



CONTRIBUTION

**Saisine HCAAM sur le redressement
des comptes sociaux**

**21 propositions pour garantir la pérennité
du financement de notre système de santé
en améliorant sa qualité**



Contribution France Assos Santé

Saisine HCAAM sur le redressement des comptes sociaux

21 propositions pour garantir la pérennité

Du financement de notre système de santé

en améliorant sa qualité

Avril 2025

Propos liminaires

En propos liminaires, France Assos Santé défend que seule l'amélioration de la santé globale de la population permettra la soutenabilité financière de notre système de protection sociale. Il est donc nécessaire de se positionner sur une vision de long terme en mettant en œuvre une politique globale, interministérielle, du financement de la santé avec une stratégie concernant la prévention, la pertinence des prescriptions et des soins, la remise en cause des rentes de situation en santé et le bon usage des produits de santé. Cela nécessite aussi d'interroger les modalités de financements qui n'apportent pas d'amélioration dans l'accès et la qualité des soins avec le retard dans la prise en compte d'indicateurs patients. Par ailleurs, nous alertons sur l'analyse en silo des postes de dépenses, qui ne permet pas d'anticiper les conséquences financières des politiques de santé : Par exemple les regroupements hospitaliers ainsi que le virage ambulatoire, sans compter l'absence de régulation territoriale de l'offre de soins de ville, entraînent de facto une hausse des dépenses de transports, qu'on cherche aujourd'hui à réduire sans transparence sur l'impact financier des politiques engagées. **France Assos Santé prône une vision de parcours, source d'efficience et de qualité.**

Table des matières

I.	Volet Prévention	3
I.1	Mieux former les professionnels du champ sanitaire et médico-social à la prévention et la promotion de la santé	4
	Mesure n°1 : Intégrer le volet prévention et promotion de la santé dans la formation des professionnels de santé et du champ médico-social.....	4
I.2	Agir sur les produits néfastes pour la santé	5
I.2. 1	Agir sur l'alcool.....	5
	Mesure n°2 : Instaurer un prix minimum par unité d'alcool	7
	Mesure n°3 : Instaurer une fiscalité sur les publicités sur l'alcool	8
	Mesure n°4 : Augmenter les taxes sur les bières titrant à plus de 8%	9
I.2. 2	Agir sur l'alimentation	10
	Mesure n°5 : Taxation des sucres ajoutés dans les produits alimentaires	11
	Mesure n°6 : Taxation des publicités sur les produits trop gras, trop sucrés, trop salés	12
	Mesure n°7 : Rendre obligatoire le Nutriscore	13
I. 3	Lever les barrières financières d'accès aux dépistages	13
	Mesure n°8 : Interdire les dépassements d'honoraires dans le cadre des dépistages	14
I.4	Faire de l'Espace Santé Numérique un lieu de prévention personnalisé et indépendant ..	14
	Mesure n°9 : Faire de Mon Espace Santé un lieu de prévention personnalisée et indépendant	14
I.5	Intégrer la prévention secondaire et tertiaire dans les parcours de soins à l'hôpital et en ville : Activité physique, diététique, soutien psychologique, éducation thérapeutique, etc. ...	16
	Mesure n°10 : Intégrer la prévention secondaire et tertiaire dans les parcours de soins des personnes malades chroniques en ville et à l'hôpital.....	16
II.	Volet qualité, pertinence et optimisation financière	17
II.1	Réformer les modèles de prise en charge en ville et à l'hôpital	17
	Mesure n°11 : Réduire la part de tarification à l'acte en ville pour aller vers plus de financements à la capitation en équipe pluriprofessionnelle, intégrant de la prévention et des indicateurs de résultats patients (PROMS et PREMS).....	17
	Mesure n°12 : Augmenter la part du financement à la qualité et refondre le dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) à l'hôpital.....	18
II.2	Réglementer les activités de soins induisant des rentes financières et modéliser des financements au parcours avec des indicateurs patients (PROMS et PREMS)	19

Mesure n°13 : Introduire une régulation des investissements financiers dans le champ de la santé / Modéliser des financements au parcours avec des indicateurs patients (PROMS et PREMS) pour les activités de soins induisant des rentes financières	19
II.3 Agir sur la pertinence des prescriptions	20
Mesure n°14 : Renforcer la consultation de l'Espace Numérique de Santé par les professionnels de santé	21
Mesure n°15 : Engager un grand projet national de déprescription en commençant par les personnes hyper-polymédiquées (>10 médicaments par jour).	22
Mesure n°16 : Renforcer les prescriptions des interventions non-médicamenteuses lors du premier repérage de facteurs de risque cardiovasculaire afin d'éviter la cascade de la polymédication.....	23
Mesure n°17 : Mieux prendre en compte les cas de mésusage à fort impact pour garantir le respect des recommandations et assurer une plus grande transparence	24
Mesure n°18 : Mieux identifier les niveaux et causes de sur-prescriptions pour mieux informer les prescripteurs et les usagers	25
III. Volet prix du médicament	26
Mesure n° 19 : Tenir compte des investissements réels au titre de la Recherche et Développement et du financement public de la recherche pour la fixation des prix des médicaments	26
IV. Volet amélioration de l'accès aux soins territorial et financier.....	27
Mesure n° 20: Réguler l'installation des médecins dans les zones suffisamment dotées.....	27
Mesure n°21 : Réguler les dépassements d'honoraires	28
Pour conclure..la nécessaire implication des usagers.....	29

I. Volet Prévention

L'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques constitue un enjeu majeur de santé publique : cancers (3,4 millions de personnes prises en charge par l'Assurance maladie en 2021), maladies cardiovasculaires (5,3 millions), diabète (4,3 millions) ou encore obésité (10 millions). Ces pathologies, étroitement liées à la consommation de produits défavorables ou nocifs à la santé, sont aujourd'hui responsables de 80 % des décès prématurés par maladies non transmissibles. A titre d'exemple, **40% de ces cancers pourraient être évités en changeant les habitudes et en diminuant l'exposition à certains facteurs de risque** dont la consommation de tabac et d'alcool qui occupent les deux premières places des facteurs de risque des cancers évitables, suivis par l'alimentation déséquilibrée qui engendre le surpoids. Si le poids des expositions environnementales semble faible aujourd'hui, dans l'état actuel des connaissances, les comportements de précaution sont indiqués.

Le virage préventif du système de santé est annoncé depuis de nombreuses années comme le remède nécessaire pour assurer la soutenabilité du système de santé en France. Un constat partagé largement pour contribuer à préserver une solidarité nationale prise en étau entre vieillissement de la population et la montée inexorable du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Selon l'économiste Nicolas Bouzou, la France est sous la moyenne des pays de l'OCDE pour beaucoup d'indicateurs ; **s'aligner sur la moyenne permettrait un gain de 5 à 7 milliards d'économie pour l'assurance maladie d'ici 5 ans, et s'aligner sur les meilleurs pays de l'OCDE permettrait un gain de 15 à 20 milliards** Pour autant, il n'y a pas de santé publique sans volonté politique.

I.1 Mieux former les professionnels du champ sanitaire et médico-social à la prévention et la promotion de la santé

Mesure n°1 : Intégrer le volet prévention et promotion de la santé dans la formation des professionnels de santé et du champ médico-social

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Intégrer la Prévention et la Promotion de la santé dans la formation initiale et continue des professionnels de santé et du médico-social en faisant rentrer ces pratiques dans les prises en soins.
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	A évaluer
Avantages	Permettra que la Prévention et la promotion de la santé fasse partie intégrante de la prise en charge, en valorisant sur des indicateurs méthodologiquement solides le maintien d'une population en bonne santé par des interventions en prévention.
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

La France a traditionnellement peu investi le champ de la prévention dans la formation des professionnels de santé, notamment les médecins, avec une vision de médecine centrée sur le curatif. Il est impératif que ce volet devienne une brique à part entière de la formation initiale et continue des professionnels de santé ainsi que des professionnels du champ médico-social, afin qu'il soit intégré naturellement au protocole de prise en charge des patients/résidents.

