

La Grande Conversation

La revue de **Terra Nova**

Transformer le système de santé par la valeur : le levier des technologies médicales

Société

Par François Gaudemet

Publié le 18 juin 2026

Président Surgery EMEA - Johnson & Johnson MedTech

Sommaire

PARTIE I – La promesse fragilisée : quand le système ne répond plus aux besoins réels

PARTIE II – Les technologies de santé comme leviers de transformation

PARTIE III – Refonder le cadre pour transformer durablement le système de santé

Conclusion

Notre système de santé est un trésor collectif. Il incarne une promesse républicaine : la qualité des soins, l'accès à la santé pour tous et la solidarité face au risque. Néanmoins, nous ne préserverons pas ce trésor par l'immobilisme ni par les seuls ajustements budgétaires. Nous le préserverons en le transformant et en mettant l'innovation au service d'un objectif : créer plus de valeur en santé.

Le constat : une dépense élevée, une tension croissante, une soutenabilité fragilisée

La France consacre 333 Mds€ à la santé soit 11,4 % de son PIB. Ce ratio demeure élevé et stable, mais la dynamique de dépenses est soutenue (+3,6 % en 2024). Dans le même temps, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) atteint 254 Mds€ en 2024, soit 8,7 % du PIB, avec près de la moitié portée par les soins hospitaliers●. Or, malgré cet effort financier, les tensions sur l'accès aux soins, la continuité des parcours et l'épuisement des professionnels s'intensifient, révélant un problème structurel : notre système transforme insuffisamment la dépense en résultats de santé et en expérience de soins.

La question de la soutenabilité n'est plus théorique. Les comptes sociaux sont déficitaires : le solde des régimes de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse atteint – 21,6Mds€ en 2025 (soit environ 0,75% du PIB)●, et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2025 s'élève à 265,4 Mds€ (avec des ajustements en cours d'exercice)●.

De plus, le rapport annuel de la Cour des Comptes sur l'application de la loi de financement de l'assurance

maladie (LFSS), publié en mai 2025, souligne les difficultés de pilotage et le dépassement de trajectoires. Également, ce rapport alerte sur la forte dégradation des comptes sociaux●. Le déficit de l'Assurance maladie pourrait atteindre près de 41 Mds€ en 2030 sans inflexion structurelle majeure, selon le rapport "Charges et Produits pour 2026" de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM)●.

Clarifier l'objectif public : privilégier "valeur en santé" plutôt que "volumes et rattrapage"

Le débat public reste trop souvent enfermé dans une dichotomie : "augmenter les moyens" ou "rationner". Cette polarisation est stérile. L'enjeu est de mieux transformer chaque euro en résultats de santé obtenus. C'est précisément l'esprit du modèle *Value Based Health Care* (VBHC). La Valeur est égale au ratio : (résultats qui comptent pour les patients) / (coût complet du parcours). Dans une perspective VBHC, la performance n'est pas d'abord un volume d'actes. C'est :

- Des meilleurs résultats cliniques avec moins de complications, d'iatrogénie et de ré-hospitalisations évitables ;
- Un meilleur contrôle des maladies chroniques ;
- Des délais plus courts vers le bon soin ;
- Une meilleure qualité de vie rapportée par le patient (PROMs) et une meilleure expérience de soins (PREMs) ;
- Une équité mesurable d'accès et de résultats.

Cette bascule de logique est aussi une réponse à la question de la soutenabilité : l'expérience montre qu'on ne "tient" pas durablement un système sous

tension en compressant uniformément l'offre, mais en réduisant les gaspillages cliniques et organisationnels et en investissant dans ce qui améliore réellement les résultats.

L'impasse actuelle : l'innovation technologique existe, mais l'organisation et les incitations empêchent la valeur

L'innovation est déjà là : robotique, capteurs, intelligence artificielle, plateformes et services numériques. Pourtant, notre système de santé peine encore à les intégrer pleinement. Notre système de santé ne bute pas sur un déficit technologique, mais sur un défaut d'organisation et d'incitation : la valeur créée en efficacité, en qualité des soins et en temps médical reste insuffisamment reconnue et pilotée, faute de capacités de déploiement et de conduite du changement à la hauteur des enjeux. La Cour des comptes rappelle d'ailleurs que la maîtrise durable des dépenses de santé suppose des réformes structurelles et non de simples ajustements conjoncturels[4]. Autrement dit, la technologie ne crée de la valeur que si l'organisation a la capacité de la transformer en gains cliniques, en temps soignant, en efficience... ; à transformer les bénéfices potentiels en réalité systémique. La réalisation de cette pleine valeur dépend de la capacité des systèmes qui les utilisent à les intégrer : lorsque les capacités de conduite du changement font défaut, l'adoption ralentit, y compris pour des solutions pourtant éprouvées. Sans refonte des parcours, des rôles (délégations de tâches), de la coordination ville – hôpital et des incitations, la technologie restera un coût additionnel plutôt qu'un levier.

Le levier central : l'innovation organisationnelle, mesurée et mise à l'échelle

C'est ici que la puissance publique a un rôle décisif : créer les conditions de l'innovation organisationnelle à grande échelle, avec une évaluation robuste et une capacité de généralisation. Les travaux autour des innovations organisationnelles en santé et des expérimentations (notamment de type *article 51*) montrent que le frein principal n'est pas l'idée, mais le passage de l'expérimentation à la diffusion. De même, les analyses sur l'impact sociétal d'innovations organisationnelles, numériques ou thérapeutiques convergent sur un point : les bénéfices sanitaires et économiques existent, mais ils exigent une méthode d'évaluation et une stratégie de déploiement adaptée.

Une proposition d'orientation publique : "piloter par la valeur" (5 engagements concrets)

Pour passer de l'intention à l'action, il faut se fixer un cap clair : piloter le système de santé à partir des résultats obtenus et du coût global des parcours, plutôt qu'à travers la seule logique de dépense annuelle. Concrètement :

- ① Définir quelques "résultats nationaux prioritaires" (par pathologie et par parcours) : complications, réadmissions, mortalité évitable, délai diagnostic, traitement, autonomie, qualité de vie (PROMs) et expérience (PREMs) ;
- ② Mesurer le coût complet du parcours (pas le coût de l'acte isolé), en intégrant ville, hôpital, médicaments/dispositifs, réadaptation et arrêts de travail lorsque c'est pertinent ;
- ③ Aligner les incitations : expérimenter puis généraliser des paiements orientés parcours et

résultats, là où la mesure est prête ;

- ④ Accélérer l'adoption des innovations à valeur démontrée : plus vite pour ce qui améliore les résultats et réduit les coûts de parcours ; plus lentement (ou pas) pour ce qui n'apporte que peu de bénéfice net (ou qui nécessite des évaluations complémentaires) ;
- ⑤ Faire de l'innovation organisationnelle une politique publique à part entière : financement, accompagnement, évaluation, transfert et passage à l'échelle car c'est elle qui transforme l'innovation en gains réels.

Enfin, préserver le système exige une refonte profonde : l'innovation comme instrument de création de valeur

Changer de paradigme est devenu une condition de la survie du système de santé. Les chiffres montrent l'ampleur de l'effort national et la fragilité de la trajectoire. La seule voie réaliste socialement et financièrement est de sortir de la logique de rationnement permanent pour construire un système centré sur les résultats de santé, où l'innovation technologique et organisationnelle est évaluée, déployée et récompensée en fonction des bénéfices réels qu'elle apporte aux patients, aux soignants et à la collectivité dans son ensemble.

La santé est aujourd'hui le **premier enjeu pour les Français lorsqu'ils se projettent vers l'élection présidentielle**, devant le pouvoir d'achat ou la sécurité. Cette centralité traduit une attente profonde: celle d'un système capable à la fois de protéger, de soigner et de se projeter dans la durée.

C'est dans ce contexte que la première note de Nicolas Revel publié par Terra Nova, «*La santé des Français : sortir de l'impasse*», a ouvert un débat salubre sur la refondation du système de santé. Son diagnostic est largement partagé et son analyse décrit avec justesse un système performant dans la prise en charge, mais fragile dans sa capacité à prévenir, coordonner et anticiper.

C'est à partir de ce socle que s'inscrit cette contribution à Terra Nova : pour l'élargir et explorer les leviers complémentaires de transformation qu'il appelle.

En tant que dirigeant d'un acteur du dispositif médical⁶, je suis aux premières loges d'une transformation silencieuse mais profonde. Les technologies que nous développons sont prêtes. Co-conçues par des ingénieurs et des médecins, elles répondent à des besoins concrets : délégation, gain de temps, sécurisation des parcours. Elles peuvent devenir un pilier du système de santé de demain ; favorisant son décloisonnement et source d'efficacité en vue de prédire, dépister, soigner, guérir et soulager de manière responsable et durable.

Mais encore faut-il que ce système soit prêt à les accueillir.

Confrontés à des marges de manœuvre financières limitées et à des choix d'investissement structurants pour l'avenir du système de santé, les pouvoirs publics doivent composer avec une complexité croissante. Dans ce contexte, le dispositif médical demeure souvent perçu comme technique/complexe et reste trop souvent assimilé, à tort, au médicament, malgré des spécificités propres en matière d'innovation, d'usage, de valeur clinique et organisationnelle...

Il est temps de changer de paradigme. C'est à ce prix que nous pourrions sauver notre modèle de sécurité sociale. Cette note proposera de sortir de cette logique de rationnement pour faire émerger une vision partagée : celle d'un système de soins

augmenté, où l'innovation est un levier de résilience et de performance, non un surcoût.

C'est dans cet esprit que j'apporte cette contribution : avec humilité, mais avec conviction. Parce qu'en tant que patient, je sais ce qui importe : la sécurité, la qualité, la continuité des soins. En tant que citoyen, je sais ce que nous risquons de perdre. Et en tant que dirigeant, je sais que les solutions existent, à condition d'oser une refonte profonde, pilotée par la valeur.

PARTIE I – La promesse fragilisée : quand le système ne répond plus aux besoins réels

Le malaise actuel du système de santé français ne procède ni d'un renoncement collectif, ni d'un affaiblissement de ses valeurs fondatrices. Il est le symptôme d'un décalage croissant entre un modèle hérité du passé et la transformation des besoins.

La France reste profondément attachée à son système de santé et les citoyens continuent d'y voir l'un des piliers du pacte social. Mais une inquiétude s'installe : le sentiment qu'il protège moins bien, qu'il épuise ceux qui y travaillent et qu'il peine à tenir durablement ses promesses.

Dépenser plus, protéger moins : le paradoxe français

Il y a vingt ans, la France incarnait une référence internationale et son système de santé était considéré comme l'un des meilleurs au monde^①. Désormais, dans les comparaisons

européennes, notamment l’Euro Health Consumer Index, la France n’apparaît plus qu’en milieu de classement : 11^e sur 35 pays en 2018⁸ ; alors que l’effort collectif reste considérable. En effet, en 2023, le reste à charge moyen pour les patients est d’environ 9 %, contre 11 % en Allemagne et 25 % en Belgique⁹.

Si la France n’a pas renoncé à l’ambition d’un accès universel et protecteur aux soins, l’effort financier ne se traduit plus par un sentiment de protection équivalent : un déficit de la Sécurité sociale de 15,3 Mds€ en 2024, 22,1 Mds€ en 2025, et attendu à 24,1 Mds€ en 2028 selon la Cour des comptes¹⁰. La branche maladie concentre près de 80 % de ce déséquilibre, tandis que la dette cumulée dépasse 135 Mds€, faisant peser une charge croissante sur les générations futures.

Cette tension budgétaire se répercute directement sur les établissements de santé. Près d’une clinique privée sur deux était déjà déficitaire en 2024¹¹ et dans un rapport publié en février 2026, l’Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) jugeait la situation financière des hôpitaux publics d’une « gravité inédite », estimant leur déficit à près de 2,9 Mds€ fin 2024 et appelant à dépasser les seules logiques d’efficacité interne pour engager une transformation structurelle de l’organisation hospitalière¹².

