



# COMMENT RÉDUIRE LA PRESSION SUR LE SYSTÈME HOSPITALIER ?

Complément de l'étude « Pour un Plan National d'efficience » de 2024

---

Juillet 2025

Préparé par : Sandrine Bourguignon

Cette analyse prolonge une première étude publiée en 2024, sur l'efficacité du système de santé français, qui formulait des recommandations en faveur d'un pilotage fondé sur l'efficacité. L'objectif : maîtriser les dépenses tout en améliorant l'état de santé des populations, dans le cadre du déploiement d'un Plan National d'Efficacité<sup>1</sup>.

La première partie de ce second volet vise à démontrer l'intérêt d'établir des politiques publiques vers un objectif d'efficacité, plutôt que centrées sur des économies budgétaires annuelles dont leur efficacité a atteint ses limites.

Des orientations politiques prioritaires, sur des actions à fort potentiel d'efficacité, permettraient de dégager des marges de manœuvre pour engager des réformes structurelles durables et pérenniser notre système de santé. Les gains sur les hospitalisations ont été ciblés en premier, du fait de leur impact majeur sur les dépenses de santé.

La seconde partie approfondit certains des cas d'usage identifiés dans la première étude du G5 Santé pour un Plan National d'Efficacité. Pour chacun de ces cas, une estimation des gains d'efficacité a été réalisée, afin d'illustrer l'ordre de grandeur des gains qu'un pilotage par l'efficacité pourrait permettre de générer.

Source : 1. 15 recommandations pour un Plan National d'Efficacité du système de santé <https://www.g5-sante.fr/pour-un-plan-national-defficacite/>

# Point méthodologie : les coûts pour l'Assurance Maladie et les coûts totaux pour la société sont distingués dans le rapport pour mieux comprendre l'impact direct et indirect des pathologies et des hospitalisations liées



Les **coûts pour l'Assurance Maladie**, dits **coûts directs médicaux**, considèrent toutes les consommations de ressources remboursées par l'Assurance Maladie (hospitalisations, consultations, examens de biologie, traitements, etc.)



Les **coûts totaux sociétaux**, dits **coûts indirects**, considèrent l'impact d'une pathologie sur l'ensemble de la société. Sont considérés, dans cette catégorie, les pertes de productivités liées à la maladie, les décès prématurés avant 65 ans, les coûts supportés par le système médico-social ou social ou encore les prestations pour invalidité temporaire ou définitive. Ces coûts sont en général plus difficiles à appréhender et sous-estimés.

# Sommaire



**Faire de l'efficience un levier stratégique**



**L'apport des tests de diagnostic-in-vitro à l'efficience**



**Prévention et vaccination**

Cas du traitement préventif contre le VRS  
Cas du vaccin contre la grippe



**Adhérence et maladies cardiovasculaires**



**Traitements ambulatoires**

Oncologie et voies orales: cancer colorectal et cancer du rein



**Synthèse et recommandations**

# FAIRE DE L'EFFICIENCE UN LEVIER STRATÉGIQUE



- **Agir sur les hospitalisations évitables** est un levier immédiat d'efficacité qui impacte toute la société.
- **Les produits de santé n'induisent des économies** que s'ils s'accompagnent de transformations organisationnelles évaluées.
- **Un changement de gouvernance est nécessaire** : pilotage pluriannuel, incitations financières, fongibilité budgétaire et partage des gains entre acteurs du système.

# Quand Nicolas Revel pose un constat factuel sur la nécessaire priorisation de l'efficacité



## Un système de santé structurellement et durablement déséquilibré

Le déficit actuel n'est plus conjoncturel mais bien structurel en ce qu'il n'est plus lié à des circonstances exceptionnelles. Pour autant, **son creusement spectaculaire, par rapport à la période pré-Covid où la branche maladie s'était rapprochée de l'équilibre, s'explique par un élément tout à fait objectif et circonstanciel : il résulte principalement d'une hausse des dépenses de 14 Mds € environ, liée pour l'essentiel aux augmentations salariales décidées depuis le Ségur de la santé** dans le domaine hospitalier, ainsi qu'aux revalorisations négociées par l'Assurance Maladie pour les professionnels de ville, et sans qu'aucune recette nouvelle n'ait été prévue en face pour les compenser. Compte tenu de l'ampleur de ce décalage, espérer résorber un tel déficit par des efforts d'économies « au fil de l'eau » relève de l'illusion, sauf à envisager des remboursements massifs.

## Faire le pari de la qualité des soins : comment passer des discours aux actes ?

**De nombreux chiffres circulent sur la part des dépenses de santé considérées comme inutiles et donc évitables. Ils se situent généralement entre 20 et 30 %**, ce qui est évidemment considérable. Même si cette fourchette ne repose sur aucune évaluation fine, elle donne une idée de l'ampleur du sujet.

[...] La première condition est d'avancer dans la voie de la mesure, de l'évaluation et de la transparence en matière de pratiques et de résultats cliniques. [...] La dernière des trois conditions requises est d'inscrire ces enjeux de qualité et de sécurité des soins, de pertinence et de juste prescription, dans un rationnel économique incitatif.

## Agir enfin en matière de prévention ou comment sortir de la schizophrénie à la française

Mais c'est surtout dans le champ de la prévention tertiaire, et de la prise en charge des pathologies chroniques que se situe le cœur de la bataille et des gains d'efficacité que nous pouvons espérer, avec des effets potentiellement puissants et rapides.

Source: Note Terra Nova de Nicolas Revel du 26 mai 2025 - La santé des Français : sortir de l'impasse

# Rechercher l'efficacité, c'est permettre des économies à court, moyen et long terme pour la soutenabilité budgétaire du système de santé



## Court terme versus long terme



- Les décisions publiques en santé privilégient souvent les effets à court terme, en lien avec les contraintes budgétaires annuelles (LFSS), au détriment d'investissements à plus long terme.
- Cette préférence s'explique par l'incertitude entourant les bénéfices futurs et une aversion au risque, deux principes économiques classiques qui freinent la valorisation de la rentabilité différée des politiques de santé.

## Perspective d'analyse



- Intégrer le long terme permettrait pourtant d'optimiser la dépense publique en santé, en misant sur la prévention, l'innovation et le cercle vertueux de gains d'efficacité (ex : maladies chroniques, vieillissement).
- Des outils comme les évaluations médico-économiques ou l'analyse coût-bénéfice sociétale permettent de réduire l'incertitude et de mieux objectiver les retours sur investissement différés.
- **La santé ne peut se réduire au seul du budget de l'Assurance Maladie.**