Nous proposons d'intégrer systématiquement le volet de la prévention dans la formation initiale et continue des professionnels de santé et du médico-social, de manière beaucoup plus accrue pour qu'elle devienne naturellement une partie intégrante de la prise en charge. Prévention primaire : prévention des risques avec l'activité physique, l'alimentation, l'alcool, le tabac, la consommation de stupéfiants ou encore la santé sexuelle. Mais aussi la prévention secondaire et tertiaire pour prévenir l'évolution de pathologies, activité physique adaptée, alimentation, prévention des chutes, polymédication, éducation thérapeutique, santé mentale, etc.

I.2 Agir sur les produits néfastes pour la santé

France Assos Santé soutient les mesures visant à agir sur les produits néfastes pour la santé, que ce soit sur le volet prix que sur celui du marketing. En effet pour lutter contre les maladies évitables (cancer, cardiovasculaire, diabète, obésité...), source de dépenses de santé et sociales faramineuses, il ne suffit pas de tout miser sur l'éducation à la santé : toutes les études montrent qu'une action efficace repose à la fois sur les mesures éducatives, un soutien des personnes les plus en difficulté, mais aussi et avant tout sur des **mesures structurelles à mettre en place**. Dans son récent rapport concernant la fiscalité comportementale, la MECSS¹ a répondu à l'argument soulevé concernant l'impact économique et inégalitaire de ces taxations, en indiquant que celui-ci était annulé à moyen terme dès lors que la cible était atteinte.

I.2. 1 Agir sur l'alcool

Eléments issus de Santé Publique France :

La France est le 8ème pays de l'OCDE le plus consommateur d'alcool avec 10.5 litres par an en moyenne par personne chez les 15 ans et plus. Selon Santé publique France, 22% des Français dépassent les repères de consommation à moindre risque. Avec 41 000 morts par an en France, l'alcool est la troisième cause de mortalité évitable. Il est responsable de 30% de la mortalité routière. Outre les conséquences sur la santé et sur la route, l'alcool est impliqué dans 1 féminicide sur 2 et dans 30 à 40% des condamnations pour des faits de violence. Une enquête du Monde réalisée en juillet 2024 témoigne ainsi de la place de la consommation d'alcool dans les violences commises en France notamment dans le cercle familial. Il est ainsi encore aujourd'hui la 1ère cause d'hospitalisation en France. **Son coût social, estimé par Pierre Kopp dans un rapport de l'OFDT en 2023, atteint 102 milliards d'euros par an**. En comparant les recettes fiscales issues de la vente d'alcool (4 milliards d'€), on constate que celles-ci sont inférieures au coût des traitements (7,8 milliards d'€). L'idée que l'alcool apporterait à l'Etat des bénéfices est donc infondée.

A 17 ans, 86% des jeunes déclarent avoir déjà bu de l'alcool, en faisant le produit psychoactif le plus couramment consommé à l'adolescence. 1 jeune sur 10 déclare également boire régulièrement, 4 sur 10 déclarent une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le dernier mois² et 16% de ces jeunes déclarent 3 API ou plus au cours du dernier mois. Ce phénomène, souvent désigné sous l'appellation de *binge drinking*, témoigne d'un nouveau schéma de consommation chez les jeunes qui se caractérise qui consiste à boire de l'alcool ponctuellement, le plus vite possible et en grandes quantités afin d'atteindre rapidement un état d'ivresse. Selon la Haute Autorité de santé (HAS), le binge drinking, peut être défini comme la consommation d'au moins 6 verres d'alcool (soit 60 g d'alcool pur) par occasion. Ces chiffres appellent le constat suivant : l'alcool est accessible pour les jeunes, physiquement (ils arrivent à s'en procurer malgré l'interdit de vente), et financièrement (ils peuvent s'acheter de grandes quantités d'alcool – principalement des bières et des spiritueux- à des prix abordables).

¹ <https://www.senat.fr/rap/r23-638/r23-6388.html>

² Enquête ESCAPAD 2017, OFDT

Selon Santé publique France, seulement 10% de la population contribue à hauteur de 58% de la consommation totale. Ces données laissent entendre que le chiffre d'affaires de l'industrie de l'alcool repose principalement sur une consommation excessive. Ces 10% de la population concernée représentent un public socialement vulnérable ou rendu vulnérable en raison de leur alcoolisation (perte d'emploi, accidents du travail...). L'accessibilité financière de l'alcool est à mettre en cause dans l'alcoolodépendance et les grosses consommations régulières qu'elle entraîne : l'OMS rappelle ainsi que l'existence d'un lien direct entre l'accessibilité financière de l'alcool, la quantité consommée et les préjudices causés par l'alcool aux individus, aux familles et à la société est prouvée. Dans ce contexte, une politique tarifaire est nécessaire pour protéger la santé publique, réduire les charges liées à la santé pour l'État, tout en préservant la viabilité économique du secteur de l'alcool.

Infographie Dossier de Presse France Assos Santé « Pas d'alcool sur le chemin de l'école »³



³ https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/pas-dalcool-sur-le-chemin-de-lecole-5-associations-portent-plainte-contre-la-ratp/

Mesure n°2 : Instaurer un prix minimum par unité d'alcool

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Instaurer un Prix Minimum par unité d'alcool afin de réduire la consommation d'alcool et limiter ses dommages.
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	237 Millions par an à l'horizon 2050 pour les dépenses de santé et sociales en tenant compte de la perte de productivité liée à l'alcool.
Avantages	Réduction de 22% de la mortalité par cancer liée à la consommation d'alcool. Réduction de l'impact sur les maladies cardiovasculaire et la santé mentale. Réduction de l'impact sur les accidents de la route et ses conséquences liées au handicap. Gain de productivité / baisse arrêts de travail, chômage et départs anticipés retraite.
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

La mesure proposée consisterait à instaurer un prix minimum de 50cts, indexé sur l'inflation, par unité d'alcool. L'instauration d'un prix minimum de l'unité d'alcool est désormais considérée par l'OMS comme **l'une des mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool et limiter ses dommages.**

Cette mesure est particulièrement efficace pour les buveurs à risque et alcoolodépendants représentant environ 10 millions de personnes en France. Elle devrait également permettre de freiner le développement préoccupant de l'alcoolisation ponctuelle importante » (API) chez les plus jeunes. En Ecosse, le bilan après 2.5 années d'application a démontré que le prix minimum de l'unité d'alcool a permis **de réduire la mortalité imputable à l'alcool de 13.4% et les hospitalisations de 4.1%.**

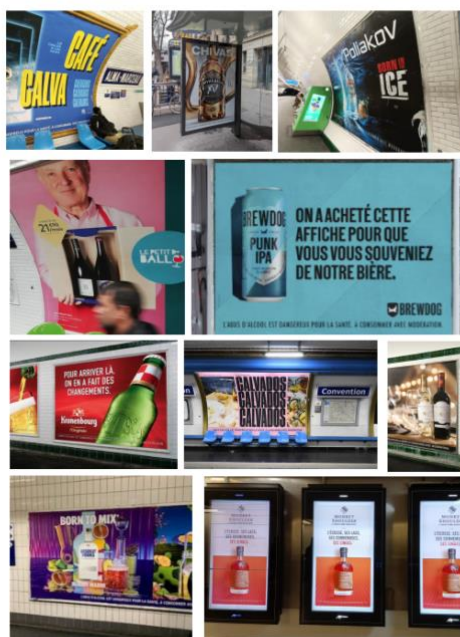
Rapporté à la population de la France, une telle mesure se traduirait par un recul important de la mortalité évitable de l'ordre de 3000 à 5000 décès évités et une baisse très significative des prises en charge aux urgences et des hospitalisations. Cette mesure serait particulièrement attendue dans le contexte actuel de tension durable sur les prises en charge en urgence susceptibles de se traduire par des pertes de chances pour l'ensemble des patients.

A titre d'exemples, avec ce système, une bouteille de spiritueux de 70 cl et un cubitainer de 3 litres de vin titré à 12,5% d'alcool ne pourrait pas être vendue en dessous d'une quinzaine d'euros. Cette mesure serait également susceptible de freiner la prolifération des promotions sur les ventes d'alcool en grande quantité constaté dans les supermarchés comme la vente d'un deuxième pack de 24 bouteilles de bière à moitié prix.

Par ailleurs la hausse des prix de ces boissons générera mécaniquement une hausse des produits issus de la TVA qui viendront abonder les recettes de l'Assurance maladie.

