateaux techniques, avec des zones surdotées sans critère de besoin, tandis que d'autres restent sous-équipées. Le respect du parcours de soins reste partiel, faute d'incitations claires, de pilotage local efficace et d'outillage numérique adapté.

Dans ce contexte, la fragmentation de l'offre pénalise l'efficacité du système, creuse les inégalités territoriales d'accès aux soins et alimente des tensions durables dans l'organisation du travail des professionnels.

- Propositions pour répondre aux déserts médicaux par des coopérations entre les différents acteurs et la gestion des ressources humaines

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

▼ **58. Favoriser les parcours mixtes entre l'exercice libéral et l'hôpital public en facilitant notamment l'exercice à temps partiel des praticiens hospitaliers et les vacations des médecins libéraux.**

Plus largement, un travail doit être mené sur les écarts de rémunération entre les médecins, notamment en fonction des spécialités pratiquées, au regard des comparaisons qui peuvent être faites avec les niveaux de rémunération globalement pratiqués dans le pays. Dans cette lignée, favoriser les conventions simples, au lieu de la constitution de Groupements de coopération sanitaires (GSC) inutilement lourds et complexes, pour permettre les interventions croisées entre acteurs d'un territoire. Cela permettrait par exemple de faciliter l'exercice mixte en permettant à un praticien hospitalier d'intervenir plus facilement dans un établissement de santé privé, avec une fluidité bénéficiant également aux patients, et *vice versa*.

▼ **59. Inciter au regroupement des médecins généralistes et/ou avec des spécialistes** permettant d'apporter des services utiles et globalement efficaces (qu'il conviendrait de soutenir : horaires d'ouvertures, permanences, etc.), plutôt que de multiplier les structures administratives de la médecine libérale en ville.

▼ **60. Autoriser l'embauche d'infirmier(e)s salarié(e)s pour les médecins de ville, leur permettant d'accroître leur niveau de consultation (et réexaminer l'organisation des soins infirmiers à l'hôpital).** Dans le même registre, encourager les tandems médecin spécialiste-technicien pour renforcer l'accès à des soins qui seraient plus coûteux à l'hôpital.

▼ **61. Mettre en place une politique cohérente de l'installation des professionnels de santé et des structures de soins coordonnées sur l'ensemble du territoire, en harmonisant les zonages utilisés pour les incitations individuelles et collectives.** Définir une carte unique des besoins de santé servant à la fois de référence pour l'installation des médecins en exercice libéral et pour la création ou le soutien des maisons de santé pluridisciplinaires et des réseaux de professionnels sur un territoire.

- Moduler les aides à l'installation et les autorisations d'ouverture de nouvelles structures à cette cartographie partagée, afin de garantir une couverture territoriale équilibrée et de lutter efficacement contre les inégalités d'accès aux soins.
- Piloter ce dispositif à l'échelle locale, en associant les professionnels de santé, les collectivités locales et les agences régionales de santé (ARS) pour une adaptation fine aux réalités locales.

▼ **62. Réformer la tarification de l'activité libérale dans les établissements publics de santé, de manière à éviter que l'Assurance maladie ne paye deux fois le temps médical consacré aux prestations.**

Le rapport de la Cour des comptes d'octobre 2023, « Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité », met en évidence un problème structurel de double valorisation de l'activité libérale effectuée à l'hôpital pour une seule et même activité reposant sur :

- d'une part, la valorisation pour l'hôpital de cette activité *via* les Groupes homogènes de séjours (GHS) ;
- d'autre part, sur les honoraires liés à l'activité libérale réalisée.

Si cette double valorisation a été instaurée pour renforcer l'attractivité du secteur hospitalier public, elle contient selon la Cour des comptes « des dispositions propices aux abus, non contrôlées, de nature à fausser la concurrence entre établissements ». La suppression de la valorisation pour l'hôpital serait par ailleurs directement génératrice d'économies pour la Sécurité sociale.