Vieillir, vivre avec une maladie chronique : un système encore organisé pour l’aigu

La société a changé plus vite que la prise en charge des risques de santé. Deux transformations majeures se conjuguent : le vieillissement de la population et la généralisation des maladies chroniques. Ensemble, elles déplacent le cœur du soin, de l’épisode ponctuel vers l’accompagnement dans la durée.

La France vieillit. C’est avant tout une bonne chose, l’espérance de vie s’est allongée significativement, et des pathologies qui

étaient naguère mortelles deviennent chroniques (comme certains cancers). Toutefois, d'ici 2040, un Français sur quatre aura plus de 65 ans¹³, et le nombre de personnes de plus de 75 ans augmentera d'environ 50 %¹⁴. Cette évolution a un impact direct sur le système car une personne de plus de 70 ans consomme en moyenne 3 à 4 fois plus de dépenses de santé qu'un adulte de 20 à 39 ans¹⁵.

Dans le même temps, les maladies chroniques sont devenues la norme. 20 % des Français vivent aujourd'hui avec une ou plusieurs pathologies chroniques¹⁶ (l'insuffisance cardiaque concerne 1,4 million de personnes, les maladies cardiovasculaires 4,2 millions, les cancers plus de 2,4 millions¹⁷). Ces pathologies concentrent 67 % des dépenses de l'Assurance maladie et sont à l'origine d'une large part des hospitalisations potentiellement évitable¹⁸.

Ces évolutions deviennent préoccupantes lorsque le système reste structuré pour l'exception / l'épisode aigu, alors que la norme est désormais le soin dans la durée. C'est ce décalage, en parallèle de l'accroissement continu du niveau de dépense qu'il entraîne (de 1950 à 2015, le poids de la consommation de soins et biens médicaux dans le PIB est passé de 2,6 % à 8,9 %¹⁹ pour se stabiliser à 8,7% en 2024²⁰), qui nourrit aujourd'hui le sentiment d'un système à bout de souffle.

Sans réformes importantes, un rapport sénatorial prévoit un déficit des comptes des organismes de la sécurité sociale qui pourrait passer de 0,5% du PIB en 2024 à 3% du PIB en 2040 et près de 7% du PIB à horizon 2070²¹. Cette situation n'est pas soutenable et pourrait obliger à des baisses de couverture massives avec un impact notable sur les personnes les plus fragiles.

Prévenir trop tard, soigner trop cher : des inégalités qui s'installent

Un troisième facteur fragilise silencieusement notre système de santé : la place marginale accordée à la prévention. En France, elle ne représente que 2,6 % des dépenses de santé, un niveau inférieur à celui observé dans plusieurs pays européens comparables, notamment l'Italie, l'Allemagne ou les Pays-Bas²². L'exemple du dépistage du cancer colorectal illustre concrètement cette faiblesse: selon Santé publique France, le taux de participation n'atteint que 34,2% en 2022-2023, bien en-deçà du seuil minimal de 45% recommandé au niveau européen.

Les travaux internationaux, notamment ceux de l'OCDE, montrent pourtant que la prévention figure parmi les investissements publics les plus rentables lorsqu'on en considère l'ensemble des bénéfices sanitaires, économiques et sociaux. Ainsi, la vaccination des adultes²³ pourrait générer jusqu'à 19 € de bénéfices pour 1 € investi²⁴.

Cette logique est parfois observable à court terme comme sur la vaccination antigrippale des personnes de 65ans et plus. Chaque saison grippale entraîne plusieurs dizaines de milliers d'hospitalisations, dont environ 60% concernent les personnes âgées, avec un coût hospitalier moyen compris entre 4300 et 6300€ par séjour²⁵. À l'inverse, le coût unitaire de la vaccination reste très faible – quelques euros par personne, vaccin et acte compris et intégralement pris en charge au titre de la prévention. Les évaluations nationales montrent que la réduction des hospitalisations pour grippe et pneumopathies associées chez les personnes vaccinées permet, dès la saison hivernale considérée, d'éviter des dépenses hospitalières supérieures au coût du programme vaccinal. La vaccination antigrippale des personnes âgées est ainsi régulièrement citée comme un exemple de prévention efficace à la fois sur le plan sanitaire et budgétaire à court terme, en prévenant des événements aigus coûteux et immédiatement évitables.

Cela étant posé, évaluer la prévention uniquement à l'aune des économies financières serait conceptuellement réducteur.

Comme le rappelle un article récent du *JAMA Health Forum*²⁶, de nombreuses actions de prévention améliorent fortement la santé de la population en réduisant morbidité, mortalité ou handicap sans diminuer mécaniquement les dépenses de santé, notamment parce que les bénéficiaires vivent plus longtemps et consomment d'autres soins. Assimiler strictement efficacité sanitaire et économies budgétaires revient ainsi à imposer à la prévention un critère plus exigeant que celui appliqué aux soins curatifs, qui ne sont pas attendus comme "rentables" mais comme apportant un gain de santé justifiant leur coût. Pour autant, cette limite n'exclut pas toute recherche d'efficience à court terme capables de produire à la fois un bénéfice sanitaire et des gains financiers rapides, afin d'enclencher une dynamique de prévention plus ambitieuse, sans en faire un filtre exclusif.

Dans la vie réelle, l'absence de priorisation au titre de la prévention se paie cher. A titre d'exemple, le tabac demeure la première cause de mortalité évitable avec plus de 68 000 décès prématurés par an en France²⁷ ; plus d'un adulte sur cinq passe plus de sept heures par jour en position assise, exposant durablement sa santé²⁸. Ces chiffres ne renvoient pas seulement à des comportements individuels : ils traduisent un système qui intervient généralement trop tard, lorsque la maladie est déjà installée et que le soin devient plus lourd, plus coûteux et plus douloureux. Ces vulnérabilités prennent également une dimension sociale. L'obésité, qui concerne 18,1% des adultes, est trois fois plus fréquente chez les personnes sans diplôme que chez les diplômés du supérieur²⁹.

Elles sont enfin territoriales. Alors même que le nombre moyen de consultations par habitant est passé d'environ 3 à près de 7 en vingt ans³⁰, les difficultés d'accès aux soins de proximité s'aggravent : 6 à 8 millions de personnes vivent dans des territoires en forte tension³¹, et jusqu'à un quart des patients n'ont pas de médecin traitant dans certaines régions comme les Hauts-de-France ou la Corse³². À défaut de suivi, les urgences y

deviennent le point d'entrée (en 2023, 21 millions de passages aux urgences ont été enregistrés³³). D'après l'Enquête Urgences 2023 conduite par la DREES, publiée en mars 2025, 21% des patients déclarent s'être rendus aux urgences faute d'avoir pu obtenir un rendez-vous médical en ville, contre 14% en 2013. Ce phénomène accentue la crise hospitalière alors que plus de 75% des praticiens hospitaliers envisagent d'en partir à moyen terme³⁴.

Ces fractures se retrouvent dans le champ de la prévention. Le *Baromètre Santé publique France 2024* montre un gradient social marqué: 87,2% des diplômés du supérieur se déclarent favorables à la vaccination, contre 73,8% des personnes peu diplômées; 88,3% des plus aisés, contre 70,1% des plus modestes.

Les comportements à risque suivent le même gradient social. Le dépassement des repères de consommation d'alcool, de tabagisme ou de sédentarité, est plus fréquent dans les catégories sociales les plus défavorisées, qui cumulent davantage de facteurs de risque tout en recourant moins aux dispositifs de prévention. Ces écarts, de 15 à près de 20 points selon les indicateurs, traduisent une réalité : les populations les plus exposées aux risques sanitaires sont aussi celles qui bénéficient le moins des politiques de santé publique, limitant l'impact global des politiques publiques et posant un enjeu majeur d'équité.

Gérer l'année, subir l'avenir : les limites d'un pilotage à court terme

Le diagnostic qui vient d'être brossé est connu, documenté et partagé ; il se heurte pourtant à un pilotage annuel de la santé qui empêche toute vision de long terme. Cette carence fragilise l'ensemble de la chaîne de valeur en santé : des professionnels aux industriels, jusqu'aux patients eux-mêmes. Cette logique budgétaire court-termiste, répétée chaque année malgré les

appels multiples à sa réforme, qui ne voit dans tout financement de santé qu'une dépense comptable et non un investissement de santé publique, décourage les initiatives de tous les acteurs pour l'amélioration des soins : les autorités publiques (déficit des actions de prévention dont le bénéfice sanitaire à long terme est pourtant le plus grand), les établissements de santé (financements à l'acte sans incitation à l'amélioration de l'efficacité ou de la qualité des soins, entraînant une inflation des actes médicaux), les entreprises de santé (le court-termisme et l'instabilité décourageant les investissements de long terme sur le territoire).

Le symbole de ce court-termisme, c'est l'ONDAM, voté chaque année par le Parlement, sans programmation consolidée au-delà de l'horizon annuel.

Conçu historiquement comme un indicateur de dépense et non comme une trajectoire de transformation, l'ONDAM atteint 265,4 Mds€ en 2025 (hors Covid)³⁵, après une progression moyenne de +4,8 % par an de 2019 à 2025 (contre +2,4 % entre 2015 et 2019)³⁶.

Ce cadre annuel entre en tension avec la réalité des besoins de santé, qui s'inscrivent dans des temporalités beaucoup plus longues. La Cour des comptes montre ainsi que le seul vieillissement démographique entraînera, à politique inchangée, un surcoût de +3 Mds€ par an d'ici 2030 pour les soins de ville et hospitaliers³⁷. Les mêmes analyses soulignent la progression des maladies chroniques comme moteur structurel de la hausse des dépenses, un constat à mettre en regard des travaux internationaux estimant qu'environ 40 % des nouveaux cas de cancers dans le monde sont attribuables à des facteurs de risque évitables (tabac, alcool, inactivité, pollution...)³⁸. Ces chiffres appellent un changement de logique : la prévention ne peut produire ses effets que dans le cadre d'un temps long et suppose, par nature, une action pluriannuelle, stable et anticipatrice.

Dans le même esprit, cet horizon de financement court-termiste peut freiner l'arrivée et le déploiement des innovations. Or, si certaines génèrent un effort de dépenses initial, elles permettent ensuite d'éviter des coûts durables et récurrents. L'exemple des antiviraux de l'hépatite C est éclairant : malgré un coût de départ élevé, ils ont permis aux patients de guérir et ainsi d'éviter des années de soins lourds. Des analyses françaises estiment qu'environ 72 000 personnes traitées entre 2014 et 2018 ont généré près de 1 Md€ d'économie⁹⁹. Ces éléments convergent vers un constat simple : on paie plus au départ, on paie moins après. Un budget fixé à l'année capte mal ces bénéfices différés, alors que la santé se construit et se gagne sur un pas de temps beaucoup plus long.

L'impasse est donc avant tout méthodique : l'association d'un pilotage annuel et de tendances structurelles de long terme produit mécaniquement un décalage durable. Le système gère donc l'atterrissage budgétaire chaque année, sans visibilité consolidée pour les cycles d'investissement, d'innovation, d'organisation de l'offre de santé, d'évolution des compétences, ou encore d'actions de prévention. Certains continueront d'avancer l'argument que les retours sur investissements sont difficiles à observer voire discutables : il est essentiel de sortir d'une opposition stérile entre modèles théoriques et réalité, et, pour crédibiliser l'évaluation, d'ancrer l'analyse dans la "preuve en vie réelle", notamment via le SNDS, en suivant des cohortes effectives et en mesurant les coûts réels post-traitement, les complications évitées ainsi que la persistance des effets dans le temps.