Mesure n°3 : Instaurer une fiscalité sur les publicités sur l'alcool

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Taxer les publicités sur l'alcool / Protéger les jeunes publics
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Recettes de 6 à 13 Millions évaluées / A moyen et long terme à évaluer les économies liées aux modifications d'habitudes de consommation
Avantages	Abondement du Fond de lutte contre les addictions afin de financer des actions de prévention.
Inconvénients	



Document réalisé par le service communication de France Assos Santé, Juin 2024.

Présentation de la mesure proposée

La publicité valorise les produits alcooliques et a un impact très fort sur la création de besoins et sur la consommation d'alcool, contribuant ainsi à l'augmentation des risques d'addictions. Cela est particulièrement vrai pour les jeunes qui sont une cible marketing privilégiée (bières, vodka, rhum...). Restreindre le marketing de l'alcool est une recommandation partagée par tous les experts en santé publique, de l'OMS à l'INSERM. Et pour cause : 79% des jeunes de 15-21

ans déclarent voir des publicités pour l'alcool chaque semaine, et 23% d'entre eux affirment que ces publicités les incitent à consommer (Ecole des hautes études en santé publique et Observatoire français des tendances addictives). La publicité a donc des conséquences directes sur les comportements et l'entrée dans la consommation chez les plus jeunes. Dans le cadre de sa campagne Pas d'alcool sur le chemin de l'école⁴ lancée en juin 2024, France Assos Santé, aux côtés de la Ligue contre le cancer, de l'Union nationale des associations de familles et des associations d'entraide des personnes en prise avec des conduites addictives de la CAMERUP, a documenté et dénoncé le matraquage publicitaire auquel étaient soumis les enfants à proximité immédiate des établissements scolaires. Les Français sont pourtant demandeurs de mesures de protection pour protéger les plus jeunes : 89 % des Français se prononcent en faveur de l'interdiction de la publicité pour l'alcool à proximité d'établissements scolaires⁵.

La taxation des publicités sur l'alcool constitue l'un des principaux leviers à actionner pour faire évoluer les comportements du consommateur de manière durable, du fait de son rôle majeur dans nos habitudes de consommation. Malgré la loi Evin qui encadre les pratiques marketing autour de l'alcool, l'Observatoire Kantar Media a estimé que les budgets publicitaires sur l'alcool se sont élevés à un montant de l'ordre de 220 à 345 Millions d'euros entre 2018 et 2020. La loi EVIN a été vidée de son sens par l'action des lobbys des alcooliers et le matraquage publicitaire, notamment à certaines périodes de l'année, contribue à influencer les habitudes de consommation des Français, et particulièrement des jeunes. Afin de faire contribuer les marques d'alcool à la prise en charge des addictions qu'elles génèrent et à la prévention, il pourrait être envisagé de proposer une fiscalité sur les publicités relatives à l'alcool. Cette taxe concernerait les dépenses de publicité portant sur la promotion d'une boisson alcoolique serait fixée à 3% du montant hors taxe de ces dépenses.

Elle concernerait les entreprises :

- Produisant, important ou distribuant en France des boissons alcooliques ou leurs représentants
- Et dont le chiffre d'affaires du dernier exercice est supérieur ou égal à 10 millions d'euros, hors taxe sur la valeur ajoutée.

Elle serait assise sur les frais d'achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais d'événements publics et de manifestations de même nature.

Mesure n°4 : Augmenter les taxes sur les bières titrant à plus de 8%

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Augmenter les taxes sur les bières « fortes » à plus de 8% d'alcool

⁴ https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/pas-dalcool-sur-le-chemin-de-lecole-5-associations-portent-plainte-contre-la-ratp/

⁵ Selon l'enquête Toluna-Harris de décembre 2023 pour France Assos Santé

Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	A évaluer économies liées aux modifications d'habitudes de consommation, notamment des jeunes
Avantages	Abondement du Fond de lutte contre les addictions afin de financer des actions de prévention.
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

Depuis plusieurs années des bières titrant à plus de 8% d'alcool sont apparues sur le marché, et ciblent particulièrement les jeunes. Les bières sont traditionnellement considérées comme moins dangereuses et moins chères que les alcools « forts » (vodka, whisky..), et cette tendance à élever le degré d'alcool des bières est dangereuse en induisant les consommateurs en erreur. Ceux-ci les consomment plus facilement et en plus grande quantité, avec un risque non négligeable d'entrée dans l'alcoolisme. Les risques associés sont nombreux : risque d'accident de la route, première cause de mortalité et de handicap chez les 18-25 ans tout d'abord, mais aussi risque pour la santé. En effet, la maturation du cerveau se prolonge jusqu'à 24 ans, il est donc très vulnérable à l'effet toxique direct de l'alcool, qui détruit les cellules : le fait de boire massivement de manière cyclique chez un jeune entraîne des lésions cérébrales ainsi que des atteintes au niveau des performances cognitives. Sans oublier les troubles anxieux et/ ou dépressifs liés à la consommation d'alcool.

Afin de prévenir les risques de consommation excessive d'alcool, notamment par les jeunes attirés par ces produits peu coûteux (près de 46% des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté l'ivresse et près d'1/3 ont participé à des alcoolisations ponctuelles importantes « bringe drinking) nous proposons l'établissement d'une taxation de **14.98€ par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique est à plus de 8% vol.**

I.2. 2 Agir sur l'alimentation

Concernant l'alimentation, les chiffres sont aujourd'hui alarmants alors même que l'OMS tirait la sonnette d'alarme en 1997 en parlant de la première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité. Au-delà du coût humain qu'elles font supporter aux patients, les maladies chroniques, comme le diabète, représentent pour la société un coût économique et financier considérable. Des mesures de fiscalité ciblant les produits aliments riches en graisse saturée, en sucres ajoutés, avec des marqueurs d'ultra-transformation ou contenant des additifs nocifs pour la santé doivent être mises à l'étude, comme le préconise par ailleurs le récent rapport du Sénat. Il est aujourd'hui documenté et prouvé scientifiquement qu'utiliser le prix comme levier de santé publique, qui est une recommandation constante de l'OMS, est l'un des outils les plus puissants pour influencer les comportements, et que changer les comportements alimentaires des consommateurs aujourd'hui revient à anticiper les maladies de demain, et donc à agir sur nos finances publiques. C'est aussi un levier pour inciter les industriels à revoir la formulation de leurs produits. Ces taxes pourraient par ailleurs subventionner des opérations de prévention (sur le modèle « pollueur-payeur »). Ce type de mesure doit être accompagné d'une

communication adaptée expliquant les objectifs de santé publique poursuivis, et il faut prévoir un suivi de l'évolution de l'offre et de l'impact de la taxe sur l'offre. Au-delà de la fiscalité, une action sur le marketing est nécessaire avec une information sincère et transparente des consommateurs, pour permettre un choix éclairé dans leur consommation alimentaire.

Mesure n°5 : Taxation des sucres ajoutés dans les produits alimentaires

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Taxer les sucres ajoutés dans les produits transformés pour faire évoluer les industriels vers la production de produits protecteurs de la santé.
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Evaluer l'impact économique lié au risque Obésité et diabète, maladies cardiovasculaires et cancers
Avantages	Inciter les industriels à modifier le taux de sucre dans leurs produits ce qui permettra un changement des habitudes de consommation / Favoriser les aliments moins sucrés / Abonder le Fond de lutte contre les addictions.
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

Cette mesure élaborée par le député Cyrille Isaac-Sibille, vise à instaurer une taxe sur les sucres ajoutés dans les produits alimentaires transformés destinés à la consommation humaine en définissant des objectifs quantifiés de baisse de sucre (25g/jour) pour chaque catégorie de produits en se basant sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Il est avéré qu'une surconsommation d'aliments industriels, notamment de la catégorie des aliments « ultra-transformés », favorise la survenance des maladies chroniques et, en premier lieu, une hausse de la prévalence de l'obésité, un phénomène que l'OMS a inscrit, en 1997, au titre des grandes épidémies.

Le sucre étant le principal facteur d'obésité et de diabète, cette mesure crée une taxe proportionnelle à la teneur en sucre des produits alimentaires transformés. En ne se limitant qu'à trois tranches, comme c'est le cas du modèle anglo-saxon, elle a pour objectif de pousser les industriels à changer leurs recettes et à tendre vers des produits moins sucrés.