# Il n'est pas trop tard pour initier un processus vertueux autour de l'efficacité du système de santé

Libérer des ressources



Gagner en qualité des soins et éviter des coûts liés aux pertes de chance

Soigner davantage de patients à coûts équivalents

# Le partage des gains d'efficacité est un moyen d'engager ce cercle vertueux

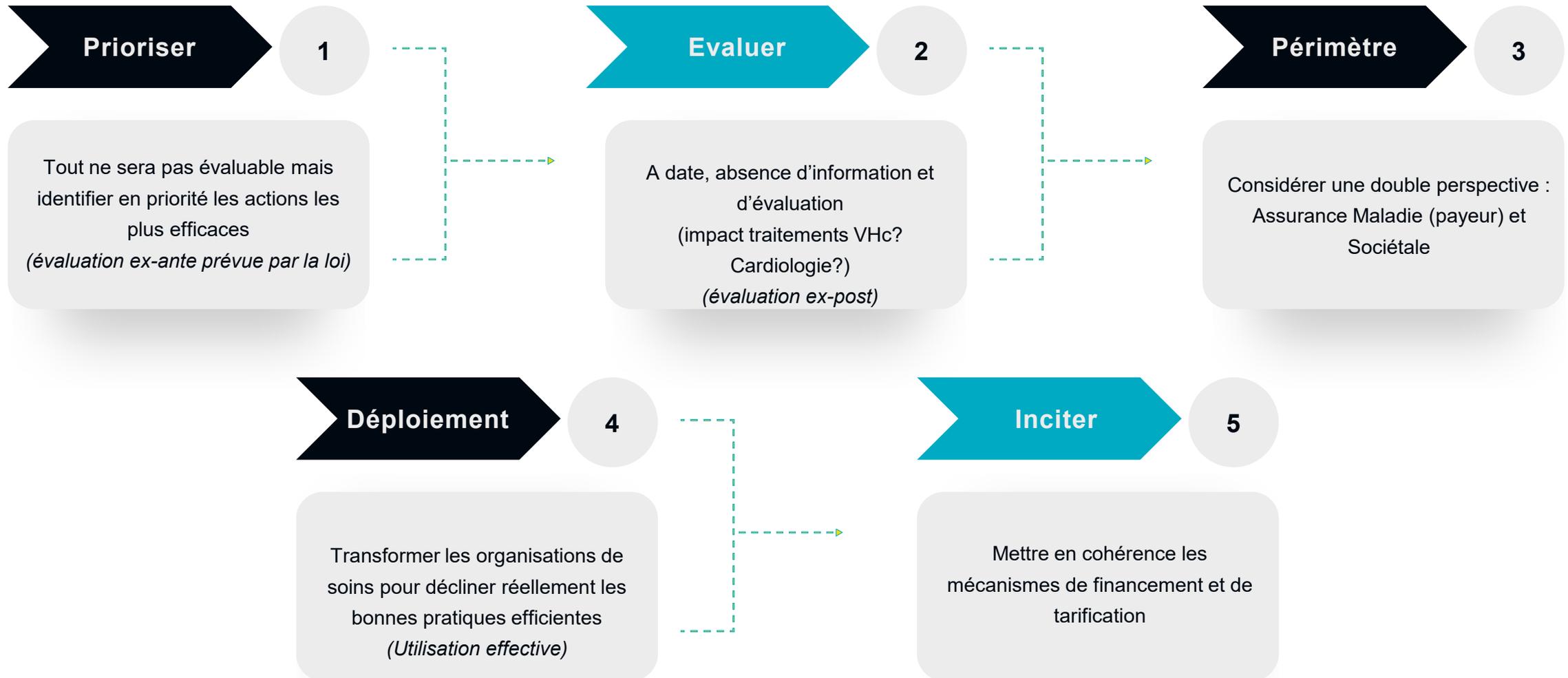
**Des produits de santé permettent d'éviter des hospitalisations ou des consommations de ressources, si et seulement si la transformation des organisations est mise en place puis évaluée.**

- **Un produit de santé seul ne suffit pas** : son efficacité, en conditions réelles, dépend fortement de l'organisation du parcours de soins, de l'accès des patients, et de la coordination des professionnels de santé.
- **Les bénéfices attendus (ex. réduction d'hospitalisations, de consultations, de soins évitables)** ne se concrétisent que si les organisations s'adaptent (protocoles, formation, délégation de tâches, télésurveillance, etc.).
- Ces adaptations, pour être rapidement effectives, doivent être **encouragées et priorisées**.
- **Évaluer ces transformations organisationnelles** est indispensable pour objectiver les gains de ressources et ajuster les financements ou incitations (cf. logique d'"efficacité conditionnelle").
- Ces transformations demandent des réformes structurelles : par exemple, **le financement hospitalier est contre-incitatif à générer des gains budgétaires**.

**Il serait préférable de refondre les mécanismes de financement des différents acteurs de santé plutôt que de s'arrêter au constat du « remplissage du vide », prétexte à l'inaction.**

# Evaluer est une nécessité pour obtenir des gains économiques

Transformer l'efficacité sanitaire en gains économiques



# La situation est trop grave pour baisser les bras et nécessite d'aller au-delà des idées reçues



## Trop d'idées reçues à clarifier

Il n'est pas possible de mettre en avant la **gravité de la situation budgétaire** sans prendre en compte l'efficacité sanitaire et les gains économiques.

L'**évaluation** ne peut être jugée superflue. Son périmètre doit en revanche être ciblé pour être efficace.

L'**offre de soins ne s'ajuste pas d'elle-même** dans un système régulé.

Tous les leviers, permettant de **réduire les hospitalisations** et les coûts associés, ne sont pas exploités.



## La conviction des travaux portés par le G5 santé

La **responsabilité** de tous les acteurs impose de considérer les poches d'efficacité.

Il est urgent d'évaluer pour connaître les **transformations organisationnelles** à mettre en place et générer réellement des économies.

La responsabilité ne concerne pas que les industries de santé mais tous les acteurs du soin, compte tenu de leur poids dans les dépenses de santé.

Chaque **dépense inutile d'hospitalisation** génère d'autres dépenses de santé inutiles.

# Un 1<sup>er</sup> objectif d'efficience à prioriser sur les hospitalisations évitables pour une efficacité à court terme



**1 hospitalisation sur 10 inutile**

*[OCDE – Tackling wasteful spending on Health – 2017]*

Dans l'étude sur l'efficience portant « **un plan national d'efficience, 15 recommandations pour l'avenir du système de santé** », le G5 Santé a posé un état des enjeux et bénéfices attendus, en travaillant sur l'axe de l'efficience plutôt que de la simple recherche de mesures d'économie.

Les cas d'usage ont permis d'apporter des illustrations concrètes de marges de manœuvre.

Parmi les axes de travail identifiés, la réduction des hospitalisations évitables s'est imposée comme un levier prioritaire, constituant un socle d'action commun à l'ensemble des acteurs de santé.

# Les hospitalisations évitables représentent des enjeux budgétaires importants. Elles sont mesurables, identifiables et reproductibles.

## Enjeux de santé publique et économiques

Les hospitalisations évitables représentent des admissions à l'hôpital qui pourraient être évitées, grâce à une prise en charge préventive ou à une gestion efficace en amont. Réduire ces hospitalisations est donc intéressant pour améliorer la qualité de vie des patients, alléger la charge sur les établissements de santé et réaliser des économies substantielles pour le système de santé mais **y compris sur d'autres coûts : transports, orientation du parcours ville, etc.**



## Les HPE sont mesurables

Les Hospitalisations Potentiellement Évitable (HPE) sont un indicateur **existant depuis 2014** et sont donc **mesurables, reproductibles et automatisables** par les systèmes d'information hospitaliers, et reconnues par l'Assurance Maladie. Leur suivi permet d'évaluer l'efficacité des stratégies de prévention et de coordination des soins. Des tableaux de bord suivis dans le temps pourraient aisément être mis en place.