Cette impasse de méthode se reflète directement dans la trajectoire financière. À trajectoire inchangée, la Cour des comptes estime que le déficit cumulé des trois branches finançant l'ONDAM passerait de 15,3 Mds€ en 2024 à 20,1 Mds€ en 2028 – ce qui représenterait 73,4 Mds€ de dette sociale supplémentaire (hors intérêts) liée à l'ONDAM entre 2025 et 2028.

Autrement dit : sans réforme de fond et sans trajectoire crédible de retour à l'équilibre, c'est la capacité même du système à financer et à verser ses prestations qui se fragilise. La Cour des comptes avertit explicitement qu'une crise de liquidité peut aller jusqu'à un défaut de paiement du système, si des mesures de redressement vigoureuses ne sont pas engagées.

Dès lors, cette absence de projection condamne le système à gérer les crises sans jamais les prévenir. Chaque réforme tente d'y corriger le passé, au lieu de préparer l'avenir.

PARTIE II – Les technologies de santé comme leviers de transformation

Dès l'après-guerre, la création de la Sécurité sociale en 1945 généralise la couverture des soins et soutient l'essor du modèle hospitalier français. Dans les années 1980, l'informatisation hospitalière s'amorce avec le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI – 1982) puis s'étend dans les années 1990, transformant la gestion médico-économique des hôpitaux. À la fin des années 1990, la carte Vitale et la télétransmission SESAM-Vitale entrent en service (1998), modifiant la relation entre assurés et professionnels. La fin des années 1980 et les années 1990 voient aussi la diffusion de la coelioscopie en chirurgie⁴⁰, après la première cholécystectomie laparoscopique⁴¹ réalisée en France en 1987 (Lyon), qui ouvre la voie à une adoption massive dans la décennie suivante. Les années 2000 sont marquées par la tentative de dossier médical personnel (DMP, 2004), dont la mise en œuvre restera longtemps défailante (adoption et coûts critiqués), avant la refonte puis la généralisation de « Mon espace santé » en 2022. Dans les années 2010, la télémédecine est définie et encadrée

(loi HPST 2009 ; décret de 2010), et la téléconsultation entre dans le droit commun en 2018 ; mais c'est la crise Covid19 qui déclenche le véritable décollage des usages. La structuration financière progresse encore avec la prise en charge de la télésurveillance (décrets du 30 décembre 2022) et les premières inscriptions à la liste des activités de télésurveillance médicale (LATM) en 2023-2024. En parallèle, des innovations cliniques françaises ont eu un impact mondial : la cupule de "double mobilité" pour la prothèse totale de hanche⁴², conçue à Saint-Etienne dans les années 1970 (diffusée en Europe à partir des années 1980 et optimisée dans les années 2000), et le remplacement valvulaire aortique percutané (TAVI)⁴³, dont le premier cas humain a été réalisé à Rouen en 2002 avant une diffusion internationale dans les années 2010.

Ainsi, depuis plus de 70 ans, le système de santé français s'est construit par strates successives d'innovations organisationnelles, numériques et cliniques, qui ont profondément transformé l'hôpital, la médecine de ville et la relation de soin.

Dès lors, après des décennies d'avancées successives, l'enjeu n'est plus l'existence des technologies, mais leur traduction effective dans les pratiques, les parcours et l'organisation des soins.

Agir plus tôt : prévenir grâce aux technologies de santé

Si la prévention⁴⁴ est unanimement reconnue comme un levier majeur pour améliorer la santé tout en maîtrisant la dépense, elle reste insuffisamment mobilisée en France. Pourtant, les technologies médicales⁴⁵ existent et peuvent aider à son renforcement nécessaire.

En prévention primaire⁴⁶, les signaux restent préoccupants. Si l'espérance de vie en France est d'environ 83 ans⁴⁷, celle en

bonne santé est de seulement 64 ans, un chiffre significativement inférieur à celui de plusieurs pays développés comparables⁴⁸.

Ainsi, les technologies de santé permettent de renforcer l'efficacité des politiques agissant sur les déterminants de santé comme dans les domaines de la nutrition, de l'activité physique et des addictions. Les politiques nutritionnelles, portées notamment par le Programme national nutrition santé⁴⁹, visent à réduire l'incidence du surpoids et des maladies chroniques en amont. Leur limite tient toutefois à la difficulté de mesurer les comportements réels, de suivre les expositions dans le temps et d'évaluer l'impact des actions⁵⁰. Les outils numériques comme les applications de suivi d'activité et d'alimentation, dispositifs de mesure permettent de mieux objectiver les comportements, de renforcer le ciblage des actions et de passer d'une prévention fondée sur des messages généraux à des approches plus personnalisées et évaluables, en amont de l'entrée dans la maladie et tout au long de la trajectoire de santé, afin d'en infléchir l'évolution.

En prévention secondaire, le retard français est tout aussi parlant par rapport aux pays de l'OCDE : 47 % de participation au dépistage du cancer du sein (vs. 56% au sein des pays de l'OCDE)⁵¹. Pourtant, là encore, les outils existent pour permettre un suivi plus continu et plus précoce des populations éligibles.

Le diabète de type 2 illustre pleinement le potentiel de la prévention secondaire. Cette pathologie chronique est généralement modulable lorsqu'elle est détectée précocement et suivie de manière continue. Or, le diagnostic intervient encore trop souvent tardivement, lorsque des complications cardiovasculaires, rénales ou ophtalmologiques sont déjà constituées, réduisant les marges de manœuvre thérapeutiques.

C'est précisément à ce niveau que les technologies de santé permettent de changer d'échelle. Désormais, des dispositifs de

mesure continue de la glycémie peuvent, avec l'accord du patient, alimenter directement « Mon espace santé ». Cette intégration constitue un tournant et ouvre ainsi la voie à de nombreux cas d'usage : elle inscrit le suivi glycémique dans l'écosystème numérique national et en fait un levier structurant de prévention secondaire, en facilitant l'identification précoce des déséquilibres et l'adaptation des prises en charge.

L'hypertension artérielle (HTA) constitue un autre exemple emblématique de ce potentiel encore insuffisamment exploité. En France, elle concerne environ 17 millions de personnes, soit près d'un adulte sur trois, et près d'une personne hypertendue sur deux l'ignore⁵². La Haute Autorité de Santé (HAS)⁵³ rappelle que l'HTA est le principal facteur de risque modifiable d'accident vasculaire cérébral et recommande un suivi régulier fondé sur des mesures répétées de la pression artérielle. Dans cette perspective, l'automesure et le télésuivi constituent des leviers particulièrement puissants⁵⁴ : ils permettent d'objectiver plus précocement une HTA méconnue ou insuffisamment contrôlée et d'agir plus tôt dans l'histoire naturelle de la maladie. Pourtant, malgré l'existence d'outils éprouvés et d'un cadre réglementaire désormais en place, leur recours demeure limité, illustrant pleinement les enjeux encore non résolus de la prévention secondaire et la difficulté à déployer, à grande échelle, des dispositifs pourtant décisifs pour modifier durablement les trajectoires de risque. Il ne s'agit plus seulement de détecter, mais de suivre dans le temps, d'identifier précocement les trajectoires à risque et de déclencher les bonnes interventions avant l'escalade vers des prises en charge lourdes. La technologie ne se substitue pas au soin ; elle permet de réancrer la prévention dans le système de santé, au bon moment et au bon niveau.

En outre, face au mur démographique et épidémiologique, le cœur de la soutenabilité du système de santé se situe en grande partie dans la capacité à organiser un suivi longitudinal structuré des maladies chroniques en vue d'éviter les ruptures

de parcours une fois la maladie chronique installée. En France, 265000 hospitalisations liées à des pathologies chroniques auraient pu être évitées et près d'une sur deux étant dues à l'insuffisance cardiaque, et concernent majoritairement des patients âgés: 80% des patients avaient 65 ans ou plus, et près d'un tiers 85 ans ou plus⁵⁵. C'est ici que se concentrent une part importante des coûts les plus lourds et les pertes de chance évitables.

La prévention tertiaire vise précisément à réduire ces hospitalisations évitables en aval de l'épisode aigu. Les évaluations menées par exemple dans le cadre de dispositifs déployés en vie réelle montrent qu'un suivi structuré post-hospitalisation, associant coordination ville-hôpital, accompagnement infirmier, éducation thérapeutique et, selon les indications, télésurveillance médicale, permet de réduire les hospitalisations non programmées et la durée cumulée d'hospitalisation, notamment chez des patients âgés et polypathologiques⁵⁶.

Les organisations de type CECICS (Cellules d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère) à l'AP-HP illustrent cette logique: sans ajouter des moyens massifs, elles visent à éviter les décompensations itératives, particulièrement fréquentes dans les semaines suivant la sortie, période identifiée comme à haut risque de réhospitalisation, avec de forts coûts associés.

Dans une logique comparable, la prévention tertiaire s'applique également aux suites des actes chirurgicaux, en ciblant les complications susceptibles d'entraîner des réhospitalisations évitables. Les infections du site opératoire (ISO) constituent à cet égard un déterminant majeur de reprises chirurgicales, de séjours prolongés et de recours hospitaliers non programmés, avec un impact clinique, organisationnel et médico-économique significatif⁵⁷. Ainsi, les ISO représentent la troisième infection nosocomiale la plus fréquente⁵⁸. Par ailleurs, les infections du site opératoire représentent un poids

économique considérable pour les établissements de santé et le système de santé dans son ensemble. Une étude française publiée en 2025 a estimé que le coût additionnel moyen par patient lié à une ISO varie entre 5 200 € et 11 000 €, selon la spécialité chirurgicale concernée⁵⁹. Ces chiffres soulignent l'intérêt stratégique d'investir dans des mesures de prévention efficaces, qui permettent non seulement d'améliorer la sécurité et la qualité des soins pour les patients, mais aussi de rationaliser les dépenses hospitalières dans un contexte de tension budgétaire.

Parmi les leviers de prévention disponibles, se trouve l'utilisation de fils de suture enduits d'un agent antimicrobien. En 2026, la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) a confirmé (sur la base d'une analyse exhaustive de la littérature et de méta-analyses incluant des essais randomisés de haut niveau de preuve) que ces sutures constituent un composant à part entière de la stratégie globale de prévention des ISO, en complément des mesures organisationnelles et des pratiques d'asepsie⁶⁰.

En contribuant à réduire les infections postopératoires et leurs conséquences, ces dispositifs relèvent pleinement d'une prévention tertiaire fondée sur les résultats. Le surcoût éventuel à l'acquisition doit être mis en regard des coûts hospitaliers évités: durées de séjour prolongées, traitements antibiotiques, examens complémentaires, reprises chirurgicales et réhospitalisations^{61,62}. À ce titre, la prévention des ISO constitue un levier immédiatement actionnable de performance médico-économique, aligné aux dernières recommandations de la Cour des comptes visant à réduire les coûts liés à la non-qualité des soins.

Cette approche s'inscrit d'ailleurs pleinement dans les principes portés par le programme PHARE⁶³, qui promeut une lecture en coût complet et en valeur, fondée sur des résultats cliniques objectivables en vie réelle, plutôt que sur le seul prix unitaire des dispositifs médicaux. Elle illustre concrètement la manière

dont la prévention tertiaire peut concilier sécurité du patient, efficacité du système de soins et soutenabilité de la dépense publique.

L'obésité montre enfin la nécessité de penser ces trois niveaux de prévention comme un continuum du soin. Avec près de 10 millions de personnes, l'obésité représente aujourd'hui un enjeu majeur⁶⁴. Son coût annuel (obésité seule, hors surpoids), estimé à 13,3 Mds€^{65,66}, provient en grande partie des complications qu'elle entraîne : maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, pathologies ostéo-articulaires, etc. Cette approche en continuum de prévention et de prise en charge allant de la réduction des facteurs de risque au suivi au long cours des formes complexes s'inscrit pleinement dans la feuille de route nationale obésité 2026-2030, qui appelle à un repérage plus précoce, des parcours coordonnés et un suivi au long cours. Aucune stratégie unidimensionnelle ne peut contenir une pathologie aussi multifactorielle. À l'inverse, une prévention pensée comme un ensemble cohérent produit des effets tangibles à chaque étape du parcours de santé de nos concitoyens.