QUANTITÉ DE SUCRE (en kg de sucre ajoutés par quintal de produit)	TARIF APPLICABLE (en euros par quintal de produit)
Inférieur à 5	0,00
Entre 5 et 10	15,00
Entre 10 et 15	25,00

Au-delà de quinze kilogrammes de sucres ajoutés par quintal de produit transformé, le tarif applicable par kilogramme supplémentaire serait fixé à 2,21 € par quintal de produit transformé. Pour le calcul de la quantité en kilogrammes de sucres ajoutés, celle-ci est arrondie à l'entier le plus proche. La fraction de sucre ajouté égale à 0,5 est comptée pour 1.

Mesure n°6 : Taxation des publicités sur les produits trop gras, trop sucrés, trop salés

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Taxer les publicités sur la « malbouffe »
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Evaluer l'impact économique sur le risque Obésité, diabète, cardiovasculaire et cancer
Avantages	Tendre à la diminution des publicités faisant la promotion des produits et affecter les recettes à l'Assurance maladie
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

Cette mesure est complémentaire à la taxation des produits alimentaires à faible valeur nutritionnelle que nous proposons. Les annonceurs ont accru la pression marketing sur les produits alimentaires riches en sucre, sel ou matières grasses participant aux comportements alimentaires, notamment des plus jeunes, et au développement de l'épidémie de surpoids et d'obésité qui impactera profondément les finances de notre système de protection sociale. Cette mesure vise à mettre la pression sur les industriels en instaurant une contribution sur les publicités concernant les produits à faible valeur nutritionnelle afin de diminuer le marketing autour de ces produits, tout en apportant des recettes complémentaires à l'Assurance maladie pour mener des actions de prévention et de promotion de la santé.

Mesure n°7 : Rendre obligatoire le Nutriscore

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Imposer l'obligation d'affichage du Nutriscore
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Evaluer l'impact économique sur le risque Obésité, diabète, cardiovasculaire..
Avantages	Meilleure information des consommateurs / Incitation des industriels à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

Le Nutri-Score est une échelle graphique et visuelle de l'étiquetage nutritionnel, conçue par Santé Publique France, l'Anses et le Haut Conseil de la Santé Publique, recommandée par le Ministère de la Santé, saluée par l'OMS, les organisations de consommateurs, les professionnels de santé et plébiscitée par les citoyens qui s'y sont montrés favorables à 91 %.

Depuis, cette échelle s'est démocratisée et est bien identifiée du grand public. Cette information transparente et directe du grand public permet de répondre à un double objectif : mieux informer et sensibiliser le consommateur dans ses choix, et inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits. Des études menées par les autorités sanitaires ont démontré que le Nutri-Score orientait le choix des consommateurs vers des produits plus sains, en particulier chez les plus jeunes.

La mention du Nutri-Score sur les emballages n'est pas obligatoire pour des raisons de conformité au droit européen, mais elle est recommandée par les autorités et de plus en plus utilisée par les industriels.

Cette disposition est une mesure de santé publique, pour mieux orienter le consommateur, et mieux prévenir le développement de maladies comme le diabète et l'obésité, ce qui permettra des économies considérables des dépenses de santé.

I. 3 Lever les barrières financières d'accès aux dépistages

Les barrières financières d'accès à la santé représentent un motif bien connu de renoncement, il est donc impératif de les lever, notamment dans le cadre des dépistages, pour éviter des diagnostics trop tardifs qui entraînent des soins lourds et coûteux, voire une surmortalité.

Mesure n°8 : Interdire les dépassements d'honoraires dans le cadre des dépistages

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Interdire les dépassements d'honoraires sur tout le processus des dépistages
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Evaluer l'impact économique sur le coût de la prise en charge, y compris des examens complémentaires, et le coût social global (notamment lié à l'emploi)
Avantages	Diagnostic et prise en charge plus précoce permettant d'éviter l'évolution des pathologies et les coûts associés à une prise en charge plus lourde
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

Nous proposons une interdiction de facturation de dépassement pour l'ensemble des dépistages, ainsi que les examens nécessaires suite à un dépistage (échographie, coloscopie y compris pour l'anesthésiste) et d'ailleurs pour tout ce qui concerne la prévention. L'enjeu majeur de la prévention est le public défavorisé et éloigné du système de santé, qui a des déterminants de santé défavorables. La barrière financière est un frein certain. Cette mesure, couplée à une politique plus générale de prévention pourrait permettre des diagnostics et des prises en charge plus précoces, et ainsi diminuer le taux de mortalité, d'incapacités, et les dépenses associées, sans compter le coût social lié à l'employabilité (maintien d'une activité professionnelle, moins d'IJ maladie et d'invalidité)

I.4 Faire de l'Espace Santé Numérique un lieu de prévention personnalisé et indépendant

Nous proposons de faire de Mon Espace Santé (MES) un lieu de prévention privilégié, d'autant plus dans le contexte actuel où des acteurs privés proposent des services de dossiers médicaux numériques, analogues aux fonctionnalités de MES sans les garanties d'éthiques équivalentes sur l'utilisation des données. Certains proposent même des fonctionnalités pour pousser des contenus de prévention sur le modèle de Mon Espace Santé, en se cantonnant à un ciblage sur les critères d'âge et de sexe et sur les principales recommandations de dépistage et de vaccination. Il est donc urgent que MES **propose un service efficace et de confiance** pour permettre de cibler réellement les risques et prévenir de futures pathologies avec le coût en santé et social qu'elles impliquent.

Mesure n°9 : Faire de Mon Espace Santé un lieu de prévention personnalisée et indépendant

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Faire de Mon Espace Santé un lieu de prévention personnalisée
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	A évaluer

Avantages	Proposer une prévention personnalisée en respectant les garanties de consentement, transparence, sécurité et indépendance des informations données et ainsi prévenir les risques de pathologie et leurs coûts sanitaires et sociaux associés
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

France Assos Santé est favorable à ce que l'Espace Numérique en Santé puisse proposer des services de prévention personnalisée, grâce aux données des usagers, afin que celle-ci soit plus efficace et ciblée. En effet pour que des programmes de prévention soient efficaces et permettent de prévenir réellement les risques, il est indispensable de bien cibler les profils.

Cependant, pour faire de ce type de service une réussite nous portons à connaissance des enjeux à prendre impérativement en compte :

- **Éviter la superposition des messages** : les usagers sont destinataires de beaucoup de messages déjà, la multiplication des sources représente une difficulté. De manière générale les usagers peuvent être noyés rendant la démarche et les messages contreproductifs. Ceux-ci doivent être rédigés avec précaution d'autant plus quand le ciblage est réalisé sur la base d'information de santé particulièrement sensibles (santé mentale, santé sexuelle, addictologie, etc.) et éviter à tout prix d'avoir une approche injonctive ou culpabilisante. Les messages portés doivent donc être en accord avec la stratégie nationale de prévention portée par les acteurs publics et s'en faire l'écho. En ce sens la diversité des contenus dans la rubrique « Mon actualité santé » peut prêter à confusion, notamment entre contenus ciblés, campagnes nationales, et contenus généraux.

- **Importance du consentement** : chaque usager doit avoir la liberté de consentir de manière active à ce type de service. Ce consentement exprès (que nous préférons au droit d'opposition décrit dans le décret d'application) ne peut se faire qu'à partir d'une information claire et loyale, qui ne repose pas uniquement sur une information légale peu compréhensible, mais aussi sur une information pédagogique. Les envois et contenus devraient proposer systématiquement une option pour retirer l'accord de l'utilisateur simplement (type se désabonner d'une newsletter).

- **Lister précisément les données de santé** qui peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé visant à cibler l'utilisateur pour l'envoi de contenus. Le consentement pourrait être par ailleurs modulable selon les critères de santé utilisés pour le ciblage et le type de contenu souhaité par l'utilisateur. Déjà nous recevons des témoignages d'utilisateurs confus quant aux contenus de prévention qui sont affichés dans MES :

« J'ai vu apparaître un message en entête dans MES qui parlait de la dépression alors que j'ai pris un traitement pour mon problème de santé. Il se trouve que ce traitement est aussi indiqué dans la dépression mais ce n'est pas mon cas, il m'a été prescrit pour une autre indication ! Suis-je étiquetée « Dépressive » dans MES désormais ? alors même que je ne le suis pas ? je m'inquiète de comment mes données pourraient être utilisées ! »

L'information doit donc être portée de manière transparente aux usagers, sur les contours de ce type de service et sur quelle base les messages peuvent leur être adressés. Par exemple

toujours associé au contenu une mention « contenu proposé sur la base de votre âge, sexe, etc. » ou préciser quand il s'agit d'un message plus général ou en lien avec une campagne de santé publique, pour éviter de penser que ces messages sont tous ciblés sur la base d'informations personnelles quand ce n'est pas le cas.