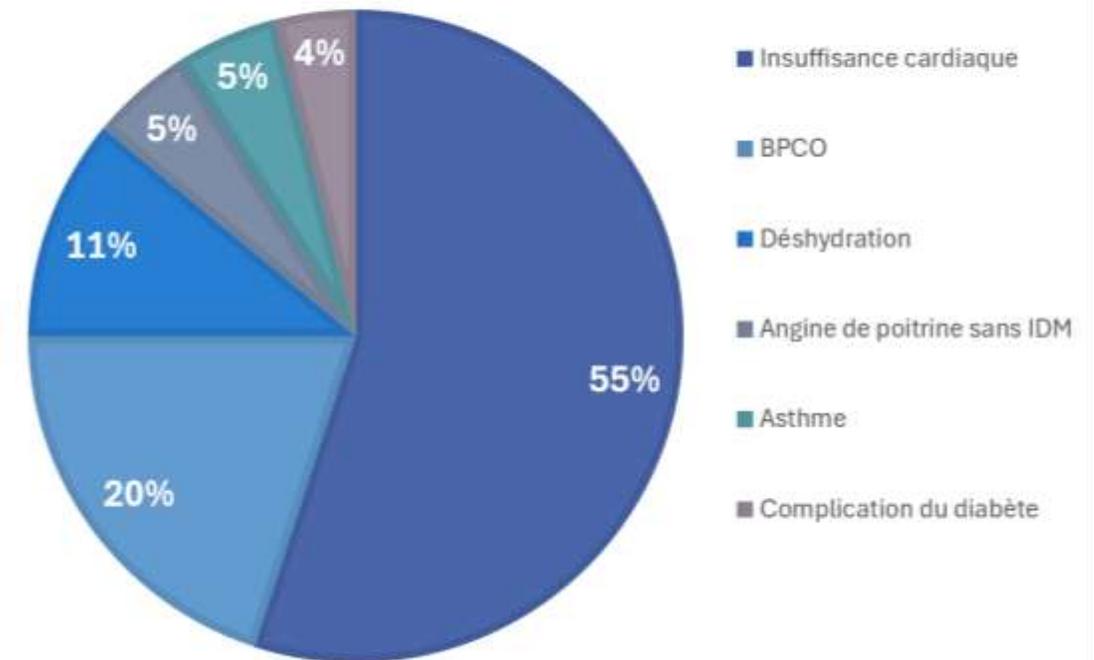
# Le périmètre des HPE, retenu par la CNAM, est trop restreint pour refléter une ambition forte de réduction de la pression et des coûts hospitaliers

Adopté en France en 2014, le concept d'hospitalisation potentiellement évitable (HPE) est devenu un indicateur clé pour évaluer l'efficacité de la coordination ville-hôpital. Mesuré à partir des données du PMSI et fourni par l'ATIH, cet indicateur prend la forme d'un taux de recours aux soins hospitaliers potentiellement évitables pour 1000 habitants adultes d'une zone géographique donnée.

En 2022, le taux d'HPE observé en France pour les six affections retenues par la CNAM était de 5 pour 1000 habitants âgés de 18 ans et plus<sup>1</sup>, un taux stable en 2023<sup>2</sup>.

Le rapport Charges et Produits pour 2026 montre que ce taux reste constant, avec 1,6% des séjours évitables (en Médecine Chirurgie Obstétrique hors séances).

MOTIFS D'HOSPITALISATIONS ÉVITABLES AU PÉRIMÈTRE CNAM, EN FRANCE, EN 2022



Sources: 1. Rapport Charges et Produits pour 2025 de l'Assurance Maladie 2. Rapport Charges et Produits pour 2026 de l'Assurance Maladie.

# Les chiffres clés de la stratégie de l'Assurance Maladie de réduction des HPE sont trop faibles par rapport à la réalité des coûts évitables et démontrent un manque d'ambition dans l'amélioration du système de santé

# 990M€



**Surcoût annuel évitable identifié par la CNAM <sup>1</sup>**

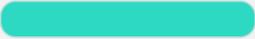
Valorisation totale des HPE pour l'Assurance Maladie (en 2023) sur les 6 pathologies suivies

**Séjours évitables par la CNAM <sup>1</sup>**

Nombre de séjours hospitaliers évitables (en 2023)

# 266K

## Stratégie de réduction des HPE portée par l'Assurance Maladie

- 
**Diffusion de l'indicateur**

Rendre l'indicateur HPE disponible à tous les acteurs de santé via l'ATIH
- 
**Accompagnement ciblé**

Soutenir les praticiens libéraux, établissements de santé et médico-sociaux dans les territoires à fort taux d'HPE
- 
**Prévention individuelle**

Intervenir auprès des patients, identifiés comme étant à risque d'HPE, à domicile ou lors des sorties d'hospitalisation
- 
**Amélioration de la coordination**

Développer des outils pour renforcer la coordination ville-hôpital, notamment pour les sorties d'hospitalisation

8 % des journées de médecine et 27 % des lits en SMR (soins médicaux et de réadaptation) sont occupés par des personnes pouvant potentiellement sortir d'hôpital<sup>1</sup>.

Sources: 1. Rapport Charges et Produits pour 2026 de l'Assurance Maladie.

# Pour réduire les HPE, le recours aux urgences des résidents en EHPAD pourrait être évité par un accès aux soins en amont



*La prise en charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pourrait être optimisée, sachant que **32 % d'entre eux passent par les urgences, et 50 % sont hospitalisés suite au passage aux urgences**<sup>2</sup>.*

*Cette situation illustre un enjeu fort pour les personnes âgées, d'autant que **82 % des séjours liés aux hospitalisations potentiellement évitables concernent des patients de 65 ans et plus, et 61 % les 75 ans et plus**<sup>1</sup>.*

*Ces chiffres soulignent la nécessité d'adapter les stratégies de prévention et de coordination des soins à la population âgée, particulièrement exposée.*

**Sources:** 1. Rapport Charges et Produits pour 2025 de l'Assurance Maladie 2. 2. Rapport Charges et Produits pour 2026 de l'Assurance Maladie.

# Les pouvoirs politiques doivent porter une stratégie de réduction des hospitalisations



**L'Assurance Maladie cible une réduction de 30 % des HPE, sur un périmètre restreint de 4 ans et une cible limitée à 6 pathologies, soit 60 millions d'euros par an<sup>1</sup> sur un coût annuel de 990 millions € par an<sup>2</sup>.**

**Cet objectif n'est pas assez AMBITIEUX au regard des enjeux budgétaires auxquels la France est confrontée. Les actions prévues par l'Assurance Maladie sont trop limitées. Elles doivent à être coordonnées avec celles du Ministère et de l'ensemble des acteurs.**

**Des réformes de fond, A CARACTERE STRUCTUREL, auront plus d'efficacité que la simple recherche de gains budgétaires marginaux.**

**La lutte contre les pertes d'efficience nécessite une **VERITABLE VOLONTE POLITIQUE**, qui fait aujourd'hui défaut.**

**Les cas d'usage présentés ci-après illustrent cette limite et soulignent l'urgence d'identifier et de prioriser des leviers d'efficience au-delà du seul périmètre de l'Assurance Maladie.**

**Sources:** 1. Rapport Charges et Produits pour 2025 de l'Assurance Maladie 2. Rapport Charges et Produits pour 2026 de l'Assurance Maladie

*Les chiffrages des montants des gains d'efficience identifiés ci-après n'ont pas vocation à être estimés de manière parfaite.*

*Ils compilent les données existantes avec **le seul objectif d'avoir un ordre de grandeur** de l'impact d'actions améliorant l'efficience.*

*Il s'agit de mettre en balance certaines mesures engagées par la CNAM ou des mesures de régulation annuelles sur les produits de santé versus des actions efficaces pour améliorer l'état de santé des patients pouvant entraîner des économies budgétaires.*

# L'APPORT DES TESTS DE DIAGNOSTIC-IN-VITRO (DIV) À L'EFFICIENCE



2

- Le diagnostic in vitro, une clé **sous-utilisée**.
- Les **examens de biologie médicale délocalisée** comme levier pour dégager des marges de manœuvre dans le système de santé : exemples des infections respiratoires aiguës et du sepsi.

# Diagnostic In Vitro (DIV) : la clé de l'efficacité sous-utilisée dans 45 % des cas

60 à 70 % des décisions médicales se basent sur un ou plusieurs DIV.