- ▼ **63. Réexaminer la cartographie des spécialités médicales pour anticiper les conséquences de l'arrivée de technologies nouvelles et potentiellement disruptives (comme l'intelligence artificielle en dermatologie ou en radiologie), et envisager, le cas échéant, un redéploiement progressif des effectifs vers d'autres spécialités où les besoins sont croissants..**
- ▼ **64. Favoriser le développement d'équipements et d'applicatifs (exemple de la télésurveillance)** permettant, en coordination avec les complémentaires santé, d'accompagner les personnes en sortie d'établissement de santé (hôpital), en particulier pour les patients souffrant de pathologies chroniques ou en ALD. Selon la HAS, plusieurs études montrent avec un bon niveau de preuve que l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées et atteintes de pluripathologies. Ce résultat est robuste et peut probablement être transposé en France. La réduction du taux de réadmissions à 30 jours varie entre 18 et 50 % selon les études et les comorbidités. Cette réduction peut être observée jusqu'à 6 à 12 mois. Le recours aux services d'urgence peut être réduit dans les mêmes proportions et dans certaines études la durée de séjour est réduite d'environ 10 %.
- ▼ **65. Réinterroger la durée des études de médecine au regard de leur durée dans les autres pays.** Il s'agirait d'éviter une surspécialisation inefficace des médecins.

• Propositions pour repenser le fonctionnement et l'organisation hospitalière et son articulation avec la médecine de ville

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

- ▼ **66. Conférer une personnalité juridique unique aux Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et repenser leur gouvernance afin de faciliter la mutualisation des moyens, la coordination et la rationalisation des activités hospitalières.** Les établissements hospitaliers publics membres perdraient ainsi leur personnalité juridique propre, permettant une véritable mutualisation des moyens humains et une gouvernance unifiée à l'échelle du territoire. Cette évolution faciliterait la coordination, la rationalisation et, le cas échéant, l'arbitrage des activités hospitalières au sein du GHT.
- ▼ **67. Regrouper et moderniser l'analyse médicale hospitalière par le développement de clusters et la mutualisation des activités.** Les actes seraient facturés au niveau de ces opérateurs spécialisés ayant amélioré leur productivité, par exemple *via* l'envoi des données d'imagerie vers un centre unique validées à distance par un médecin spécialiste, assisté par l'intelligence artificielle, ce qui implique une restructuration des services hospitaliers de radiologie et de biologie médicale.
- ▼ **68. À budget constant, envoyer un signal prix pour encourager l'accompagnement vers l'ambulatorio, aujourd'hui moins rémunérateur que l'hospitalisation.**

À enveloppe budgétaire constante, il est nécessaire de rééquilibrer les incitations tarifaires en faveur de la prise en charge ambulatoire, aujourd'hui structurellement moins rémunératrice que l'hospitalisation complète. Cela freine son développement, malgré son intérêt en termes de qualité, d'efficacité et de satisfaction du patient.

Un signal prix clair pourrait être mis en place, notamment à travers :

 - la révision des forfaits ambulatoires, pour mieux prendre en compte les coûts réels d'accompagnement (soins pré et post-opératoires, coordination, transport, etc.) ;
 - l'AMC pourrait participer à cette incitation en revoyant certaines prises en charge, notamment sur la prise en charge d'une journée de chambre pour des actes réalisables en ambulatoire, afin de limiter les hospitalisations inutiles.

Cette évolution tarifaire viserait à soutenir la transformation des organisations hospitalières tout en favorisant les prises en charge les plus efficaces pour le système.

- ▼ **69. Planter dans, ou à proximité des hôpitaux publics et privés, des centres de médecine libérale non programmée en complément de la démarche de service d'accès aux soins (SAS) pour réguler l'accès aux urgences et rapprocher la facturation du coût du passage aux urgences de son coût réel, en cas de recours inapproprié et hors SAS.**
- ▼ **70. Favoriser l'admission directe en hospitalisation pour les personnes âgées, sans passage par les urgences.** Il est proposé de développer et de financer les admissions directes en pour les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et pour les soins médicaux et de réadaptation (SMR) pour les personnes âgées, en évitant autant que possible le passage par les services d'urgences, afin d'améliorer la prise en charge des patients, tout en renforçant l'efficacité du système hospitalier.
- ▼ **71. Systématiser dans les territoires la consultation d'un anesthésiste préopératoire à distance.**
- ▼ **72. Développer les services de prise de rendez-vous dans les hôpitaux publics afin de mieux planifier et réguler leur activité.**
- ▼ **73. Développer l'hospitalisation à domicile et ouvrir l'accès au tarif global des soins à tous les EHPAD, sans obligation de Pharmacie à Usage Intérieur, pour limiter les hospitalisations évitables et améliorer l'efficacité des soins.** Il est proposé de consolider le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD), en particulier en EHPAD, afin d'éviter le passage par les structures d'urgences et de réduire les hospitalisations évitables, en s'appuyant sur des indicateurs tels que l'identification des patients éligibles à l'HAD et la réactivité de la prise en charge.