Dans cette transformation, les technologies de santé intégrées dans des parcours de soins adaptés rendent la prévention « opérationnelle ». Leur apport n'est pas seulement technologique, il est organisationnel et clinique.

En somme, à horizon de dix ans, les outils numériques auront profondément transformé la prise en charge du vieillissement et des maladies chroniques.

Pour les patients âgés et polypathologiques, les technologies numériques permettront un pilotage continu de leur trajectoire de santé : dispositifs médicaux connectés et télésurveillance suivront à domicile l'évolution clinique, fonctionnelle et sociale, tandis que des plateformes d'analyse identifieront précocement les risques de décompensation ou de perte d'autonomie et

déclencheront des réponses graduées : ajustement en ville, intervention coordonnée, mobilisation du médico-social, l'hospitalisation devenant une ressource ciblée. Pour les professionnels, cela signifie sortir d'une logique d'urgence, pour intervenir avec une information complète et partagée ; pour l'hôpital, se recentrer sur des soins à forte valeur médicale ; pour la collectivité, transformer une dépense historiquement concentrée sur des épisodes lourds et tardifs pour tendre vers un système de santé plus prévisible et plus efficient. Ainsi, les technologies de santé ne modernisent pas à la marge le système existant : elles rendent possible un modèle soutenable qui anticipe davantage et alloue les ressources là où elles créent réellement de la valeur.

Structurer et coordonner les parcours de soins grâce au numérique

Pour un patient atteint d'une maladie chronique ou présentant une pathologie lourde, le parcours de soins ne se limite pas à une succession d'actes médicaux. Il s'inscrit dans la durée, entre consultations de ville, épisodes hospitaliers et suivi à domicile.

Or, en France, ce parcours reste trop souvent fragmenté. L'information circule mal, les responsabilités sont cloisonnées, et in fine, le patient se retrouve souvent à faire lui-même le lien entre les différents acteurs de sa prise en charge.

Ce morcellement n'est pas seulement une source de complexité pour les patients, il a un coût économique. En 2017, l'OCDE estimait qu'environ 20 % des dépenses de santé pourraient être réallouées sans dégrader les résultats cliniques, à condition de renforcer la pertinence des soins et l'organisation des parcours.

Or, cette marge de progression intervient dans un contexte de croissance structurelle des besoins. À court et moyen terme, la population française continue d'augmenter, tandis que le

vieillesse s'accélère avec une concentration croissante des besoins de soins aux grands âges. Parallèlement, la prévalence des maladies chroniques s'élève, portée à la fois par l'allongement de l'espérance de vie et par une augmentation des affections de longue durée à âge donné. Ces facteurs combinés constituent, comme l'ont montré France Stratégie⁶⁷, la DREES⁶⁸ et le HCAAM⁶⁹, des déterminants durables de la croissance de la demande de soins. Dès lors, l'enjeu n'est pas seulement de produire plus de soins, mais de mieux les articuler. Mieux coordonner les parcours est indispensable pour améliorer la qualité de vie des patients, optimiser les ressources du système de santé et réduire les gaspillages⁷⁰.

C'est précisément dans cette logique que plusieurs pays ont fait le choix de modèles de soins centrés sur le patient, fondés sur des *unités de pratique intégrée* : des organisations dans lesquelles les professionnels de santé travaillent ensemble au sein d'une même équipe, autour d'un parcours clairement défini, avec une responsabilité partagée sur l'ensemble du suivi du patient (du diagnostic au long terme, et non plus sur des actes isolés).

Les résultats observés sont parlants. En Allemagne, la Martini-Klinik de Hambourg⁷¹ a structuré la prise en charge du cancer de la prostate en pratique intégrée, du diagnostic au suivi post-traitement, en s'appuyant sur l'analyse numérique des données cliniques pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Aux Pays-Bas, les centres intégrés de diabétologie Diabeter⁷² ont montré qu'un suivi coordonné, associant soins spécialisés, éducation thérapeutique et outils numériques, permettait d'améliorer durablement l'équilibre glycémique et de réduire significativement les hospitalisations évitables.

Ces expériences convergent vers un même constat : une coordination durable repose sur une infrastructure numérique commune, indépendante du lieu de prise en charge. Les écosystèmes numériques deviennent ainsi le socle du suivi

continu, permettant à chaque professionnel d'intervenir au bon moment, avec la bonne information.

Pour le patient, cela signifie une prise en charge plus continue, moins d'examens redondants, moins d'angoisse liée à l'incertitude, et un sentiment de sécurité renforcé. Pour les professionnels, c'est la possibilité de mieux se coordonner, de s'appuyer sur une information fiable et partagée, et de recentrer leur temps sur le soin. Pour la collectivité, enfin, c'est la capacité à diffuser plus rapidement ce qui fonctionne, à éviter les gaspillages et à utiliser les ressources là où elles créent le plus de valeur.

Pour autant, cette ambition ne pourra se concrétiser que si la puissance publique accompagne résolument la diffusion de l'usage des données pour l'évaluation, le pilotage et la coordination des parcours. Cela suppose d'organiser la mise à disposition, la qualité et la transparence des données de santé populationnelles et opérationnelles, dans une logique d'objectivation des résultats et de performance. Cette orientation est aujourd'hui contrariée par de nombreuses restrictions, comme l'illustre la limitation récente d'accès aux données de l'Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), sur la plateforme ScanSanté⁷³.

Produire mieux avec les mêmes ressources : la technologie au service de la qualité et de l'efficience

Dans cette logique d'intégration des parcours, l'enjeu n'est plus d'ajouter des moyens, mais de produire davantage de valeur avec ceux qui existent. Cela suppose de s'attaquer à un déterminant central de l'inefficience : la variabilité des pratiques et des parcours.

Inspirées de démarches d'amélioration continue éprouvées dans le secteur industriel comme, par exemple, le *Total Quality Management*⁷⁴, certaines expériences montrent qu'il est possible de faire évoluer l'hôpital vers une logique d'apprentissage permanent : mesurer ce qui fonctionne, identifier les écarts, corriger les dysfonctionnements et standardiser les bonnes pratiques. Les outils numériques jouent ici un rôle clé : ils ne remplacent ni le jugement clinique ni la relation de soin, mais permettent de rendre les processus plus lisibles, plus prévisibles et moins dépendants des aléas organisationnels.

Cette approche repose sur un pilotage fondé sur des données objectives. L'excellence opérationnelle en santé suppose une capacité à mesurer en continu la performance réelle des parcours. Dans cette perspective, les outils numériques organisationnels, notamment les systèmes d'information hospitaliers ou les solutions de gestion des parcours, jouent un rôle essentiel. Ils ne constituent pas des dispositifs médicaux au sens réglementaire, mais permettent de rendre les processus plus lisibles, plus prévisibles et moins sensibles aux aléas organisationnels.

À l'inverse, certaines technologies numériques relèvent bien de la catégorie des dispositifs médicaux, notamment lorsqu'elles influencent directement le diagnostic, la détection de risques cliniques ou l'interprétation d'examens. L'intelligence artificielle en imagerie illustre cette dynamique : dans plusieurs pays européens, des solutions d'IA certifiées sont déployées pour accélérer et fiabiliser l'analyse de radiographies, scanners ou IRM. Au Royaume-Uni, des programmes publics pilotés par le NHS tels que l'AI Deployment Platform ou les cadres nationaux d'adoption de l'IA en imagerie soutiennent une mise en œuvre sécurisée et à grande échelle de ces solutions, avec l'objectif explicite de diagnostiquer plus tôt, réduire les erreurs d'interprétation et éviter les retards de prise en charge⁷⁵.

Cette priorité correspond directement aux attentes du terrain, en France : selon une enquête récente menée auprès de plusieurs centaines de professionnels de santé⁷⁶, plus de trois quarts des soignants citent l'analyse des images médicales comme le domaine où les apports du numérique seront les plus déterminants, devant l'intelligence artificielle générative et les outils d'aide à la décision clinique. Dans tous les cas, la logique est la même : réduire l'incertitude et rendre la qualité moins dépendante du contexte.

La digitalisation du suivi des patients prolonge cette logique en amont et en aval de l'hôpital. La prise en charge de programmes de télésurveillance montre qu'un suivi structuré à distance permet d'éviter une part significative des décompensations aiguës et des passages aux urgences. Les résultats observés, notamment en insuffisance cardiaque, traduisent un double bénéfice : une amélioration de la qualité de vie et de l'espérance de vie en bonne santé des patients, et une utilisation plus efficiente des ressources hospitalières⁷⁷ ⁷⁸.

Ces enseignements interrogent plus largement l'organisation même de l'offre de soins. L'enjeu n'est plus seulement d'ajouter des moyens à l'hôpital, mais de réorganiser quand cela est possible, les prises en charge pour réduire les journées évitables et accélérer le retour à domicile, afin de produire davantage de valeur avec les ressources existantes. A ce titre, paradoxalement, malgré une forte progression passée, le taux de chirurgie ambulatoire semble aujourd'hui croître faiblement autour de 64–65 % des séjours faits en France, en ambulatoire, loin de l'objectif de 70% fixé en 2022⁷⁹.

Certains pays ont engagé des réformes plus structurelles visant à transférer durablement une partie de l'activité hors de l'hospitalisation complète (même si ces évolutions doivent être appréciées à l'aune des spécificités nationales, notamment en matière de culture professionnelle et d'organisation de la carte sanitaire). L'Allemagne, en particulier, s'est appuyée sur le développement massif de l'ambulatoire à travers les

Medizinische Versorgungszentren (MVZ), véritables centres de soins ambulatoires interdisciplinaires. Introduits en 2004, Les statistiques de la Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) montre une croissance continue du modèle : le nombre de MVZ a dépassé 5 000 en 2024, soit une hausse de +135,9 % sur dix ans⁸⁰. Ils regroupent aujourd'hui plus de 30 000 médecins, majoritairement salariés, et concentrent une part croissante de l'activité ambulatoire spécialisée, notamment en chirurgie et en orthopédie⁸¹.

Souvent adossés à des hôpitaux, ces centres ont permis de déplacer une partie significative de l'activité hors de l'hospitalisation complète, en structurant des parcours coordonnés « avant-pendant-après » et en réduisant le recours aux lits hospitaliers.

La robotique chirurgicale s'inscrit dans cette même trajectoire de fiabilisation. En sécurisant les gestes, en améliorant la précision et en réduisant la variabilité entre opérateurs, elle contribue à diminuer les durées de séjour, les taux de réadmission et de réinterventions^{82 83 84}. Ainsi, la chirurgie robotique figure déjà parmi les innovations identifiées par les soignants⁸⁵ comme appelées à se développer fortement dans les prochaines années, plus d'un professionnel sur deux citant la robotique et l'assistance opératoire parmi les technologies les plus prometteuses.

Ces évolutions préfigurent ce que pourrait être, dans la prochaine décennie, une véritable « chirurgie 4.0 » : planification personnalisée, assistance en temps réel, analyse peropératoire continue et apprentissage progressif des systèmes. Cette trajectoire s'inscrit plus largement dans l'émergence d'une médecine et/ou chirurgie personnalisées, rendue possible par la combinaison des données, de l'IA et des biomarqueurs (mesure biologique indiquant un état de santé ou une maladie), déjà identifiés par une part significative des professionnels comme des briques clés de la médecine de demain.

Une transformation plus profonde se dessine désormais : celle de soins qui ne s'appuie plus uniquement sur des catégories générales ou des protocoles standardisés, mais sur la compréhension fine des trajectoires individuelles de santé. Les avancées en modélisation, en simulation et en analyse prédictive permettent aujourd'hui d'exploiter conjointement l'imagerie, les données biologiques et les informations cliniques longitudinales pour anticiper l'évolution d'une pathologie et éclairer les décisions médicales en amont. En chirurgie comme en thérapeutique, cette approche ouvre la voie à des stratégies adaptées aux caractéristiques propres de chaque situation clinique, au préalable de l'intervention ou du traitement. Il s'agit moins d'appliquer une réponse uniforme que d'orienter des décisions éclairées, fondées sur des scénarios probables et des bénéfices attendus.