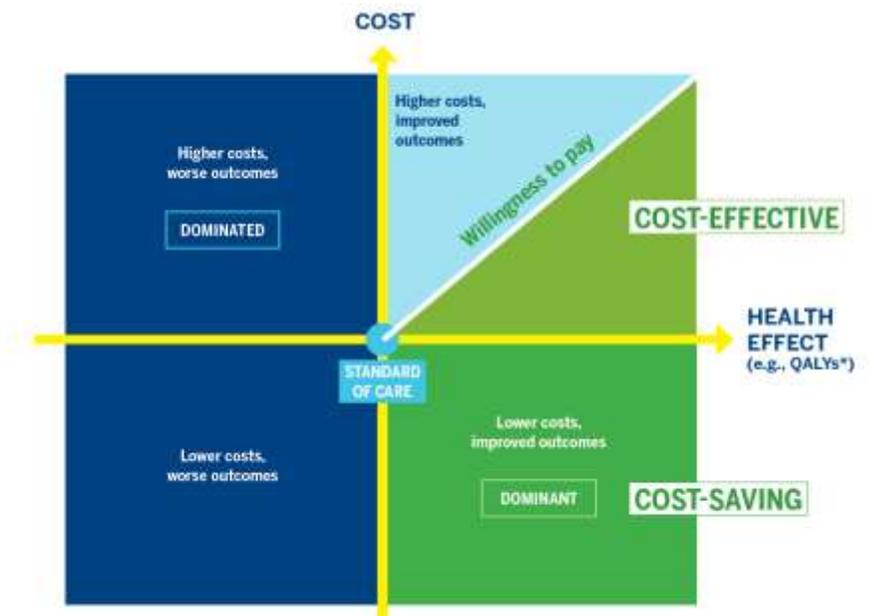
88 % des diagnostics initiaux sont réalisés par un test DIV<sup>1</sup>.

- ❑ Un diagnostic précoce permet une intervention thérapeutique plus rapide, améliore la survie et réduit les coûts.
- ❑ A l'inverse, un diagnostic tardif conduit à des traitements plus coûteux et moins efficaces, avec un impact négatif sur la durée et la qualité de vie.

44,8 % de sous-utilisation<sup>2</sup> : un levier d'efficacité clé pour éviter des consommations de soins, coût-efficace.

Sources : 1. Rohr UP, Binder C, Dieterle T and all. The Value of In Vitro Diagnostic Testing in Medical Practice: A Status Report. PLoS One. 2016 Mar 4 ; 11(3):e0149856. doi: 10.1371/journal.pone.0149856. Erratum in: PLoS One. 2016 Apr 2. Carmen B. et al, "Costs and benefits of diagnostic testing: four ways to improve patient care by purposive use of in vitro diagnostics", Swiss Med Wkly. 2017 ; 147:w14546.

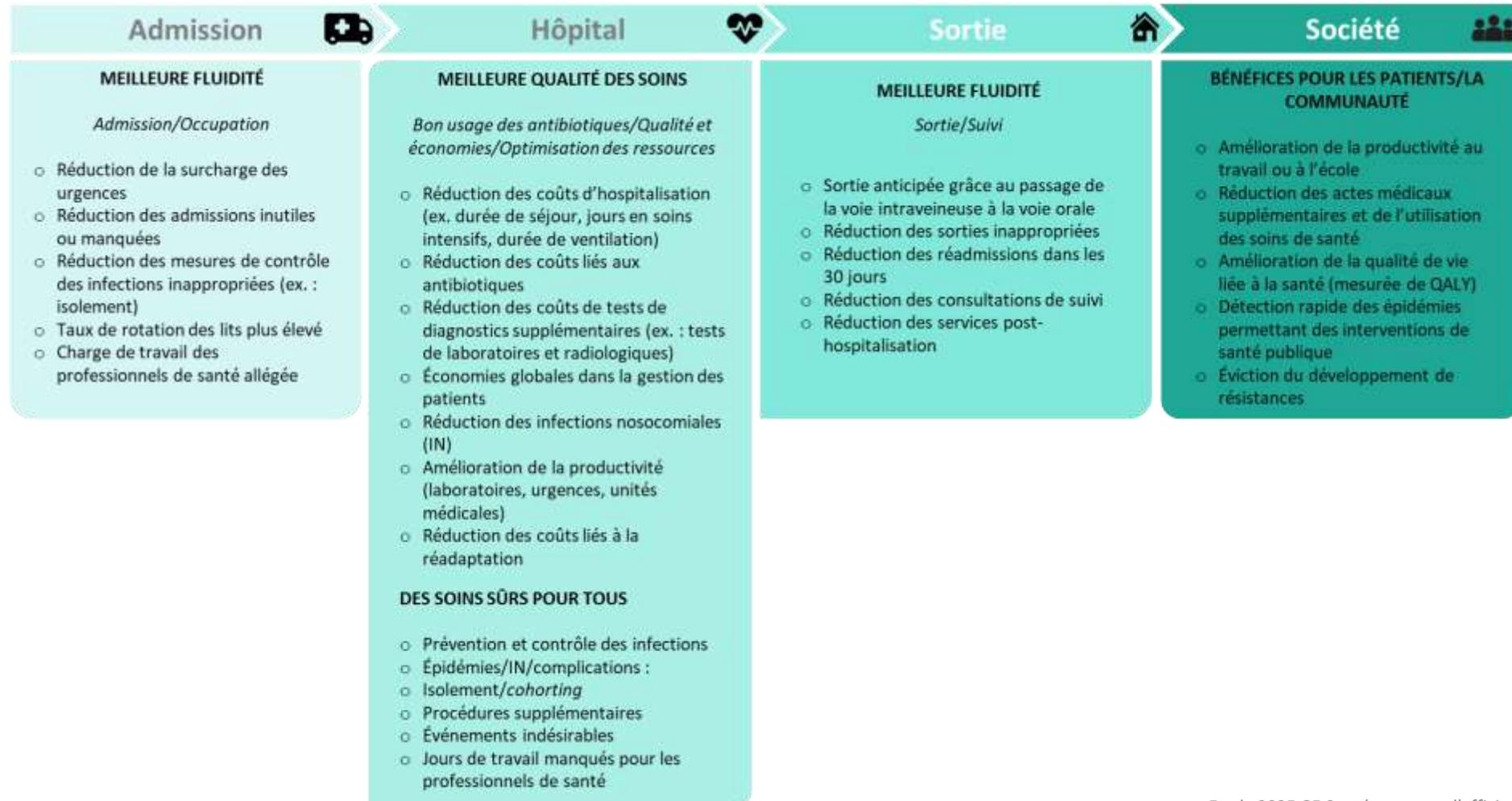
Plan coût-efficacité en évaluation médico-économique



Source : Cost-effective diagnostics for hospital infection management – edition 2025

\*QALY : Quality-Adjusted Life Years

# Du tri aux urgences jusqu'à la prévention en population générale, le diagnostic in vitro structure tout le parcours de soins mais reste sous-utilisé dans la décision médicale



# Examens de Biologies Médicale Délocalisée



L'exemple des Infections Respiratoires  
Aigües (IRA)