- **Mettre en œuvre une organisation collégiale et transparente** chargée d'évaluer régulièrement l'impact de ce service, de recueillir les expériences des usagers et d'instruire les éventuels signalements. En y associant des représentants des usagers / associations agréées.

- **Inquiétudes des usagers sur l'indépendance de l'information en santé** : en s'appuyant sur les témoignages et réflexions des représentants des usagers et sur les résultats de l'étude HLS19 de Santé Publique France, les français indiquent que le **premier obstacle à l'utilisation d'informations de santé en ligne est l'indépendance de celle-ci vis à vis des intérêts commerciaux**. Nous nous faisons donc le relais de ces inquiétudes particulièrement dans le contexte présent et compte rendu des risques grandissant de financiarisation ou accaparement du dossier médical des français. En ce sens, l'usage de Mon Espace Santé pour adresser des contenus de confiance validé par les institutions publiques est un point fort pour répondre à ces besoins.

I.5 Intégrer la prévention secondaire et tertiaire dans les parcours de soins à l'hôpital et en ville : Activité physique, diététique, soutien psychologique, éducation thérapeutique, etc.

France Assos Santé défend la mise en œuvre de parcours de soins, notamment pour les maladies chroniques, dans lesquels la prévention serait systématiquement intégrée, à l'hôpital comme en ville, afin de prévenir l'évolution et l'aggravation de la maladie et les conséquences financières associées : coût des soins, éloignement de l'emploi avec des pertes de recettes pour l'Assurance maladie et des dépenses en matière d'IJ et d'invalidité éventuelles.

Mesure n°10 : Intégrer la prévention secondaire et tertiaire dans les parcours de soins des personnes malades chroniques en ville et à l'hôpital

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Intégrer la prévention secondaire et tertiaire dans les parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques en ville et à l'hôpital
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	A évaluer
Avantages	Eviter ou retarder l'évolution et les complications des maladies chroniques et les couts de santé et sociaux associés (IJ, invalidité, chômage, etc.)
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

La mesure consisterait dans un premier temps à l'élaboration de parcours de soins, avec une réforme des modalités de financement (cf mesure N°11). Nous proposons que soient intégrés systématiquement à l'élaboration de ces parcours les éléments de prévention, en fonction des pathologies, tels que l'activité physique, la diététique, le soutien psychologique, l'éducation thérapeutique, etc.. Aujourd'hui de nombreux freins existent pour les patients, que ce soit l'offre de proximité, ou le remboursement inexistant en ville, excepté pour le dispositif Mon Soutien Psy, mais qui est trop limité pour répondre aux besoins des personnes malades chroniques. Il faut donc lever ces freins et permettre d'intégrer dans un parcours coordonné ces éléments dont l'efficacité est établie pour prévenir les complications liées à la maladie.

II. Volet qualité, pertinence et optimisation financière

S'il y a bien un levier majeur d'économies dans le domaine de la santé, c'est bien dans le domaine de la pertinence des actes et des soins et de la valorisation de la qualité, qu'il faut le chercher. Les marges sont en effet très importantes, en adoptant une politique forte visant à **améliorer les prescriptions dans le respect des recommandations, la réduction des paiements à l'acte qui induisent une course à l'activité**, et de fait une multiplication des actes, parfois inutiles, voire allant à l'encontre de la qualité de la prise en charge, qui sont source de dépenses injustifiées pour l'Assurance maladie.

La sur-médication des personnes âgées, notamment, entraîne des effets indésirables qui peuvent être graves, des risques de chutes, et des hospitalisations ainsi qu'une perte d'autonomie accélérée, avec un surcoût certain pour la Sécurité Sociale.

II.1 Réformer les modèles de prise en charge en ville et à l'hôpital

Mesure n°11 : Réduire la part de tarification à l'acte en ville pour aller vers plus de financements à la capitation en équipe pluriprofessionnelle, intégrant de la prévention et des indicateurs de résultats patients (PROMS et PREMS)

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Réduire la part de tarification à l'acte en ville pour aller vers plus de financements à la capitation en équipe pluriprofessionnelle
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	A évaluer
Avantages	Améliorer la prise en charge grâce à une meilleure coordination pluriprofessionnelle, en allant vers du paiement à la valeur plutôt qu'au volume.
Inconvénients	

Présentation de la mesure proposée

Le paiement à l'acte a montré ses limites aussi bien concernant la qualité de la prise en charge, que l'efficacité des dépenses de santé, dans la mesure où ce qui est récompensé est le volume

plus que la valeur. L'expérimentations PEPS ayant pour but d'améliorer la prise en charge des patients, d'optimiser les parcours de santé, et d'accroître l'efficacité des dépenses, avec un accent sur la coopération et la coordination entre acteurs et institutions a montré des résultats encourageants. Nous proposons une généralisation de ce dispositif, en intégrant des indicateurs de résultats rapportés par les patients. Le développement d'indicateurs robustes de qualité et de sécurité des soins constitue une priorité absolue. Ces indicateurs doivent être élaborés en concertation avec les associations d'usagers pour refléter les dimensions réellement importantes du point de vue des patients.

Mesure n°12 : Augmenter la part du financement à la qualité et refondre le dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) à l'hôpital

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Réformer l'IFAQ à l'hôpital en centrant sur des indicateurs de résultats, l'expérience patient, et en augmentant sa part dans le financement des établissements
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	A évaluer
Avantages	Améliorer la prise en charge en valorisant plus la qualité par rapport à l'activité
Inconvénients	

Présentation de la mesure

L'enveloppe de 700M€ pour l'IFAQ, la même depuis 3 ans, ne représente que 0,7% du financement total des établissements. Ce niveau est très en deçà des standards internationaux (2-4% au Royaume-Uni, 2% pour Medicare aux USA, 1-3% en Suède et aux Pays-Bas). Les études internationales suggèrent qu'une incitation inférieure à 1% a des effets limités ou nuls sur les changements organisationnels. Par ailleurs, le dispositif est complexe et opaque avec des règles de calculs qui demeurent illisibles pour les acteurs. Les modalités de calcul sont dispersées dans plusieurs articles et annexes ; Les formules de valorisation combinent de nombreux paramètres : résultats, évolution, groupes, seuils ; le système de pondération avec des coefficients multiples est complexe, les références croisées entre articles rendent la lecture difficile. Même avec une bonne « performance IFAQ », l'impact financier a toutes les chances de rester très modeste par rapport aux efforts nécessaires, surtout pour les établissements de taille moyenne.

Une refonte de ce dispositif est nécessaire et devrait s'appuyer sur les recommandations émanant de l'IGAS et notamment :

- La création d'une instance nationale de pilotage dédiée, associant les représentants des usagers via France Assos Santé
- Une simplification radicale des procédures de collecte et de reporting

- Une révision profonde du choix des indicateurs privilégiant résolument ceux centrés sur **les résultats et l'expérience patient** dans un cadre permettant de mobiliser les soignants et en associant notamment les sociétés savantes et les corps intermédiaires
- Une réflexion stratégique sur les conditions d'appropriation au plus près du terrain, préalable à la définition d'une trajectoire pluriannuelle d'augmentation progressive vers un niveau de 2-3% du financement, plus cohérent avec les objectifs de transformation qualitative du système de santé

II.2 Réglementer les activités de soins induisant des rentes financières et modéliser des financements au parcours avec des indicateurs patients (PROMS et PREMS)

Mesure n°13 : Introduire une régulation des investissements financiers dans le champ de la santé / Modéliser des financements au parcours avec des indicateurs patients (PROMS et PREMS) pour les activités de soins induisant des rentes financières

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Introduire une régulation des investissements financiers dans le champ de la santé Réformer les modalités de financement des activités de soins à haute rentabilité en axant sur des indicateurs qualité solides
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	A évaluer
Avantages	Lutter contre les facturations inutiles et frauduleuses, tout en améliorant la qualité des prises en charge - éviter les actes inutiles et iatrogène.
Inconvénients	

Présentation des mesures

Certaines activités de soins comme la biologie, la radiologie, la radiothérapie et la dialyse, affichent des très hauts niveaux de rentabilité, recherchées par des investisseurs financiers. Cette recherche de rentabilité questionne la pertinence des prises en charge, des dérives ainsi que des fraudes ayant été mises en lumière, telles que des facturations d'actes inutiles, voire fictifs, sans compter les atteintes à la santé et la dignité des personnes lors des scandales sur les centres dentaires (Dentexia et Proxidentaires), où des patients ont été volontairement mutilés, ou encore sur les résidents en EHPAD lors de l'affaire Orpéa.