Priorité 5.

Faire de la prévention un levier central en agissant à la fois sur les comportements de santé et les facteurs qui déterminent l'état de santé

• Constats

Le système de santé français reste largement centré sur la prise en charge curative, au détriment d'une logique de prévention structurée, intégrée et universelle. La politique de prévention actuelle demeure trop ciblée sur certains publics vulnérables, restant confidentielle pour les autres citoyens. Cette approche restreinte ne permet pas de répondre à l'évolution des risques sanitaires qui concernent désormais l'ensemble de la population : progression de l'obésité, des conduites addictives, des troubles de santé mentale en particulier chez les jeunes ou apparition plus précoce de pathologies graves. Il manque aujourd'hui une stratégie de prévention articulée autour des parcours de vie, avec des actions cohérentes dès l'école, dans l'entreprise, dans les territoires et au fil de l'avancée en âge. Chaque année, en France, 6 400 nouveaux cas de cancers sont attribuables aux infections liées aux papillomavirus humains (HPV) alors qu'il existe une vaccination sûre et efficace. Avec des taux de vaccination autour de 90 % (contre 55 % en France), la Suède et le Danemark devraient respectivement éradiquer ces cancers dès 2027 et 2040.

• Propositions pour créer un cadre incitatif et structurant afin de renforcer l'adhésion à la prévention

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

- ▼ **74. Généraliser la vaccination en entreprise, notamment pour la grippe, engager une réflexion sur les incitations à prévoir auprès des salariés et prévoir la prise en charge à 100 % par l'AMO des vaccins importants ciblés par des campagnes nationales (ce qui suppose une révision des recommandations de la HAS) :** pour mobiliser davantage les entreprises et permettre aux salariés qui le souhaitent d'être vaccinés contre la grippe, cette campagne devrait être prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Dans un second temps, il faudra peut-être engager une réflexion pour aller jusqu'à moduler la prise en charge des IJ et des compléments de salaire.

Le retour sur investissement est particulièrement visible dans trois domaines :

- réduction des coûts cachés : remplacements, formations, heures supplémentaires ;
- amélioration de la QVT : 67 % des salariés se disent plus sereins ;
- attractivité employeur : critère décisif pour 42 % des candidats.

La vaccination en entreprise permet donc de mieux protéger les salariés à risque et leur entourage, tant personnel et que professionnel, mais aussi de favoriser la poursuite de leur activité et celle de l'entreprise. C'est en moyenne un taux d'absentéisme divisé par 2,4 avec 4,6 jours d'absentéisme en moins. Elle devrait à tout le moins s'imposer dans les secteurs du médical et du médico-social.

- ▼ **75. Favoriser l'adhésion aux démarches de prévention en communiquant annuellement à chaque assuré social un relevé des soins réalisés et de leur coût, y compris les soins hospitaliers.** Cette transparence peut favoriser une plus grande adhésion aux démarches de prévention en permettant à chaque assuré de mieux comprendre sa consommation de soins et le coût associé. Elle représente également un levier de responsabilisation et de sensibilisation à la valeur des actes médicaux.