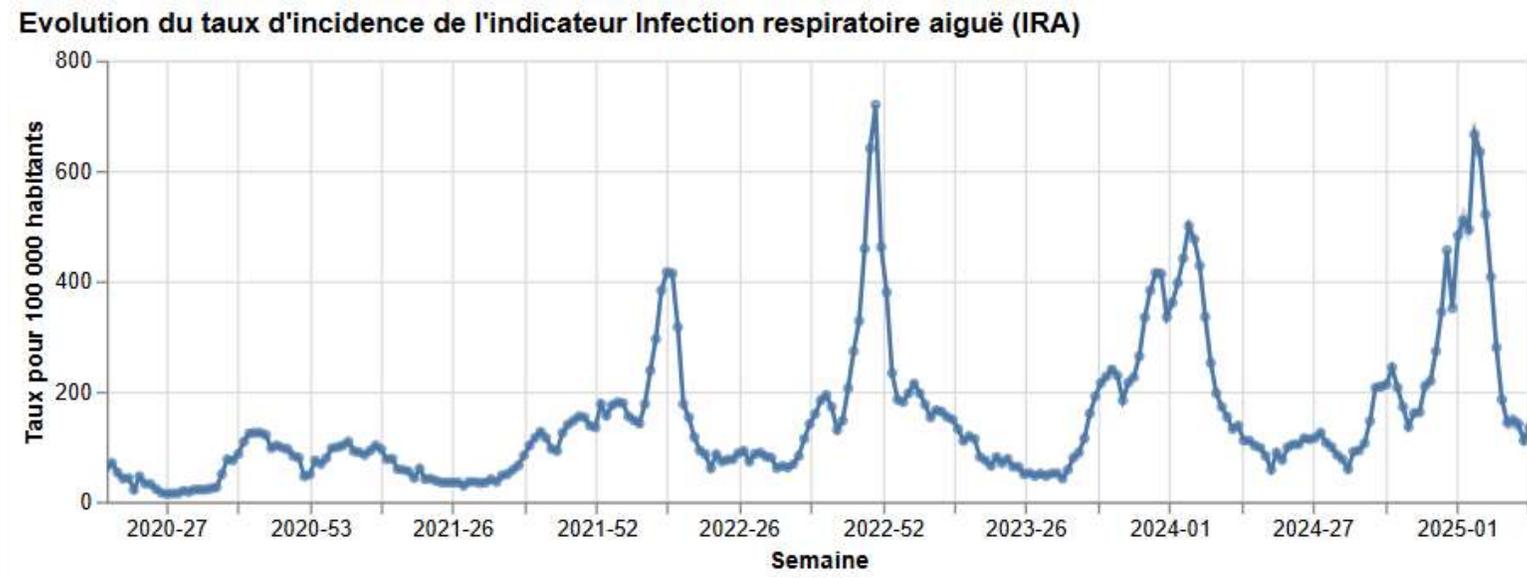
Les examens de biologie médicale délocalisée (EBMD) sont des prélèvements et analyses biologiques effectués à proximité directe du patient, sur un lieu situé à l'extérieur d'un laboratoire de biologie médicale et dont les résultats sont obtenus rapidement, voire instantanément.

# Chaque année, les IRA provoquent des pics épidémiques brutaux, saturant les urgences, les lits et les soignants. Mieux utiliser le diagnostic in vitro, lors de ces vagues d'infections virales, c'est préserver l'hôpital.



Les **IRA** (Infections Respiratoires Aiguës) regroupent les infections touchant les voies respiratoires hautes (nez, gorge, larynx) et basses (poumons, bronches), incluant les bronchites, pneumonies et bronchiolites. Elles sont majoritairement virales, avec des agents tels que les virus grippaux, le Sars-Cov-2 ou le VRS.

Pics épidémiques annuels marqués, impactant fortement les capacités hospitalières



Source : Réseau Sentinelles – Indicateur IRA (2020 – 2025 en cours)

# Les jeunes enfants et les adolescents ont été les plus touchés en 2025 (30 % des 0-5 ans (VRS) et 61 % des 6-18 ans (grippe) : les moyens de prévention restent insuffisamment mobilisés.



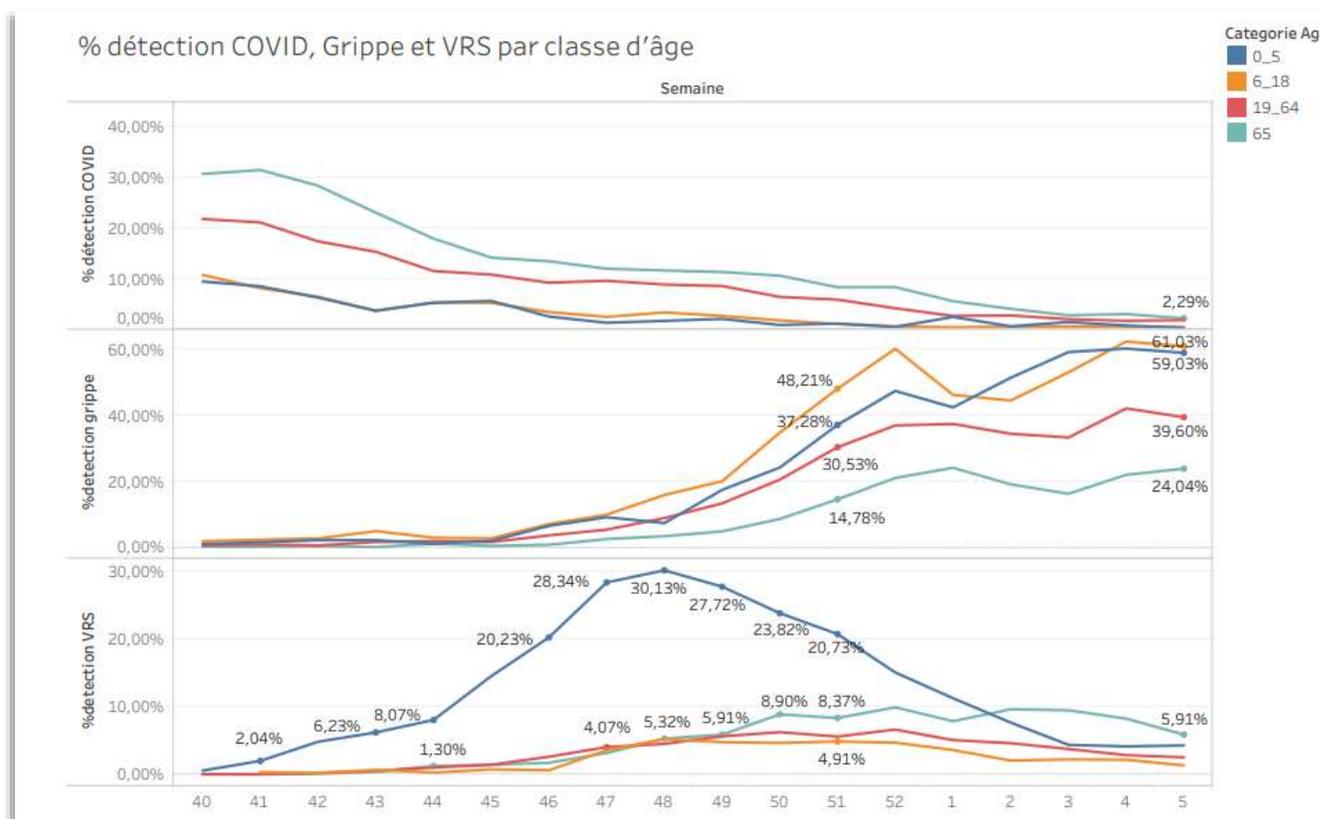
Les populations les plus touchées diffèrent en fonction des virus et des années

L'intensité des épidémies varie d'une saison à l'autre, avec des pics imprévisibles.

En 2022-2023, le taux d'incidence des IRA dues au VRS était estimé à 448 cas pour 100 000 habitants<sup>2</sup>.

La part du VRS dans les IRA est moindre que celle des virus de la Covid-19 et de la grippe :

- Saison 2022-2023 : VRS (7,6 %), virus grippaux (31,4 %), SARS-CoV-2 (10,9 %).
- Saison 2023-2024 : VRS (6,6 %), virus grippaux (21,4 %), SARS-CoV-2 (15 %).



Source : Réseau RELAB (Saison 2024-2025) Comparaison entre virus

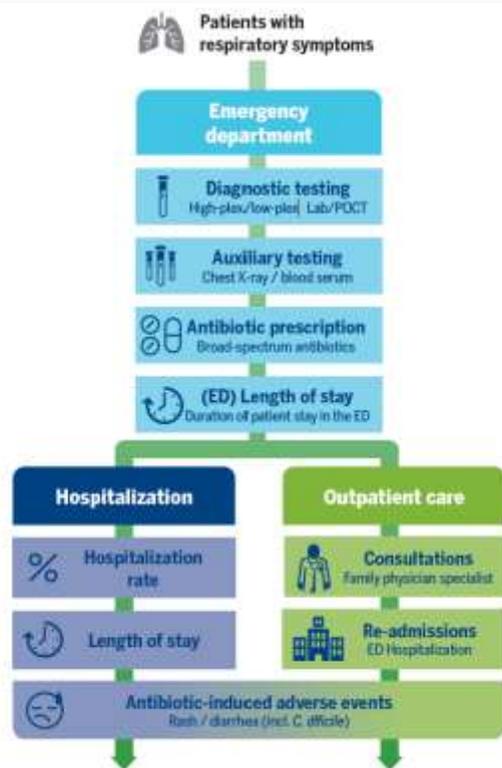
Etude 2025 G5 Santé - engager l'efficience

# Les tests multiplex sont un exemple d'efficacité appliquée pour désengorger les urgences, réduire la durée d'hospitalisation et éviter les prescriptions inutiles.