Il apparaît nécessaire d'instaurer une obligation de déclaration d'appartenance à un groupe pour tous les offreurs de soins, permettant ainsi une visibilité accrue sur les phénomènes de concentration. Un suivi conjoint CNAM-DREES des mouvements capitalistiques et des niveaux de rentabilité sectoriels devrait être mis en place et donner lieu à des publications régulières accessibles au grand public. Si un "observatoire de la financiarisation", proposé par la CNAM, représente une option possible, en fonction de sa composition il pourrait néanmoins générer le risque de voir les positions catégorielles freiner les évolutions nécessaires, notamment le recul du paiement à l'acte et l'introduction de nouvelles modalités de financement orientées "du

volume vers la valeur". Il est donc nécessaire que les données soit en amont collectées et analysées par la CNAM et la DREES.

La régulation économique doit être significativement renforcée par l'instauration d'un mécanisme d'ajustement tarifaire automatique lorsque les niveaux de rentabilité dépassent certains seuils prédéfinis, particulièrement dans les secteurs identifiés comme générant des marges anormalement élevées souvent depuis trop longtemps.

Par ailleurs, l'incitation à la pertinence des soins constitue un levier majeur pour l'avenir. Il convient d'introduire plus largement des mécanismes de paiement liés aux résultats cliniques et à la valeur réelle créée pour les patients.

Le développement d'indicateurs robustes de qualité et de sécurité des soins constitue une priorité absolue. Ces indicateurs doivent être élaborés en concertation avec les associations d'usagers pour refléter les dimensions réellement importantes du point de vue des patients. Leur mesure systématique et leur publication transparente permettraient d'orienter tant les choix des usagers que les stratégies des opérateurs.

Une réforme structurelle des modèles de tarification apparaît nécessaire pour récompenser la valeur plutôt que le volume. En envoyant un signal fort que les bénéfices futurs seront générés par les « opérateurs métiers » engagés dans la réduction du gaspillage et l'amélioration de la qualité des soins, nous modifierions progressivement les anticipations des investisseurs et leurs stratégies d'acquisition. Les « opérateurs financiers » misant sur le maintien de rentes doivent prendre conscience que les positions ne seront pas soutenables ou trop risquées sur le court-moyen terme.

L'équilibre entre la nécessaire modernisation de l'offre de soins et la préservation de sa qualité et de son accessibilité pour tous constitue l'enjeu fondamental auquel nous sommes confrontés. Une approche pragmatique, fondée sur des principes clairs mais tenant compte des réalités économiques, est nécessaire. Si des investissements sont nécessaires, il faut privilégier les opérateurs "métiers", et non les investisseurs « financiers », qui peuvent jouer un rôle positif dans la transformation du système de santé s'ils sont correctement régulés et incités à privilégier la qualité.

II.3 Agir sur la pertinence des prescriptions

Notre Union est déjà engagée dans les travaux relatifs au **bon usage et à la lutte contre le gaspillage des produits de santé notamment**. Nous considérons que les bonnes intentions et les différents outils d'accompagnement doivent être aujourd'hui complétés par une **meilleure régulation des acteurs, notamment des prescripteurs**, principaux artisans de la particularité française de sur-prescription et de mésusage, sources de risques pour les personnes malades, de dépenses inutiles et d'impact environnemental.

Nous regrettons que les mesures actuellement mises en place ne permettent pas de contribuer à résoudre la source du problème, mais visent principalement à pénaliser les usagers et usagers du système de santé

Nous souhaitons que les travaux se dirigent vers **des mesures permettant un meilleur respect des recommandations par les professionnels de santé avec** une meilleure coordination des soins, ainsi que l'intégration dans les financements d'indicateurs de qualité, notamment d'indicateurs patients, avec une diminution notable du paiement à l'acte, permettant de lutter contre les prescriptions et les actes inutiles, ruineuses pour nos finances publiques et pour la qualité de vie des patients.

Mesure n°14 : Renforcer la consultation de l'Espace Numérique de Santé par les professionnels de santé

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Introduire des indicateurs d'usages pour la consultation des documents et données présentes dans l'Espace Numérique de santé, par les professionnels de santé dans un objectif de réduction des prescriptions d'exams redondants et des prescriptions inappropriées.
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	A évaluer
Avantages	Lutte contre les exams inutiles et diminution des événements indésirables médicamenteux évitables, amélioration de la qualité et pertinence des prescriptions et des soins.
Inconvénients	

Présentation de la mesure

L'espace Numérique de Santé regroupe l'ensemble des documents de santé qui concerne un usager ainsi que des informations et données de santé complémentaires versées par l'utilisateur (rédaction libre de ses antécédents médicaux, ajouts de données issues d'applications connectées, etc.). Depuis son lancement en 2022 pour l'ensemble de la population il a été adopté par près de 20 millions d'utilisateurs, et les efforts pour alimenter en données médicales les Espaces Numériques de Santé ont porté leur fruit avec près de 400 millions de documents en rythme annuel, plus d'un document de santé sur deux selon la Délégation ministérielle du Numérique en Santé. Parmi ces documents figurent en particulier des comptes-rendus d'exams biologique, des ordonnances et les comptes-rendus d'imagerie médicale, qui représentent plus de 26 millions de documents sur le seul mois de mars 2025.

Si l'alimentation de l'Espace Numérique de Santé doit continuer à se renforcer pour tendre vers l'exhaustivité, ce sont les usages qui sont désormais à développer. Au mois de mars 2025, seulement 600 000 documents avaient été consultés par des professionnels de santé (pour 290 000 utilisateurs). Les utilisateurs, eux, se sont approprié l'outil, avec plus de 2 millions de personnes qui consultent chaque mois leur Espace Numérique de Santé et près 7,3 millions de documents consultés en mars 2025, démontrant sa plus-value comme outil de gestion de leur dossier médical. Pourtant les Espaces Numériques de Santé, désormais plus remplis que jamais,

devraient être une ressource utile pour les professionnels pour améliorer les prises en soins de leurs patients.

En particulier deux points d'amélioration à la fois bénéfiques pour les patients et vecteurs d'économie sont à développer :

- Diminuer les prescriptions d'examens redondants de biologie et d'imagerie. Il arrive encore trop souvent que des examens soient re-prescrits aux patients faute d'avoir les résultats ou compte-rendus ou faute de connaissance concernant la réalisation d'examens antérieurs mais dont les résultats seraient valides. Il faut noter cependant que dans un nombre significatif de cas, ces résultats ne sont pas portés à la connaissance du patient directement dans un délai raisonnable, ce qui peut conduire à la prescription ou réalisation d'un acte supplémentaire, en particulier dans les parcours entre la ville et l'hôpital. Dans ces cas, la consultation de l'espace numérique de santé peut faciliter l'identification d'examens réalisés et de leurs résultats quand ils y ont été versés et permettre au professionnel d'éviter les prescriptions redondantes ou requérir les résultats précédents dans le cas où le patient n'en a pas été le destinataire.

- Diminuer les prescriptions inappropriées en complétant le tableau clinique à la disposition du professionnel de santé les données versées dans l'espace numérique de santé. Par exemple l'accès facilité au bilan biologique qui peut comporter des indicateurs de la fonction rénale (examen prescrit régulièrement chez les patients chroniques ou âgés) peut être déterminant pour l'adaptation du dosage d'un médicament. Dans le cadre de la coordination ville - hôpital ou dans les parcours complexes des patients avec des multimorbidités ou de nombreux spécialistes interviennent, cet enjeu de iatrogénie est crucial. Les prescriptions inappropriées ou éventuelles interactions médicamenteuses qui peuvent être anticipées et évitées représentent un potentiel d'économie important en évitant des effets indésirables potentiellement graves et coûteux quand ils engendrent des hospitalisations.