Cette révolution technologique soulève toutefois un enjeu politique central : trouver un juste équilibre entre une régulation exigeante, indispensable pour garantir la sécurité, l'éthique et la protection des données de santé, et une capacité d'adaptation suffisante pour ne pas freiner l'innovation. Dans un contexte où ces technologies progressent rapidement sur d'autres continents, la capacité de l'Europe à conjuguer confiance, agilité et ambition conditionnera sa place et le rôle de son industrie dans la médecine de demain.

Ainsi, la question n'est plus de savoir si les technologies ont un rôle à jouer, mais comment les intégrer pour qu'elles deviennent des accélérateurs de qualité, de sécurité et d'efficacité, et non des couches supplémentaires de complexité.

C'est précisément sur ce point que le système français bute : il sait soigner, mais il peine à intégrer rapidement l'évolution des prises en charge. Cette lenteur n'est pas le fait d'un acteur unique : elle résulte de la superposition des prudences, des engorgements et des fonctionnements en silos qui ralentissent collectivement les décisions. Chacun intervient « pour de bonnes raisons » : sécuriser l'évaluation, maîtriser la dépense,

garantir l'équité. Néanmoins, l'absence de pilotage unifié orienté vers les résultats transforme ces précautions en inertie systémique.

La Cour des comptes⁸⁶ a souligné que ces étapes relèvent d'instances distinctes (HAS, CEPS, DGOS), aux calendriers et priorités propres, sans mécanisme de pilotage transversal. Ce processus décisionnel compartimenté « en strates », où chaque institution ajoute des exigences, des procédures et des délais peut créer une inertie globale malgré de bonnes intentions comme sécuriser ou maîtriser les coûts.

Pour le citoyen, le résultat est simple à comprendre : ce qui fonctionne quelque part peut mettre des années à se généraliser. Le temps s'allonge mécaniquement entre l'expérimentation et la diffusion à grande échelle. Ce décalage n'est pas neutre car il peut se traduire par une éventuelle perte de chance pour les patients, des frustrations pour les soignants et une inefficience collective.

À cette lenteur procédurale s'ajoute une inadaptation persistante des modèles de financement. Les tarifs, forfaits ou rémunérations nécessaires pour déployer de nouvelles pratiques mettent des années à évoluer (lorsqu'ils évoluent) et restent largement construits autour d'organisations historiques. Ainsi, même lorsque la valeur clinique est démontrée, l'absence d'un financement aligné, prévisible et disponible en temps utile crée un décalage durable entre la reconnaissance institutionnelle de l'innovation et sa mise en œuvre concrète.

Ce retard est renforcé par l'absence d'incitations à la diffusion : ni les établissements, ni les professionnels, ni les industriels ne disposent de mécanismes robustes les encourageant à adopter et déployer des solutions identifiées comme innovantes ou ayant déjà fait la preuve de leur impact. Sans leviers financiers, sans objectifs opérationnels partagés, sans mécanismes de suivi de la montée en charge, les innovations restent confinées « au stade pilote ».

Pris ensemble, ces éléments : séquentialité des décisions, inertie des financements, manque d'incitation, constituent des freins puissants qui retardent la diffusion et empêchent de maximiser l'impact pour les patients et pour l'ensemble du système de santé.

Pour « contourner ces difficultés », des dispositifs dérogatoires ont été créés. Ils ont joué un rôle utile, mais leurs effets restent limités :

- Article 51 : utile pour tester des organisations innovantes, mais trop expérimental et lent dans ses généralisations : la majorité des projets ne franchit pas le stade de la diffusion nationale ;
- Forfait innovation : pensé comme un accélérateur, mais peu concluant en pratique du fait d'un champ restreint, de procédures lourdes et d'un taux d'aboutissement faible ;
- Prises en charge transitoires post-marquage CE⁸⁷ : elles évitent des « trous d'air » d'accès, mais leur durée courte, leur ciblage limité et l'obligation de retour rapide au droit commun limitent leur impact systémique.

Ces dispositifs « soulagent ponctuellement la machine », mais ne corrigent ni la fragmentation du pilotage, ni la séquentialité institutionnelle, ni l'inertie financière, et ne suffisent donc pas à sécuriser un accès large et rapide aux innovations.

PARTIE III – Refonder le cadre pour transformer durablement le système de santé

La transformation d'un système de santé ne se décrète pas : elle suppose une volonté politique, une infrastructure économique et administrative ainsi qu'un changement culturel capables de l'accueillir.

Quatre conditions apparaissent essentielles :

Assumer une trajectoire pluriannuelle pilotée

La transformation durable du système de santé commence par une décision politique claire : sortir d'une logique de pilotage exclusivement de court terme pour assumer une trajectoire pluriannuelle claire, lisible et pilotée ; condition essentielle de cohérence et de crédibilité de l'action publique.

Cette trajectoire fixe le cap à dix ans autour de quelques priorités politiques majeures comme : garantir l'accès effectif à des soins sur tout le territoire, investir dans la prévention, mieux prendre en charge les maladies chroniques et le vieillissement, organiser les parcours de soins, accélérer l'accès aux innovations utiles et remettre durablement sous contrôle la trajectoire financière de l'Assurance maladie. Elle permet de hiérarchiser les choix, d'assumer des arbitrages et de donner de la visibilité aux acteurs et aux français.

Immédiatement activable dès la prochaine mandature, ce cadre ne requiert ni réforme constitutionnelle ni ajustement institutionnel lourd. Il suppose en revanche un pilotage politique fort, placé sous l'autorité du Premier ministre. La transformation du système de santé engage l'ensemble de l'action publique : santé, budget, solidarité, industrie, numérique, territoires, Éducation, Écologie. Il ne s'agit pas de dessaisir le ministère de la Santé, mais de garantir la cohérence des décisions transverses dans le temps et d'intégrer, dès l'amont, la maîtrise du déficit comme un objectif politique à part entière (et non comme une correction tardive).

Cette trajectoire ne peut être décrétée. Elle repose sur une co-construction exigeante avec l'ensemble des acteurs du système : administrations, Assurance Maladie, professionnels de santé, établissements, collectivités, acteurs privés, experts... En les associant à la définition des priorités, des moyens et des résultats attendus, l'État transforme une contrainte budgétaire en un engagement collectif, aligné sur les réalités territoriales et opérationnelles. Ainsi, en participant à sa définition, les acteurs s'engagent sur l'atteinte de résultats définis collectivement, mesurés à partir d'indicateurs partagés et suivis dans le temps. Cet engagement vaut aussi en cas de non-atteinte des objectifs : chacun s'engage alors à rendre compte des écarts, à en expliciter les causes et à contribuer aux ajustements nécessaires dans une logique d'apprentissage et d'adaptation.

Afin d'éclairer cette trajectoire dans la durée, un collègue indépendant d'experts est chargé d'objectiver les choix par le renforcement de la culture médico-économique : dynamiques démographiques et épidémiologiques, besoins d'accès aux soins, transformations de l'offre, impact des innovations, conséquences financières à moyen terme, vision prospective... Sans se substituer au politique, cette expertise sécurise la décision et en renforce la robustesse.

Cette logique pluriannuelle s'inscrit en complémentarité avec l'ONDAM annuel, sans s'y substituer. La trajectoire pluriannuelle de dépenses de santé définie sur un horizon long et révisée régulièrement donne la visibilité et le cap. L'ONDAM voté chaque année dans la loi de financement de la Sécurité sociale demeure l'instrument d'autorisation budgétaire tout en devenant le point d'atterrissage annuel d'une trajectoire assumée, ajustable pour tenir compte des chocs macroéconomiques ou sanitaires, mais cohérente dans le temps. Cette articulation est essentielle : elle permet de répondre aux besoins immédiats notamment en matière d'accès aux soins et de continuité des prises en charge tout en

sécurisant les investissements pluriannuels nécessaires dans les innovations organisationnelles, numériques ou technologiques.

La crédibilité du dispositif repose enfin sur la redevabilité démocratique. Parce que la trajectoire est pluriannuelle, le pilotage doit être continu. Le gouvernement rend ainsi compte tous les six mois devant le parlement de l'avancement de la trajectoire : résultats obtenus, écarts constatés, ajustements opérés et effets observés. À 36 mois, l'exécutif doit être en mesure de démontrer des avancées tangibles et un infléchissement crédible de la trajectoire de déficit de la Sécurité sociale. C'est sur cette capacité à reprendre collectivement la maîtrise du temps long, à engager l'ensemble des acteurs sur des résultats et à en rendre compte, que repose la transformation durable du système de santé.

Refonder l'évaluation pour aligner financement et valeur

Les innovations technologiques et les pratiques de soins évoluent plus vite que nos processus décisionnels. Ce décalage entre ce que le système pourrait délivrer et ce qu'il délivre réellement nécessite de refonder la gouvernance et l'évaluation pour décider plus vite et apprendre en continu.

Les nouvelles technologies de santé hors champ des produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursées (LPPR) sont aujourd'hui trop rarement évaluées de manière structurée, dynamique et adaptée à leur impact réel, alors même qu'elles transforment déjà les pratiques et produisent des effets tangibles à l'échelle de l'ensemble du parcours de soins. Lorsqu'elles sont financées de manière indifférenciée via les forfaits GHS[®], sans reconnaissance spécifique ni mise à jour régulière des cadres d'évaluation, ces technologies demeurent largement invisibles pour la décision publique : ni correctement tracées, ni comparables, ni pilotables. Le GHS, qui pourrait pourtant constituer un levier majeur d'incitation et d'alignement entre financement et valeur produite sur le

parcours, reste aujourd'hui sous-utilisé pour refléter la réalité des pratiques innovantes. A titre d'exemple, si les GHS étaient véritablement réévalués chaque année en fonction des coûts moyens observés dans les hôpitaux, ces changements de pratiques seraient mécaniquement plus visibles / appréhendés, comme en Allemagne⁸⁹.

La chirurgie assistée par robot constitue à cet égard un cas d'école particulièrement révélateur. En chirurgie générale, après de nombreuses années d'utilisation en pratique courante, la création d'actes descriptifs a permis de rendre les pratiques enfin traçables. Cette étape a ouvert la voie à des analyses en vie réelle, notamment à partir des bases médico-administratives comme le SNDS⁹⁰, permettant d'objectiver des impacts médico-économiques sur l'ensemble du parcours, au-delà de l'acte chirurgical isolé. Autrement dit, ce n'est pas l'innovation en elle-même qui a rendu l'évaluation possible, mais la capacité tardive du système à observer et analyser ce qui était déjà pratiqué.

Pour autant, malgré cette objectivation progressive par les données en vie réelle, il n'existe toujours ni actes CCAM⁹¹ valorisés, ni GHS dédiés ou ajustés, illustrant une difficulté persistante à transformer la preuve produite en leviers concrets de pilotage, d'incitation et de diffusion maîtrisée. Cette inertie est d'autant plus problématique que les évaluations de référence menées par la HAS sur la chirurgie robot-assistée notamment pour les prostatectomies (2016) et les hystérectomies (2021) reposent sur des analyses désormais anciennes, dans un domaine technologique caractérisé par des cycles d'innovation rapides et une évolution continue des pratiques. Dans ce contexte, des évaluations figées dans le temps ne permettent plus d'éclairer efficacement les décisions actuelles.