EXEMPLE

Les tests multiplex peuvent réaliser simultanément un grand nombre d'analyses et au chevet du patient (en ville comme à l'hôpital) pour un diagnostic complet et rapide.



Source: Vandepitte et al. White paper, hict 2024 & poster\* presented at the 2024 international symposium on molecular diagnostics (ismd) clin chem lab med 2024

## 1 Aux urgences

- Le **décal d'attente des résultats** avec les tests multiplex au chevet du patient est de **15 min** contre 2 à 3h pour les tests les plus performants (-67,5 min) voire des délais supérieurs à 12h pour certains<sup>1</sup>.
- Le **taux de sortie** après passage aux urgences s'améliore de 55% pour les enfants (< 5ans) et de 77% pour les adultes à risque de complications<sup>1</sup>.

## 2 Pendant l'hospitalisation

- Eviter le placement en **chambre d'isolement** pour 56 % des patients suspects d'infection virale<sup>2</sup>.
- Réduction de la durée de séjour de 1 à 2 jours, y compris pour les enfants<sup>3,4</sup>.

## 3 Prescriptions

- **Réduction de l'usage inapproprié des antibiotiques** : -15% chez les enfants, -10,2% chez les adultes à haut risque<sup>1</sup>.
- **Réduction des effets indésirables** liés aux antibiotiques : -3,4% chez les enfants, -3,8% chez les adultes<sup>1</sup>.

Sources : 1. Vandepitte et al. White paper, hict 2024 & poster\* presented at the 2024 international symposium on molecular diagnostics (ismd) clin chem lab med 2024; 62(6):ea188–ea211 <https://doi.org/10.1515/cclm-2024-0438> 2. Poelman R, Der Meer JV, Der Spek CV, et al. Improved diagnostic policy for respiratory tract infections essential for patient management in the emergency department. *Future Microbiology* 2020;15(8):623–632. 3. Kitano et al. *Journal of infection and chemotherapy* 2020;26(1):82-85. Doi: 10.1016/j.jiac.2019.07.014 4. Brendish, NJ; Malachira, AK; Armstrong, L et al. Routine molecular point-of-care testing for respiratory viruses in adults presenting to hospital with acute respiratory illness (ResPOC): a pragmatic, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2017;5(5)

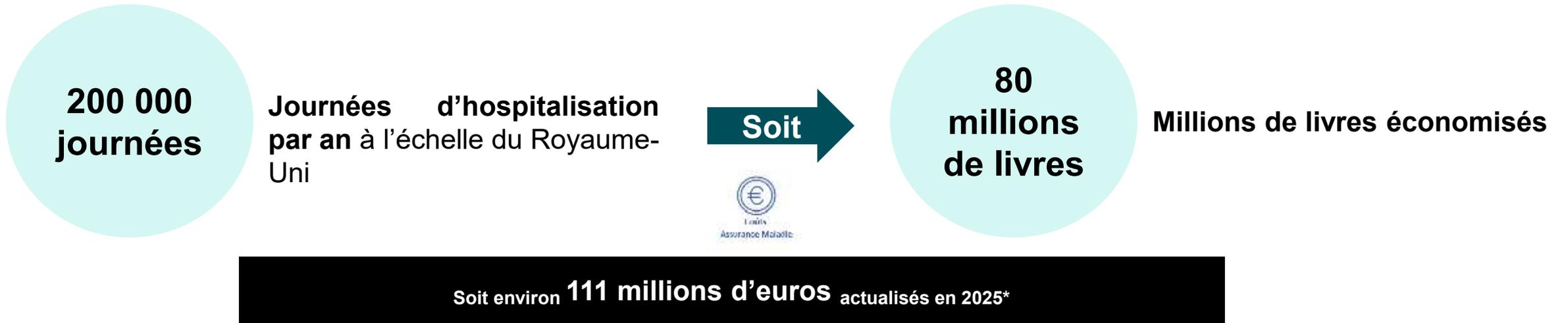
# Le Royaume-Uni a su économiser massivement grâce aux diagnostics in vitro depuis 2015



EXEMPLE

La preuve au Royaume-Uni par cette étude qui a estimé, à l'échelle du pays, les économies générées par la **réduction significative de la durée de séjour grâce au test diagnostic respiratoire multiple lors des passages aux urgences** par rapport aux méthodes traditionnelles.

*L'étude a estimé qu'une réduction d'un jour de la durée de séjour pour les patients atteints d'infections respiratoires, grâce aux DIV, pourrait permettre d'économiser :*



*\* Il est considéré que l'épidémiologie de l'Angleterre diffère peu de celle de la France. Aussi le résultat du UK a-t-il été directement convertis pour la France et actualisé sur le taux d'inflation annuel moyen de 2,5%*

Source : Brendish, NJ; Malachira, AK; Armstrong, L et al. Routine molecular point-of-care testing for respiratory viruses in adults presenting to hospital with acute respiratory illness (ResPOC): a pragmatic, open-label, randomised controlled trial. The Lancet Respiratory Medicine. 2017;5(5):401-411.  
Abréviation : NHS : National Health Service

# Les examens de biologie médicale délocalisée permettent, par leur rapidité, des décisions médicales plus appropriées et des gains cliniques qui pourraient se traduire en gains économiques

## 1

### Un impact clinique majeur

- Diagnostic rapide (résultats en 15-60 min)
- Orientation thérapeutique précoce et adaptée
- Réduction de l'usage inapproprié d'antibiotiques (-10% à -15%)
- Réduction des événements indésirables liés aux traitements (-3% à -4%)



## 2

### Un impact économique tangible

- Économies nettes hospitalières estimées : ~ 213 € à 227 € par patient par examen aux urgences<sup>1</sup> (actualisé en euros 2025)
- Conversion : 80 millions GBP 2017 = 111 millions € en 2025
- Contribution à la maîtrise des dépenses de santé publique et à leur croissance



Source : 1. Vandepitte et al. White paper, hict 2024 & poster\* presented at the 2024 international symposium on molecular diagnostics (ismd) clin chem lab med 2024; 62(6):ea188–ea211 <https://doi.org/10.1515/cclm-2024-0438>

# Les examens de biologie médicale délocalisée ont des impacts positifs à la fois à l'hôpital, en ville, dans le secteur médico-social mais ont également des externalités positives sociétales

3

## Efficiences en santé et médico-social

- **A l'hôpital**
  - Réduction du temps de séjour aux urgences (réduction de 68 minutes)
  - Réduction de la durée d'hospitalisation de 1 à 2 jours
- **En ville**
  - Moins de consultations de suivi (-20%)
  - Moins de prescriptions inutiles
- **Dans le médico-social**
  - Réduction des passages aux urgences et de transports inutiles
  - Réduction des prescriptions inutiles
  - Réduction du risque iatrogénique



4

## Un bénéfice sociétal majeur

- Diminution de la transmission des épidémies
- Contribution à la lutte contre **l'antibiorésistance**
- Amélioration de la qualité de vie (QALY gagnés)
- Réduction des coûts indirects et pertes de productivité



# Examens de Biologies Médicale Délocalisée



## L'exemple du sepsis

Le sepsis est défini comme un état aigu de dysrégulation de la réponse de l'organisme à une infection entraînant la perte de fonction des organes et un risque vital pour le patient.