La mise en place d'indicateurs d'usages, à prendre en compte dans le calcul du versement du forfait numérique des médecins notamment, permettrait donc d'encourager les professionnels de santé à consulter et utiliser les données versées dans l'espace numérique de santé, dans un objectif d'économies à court et moyen termes pour l'assurance maladie et au bénéfice de la qualité de soins et de vie des usagers.

Mesure n°15 : Engager un grand projet national de déprescription en commençant par les personnes hyper-polymédiquées (>10 médicaments par jour).

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Engager un grand projet national de déprescription en commençant par les personnes hyper-polymédiquées (> 10 médicaments par jour).
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Mesures d'impact à réaliser
Avantages	Lutter contre la surprescription et les risques d'iatrogénie qui génère des effets indésirables graves (Cf dépenses dans le charge et produits de la CNAM)
Inconvénients	

Présentation de la mesure

Nous proposons la création d'une « task force » chargé de définir les contours du grand projet national. Constituée de : HAS, ANSM, CNAM, France Assos Santé, elle s'appuierait notamment sur les sociétés savantes et les CNP concernées (gériatrie, cardiologie, santé mentale).

La Task Force validera les objectifs par classes de médicament et pourra s'appuyer sur la sélection d'algorithmes, inspirés notamment par l'expérience du « réseau déprescription » canadien⁶.

Cette structure aurait pour objet de définir des objectifs de baisse du nombre des prescriptions de produits de santé dans les classes thérapeutiques bien identifiés (IPP, Psychotropes par exemple).

Mesure n°16 : Renforcer les prescriptions des interventions non-médicamenteuses lors du premier repérage de facteurs de risque cardiovasculaire afin d'éviter la cascade de la polymédication

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Renforcer les prescriptions des interventions non-médicamenteuses lors du premier repérage de facteurs de risque cardiovasculaire afin d'éviter la cascade de la polymédication
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Mesures d'impact à réaliser
Avantages	Lutter contre la surprescription de produits de santé en misant sur les interventions non médicamenteuses plus efficaces sur le long terme
Inconvénients	

Présentation de la mesure

La prescription trop systématique de médicaments associée ou non à un dispositif médical ne permet pas d'encourager la mise en œuvre des interventions non-médicamenteuses, pourtant plus efficaces que les médicaments et quasiment sans risque associé, et ce pour la majorité des patients diagnostiqués à un stade initial précoce.

- Nous proposons de diminuer drastiquement la fréquence des primo-prescriptions jugées trop systématiques et consécutives au repérage initial de facteurs de risque cardiovasculaire (hypercholestérolémie, hypertension, hyperglycémie).
- France Assos Santé propose d'introduire un bilan de prévention primaire initié à l'occasion des consultations aux étapes clés (45 et 60 ou 65 ans) ou lors de toute

⁶ <https://www.reseaudeprescription.ca/algorithmes>

consultation caractérisée par le premier repérage de facteurs de risques cardiovasculaires chez un patient (TA, cholestérol, glycémie).

- Ce bilan devrait permettre un suivi organisé par la CNAM dans le cadre de sa stratégie d'accompagnement et pourrait se traduire par l'ouverture d'un dossier 4P pour « Plan personnalisé de prévention primaire » reposant sur un protocole privilégiant l'accompagnement des mesures non médicamenteuses les plus efficaces. Le plan de prévention doit également impliquer les autres professionnels de santé si besoin (pharmacien, IPA, nutritionniste, addictologue, etc...).

Mesure n°17 : Mieux prendre en compte les cas de mésusage à fort impact pour garantir le respect des recommandations et assurer une plus grande transparence

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Mieux prendre en compte les cas de mésusage à fort impact pour garantir le respect des recommandations et assurer une plus grande transparence
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Mesures d'impact à réaliser
Avantages	Introduire de la pertinence des prescriptions pour lutter contre le mésusage et les surprescriptions
Inconvénients	

Présentation de la mesure

Concernant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

- Le traitement repose aujourd'hui très largement sur le traitement par pression positive continue (PPC) alors que les recommandations de la HAS ciblent l'orthèse mandibulaire (OAM) comme traitement de première intention pour certains patients.
- La sur prescription de PPC peut donc s'expliquer par le fait que la majorité des patients souffrent d'apnée sévères ou par le fait que les médecins ne respectent pas les recommandations.
- Une vérification pourrait être faite étant entendu que la prise en charge de l'OAM et de la PPC nécessitent une entente préalable.

Concernant la sur prescription des antibiotiques et fluoroquinolones (antibiotique)

- Une restriction des indications a été décidée en 2019, par suite de la réévaluation de l'analyse bénéfices/risques des fluoroquinolones réalisé en 2018 au niveau Européen.

- Les fluoroquinolones ne doivent être prescrites qu'après avoir soigneusement évalué leurs bénéfices au regard des risques d'effets indésirables attendus, et après en avoir informé le patient.
- Ces molécules réservées aux infections graves continuent d'être utilisées et recommandées en prophylaxie alors qu'il n'y a aucune infection, en ophtalmologie pour des opérations oculaires, en urologie (pour des biopsies de la prostate et pour des cystites).
- Les prescriptions de fluoroquinolones sont en France à un niveau plus de deux fois supérieur à nos voisins allemands et anglais Un encadrement strict des prescriptions doit être mis en œuvre..

Mesure n°18 : Mieux identifier les niveaux et causes de sur-prescriptions pour mieux informer les prescripteurs et les usagers

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Mieux identifier les niveaux et causes de sur-prescriptions pour mieux informer les prescripteurs et les usagers
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Mesures d'impact à réaliser
Avantages	Permettre une évolution des comportements des prescripteurs et des usagers
Inconvénients	

Présentation de la mesure

Plusieurs causes profondes d'une évolution trop lente des comportements des prescripteurs comme des usagers peuvent être évoquées :

- Une sous-estimation des risques associés à la polymédication et aux mésusages (surprescription).
- Une absence de prise en compte des indicateurs de résultats pertinents
- Le non-respect des recommandations de bonne pratique

France-Assos-Santé propose

- **De mieux identifier les niveaux et les causes de sur-prescription** à partir des données françaises et des comparaisons internationales avec les pays voisins ayant les mêmes indicateurs de santé que la France

- **De renforcer la communication destinée aux professionnels de santé et aux usagers.** Il s'agit également de donner toute l'information nécessaire aux patients lors des consultations initiant ou renouvelant des prescriptions. La communication au grand public - mérite par ailleurs d'être **en premier lieu éducative** (intérêt ou non de tel médicament par rapport aux données scientifiques) et **non moralisatrice ni culpabilisatrice**.
- D'augmenter les possibilités d'études de pharmaco-épidémiologie menées par EPI-PHARE, permettant des actions ciblées sur des catégories de la population, des pathologies ou des molécules.
- **D'introduire plus d'indicateurs de qualité et sécurité des soins en médecine de ville**

III. Volet prix du médicament

Mesure n° 19 : Tenir compte des investissements réels au titre de la Recherche et Développement et du financement public de la recherche pour la fixation des prix des médicaments

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Tenir compte des investissements réels au titre de la Recherche et Développement et du financement public de la recherche pour la fixation des prix des médicaments
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Mesures d'impact à réaliser
Avantages	Réduire le coût, parfois exorbitant des médicaments, lorsque des investissements publics ont été investis dans leur mise au point
Inconvénients	

Présentation de la mesure

Face à l'augmentation considérable des prix des nouveaux médicaments, des adaptations législatives sont nécessaires pour garantir l'accès aux meilleurs soins pour tous et assurer la sauvegarde de notre système de santé solidaire.

Afin d'éviter que le contribuable ne « paye deux fois », une première à travers le financement public de la recherche et développement et une deuxième dans un prix final élevé du médicament, remboursé par l'assurance maladie, nous demandons de prendre en compte, dans la définition du prix, les financements publics qui ont contribué à mettre au point un médicament.

L'Etat contribue en effet, directement ou indirectement, très largement au développement des médicaments arrivant sur le marché : par le financement d'un système d'enseignement supérieur d'excellence formant les scientifiques et chercheurs d'une part, par l'octroi de subventions aux entreprises telles que le crédit d'impôt recherche (CIR) et le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) d'autre part, par l'investissement dans la recherche publique (le secteur public investissant surtout dans les aspects les plus risqués de la recherche, dont la recherche fondamentale appliquée dans sa phase initiale) et le partage des découvertes scientifiques.