- ▼ **76. Moduler le remboursement de certains actes selon la réalisation d'action de prévention sur le modèle « M'T dents » pour le dentaire coconstruit avec les OCAM.** Introduire un mécanisme incitatif liant suivi régulier et prise en charge financière permettrait de renforcer l'adhésion aux soins préventifs, tout en encourageant les comportements vertueux dès le plus jeune âge. Ainsi, la non-production d'une attestation de suivi (ex. : visite annuelle) entraînerait une modulation du remboursement des soins prothétiques, afin d'inciter à un parcours préventif structuré et continu. Il conviendra également d'intensifier parallèlement la communication sur la prévention dentaire auprès des publics les plus éloignés du système de soins.
- ▼ **77. Développer, à isocoût, la démarche de suivi des patients souffrant de pathologies chroniques (disease management).** Cette mission serait confiée aux acteurs spécialisés : par pathologie, recours à un spécialiste référent et organisation coordonnée sur le terrain de l'accompagnement des patients : objets connectés, intervention de professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, infirmières...) pilotés par les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MPS) ou toute autre démarche pilotée par des entreprises médicales spécialisées, voire des assurances complémentaires.
- ▼ **78. Instaurer des remboursements bonifiés pour les soins pertinents et les comportements de prévention via les assurances maladies complémentaires.** Les complémentaires santé peuvent jouer un rôle clé via des incitations positives (bonus de remboursement) à l'adoption de comportements vertueux, à condition que ces dispositifs soient bien compris, non stigmatisants et équitables.
- ▼ **79. Cofinancer et copiloter des programmes de prévention ciblés :** mettre en œuvre des programmes conjoints entre assurance maladie, complémentaires et acteurs de santé permettrait d'améliorer les taux de recours, en partageant la charge financière et en multipliant les canaux de diffusion.

- **Propositions pour agir précocement et efficacement pour prévenir les pathologies et la perte d'autonomie**

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

- ▼ **80. Partager différentes données, notamment de santé, pour mieux cibler, personnaliser et évaluer les programmes de prévention :** l'exploitation des données permettrait de construire des programmes plus fins, adaptés aux profils de risque, et d'assurer un retour d'évaluation rigoureux pour les ajuster en continu et renforcer leur impact.
- ▼ **81. Aborder la prévention dans une approche interministérielle :** la prévention doit être intégrée dans toutes les politiques publiques : éducation à la santé, hygiène, addiction aux écrans et aux jeux violents, alimentation (Éducation nationale), étiquetage (Industrie), activité physique (Sports), environnement professionnel (Travail) et sécurité publique (Intérieur).
- ▼ **82. Développer des centres de prévention et de ressources multidimensionnels, adossés à des centres experts, tels que les Centres de lutte contre le cancer, qui assureraient la continuité entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire.** Ces centres seraient de dimension pluridisciplinaire, réunissant les différents métiers de la prévention en un même lieu, et s'appuieraient également sur les outils numériques pour démultiplier leurs actions.
- ▼ **83. Développer des pilotes pour les tests biologiques de dépistage précoce du cancer :** tester l'intégration de nouvelles méthodes de dépistage précoce et peu invasives dans le système de soins permettrait d'évaluer leur efficacité en condition réelles, et de préparer leur éventuelle généralisation.

▼ **84. Encourager et proposer des dépistages (notamment de trois pathologies majeures) lors des hospitalisations des publics cibles.**

Près d'un tiers des Français (29 %) ne se sentiraient pas suffisamment concernés ou à risque pour réaliser un acte de dépistage (ce chiffre passe à près d'un jeune sur deux de 18 à 24 ans 11). Ainsi, pour les principales maladies chroniques, (par exemple, hypertension artérielle, diabète, cancer et insuffisance rénale), les patients hospitalisés peuvent se voir proposer selon leur profil, un dépistage (bilan biologique, etc.). Ces comptes-rendus de dépistage seront adressés au médecin traitant et alimenteront l'ENS. Le cas échéant, ces patients se verront proposer l'élaboration d'un plan de soins.

▼ **85. Renforcer la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées en systématisant le repérage des fragilités à partir de 65 ans** et en déployant des dispositifs adaptés.

L'objectif est de limiter les conséquences du vieillissement de la population, tant pour les structures du grand âge que pour les dépenses publiques, en agissant précocement (prévention des chutes, de la dénutrition, etc.) et en ciblant les interventions sur les situations de fragilité identifiées.