# Le sepsis est un enjeu économique mais aussi d'amélioration de la mortalité



EXEMPLE

## Dans le monde

En 2017, dans le monde entier, **49 millions de cas de sepsis**, avec **11 millions de décès évitables**<sup>1</sup>. 1 décès sur 5 dans le monde est causé par un choc septique<sup>2</sup>.

## En France

En France, cela représente **250 000 à 300 000 cas** de sepsis d'origine bactérienne par an et **60 000 décès**<sup>2</sup>. La mortalité d'hospitalisation pour sepsis est de 25% et ce taux augmente jusqu'à 50% en cas de choc septique<sup>2</sup>.

Le coût moyen d'un séjour hospitalier pour sepsis est estimé à **16 000 € par patient**<sup>3</sup>.

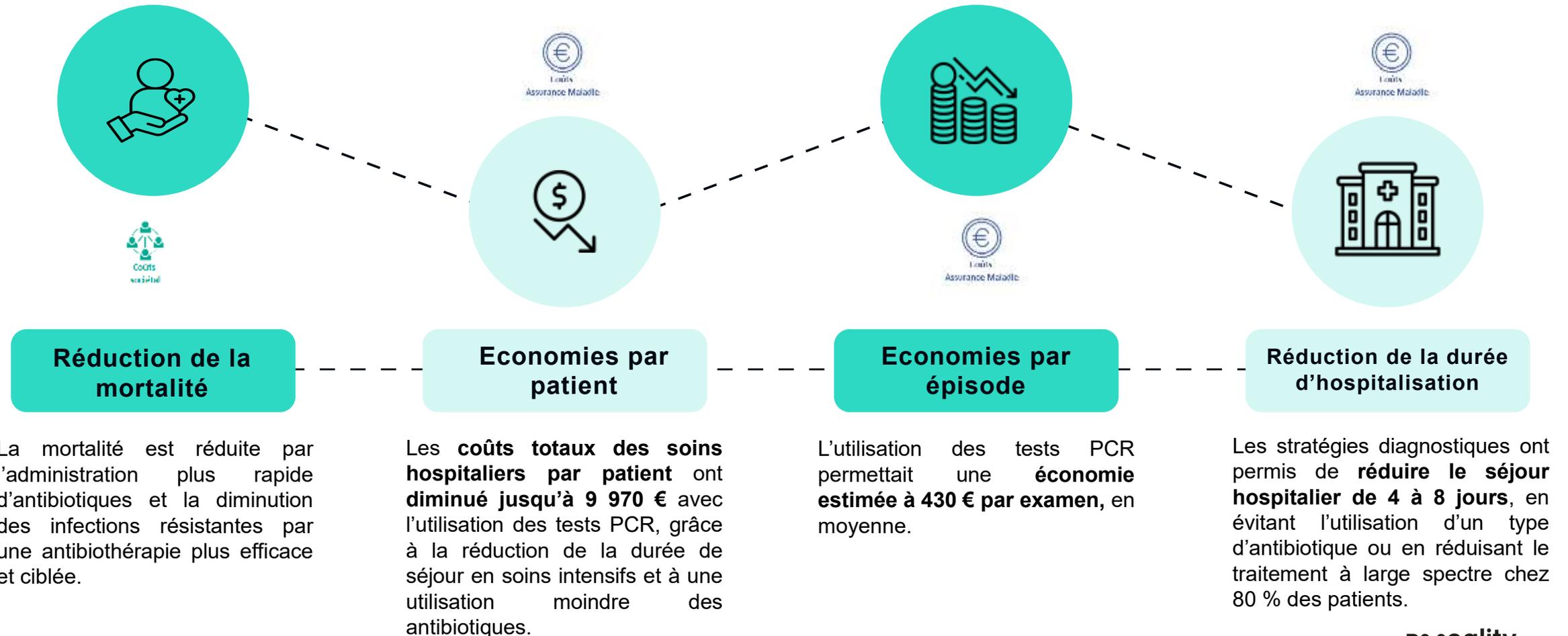
**Progression vers le choc septique** : 42% des patients atteints de sepsis sous traitement standard (SoC)<sup>4</sup>.

Le **retard au traitement** approprié augmente directement la mortalité : chaque heure de retard, dans l'initiation du traitement adapté en cas de choc, diminue la survie de 7,6%<sup>5</sup>.

Sources: 1. Rudd K et al., regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2020 Jan 18;395(10219):200-211. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32989-7. 2. Institut Pasteur, « Sepsis/Septicémie », 2021. 3. [source Ministère \(2019\)](#) 4. Kadri SS et al; forming the National Institutes of Health Antimicrobial Resistance Outcomes Research Initiative (NIH-ARORI). Inappropriate empirical antibiotic therapy for bloodstream infections based on discordant in-vitro susceptibilities: a retrospective cohort analysis of prevalence, predictors, and mortality risk in US hospitals. Lancet Infect Dis. 2021 Feb;21(2):241-251. 5. Kumar A, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med. 2006 Jun;34(6):1589-96. doi: 10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9. PMID: 16625125.

# La détection précoce permet à la fois des gains en survie et des économies, pouvant atteindre 9 970€ par patient grâce à une réduction de la durée de séjour et des prescriptions inutiles d'antibiotiques.

2



# En plus de la détection précoce, l'efficacité est améliorée par la mise en place rapide du bon traitement antibiotique ciblé

Les tests ID (identification)/ AST (Antibiotic Susceptibility Testing) permettent, en combiné, de déterminer quel agent pathogène (bactérie, champignon...) est responsable de l'infection et de tester la sensibilité aux antibiotiques permettant d'identifier le traitement le plus efficace dès l'initiation du traitement.

En réduisant le délai de diagnostic à moins de 6 heures, les tests ID/AST rapides permettent une prise en charge ciblée, diminuant :

- le taux de sepsis (-8,9 %),
- les chocs septiques (-4,6 %)
- la mortalité (-3,8 %)



À la clé : près de 1 000 € d'économies par patient, 1,5 jour d'hospitalisation en moins, et un usage plus rationnel des antibiotiques.

# Sur une cohorte française de 20 000 patients, l'utilisation de tests d'identification et de susceptibilité aux antibiotiques a permis de réduire les coûts et la mortalité



EXEMPLE

La cohorte de 20 000 patients hospitalisés diagnostiqués avec une bactériémie était divisée en deux groupes :

**Groupe contrôle (SoC)** : des méthodes conventionnelles d'ID/AST étaient utilisées, dont les résultats sont généralement disponibles en 24 à 48 heures.

**Groupe intervention (ID/AST rapide)** : une solution de diagnostic rapide était utilisée, fournissant les résultats en **moins de 6 heures**, ce qui permettait aux cliniciens d'administrer les antibiotiques appropriés en une seule journée de travail.

Un modèle d'analyse décisionnelle a été développé, **du point de vue du payeur français**, afin de comparer les résultats de santé et les coûts directs de soins de santé pour une cohorte hypothétique de 20 000 patients hospitalisés et diagnostiqués avec une bactériémie.



**Table 1. Differences in main outcomes between SoC arm and Rapid ID/AST arm**

Reproduced with permission from Boughazi HE. *Value in Health* 2023;26(12):S176

	STANDARD OF CARE	RAPID ID/AST	DIFFERENCE
<b>Health outcomes</b>			
Sepsis cases (%)	27.7	18.8	-8.9
Septic shock cases (%)	14.3	9.7	-4.6
Overall mortality (%)	11.7	7.9	-3.8
<b>Economic outcomes</b>			
Average LoS per patient (days)	11.6	10.1	-1.5
Average ICU stay (days)	3.4	2.3	-1.1
Total cost per patient (€)	9,951	8,959	-992

\*Of note, the savings of €992 take into account the cost of the rapid ID/AST and are thus net savings.