France Assos Santé demande de compléter les critères de fixation des prix du médicament qui figurent au code de la sécurité sociale afin que le Comité économique des produits de santé puisse tenir compte des investissements réels au titre de la Recherche et Développement et du financement public de la recherche.

IV. Volet amélioration de l'accès aux soins territorial et financier

L'amélioration de l'accès aux soins, que ce soit sur le volet territorial que sur le volet financier, permet de lutter contre le renoncement ou le report de soins, et d'éviter les complications liées aux retards de soins coûteuses pour l'Assurance maladie. De nombreuses hospitalisations d'urgence, coûteuses, pourraient également être évitées si une offre de soins primaires suffisante était disponible selon l'OCDE⁷. La France fait face à une désertification médicale croissante, avec des inégalités flagrantes dans l'accès aux soins entre les territoires. 7 millions de français n'ont pas de médecin traitant. Ceux-ci sont également victimes de délais d'accès aux soins de plus en plus longs souligne la DREES. En 2024 certains départements atteignent 17 % de personnes sans médecin généraliste. L'accès à certaines spécialités et examens se dégrade également avec des délais et des distances toujours plus longues pour y accéder. Sans compter que de plus en plus de spécialistes s'installent en secteur 2 (plus de 70% des nouveaux médecins qui s'installent) et pratiquent des dépassements d'honoraires qui constituent un renoncement aux soins fréquent.

Des retards de diagnostics, notamment de cancers, dans ces zones engendrent des « pertes de chances » pour ces patients, ils arrivent tardivement dans le système de santé et une augmentation des dépenses est à prévoir dans les années qui viennent car des traitements plus coûteux seront nécessaires avec un coût humain et social important (augmentation des effets indésirables, séquelles, perte d'emploi...

Mesure n°20 : Réguler l'installation des médecins dans les zones suffisamment dotées

Contributeur	France Assos Santé
---------------------	--------------------

⁷ https://www.ajef.net/wp-content/uploads/2016/12/Lutter-contre-le-gaspillage_Synth%C3%A8se-FR.pdf

Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Réguler l'installation des médecins dans les zones suffisamment dotées
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Mesures d'impact à réaliser
Avantages	Faciliter l'accès territorial aux soins et lutter contre les retards de prise en charge plus coûteuses
Inconvénients	

Présentation de la mesure

Nous soutenons la mesure de la récente proposition d de loi Garot consistant à ne permettre l'installation d'un médecin dans une zone suffisamment dotée, qu'à condition du départ d'un médecin de la même spécialité. Cette mesure, si elle est insuffisante pour régler la problématique des déserts médicaux, participe à réduire les difficultés d'accès aux soins en complément d'autres mesures, et à lutter contre les retards de soins source de surcoûts pour l'Assurance maladie

Mesure n°21 : Réguler les dépassements d'honoraires

Contributeur	France Assos Santé
Présentation succincte de la mesure, ses objectifs, et son contexte	Réguler les dépassements d'honoraires
Impact financier en M€ envisageable (si possible et à grosses mailles)	Mesures d'impact à réaliser
Avantages	Faciliter l'accès financier aux soins et lutter contre les retards de prise en charge plus coûteuses
Inconvénients	

Présentation de la mesure

Les sondages récents⁸ effectués autour du renoncement aux soins indiquent tous un taux autour **d'1/4 de la population qui renonceraient à des soins pour raisons financières.**

Pour les personnes malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie qui ont des restes à charge plus élevés : 840€ en moyenne de reste à charge officiels selon le rapport IGAS/IGF de juin 2024⁹ contre 274€ pour la population générale, mais surtout des restes à

⁸ <https://www.ifop.com/publication/limpact-du-reste-a-charge-sur-le-renoncement-aux-soins-medicaux/>
<https://www.datapressepremium.com/rmdiff/2007177/Sondage-Yomoni-Sante-Budget-Avril-OK.pdf>

⁹ <https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-09/Rapport%20Igas-IGF%20affections%20de%20longue%20dur%C3%A9e%20%28revue%20de%20d%C3%A9penses%29.pdf>

charges invisibles, c'est-à-dire non repérés dans les comptes sociaux car dans aucune base de données de remboursement, qui s'élèvent en moyenne à plus de 1550€ selon l'étude d'octobre 2024 de France Assos Santé¹⁰ portant sur 3100 personnes. Parmi elles **53% indiquent renoncer à des soins pour raisons financières.**

Explosion des dépassements d'honoraires : Entre 2003 et 2022 le taux de spécialistes exerçant en secteur 2 a grimpé de plus de 20 points passant de 38% à près de 58%¹¹. Par ailleurs en 2020 près de 70% des nouveaux médecins spécialistes qui s'installent le font en secteur 2¹² ce qui fait qu'en 2022 64% de la population vivait dans un territoire où plus de 50% des spécialistes exerçaient en secteur 2.

L'évolution continue des dépassements d'honoraires, entrainera des renoncements aux soins de plus en plus importants, avec les conséquences déjà connues d'aggravation et de complications de l'état de santé et d'hospitalisations plus coûteuses.

A défaut d'une interdiction, des mesures correctives peuvent être mises en place, avec l'objectif d'aboutir à une offre de secteur 1 suffisante sur l'ensemble du territoire :

- **Durcir les conditions d'accès au secteur 2** (soit en fonction des territoires, soit critères d'ancienneté)
- **Prévoir un temps obligatoire d'activité à tarif opposable** pour l'ensemble des médecins libéraux
- **Supprimer le secteur 2 au profit d'un secteur 2 OPTAM d'ici à 2 ans**

Pour conclure..la nécessaire implication des usagers

France Assos santé considère que l'amélioration de la qualité de la prise en charge est un élément fondamental pour assurer la pérennité de notre système de santé et de protection sociale, grâce à l'amélioration globale de la santé de la population.

Il est impératif que les usagers soient informés mais au-delà, soient impliqués dans les choix financiers et stratégiques.

En informant les usagers sur l'état des finances et les décisions prises, on **renforce la transparence et la confiance dans le système de santé**, ce qui les fait se sentir plus respectés et valorisés, améliorant ainsi leur adhésion aux programmes de santé.

Impliquer les usagers dans les choix financiers leur permet d'être plus informés des coûts et des ressources limitées. S'il faut agir en premier lieu en direction des professionnels de santé qui sont responsables des prescriptions, en faisant en sorte qu'ils respectent les

¹⁰ <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2024/11/Synthese-enquete-nationale-RACI.pdf>

¹¹ <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/244-depassements-tarifaires--rep.html>

¹² <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20HCAAM-%20Quatre%20scenarios%20articulation%20AMO-AMC%20-%20janvier%202022.pdf>

recommandations, et mettre en œuvre une politique qui facilite l'accès aux soins (territorial et financier), des usagers, plus impliqués, pris en compte, et mieux informés, seraient encouragés également à une utilisation plus rationnelle des services de santé.

En participant aux décisions, les usagers peuvent mieux **exprimer leurs besoins réels**, permettant de concentrer les ressources sur des programmes de prévention et de promotion de la santé qui répondent véritablement à leurs besoins, plutôt que de se focaliser uniquement sur la consommation de médicaments.

Les usagers peuvent fournir des retours précieux sur **la qualité des soins et des services**, et leur implication dans la formation des professionnels de santé peut aider à identifier des lacunes et à améliorer les pratiques.

En impliquant les usagers, on crée un **sentiment d'appartenance et d'engagement communautaire**, renforçant ainsi les initiatives locales de santé et encourageant une participation active à des programmes de prévention.

Les usagers peuvent également **aider à identifier des dépenses inutiles ou des inefficacités** dans le système, leur point de vue pouvant conduire à des solutions innovantes et plus économiques pour améliorer l'état des finances.

En résumé, impliquer les usagers dans les choix financiers et stratégiques permet de créer un système de santé plus transparent, efficace et centré sur les besoins réels de la population, contribuant ainsi à préserver les finances tout en améliorant la qualité globale des soins.

A propos de France Assos Santé

L'**Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS)** dite France Assos Santé a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire une représentation des usagers interassociative. Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique (loi du 26 janvier 2016). Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), **elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales** qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Elle forme **les 15 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie**. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.



[Défendre vos droits](#)

[Vous représenter](#)

[Agir sur les lois](#)