La situation est encore plus critique dans d'autres spécialités, comme l'orthopédie, où la robotique est désormais largement présente en pratique réelle, avec des volumes croissants et des

investissements significatifs assumés par les établissements. À ce stade, aucun mécanisme ne permet de tracer l'activité, faute d'actes descriptifs adaptés. Cette absence de traçabilité empêche toute exploitation structurée des données⁹² et rend donc impossible l'évaluation de l'impact réel de ces technologies sur l'ensemble du parcours, qu'il s'agisse des résultats cliniques, de la variabilité inter-opérateur, de l'organisation des blocs, des durées de séjour, des événements évités ou des coûts globaux supportés par le système. Le système se prive ainsi d'informations nécessaires pour ajuster les financements, prioriser les usages pertinents et piloter la diffusion de l'innovation sur une base factuelle.

Ce constat met en évidence un enjeu central : l'évaluation des technologies ne peut plus être ponctuelle, statique et centrée sur l'acte, mais doit devenir dynamique et "par parcours", appuyée sur l'exploitation organisée des données en vie réelle : registres cliniques, entrepôts de données de santé et SNDS afin d'actualiser régulièrement l'analyse de leur impact clinique, organisationnel et médico-économique. La mise à jour des GHS, adossée à cette évaluation continue, devrait constituer un outil clé pour aligner financement, valeur observée sur le parcours et modalités de diffusion. À défaut, le système continuera à adopter tardivement, à financer sans incitation claire, et à renoncer à apprendre de pratiques qui transforment pourtant déjà concrètement la prise en charge des patients.

L'objectif est simple : s'appuyer sur la mesure en vie réelle des bénéfices cliniques, organisationnels et économiques pour agir plus tôt et ajuster plus vite. En convertissant le temps gagné en valeur pour le patient, le système réduit durablement le coût d'opportunité des décisions tardives et renforce sa soutenabilité.

En pratique, cela implique donc :

- D'institutionnaliser des revues périodiques des décisions d'accès et de financement, assorties de clauses de

réexamen ;

- De déployer un cadre d'évaluation gradué et élargi qui accélère l'accès lorsque la plausibilité de l'impact est forte, tout en conditionnant la pérennisation à des résultats en vie réelle prédéfinis ;
- De structurer un noyau commun d'indicateurs cliniques, organisationnels, médico-économiques, d'expérience et environnementaux, alimentés par des flux de données hôpital-ville. Cela appelle également à la mise en place de référentiels nationaux et de cadres d'usage des données, communs à tous les acteurs, pour faire de la donnée un bien public au service de la qualité, de l'équité et de la performance. Au regard des enjeux de soutenabilité de la Sécurité sociale, la culture de la non-transparence est devenue obsolète : la responsabilité collective impose un pilotage ouvert, traçable et orienté résultats ;
- D'aligner les comportements par des incitations et des financements conditionnels, afin d'assurer un partage explicite et équitable de la valeur créée, des moyens et des responsabilités entre les acteurs du parcours, en mobilisant des financements transitoires, des bonus-malus liés aux résultats et des forfaits de parcours, de suivi ou de production de données, tout en évitant les transferts asymétriques de coûts, de risques ou de contraintes opérationnelles ;
- D'anticiper les effets de transfert vers la médecine de ville pour les dispositifs posés à l'hôpital, via des forfaits de suivi et des protocoles de coordination ;
- D'accompagner le terrain par des référents formés, des kits de déploiement et des tableaux de bord partagés ;
- De garantir transparence et responsabilité en publiant les indicateurs et les ajustements décidés.

Ainsi conçue, l'évaluation permet à l'action publique d'être plus prévisible, plus réactive et plus responsable, au service d'un système de santé capable d'adopter vite, de corriger tôt et de créer durablement plus de valeur pour les patients comme pour l'ensemble de la collectivité.

Réorienter le système vers la valeur réelle créée pour les patients et les soignants

Tant que notre système restera piloté par le volume d'actes, il continuera de fragmenter les parcours et de générer des dépenses dont l'impact réel est mal maîtrisé. Il faut assumer un pilotage par la valeur⁹³, c'est-à-dire par les résultats qui comptent pour les patients et pour ceux qui les soignent : état de santé, autonomie, qualité de vie, expérience vécue. Des outils existent déjà pour les mesurer (résultats cliniques et fonctionnels, PROMs/PREMs) et objectiver les progrès tout au long du parcours.

Mais pour piloter réellement par la valeur, il faut aussi comprendre les ressources et les coûts mobilisés tout au long des parcours : temps passé, ressources humaines et technologiques, variations entre équipes... Or, cette visibilité manque encore, en ville comme à l'hôpital. Des approches comme le *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC)⁹⁴ permettent d'apporter des réponses en identifiant le coût réel d'une prise en charge. En effet, le TDABC offre un cadre de mesure des coûts plus précis, transparent et sensible aux ressources, qui permet de comparer des organisations et éclaire ainsi les décisions. Par exemple, dans une étude française sur le parcours AVC au CHU de Montpellier⁹⁵, le TDABC a permis de chiffrer précisément une phase critique du parcours (urgences–imagerie–décision) à environ 425 € par patient, ainsi qu'une forte concentration des coûts: 6 tâches sur 74 expliquent plus de 80 % du coût, dont l'interprétation de l'imagerie (~102 €), l'examen neurologique (~81 €) et la réévaluation avant orientation (~97 €). En parallèle, le TDABC rend visibles les surcoûts organisationnels liés aux retards, à

l'indisponibilité des ressources et aux défauts de coordination, susceptibles de générer des coûts bien plus élevés sur la suite du parcours, notamment en rééducation. Ainsi, la connaissance de facteurs de coûts permettrait avec une volonté politique, un pilotage plus éclairé en limitant les surcoûts et orientant les investissements sur les tâches productrices de valeur.

Enfin, la séquence de transformation compte. Les expériences réussies commencent par organiser les parcours, mesurer systématiquement les résultats et clarifier les coûts, pour permettre finalement d'aligner progressivement le financement sur ces fondations (et non l'inverse). Le changement n'est alors plus vécu comme punitif par certains : il devient un levier pour consolider et diffuser ce qui fonctionne. Aux Pays Bas, la clinique DIABETER⁹⁶ a structuré son organisation autour de la mesure continue des résultats de santé et de l'amélioration de l'expérience patient. Cette approche a permis une réduction de 15 % des hospitalisations, une amélioration de la qualité de vie des patients, et a été ensuite soutenue par un modèle de financement à la valeur, renforçant la cohérence entre incitations et objectifs cliniques.

En synthèse, c'est ce renversement de logique qui permettra de sortir d'un débat purement budgétaire et de remettre le système au service de sa raison d'être : produire de la santé et non seulement des actes.

Promouvoir des modes de financement et d'achat fondés sur la valeur créée

Le mode de financement structure en profondeur les pratiques de soins. En France, le poids persistant du paiement à l'acte a longtemps soutenu l'accès aux soins, mais montre aujourd'hui clairement ses limites : incitation à la multiplication des actes au détriment de la prévention, fragmentation des parcours, faible reconnaissance du temps de coordination et difficulté à piloter la pertinence des prises en charge. Dans un système de plus en

plus dominé par les maladies chroniques et les parcours longs, ces incitations freinent la transformation attendue.

L'enjeu n'est donc plus de savoir s'il faut évoluer, mais sur quels principes refonder le financement. Les modèles dits *fondés sur la valeur* apportent une réponse claire : rémunérer non plus seulement les volumes produits, mais les résultats réellement utiles pour le patient et la collectivité. Ils recouvrent une palette d'instruments complémentaires qui ont en commun d'aligner les incitations économiques avec les objectifs de qualité, de pertinence et d'efficience. L'OCDE⁹⁷ et l'OMS⁹⁸ rappellent que ces modèles relèvent moins d'une rupture idéologique que d'un ajustement pragmatique, à condition d'être adossés à des indicateurs robustes et à une gouvernance adaptée.

Les expériences étrangères en illustrent concrètement le potentiel lorsqu'ils sont conçus comme des leviers de transformation des pratiques.

Aux Pays-Bas, l'introduction de paiements groupés (*bundled payments*)⁹⁹ pour certaines maladies chroniques, comme le diabète ou la BPCO, repose sur un paiement unique couvrant l'ensemble du parcours de soins d'un patient pour une pathologie donnée. En contractualisant avec des organisations responsables de la coordination globale, ce modèle a favorisé le travail en équipe, la délégation de tâches et une prise en charge plus continue et lisible pour les patients. Les évaluations montrent que ces dispositifs sont particulièrement efficaces lorsque les parcours sont bien définis et que la gouvernance et les indicateurs sont clairement établis, soulignant que la valeur repose autant sur l'organisation collective que sur l'instrument financier lui-même.

Le Royaume-Uni offre un éclairage complémentaire avec le *Quality and Outcomes Framework (QOF)*¹⁰⁰, dispositif emblématique de paiement à la performance en soins primaires. Fondé sur une rémunération conditionnée à l'atteinte d'indicateurs cliniques et de prévention, le QOF a démontré sa

capacité à améliorer rapidement les pratiques et à diffuser largement des standards de qualité, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques. L'expérience britannique montre toutefois l'importance de faire évoluer régulièrement les indicateurs et de les inscrire dans une approche globale du soin afin de maintenir les effets dans le temps.

Ces deux exemples convergent vers un enseignement central : le financement peut devenir un levier de performance dès lors qu'il articule incitation financière, gouvernance et mesure des résultats dans le temps. C'est à l'aune de ces principes qu'il convient d'analyser la situation française, marquée à la fois par une reconnaissance croissante des limites du paiement à l'acte et par une difficulté persistante à faire émerger, au-delà de l'expérimentation, des modèles alternatifs pleinement structurants.

En France, plusieurs dispositifs traduisent une volonté de diversification progressive du financement des soins, notamment à travers les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) en soins de ville ou l'introduction de mécanismes de capitation via le forfait médecin traitant. Ces outils ont permis d'intégrer des incitations orientées vers la qualité, la prévention et le suivi des patients, mais leur portée demeure limitée ; le paiement à l'acte continuant de structurer les pratiques.

Le dispositif Article 51, mis en place en 2019, marque une étape décisive en offrant un cadre expérimental à grande échelle pour tester des financements alternatifs : capitation, forfaits de coordination, rémunération de parcours pluriprofessionnels et souvent associés à des objectifs de prévention et de continuité des soins. Les projets autorisés couvrent des champs variés (diabète, santé mentale, vieillissement, obésité) et impliquent plusieurs centaines de structures et de patients. Les retours de terrain convergent sur des bénéfices tangibles en matière de coordination, de suivi et de lisibilité des parcours.

Pour autant, l'impact systémique de ces expérimentations demeure très limité, principalement du fait de la difficulté du passage à l'échelle. Sur plus de 1 200 projets déposés, seuls 158 ont été autorisés et un nombre infime a été transposé dans le droit commun, souvent après plusieurs années d'expérimentation et d'arbitrages institutionnels. Cette situation révèle moins un déficit d'innovation qu'une incapacité structurelle à stabiliser et généraliser des modèles de financement fondés sur la valeur.

L'exemple récent du parcours coordonné renforcé (PCR) « Obésité complexe chez l'adulte », entré dans le droit commun en mars 2026 à l'issue de l'expérimentation Article 51 EMNO, montre pourtant que cette généralisation est possible lorsque le modèle est cliniquement robuste, organisationnellement structuré et économiquement crédible. Ce cas demeure toutefois l'exception plutôt que la règle. Il souligne, en creux, la lenteur et la sélectivité extrême des trajectoires de généralisation, qui maintiennent encore largement les financements fondés sur la valeur et en particulier le paiement à la performance ou au parcours dans un statut expérimental, sans qu'ils ne s'imposent comme des principes véritablement structurants du système de santé¹⁰.