▼ **86. Cette réorientation doit toutefois préserver le rôle des ARS dans l'animation locale, adapté à une logique de proximité**, tout en consolidant certaines activités structurantes à l'échelle nationale, afin de garantir la pertinence, la cohérence et l'impact des dispositifs de prévention sur l'ensemble du territoire.

Priorité 6.

Clarifier la gouvernance et adopter un pilotage pluriannuel pour anticiper les besoins de santé et structurer l'action publique

• Constats

Le système de santé souffre d'une gouvernance fragmentée, marquée par un empilement d'acteurs, un cloisonnement institutionnel et une dilution des responsabilités. Le ministère de la Santé cumule des rôles stratégiques, régulateurs et opérationnels, qui brouille la lisibilité et l'exécution des décisions. Les ARS, conçues pour réguler localement, peinent à assumer leurs missions, trop vastes face à la complexité des acteurs, tandis que la CNAM est limitée à un rôle de payeur technique, loin de garantir une véritable régulation assurantielle. L'inflation de structures intermédiaires, notamment en charge de la coopération médicale (URPS, CPTS, DAC, CTS, CLS, MSP, PTSM) crée des doublons et un manque de coordination, amplifiant les lourdeurs administratives et le gaspillage.

Par ailleurs, le pilotage à court terme, dicté par des cycles budgétaires annuels, prive le système d'une vision pluriannuelle structurée. Les transformations manquent de business plans contractualisés, d'investissements liés à des objectifs d'efficacité mesurables, et de mécanismes pour responsabiliser ou récompenser les acteurs dans la maîtrise des dépenses. Une gouvernance clarifiée et un pilotage pluriannuel sont pourtant cruciaux pour assurer cohérence, réactivité et performance.

• Propositions pour refondre la gouvernance en séparant les opérateurs chargés de la stratégie et de la régulation

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

▼ 87. Dissocier au sein de l'État la fonction de régulation du système de soins de sa fonction de tutelle.

L'État établit et décline une stratégie avec des orientations annuelles ou pluriannuelles. Il définit les grandes priorités dans le domaine de la santé publique et de la prévention, notamment pour lesquelles il associe tous les acteurs publics ou privés, sans considération de statut. Il organise et pilote par ailleurs le système de soins entre les territoires.

Le ministère de la Santé a pour principales missions :

→ **la stratégie de santé, ses grands axes et son calendrier d'orientations annuelles**

- > en s'appuyant sur les travaux des comités, hauts conseils, etc. qu'il anime et coordonne,
- > en s'appuyant sur les données chiffrées et les évaluations de la CNAM et de la DREES,
- > il fixe un cadrage général, des règles nationales garantissant l'équité entre les territoires et des plans d'actions stratégiques annuels ou pluriannuels,
- > le ministère assure un réel pilotage et une coordination des travaux menés par les opérateurs et structures financés par le ministère et la CNAM et procède, lorsque cela est nécessaire, à la suppression ou fusion de ces entités ;

→ **l'animation et la régulation de l'offre de soins et des acteurs**

- > celle-ci est déléguée aux ARS, chargées de l'adaptation territoriale avec des règles homogènes entre acteurs privés et publics,
- > il impulse des évolutions *via* un mode projet, sur la base des recommandations des experts et différents comités.

Les ARS pourraient se concentrer sur leurs missions de régulation et de contrôle de l'ensemble de l'offre de soins, quel que soit le statut des établissements, tout en étant délestées de leur rôle de gestionnaire des établissements publics de santé. Ils seraient alors chargés de :

- décliner les orientations stratégiques de santé dans les territoires, en les adaptant à leur contexte, et en assurant leur animation et leur coordination au niveau local ;
- favoriser le développement des structures de soins, coordonner et financer les transformations nécessaires pour les adapter aux spécificités du territoire (en prenant en compte les déterminants de santé de la population, ainsi que les aspects environnementaux, sociaux et psychosociaux) ;
- assurer la coordination ville-hôpital, avec des financements expérimentaux (épisode de soins, actions ciblées, etc.) ;
- le rôle des ARS vis-à-vis de l'hôpital public s'alignerait sur celui de l'hôpital privé : les ARS cessant d'assurer à la fois la tutelle et la régulation de l'hôpital public ;
- à titre expérimental et suivant l'offre de santé existante, la gestion d'hôpitaux publics territoriaux pourrait être confiée au secteur privé.