Cette logique de valeur doit également irriguer les achats publics, qui constituent un levier décisif mais encore sous-mobilisé. Le *Value-Based Procurement* (VBP) vise précisément à déplacer le centre de gravité de l'achat, historiquement focalisé sur le prix unitaire et les volumes vers la valeur effectivement créée pour les patients, les soignants et les organisations. Il s'agit d'évaluer une offre non seulement sur sa conformité technique et son coût, mais aussi sur des résultats observables en pratique : amélioration des résultats cliniques, réduction des complications et des ré-hospitalisations, fluidité ville-hôpital, temps soignant libéré, satisfaction des patients et impact sur l'efficacité globale. Par exemple, des démarches concrètes montrent que des solutions

au prix unitaire plus élevé peuvent générer une valeur supérieure: à Stockholm, des pansements plus chers ont été retenus car leur coût complet était inférieur grâce à une réduction du temps soignant et des complications, tandis qu'en Suède, le programme Orthochoice a permis une diminution de 20% du coût moyen par patient et des gains de productivité de 16%, via des achats intégrés au parcours et partiellement indexés sur les résultats rapportés par les patients¹⁰². Le VBP rend ainsi possible un alignement mesurable entre achats, qualité des soins et soutenabilité financière.

Dans certains pays, le VBP transforme déjà la relation contractuelle en introduisant un partage du risque explicite. Les entreprises peuvent voir leur rémunération modulée selon l'atteinte des résultats convenus (revalorisation lorsque les bénéfices se matérialisent, ajustement à la baisse lorsqu'ils ne sont pas au rendez-vous) tandis que les acheteurs s'engagent à documenter les résultats en vie réelle et à réviser les conditions selon un calendrier et des règles prédéfinis. Les mécanismes de partage de risque décrits montrent déjà des effets mesurables: au Canada, des fournisseurs de défibrillateurs sont pénalisés si la durée de vie réelle est inférieure à celle annoncée, ce qui a conduit à des dispositifs plus durables et à une baisse des coûts totaux de soins à long terme. En Suède, le programme Orthochoice, combinant forfait par épisode et part variable indexée sur les résultats patients (jusqu'à 3,2% du tarif), a permis une réduction de 20% du coût moyen par patient et des gains de productivité de 16%, illustrant concrètement l'apport du partage de risque pour créer plus de valeur¹⁰³. Ces résultats positifs à l'étranger devraient nous encourager à transposer ces modèles d'achat en France.

En définitive, élargir la place des financements et des achats fondés sur la valeur suppose d'accepter une mixité durable des modèles (socle d'activité, forfaits, composantes variables orientées résultats), de rémunérer explicitement le temps de coordination et de suivi, d'intégrer des critères de résultats et

des clauses de partage du risque dans les marchés publics et d'inscrire ces évolutions dans la durée avec des indicateurs partagés et des revues régulières fondées sur les données en vie réelle. À ces conditions, le financement et l'achat deviendront des leviers structurants de la transformation du système de santé.

Conclusion

Notre système vacille : entre des besoins qui évoluent, des professionnels qui s'épuisent, des citoyens qui s'inquiètent et un cadre qui peine à s'adapter.

Changer de cap ne passe ni par des ajustements marginaux, ni par des oppositions stériles entre acteurs. Cela suppose de reconstruire la confiance : confiance entre l'État et les soignants, entre les institutions et les territoires, mais aussi avec les industriels de la santé, qui ont un rôle essentiel. Leur responsabilité n'est pas seulement d'innover, mais de s'engager sur l'impact réel de leurs solutions, d'en partager les résultats et de contribuer, aux côtés des pouvoirs publics et des professionnels, à des trajectoires de soins plus soutenables. Cette confiance se construit par des objectifs partagés, des résultats mesurables, et la capacité collective à apprendre de ce qui fonctionne comme de ce qui doit être corrigé.

Retrouver le sens du collectif impose d'admettre que le système de santé ne pourra pas continuer sur sa trajectoire actuelle et notre modèle social va devoir se transformer massivement, que nous le voulions ou non. Cette prise de conscience doit conduire à un choix politique clair : se doter d'objectifs communs, inscrits dans le temps, pensés à l'échelle des populations et des territoires. Par ailleurs, aucun cap ne tiendra sans investissement dans la transformation elle-même : technologies, données, compétences, formation.

Cette compréhension commune s'inscrit dans un moment singulier. La santé demeure l'un des rares sujets capables de rassembler largement les citoyens, qui acceptent qu'elle mobilise une part importante de notre richesse collective. Elle coïncide aussi avec une accélération technologique sans précédent, qui ouvre une fenêtre historique pour transformer en profondeur notre modèle de soins. La France dispose d'atouts considérables pour saisir cette opportunité : une qualité de médecine reconnue à l'échelle internationale, une recherche dynamique, une formation médicale d'excellence, un écosystème de start-up particulièrement riche et un environnement de plus en plus favorable aux technologies de données et d'intelligence artificielle.

Les choix comme les outils existent. Il nous appartient désormais de transformer cette lucidité partagée en action durable, pour que la santé reste ce bien commun, au service de tous, aujourd'hui comme demain.

Notes

- ① *Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé*, DREES. 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-12/Les%20dépenses%20de%20santé%20en%202024_v17%20complet.pdf
- ② *Le solde des comptes de la sécurité sociale s'établit à -21,6 Md€ en 2025*. in *La sécurité sociale*. 2026. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/home/medias/presse/list-presse/le-solde-des-comptes-de-la-securite-sociale-s-etablit-a-21-6-md-en->

nt%20de%20l,adopt%C3%A9%20en%20LFSS%20pour%202026.

- ③ *NOTE DE SYNTHÈSE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) - Maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins, Cour des Comptes. 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/74821>*
- ④ *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025. in Cour des Comptes. 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-05/20250526-RALFSS-2025.pdf>*
- ⑤ *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses: les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026. in Assurance Maladie. 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-07_rapport-propositions-pour-2026_assurance-maladie.pdf*
- ⑥ Selon le code de la Santé Publique, on entend par dispositif médical « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour

leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs ».

- ⑦ *Pour un système de santé plus performant ; Organisation mondiale de la santé, Ed.; Rapport sur la santé dans le monde ; OMS: Genève, 2000.*
- ⑧ *Euro Health Consumer Index. 2018; Health Consumer Powerhouse, 2019.*
- ⑨ *Panorama de La Santé 2025 ; OCDE, 2025.*
- ⑩ *Baromètre Annuel Du Secteur Privé, FHP.; 2025.*
- ⑪ *Ibid.*
- ⑫ *Face à La Gravité de La Situation Financière Des Hôpitaux Publics, Renforcer l'efficacité Par Une Intégration Territoriale, IGAS.; 2025.*
- ⑬ *68,1 Millions d'habitants En 2070: Une Population Un Peu plus Nombreuse Qu'en 2021, Mais plus Âgée ; INSEE ; 2021.*
- ⑭ *Résultats Détaillés Des Projections de Population 2021-2070 Pour La France – Présentation ; INSEE ; 2021.*
- ⑮ *Les Dépenses de Santé En 2024 - Résultats Des Comptes de La Santé, DREES.; 2025.*
- ⑯ *Revue de Dépenses Relative Aux Affections de Longue Durée - Pour Un Dispositif plus Efficace et Équitable, IGF/IGAS.; 2024.*
- ⑰ *Ibid.*
- ⑱ *Les Hospitalisations Potentiellement Évitablement Touchent Davantage Les Ouvriers et Les Agriculteurs, DREES.; 2023.*

- ⑲ *Les Déterminants de Long Terme Des Dépenses de Santé En France, 2017th ed.; France Stratégie.*
- ⑳ *Les Dépenses de Santé En 2024 - Résultats Des Comptes de La Santé, DREES.; 2025.*
- ㉑ *Sécurité Sociale: La Boîte à Outils Du Sénat, 2025th ed.; Sénat.*
- ㉒ *Les Dépenses de Santé En 2024 - Résultats Des Comptes de La Santé, DREES.; 2025.*
- ㉓ *L'étude évalue quatre vaccinations chez l'adulte, analysées conjointement : Grippe saisonnière (influenza), Infections à pneumocoque (pneumonies, bactériémies, méningites), Virus respiratoire syncytial (VRS) chez l'adulte âgé, Zona (herpes zoster).*
- ㉔ *Health as an Economic Imperative, OCDE.; 2025.*
- ㉕ *Données PMSI/ATIH.*
- ㉖ *Can Prevention Save Money?; JAMA Health Forum; 2025.*
- ㉗ *Tabagisme En France: 68 000 Décès Évitable En 2023, Une Baisse Encourageante Mais Un Fardeau Toujours Trop Important, Santé Publique France.; 2026.*
- ㉘ *Sédentarité: Prévalence et Connaissance Des Recommandations. Baromètre de Santé Publique France: Résultats de l'édition 2024, Santé Publique France.; 2025.*
- ㉙ *Caby, D. Obésité: Quelles Conséquences Pour l'économie et Comment Les Limiter? TRÉSOR-ÉCO 2016, No. 179.*
- ㉚ *Un Territoire Performant Doit s'inscrire Dans La Logique Du «One Health» ; CRAPS.*
- ㉛ *Accès Territorial Aux Soins ; ministère de la Santé ; 2017.*

- ③② *RAPPORT FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION de Loi d'urgence Contre La Désertification Médicale, Assemblée Nationale.; 2022.*
- ③③ *Les Établissements de Santé En 2023 - Édition 2025, DREES.; 2025.*
- ③④ *Un Territoire Performant Doit s'inscrire Dans La Logique Du «One Health» ; CRAPS*
- ③⑤ *Le Solde Des Comptes de La Sécurité Sociale s'établit à -21,6 Md€ En 202 5 ; La sécurité sociale ; 2026*
- ③⑥ *Dépenses d'assurance Maladie: Quelles Pistes Pour En Maîtriser La Hausse? ; L'assurance maladie; 2025.*
- ③⑦ *NOTE DE SYNTHÈSE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) - Maîtriser Sa Progression En Veillant à La Qualité Des Soins, Cour des Comptes.; 2025.*
- ③⑧ Fink, H.; Langselius, O.; Vignat, J.; Rungay, H.; Rehm, J.; Martinez, R. X.; Santero, M.; Lopez-Perez, L.; Inoue, M.; Zeng, H.; Shield, K.; Morgan, E.; Ilbawi, A.; Soerjomataram, I. Global and Regional Cancer Burden Attributable to Modifiable Risk Factors to Inform Prevention. *Nat. Med.* 2026.
<https://doi.org/10.1038/s41591-026-04219-7>.
- ③⑨ Leleu, H.; Rodriguez, I.; Blachier, M.; Bonnard, P.; Pol, S.; Roudot-Thoraval, F. PIN23 TREATING PATIENTS WITH DAAS ALLOWED TO SAVE 1 BILLION EUROS IN FRANCE - A BUDGET IMPACT MODEL FROM 2014 TO 2018. *Value Health* 2019, 22, S643.
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.09.1267>.
- ④⑩ La coelioscopie est une technique de chirurgie mini-invasive réalisée par de petites incisions à l'aide d'une caméra, permettant de réduire les suites

postopératoires et la durée d'hospitalisation par rapport à la chirurgie ouverte.

- ④① La cholécystectomie laparoscopique est l'ablation de la vésicule biliaire réalisée par chirurgie mini-invasive, à l'aide d'une caméra et d'instruments introduits par de petites incisions abdominales.
- ④② La cupule de «double mobilité» pour la hanche est une prothèse qui associe deux niveaux de mouvement entre la tête fémorale, un insert mobile et la cupule, par opposition à une cupule à mobilité simple, qui ne comporte qu'une seule surface d'articulation. Cette conception vise à améliorer la stabilité de la hanche et à réduire le risque de luxation, notamment chez les patients à risque.
- ④③ Le remplacement valvulaire aortique percutané (TAVI) est une technique mini-invasive consistant à implanter une valve aortique par cathéter, sans chirurgie à cœur ouvert, le plus souvent par voie artérielle.
- ④④ La prévention primaire vise à réduire l'apparition de la maladie en agissant sur les facteurs de risque, par exemple en luttant contre le tabagisme pour prévenir la survenue du cancer du poumon. La prévention secondaire consiste à détecter la maladie à un stade précoce afin d'en améliorer le pronostic, par exemple en proposant un dépistage par scanner thoracique chez les fumeurs à haut risque de cancer du poumon. La prévention tertiaire a pour objectif de limiter les complications, les séquelles et les récurrences d'une maladie déclarée, par exemple en assurant un traitement optimal et un suivi post-thérapeutique chez un patient atteint d'un cancer du poumon.
- ④⑤ Les technologies médicales regroupent les dispositifs, outils et solutions (physiques ou numériques) qui, intégrés dans les pratiques de soins, permettent de

prévenir, diagnostiquer, traiter et suivre les patients, tout en transformant l'organisation des parcours et en améliorant durablement les résultats de santé.

- ④⑥ Les Hospitalisations Potentiellement Évitablement Touchent Davantage Les Ouvriers et Les Agriculteurs, DREES.; 2023.
- ④⑦ *Panorama de La Santé 2025*; OCDE, 2025.
- ④⑧ Ibid
- ④⑨ Programme National Nutrition Santé 5 (2026–2030); Ministère de la santé; 2026.
- ⑤⑩ *Évaluation Du PNNS et Du PNA*; IGAS; 2025.
- ⑤⑪ *Panorama de La Santé 2025*; OCDE, 2025.
- ⑤⑫ *Hypertension Artérielle En France: 17millions d'hypertendus Dont plus de 6millions n'ont Pas Connaissance de Leur Maladie.*; Santé Publique France; 2023.
- ⑤⑬ *Prévention Vasculaire Après Un Infarctus Cérébral Ou Un Accident Ischémique Transitoire - Recommandation*; HAS; 2018.
- ⑤⑭ *Hypertension Artérielle: Prévalence Déclarée, Dépistage et Traitement. Baromètre de Santé Publique France: Résultats de l'édition 2024* ; Santé Publique France ; 2025.
- ⑤⑮ *Les Hospitalisations Potentiellement Évitablement Touchent Davantage Les Ouvriers et Les Agriculteurs*, DREES.; 2023.
- ⑤⑯ Interventions to Prevent Potentially Avoidable Hospitalizations: A Mixed Methods Systematic Review. 2022. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.898359>
- ⑤⑰ Badia, J. M.; Casey, A. L.; Petrosillo, N.; Hudson, P. M.; Mitchell, S. A.; Crosby, C. Impact of Surgical Site

Infection on Healthcare Costs and Patient Outcomes: A Systematic Review in Six European Countries. *J. Hosp. Infect.* 2017, 96 (1), 1–15.
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.03.004>.

- 58 PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE 2022 DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ; Santé Publique France ; 2023.
- 59 Foux, L.; Szwarcensztein, K.; Panes, A.; Schmidt, A.; Herquelot, E.; Galvain, T.; Phan Thanh, T. N. Clinical and Economic Burden of Surgical Site Infections Following Selected Surgeries in France. *PloS One* 2025, 20 (6), e0324509.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324509>.
- 60 Avis Relatif à l'utilisation de Fils Enduits de Biocides Prévention Des ISO ; Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) ; 2025.
- 61 Badia, J. M.; Casey, A. L.; Petrosillo, N.; Hudson, P. M.; Mitchell, S. A.; Crosby, C. Impact of Surgical Site Infection on Healthcare Costs and Patient Outcomes: A Systematic Review in Six European Countries. *J. Hosp. Infect.* 2017, 96 (1), 1–15.
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.03.004>.
- 62 Foux, L.; Szwarcensztein, K.; Panes, A.; Schmidt, A.; Herquelot, E.; Galvain, T.; Phan Thanh, T. N. Clinical and Economic Burden of Surgical Site Infections Following Selected Surgeries in France. *PloS One* 2025, 20 (6), e0324509.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324509>.
- 63 PHARE – Achats à Leviers Complexes Guide Opérationnel Des Achats Complexes à Destination Des Acheteurs Hospitaliers Des Secteurs Public et Privé Non Lucratif ; ministère de la Santé ; 2023.

- 64 *Le Solde Des Comptes de La Sécurité Sociale s'établit à -21,6 Md€ En 2025 ; La sécurité sociale ; 2026.*
- 65 *Caby, D. Obésité: Quelles Conséquences Pour l'économie et Comment Les Limiter? TRÉSOR-ÉCO 2016, No. 179.*
- 66 *LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ, Cour des Comptes.; 2019.*
- 67 *Les Déterminants de Long Terme Des Dépenses de Santé En France, 2017th ed.; France Stratégie.*
- 68 *Les Dépenses de Santé En 2024 - Résultats Des Comptes de La Santé, DREES.; 2025.*
- 69 *Organisation Des Soins de Proximité: Garantir l'accès de Tous à Des Soins de Qualité ; HCAAM ; 2022.*
- 70 *La Cour des comptes estime que le gaspillage de médicaments et de dispositifs médicaux prescrits mais non utilisés atteint jusqu'à 1,7 milliard d'euros par an en France, pour l'année 2023, estimation fondée sur les quantités de médicaments non utilisés collectées en 2023 (données Cyclamed), selon son rapport *Le bon usage des produits de santé*, publié le 5 septembre 2025.*
- 71 *Martini-Klinik: Patient-Centred Outcomes Data Collection to Improve Prostate Cancer Care.*
- 72 *Van Beers, C. A. J.; Last, S.; Dekker, P.; Birnie, E.; Riegman, N.; Van Der Pluijm, F.; Fransman, C.; Veeze, H. J.; Aanstoot, H.-J. Evaluating Cloudcare, a Population Health Management System, in Persons with Type 1 Diabetes: An Observational Study. *BMC Endocr. Disord.* 2025, 25 (1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12902-025-01905-4>.*
- 73 *Les données de l'ATIH disponibles sur la plateforme ScanSanté correspondent aux données*

médico-administratives hospitalières issues notamment du PMSI, permettant de décrire l'activité, les séjours et certaines pratiques de soins des établissements de santé en France.

- 74 Riga Stradiņš University; Grossu, D.; Kaļķis, H.; Riga Stradiņš University, University of Latvia. Performance Measurement Tools for Total Quality Management in Application to Healthcare Environment: A Qualitative Systematic Review. *J. Econ. Manag. Res.* 2019, 8, 82–89. <https://doi.org/10.22364/jemr.8.05>.
- 75 *Artificial Intelligence Deployment Platform Pilot*; NHS.
- 76 *Baromètre National: Comment Les Professionnels de Santé Perçoivent-Ils l'usage Des Outils Numériques, Pour Eux et Leurs Patients?*, PulseLife.; 2025.
- 77 Girerd, N.; Barbet, V.; Seronde, M.-F.; Benchimol, H.; Jagu, A.; Tartière, J.-M.; Hanon, O.; Picard, F.; Lafitte, S.; Lemaitre, M.; Pages, N.; Nisse-Durgeat, S.; Jourdain, P. Association of a Remote Monitoring Programme with All-Cause Mortality and Hospitalizations in Patients with Heart Failure: National-Scale, Real-World Evidence from a 3-Year Propensity Score Analysis of the TELESAT-HF Study. *Eur. J. Heart Fail.* 2025, 27 (9), 1658–1669. <https://doi.org/10.1002/ejhf.3563>.
- 78 *RAPPORT FINAL Expérimentation ART51 CECICS ; CEMKA ; 2024.*
- 79 *Buzyn Fixe l'objectif de 70 % de La Chirurgie Réalisée En Ambulatoire En 2022.*
- 80 *MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN AKTUELL STATISTISCHE INFORMATIONEN ZUM STICHTAG 31.12.2024; KBV; 2025.*
- 81 Ibid

- 82 Alton, T. B.; Severson, E. P.; Ford, M. C.; Lesko, J.; Leslie, I. J. VELYS Robotic-Assisted Total Knee Arthroplasty: Enhanced Accuracy and Comparable Early Outcomes versus Manual Instrumentation during Adoption. *J. Exp. Orthop.* 2025, 12 (1), e70163. <https://doi.org/10.1002/jeo2.70163>.
- 83 Huang, P.; Cross, M.; Gupta, A.; Intwala, D.; Ruppenkamp, J.; Hoeffel, D. Early Clinical and Economic Outcomes for the VELYS Robotic-Assisted Solution Compared with Manual Instrumentation for Total Knee Arthroplasty. *J. Knee Surg.* 2024, 37 (12), 864–872. <https://doi.org/10.1055/a-2343-2444>.
- 84 Severson, E.; Tan, Z.; English, A.; Reimer, J.; Goldstein, L.; Etter, K. Healthcare Resource Utilization for VELYS™ Robotic-Assisted Solution Compared to Manual Surgery for Total Knee Arthroplasty. *J. Robot. Surg.* 2025, 19 (1), 539. <https://doi.org/10.1007/s11701-025-02510-2>.
- 85 *Baromètre National: Comment Les Professionnels de Santé Perçoivent-Ils l'usage Des Outils Numériques, Pour Eux et Leurs Patients?*, PulseLife.; 2025.
- 86 *Le Comité Économique Des Produits de Santé (CEPS) ; Cour des Comptes ; 2024.*
- 87 La marque CE doit être apposée sur de nombreux produits avant que ceux-ci puissent être vendus dans l'Union européenne. Par ce marquage, le fabricant indique qu'un produit satisfait aux exigences énoncées dans les règles de l'Union relatives aux produits. Il permet au produit d'être commercialisé librement partout dans l'UE, quel que soit l'endroit où il a été fabriqué. Le marquage CE est requis uniquement pour les produits couverts par des règles harmonisées de l'UE qui le rendent explicitement obligatoire.
- 88 GHS : Groupe Homogène de Séjour - tarif forfaitaire facturable à l'Assurance maladie par l'établissement

pour un séjour hospitalier donné

- 89 DRG-Entwicklung, Kalkulation, Falldaten; GKV.
- 90 SNDS : Système national des données de santé - base de données publique française qui centralise et chaîne, à l'échelle populationnelle, les données de soins, de remboursement et d'hospitalisation.
- 91 CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux – Nomenclature nationale de référence pour coder de façon standardisé les actes médicaux et chirurgicaux réalisés, servant à la fois à la traçabilité de l'activité et à la facturation.
- 92 Issues du PMSI ou du SNDS
- 93 Buzyn Fixe l'objectif de 70 % de La Chirurgie Réalisée En Ambulatoire En 2022.
- 94 Méthode de calcul des coûts par activité pilotée par le temps
- 95 DOMINGO, H. Le Time Driven Activity Based Costing (TDABC), Modèle de Calcul de Coût Adapté Au Parcours de Soins Des Maladies Chroniques? Cas Du Parcours de Soins de l'accident Vasculaire Cérébral (AVC). *Rev. Gest. Manag. Public* 2018, Vol. 6, (n°3).
- 96 Giger, O.-F.; Fleisch, E.; Jovanova, M.; Kowatsch, T. Barriers and Facilitators of Implementing Value-Based Care: The Case of SwissDiabeter. *Digit. Health* 2025, 11, 20552076251336322.
<https://doi.org/10.1177/20552076251336322>
- 97 *Innovative Providers' Payment Models for Promoting Value-Based Health Systems*, OCDE.; 2023.
- 98 *Purchasing for Quality Chronic Care Policy Brief Series*, OMS.; 2023.
- 99 *Bundled Payments Report*; OCDE; 2022.

- ⑩① *Quality and Outcomes Framework Guidance for 2025/26; NHS; 2025.*
- ⑩② *Obésité: De Nouveaux Objectifs Pour Améliorer La Prise En Charge d'ici à 2030 ; gouvernement; 2026.*
- ⑩② *MAÎTRISER LE VALUE BASED PROCUREMENT, NOUVELLE TECHNIQUE D'ACHAT; RESAH; 2020.*
- ⑩③ *Ibid.*