▼ **88. Pour instaurer une véritable politique de qualité, les structures régionales d'appui à la performance pourraient fusionner, en lien avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), au sein d'une nouvelle structure légitime pour évaluer les politiques publiques et la qualité des différentes offres de soins.** Cette entité mettrait à disposition des décideurs des données objectives sur la situation des établissements et des pratiques de soins, facilitant ainsi la prise de décision.

▼ **89. Évaluer le rôle et le service rendu par les structures de coordination territoriale (Dispositif d'appui à la coordination (DAC), Service d'accès aux soins (SAS), Communauté professionnelle territoriale de Santé (CPTS), etc.), et rationaliser leur nombre** pour aboutir à une ou deux structures par territoire, afin d'assurer une meilleure coordination locale (ces structures ont vocation à accompagner en priorité les personnes atteintes de pathologie chronique ou ALD).

• Propositions pour adopter une vision pluriannuelle, décloisonnée et axée sur la contractualisation d'objectifs

MESURE STRUCTURANTE POUR INSCRIRE LE CHANGEMENT DANS LA DURÉE

▼ **90. Créer, avec l'ensemble des acteurs de santé, une loi de programmation quinquennale en santé autour de grandes priorités, accompagnée d'un ONDAM, déclinés annuellement au sein des PLFSS.**

Cette trajectoire pluriannuelle permettrait de regrouper dans un document unique les objectifs stratégiques et les ressources humaines, matérielles et financières à mobiliser. Une telle démarche favoriserait également la territorialisation des politiques de santé, adaptée aux spécificités locales.

▼ **91. Repenser le découpage de l'ONDAM en le structurant non plus par producteurs de soins, mais par destination de soins (diabète, maladie cardio-vasculaire, etc.).**

Cette approche décloisonnée permettrait une fongibilité des enveloppes, favorisant les investissements dans certains segments pour générer des économies dans d'autres. Cela offrirait une analyse des coûts basée sur les pathologies, indépendamment des acteurs impliqués, permettant ainsi des gains d'efficience.

▼ **92. Contractualiser avec les professionnels et établissements de santé des engagements clairs sur la qualité et l'efficacité pour garantir les objectifs de la loi de programmation.**

En contrepartie de la lisibilité offerte aux acteurs de la santé d'un financement pluriannuel, la contractualisation d'objectifs permettrait de garantir la mobilisation de l'ensemble des acteurs autour des objectifs définis par la loi de programmation.

▼ **93. Garantir la lisibilité, la transparence et le contrôle des décisions d'allocations de ressources et de répartition des crédits.**

Il est nécessaire de mieux encadrer et rendre plus transparents les financements régionaux issus du Fonds d'intervention régional (FIR) et des dotations des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Aujourd'hui, la répartition de ces enveloppes reste peu lisible, inégalement redistributive et trop peu objectivée. Cela nécessite de publier systématiquement la répartition des crédits des FIR et des MIGAC attribués par les ARS à l'échelle régionale et de définir des critères clairs et partagés pour l'attribution des aides aux établissements en difficulté.

PROPOSITIONS D'ÉCONOMIE À COURT TERME, MOBILISABLES DES LE PLFSS 2026	
Priorité 1. Faire du numérique et de l'innovation les leviers d'amélioration de l'efficience et de la transparence.	Économies potentielles
Proposition n°1. Faire de l'espace numérique de santé un passage obligé , systématiser sa consultation par les médecins, pour certaines prescriptions, afin d'éviter les examens redondants.	Jusqu'à 100 M €
Proposition n°10. Assurer une meilleure articulation dans la lutte contre la fraude par une meilleure synergie et des partenariats renforcés entre le privé et le public (AMO/AMC).	Jusqu'à 2 Md €
Proposition n°11. Dématérialisation à 100 % des procédures , notamment pour les arrêts de travail, sans exception.	
Proposition n°13. Prise en compte par l'assurance maladie des fraudes et abus qui lui sont remontés.	
Priorité 2. Utiliser des indicateurs de qualité et instaurer une culture de la performance pour piloter la transformation du système de santé.	Économies potentielles
Proposition n°23. Actualiser les recommandations de la HAS sur la polymédication et centrer sur les personnes de plus de 65 ans une vigilance dès la cinquième prescription médicale.	Jusqu'à 300 M €
Proposition n°28. Mettre fin à la prise en charge par l'Assurance maladie des consultations répétées pour un même motif sans justification médicale.	Jusqu'à 50 M €
Priorité 3. Mieux maîtriser, encadrer la consommation de soins et de biens médicaux en responsabilisant les acteurs.	Économies potentielles
Proposition n°30. Instaurer un ou plusieurs jours de carence d'ordre public non indemnisés par la Sécurité sociale et non pris en charge par les employeurs au titre de la loi de mensualisation.	Jusqu'à 600 M €
Proposition n°33. Simplifier le versement des indemnités journalières, en forfaitisant le montant des indemnités journalières , permettant une économie de gestion.	Jusqu'à 150 M €
Proposition n°40. Développer le « pharmacie first », prévoir un délistage additionnel de certains médicaments.	Jusqu'à 300 M €
Proposition n°45. Actualiser la liste des ALD et revoir les critères d'éligibilité donnant la priorité au recentrage des critères de sévérité sur les situations médicales les plus graves et les traitements les plus coûteux.	Jusqu'à 360 M €
Proposition n°48. Assurer le respect de l'ordonnancier bizoné , avec une imputation automatique lors de la délivrance des produits de santé en pharmacie pour les ALD.	Jusqu'à 150 M €
Proposition n°49. Suppression de l'exonération de ticket modérateur pour certains actes et produits (médicaments à faible service médical rendu, thérapeutiques non spécifiques de l'affection) pour les ALD.	Jusqu'à 100 M €
Proposition n°51. Refondre les obligations de prise en charge du contrat responsable.	Jusqu'à 800 M €
Proposition n°57. Allonger les délais de renouvellement et réviser le cadre du dispositif « 100 % santé » dans les 3 domaines.	
Priorité 4. Décloisonner le système de soins en renforçant la coopération entre acteurs de terrain et en redéfinissant la place de l'hôpital.	Économies potentielles
Proposition n°68. A budget constant, envoyer un signal prix pour encourager l'accompagnement vers l'ambulatoire , moins rémunérateur que l'hospitalisation.	Jusqu'à 800 M
Proposition n°62. Réformer la tarification de l'activité libérale dans les établissements publics de santé de manière à éviter que l'Assurance maladie paye deux fois le temps médical consacré aux prestations.	Jusqu'à 300 M
Proposition n°73. Développer l'hospitalisation à domicile et ouvrir l'accès au tarif global des soins à tous les EHPAD , sans obligation de Pharmacie à Usage Intérieur, pour limiter les hospitalisations évitables et améliorer l'efficience des soins	Jusqu'à 500 M
Total économies potentielles¹	Jusqu'à 6,5 Md€

Ce tableau regroupe une sélection de propositions, dont l'application est susceptible de générer des économies significatives dès 2026. À court terme, ces mesures mobilisables dès le prochain PLFSS, devraient générer un rendement structurel de l'ordre de 6,5 milliards d'euros par an.

Plus largement, l'application de l'ensemble des mesures proposées dans le rapport (en particulier celles portant sur le numérique, la qualité, la performance et la prévention) devrait permettre un retour à l'équilibre de la branche maladie.

1. Différentes sources : Agence de lutte contre la fraude à l'assurance (AFRA), Cour des comptes (RALFSS 2024, ONDAM 2025), IGF (mission ALD) et fédérations professionnelles.

EN SYNTHÈSE : NOS PROPOSITIONS POUR ACCOMPAGNER UN CHANGEMENT STRUCTUREL DU SYSTÈME DE SANTÉ

Priorité 1. Faire du numérique et de l'innovation les leviers d'amélioration de l'efficience et de la transparence.

Proposition n°1. Faire de l'espace numérique de santé un passage obligé (ENS). Cette plateforme personnalisée et sécurisée permet à chaque citoyen d'accéder à ses données de santé (dossiers, ordonnances, résultats, etc.) et de les partager avec les professionnels de santé pour un meilleur suivi médical.

Proposition n°10. Assurer une meilleure articulation dans la lutte contre la fraude par une meilleure synergie et des partenariats renforcés entre le privé et le public (AMO/AMC), avec une autorisation de partage des informations pour des suspicions de fraudes et des fraudes avérées qui permettrait d'identifier les fraudeurs.

Proposition n°11. Dématérialisation à 100 % des procédures, notamment pour les arrêts de travail, sans exception (cf : proposition 32).

Proposition n°15. Mobiliser et compléter les données de la plateforme des données de santé (Health Data Hub) pour accélérer l'accès à l'innovation et faciliter la R&D en France.

Priorité 2. Utiliser des indicateurs de qualité et instaurer une culture de la performance pour piloter la transformation du système de santé.

Proposition n°19. Construire avec les sociétés savantes (Académie de médecine, la HAC, etc.) **des indicateurs de qualité et de performance des pratiques professionnelles des praticiens.**

Proposition n°24. Conditionner une partie de la rémunération du professionnel au respect des recommandations des sociétés savantes pour faire de la qualité une exigence structurante.

Priorité 3. Mieux maîtriser, encadrer la consommation de soins et de biens médicaux en responsabilisant les acteurs.

Proposition n°30. Instaurer un ou de plusieurs jours de carence d'ordre public non indemnisés par la Sécurité sociale et non pris en charge par les employeurs au titre de la loi de mensualisation.

Proposition n°31. Interdire (ordre public) la prise en charge de la carence par l'employeur à partir du 3^e arrêt dans une même année civile (exception pour les personnes en ALD).

Proposition n°40. Développer le « pharmacie first », prévoir un délistage additionnel de certains médicaments.

Proposition n°45. Actualiser la liste des ALD et revoir les critères d'éligibilité en donnant la priorité un recentrage des critères de sévérité pour les situations médicales les plus graves et les traitements les plus coûteux.

Proposition n°51. Refondre les obligations de prise en charge du contrat responsable.

Proposition n°52. Replacer les OCAM dans un rôle d'acteur et de pilote dans les domaines qu'ils financent largement : dentaire, optique et les impliquer les OCAM dans la gouvernance des acteurs qu'ils financent (hôpitaux...).

Priorité 4. Décloisonner le système de soins, en renforçant la coopération entre acteurs de terrain et en redéfinissant la place de l'hôpital.

Proposition n°58. Favoriser les parcours mixtes entre l'exercice libéral et l'hôpital public facilitant notamment l'exercice à temps partiel des praticiens hospitaliers et les vacations pour les médecins libéraux.

Proposition n°66. Conférer une personnalité juridique unique aux Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et repenser leur gouvernance, afin de faciliter la mutualisation des moyens, la coordination et la rationalisation des activités hospitalières.

Priorité 5. Faire de la prévention un levier central en agissant à la fois sur les comportements de santé et les déterminants sociaux.

Proposition n°75. Généraliser la vaccination en entreprise, notamment pour la grippe, engager une réflexion sur les incitations à prévoir auprès des salariés et prévoir la prise en charge à 100 % par l'AMO des vaccins importants ciblés par des campagnes nationales (ce qui suppose une révision des recommandations de la HAS).

Proposition n°81. Partager différentes données, notamment de santé, pour mieux cibler, personnaliser et évaluer les programmes de prévention.

Priorité 6. Clarifier la gouvernance et adopter un pilotage pluriannuel pour anticiper les besoins de santé et structurer l'action publique.

Proposition n°88. Dissocier au sein de l'État les fonctions entre la gouvernance stratégique (ministère de la Santé) et la régulation opérationnelle (ARS).

Proposition n°91. Créer une loi de programmation quinquennale en santé autour de grandes priorités, accompagnée d'un ONDAM, déclinés annuellement au sein des PLFSS.

NOTES

Mouvement
des **Entreprises**
de **France**



Mouvement des entreprises de France
55 avenue Bosquet - 75007 Paris
Tél. : 01 53 59 19 19
www.medef.com