Source : Boughazi HE et al, « Explorative cost-effectiveness analysis of a rapid ID and rapid AST solution for patients with bloodstream infection », *Value In Health*, 2023, 26(12).  
 Abréviation : ID/AST : Identification et test de sensibilité aux antibiotiques ; SoC : Standard of Care

# 1,16 milliards d'euros de coûts évitables par an pour les hôpitaux grâce à l'utilisation des tests dans le sepsis

**1,1 million de journées d'hospitalisation évitables**

Réduction de 4 à 8 jours de la durée de séjour avec un diagnostic précoce du sepsis et du profil d'antibiotiques <sup>1,2</sup> et de 1,5 jours avec le bon traitement rapidement

**1,16 milliards d'euros de coûts évitables pour les hôpitaux**

Estimation d'après l'Echelle Nationale Cousts 2022, avec un coût moyen de la journée d'hospitalisation de sepsis à 1054€

**80% de réduction de prescriptions inutiles <sup>1</sup>**

En lien avec les enjeux vitaux de lutte contre les bactéries Multi-Résistantes

Sources: 1. Rojas-Garcia P. et al, « Diagnostic Testing for Sepsis: A Systematic Review of Economic Evaluations », Antibiotics, 2022;11(27):1-15 2. Institut Pasteur, « Sepsis/Septicémie ».

# Selon la campagne nationale « Surviving sepsis » : ce que le Royaume-Uni fait déjà et ce que la France devrait faire

## Comparaison avec le Royaume-Uni

- Création par le NHS depuis 2021 d'un score unique d'alerte précoce à utiliser dans les établissements de soins aigus et les ambulances, combinant un diagnostic in vitro et score News 2.
- Mise en place au niveau national du protocole de la

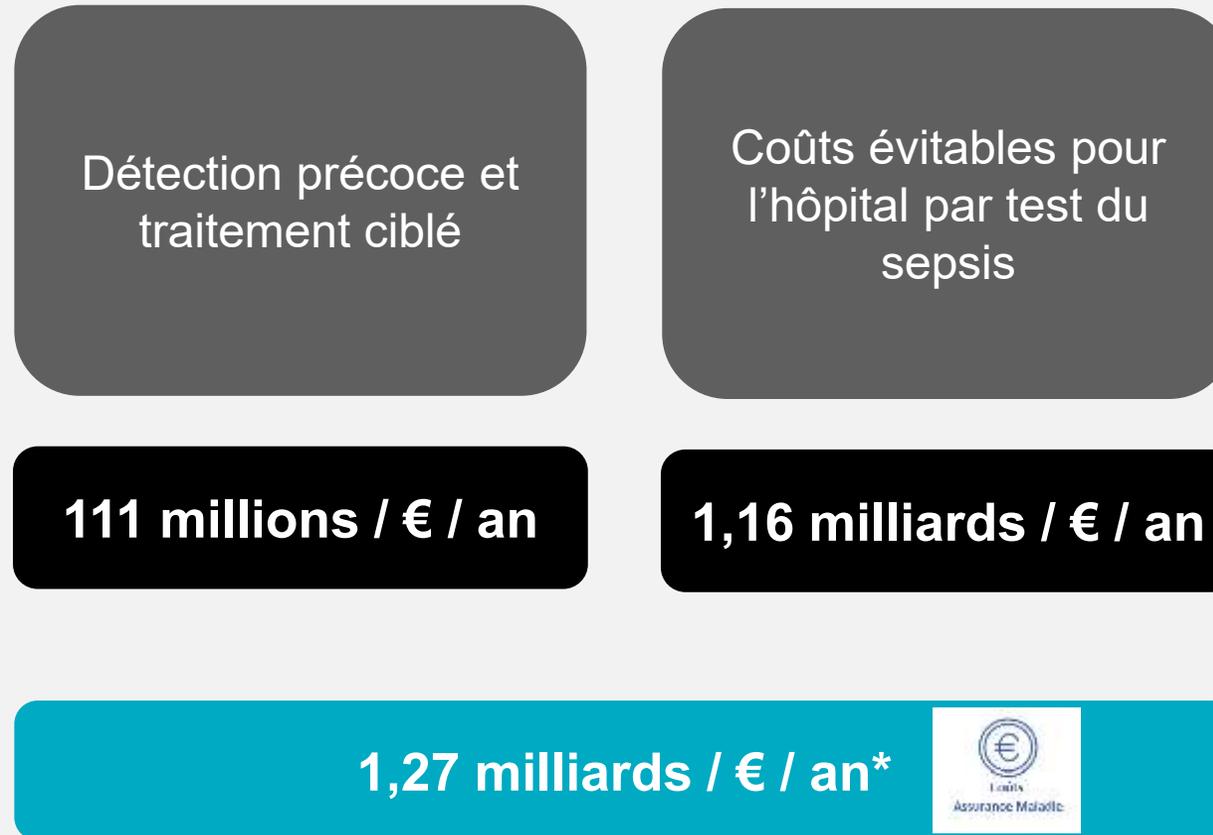
## «Surviving Sepsis Campaign ».

## A combiner avec les diagnostics in vitro de détection précoce

### Mais...

- Ces bonnes pratiques déjà évaluées ne sont pas mises en place en France
- Le test seul ne suffit pas, une campagne d'information et de formation s'impose
- La HAS n'actualise pas assez rapidement les recommandations pour diffuser ces bonnes pratiques d'usage des diagnostics in vitro;
- Qui pour piloter ce type de campagne avec efficacité? (DGS? CNAM? Santé Publique France?)

# Pour 1,27 milliards d'euros d'économies et sauver des vies, il suffit d'un test au bon moment



**/!\ Pour que le système de santé récupère ces économies hospitalières, particulièrement sur le sepsis, il faut plus de flexibilité pour ajuster les tarifs GHS, à la baisse comme à la hausse. Les hôpitaux doivent être intéressés à l'efficacité sur l'ensemble du le parcours de soins.**

*\* Les chiffrages des montants des gains d'efficacité identifiés ci-après n'ont pas vocation à être estimés de manière parfaite. Ils complètent les données existantes avec l'objectif d'avoir un ordre de grandeur de l'impact d'actions basées sur l'efficacité.*

*Il s'agit de mettre en balance certaines mesures engagées par la CNAM ou les mesures de régulation annuelles sur les produits de santé versus des actions efficacité pour améliorer l'état de santé des patients et générer des économies budgétaires et économiques.*

Etude 2025 G5 Santé - engager l'efficacité

# Pour les diagnostics in vitro, l'une des priorités est la publication des textes d'application sur les examens de biologie médicale délocalisée, attendue depuis 2019



1

## Publier les textes d'application des Examens de Biologie Médicale Délocalisée

**Publication de l'arrêté d'application de la loi, attendu depuis 2019** et fixant les modalités de mise en œuvre de la biologie délocalisée pour permettre la réalisation du test en ville, en précisant:

- **la liste des lieux** : l'élaboration d'une stratégie claire pour les structures coordonnées de soins primaires (Maisons de Santé, Centres de Santé) et non programmés (Centre Médical de Soin Immédiat, CMSP, Centre de Soins Non Programmés) et EHPAD doit être clarifiée dans le même temps,
- **les tests autorisés** : sans conteste, les tests d'urgence auxquels il est fondamental d'ajouter les tests permettant de détecter les viroses respiratoires (cf. pandémie),
- **les catégories de professionnels habilités** : médecins, infirmiers mais aussi assistants médicaux.

# La tarification des tests devrait être mise en cohérence avec les objectifs de santé publique et de recherche d'efficience



## 2 Adapter les financements ville et hôpital pour inciter à l'utilisation des tests

**Le temps des tests n'a aucun financement en ville comme à l'hôpital :**

- **le mécanisme dérogatoire d'accès au marché pour la biologie délocalisée** doit être clarifié (RIHN 2.0 ou forfait innovation) concomitamment avec les modalités de financement en droit commun en ville et à l'hôpital (si le test est fait sur un patient dans le service d'urgence, financement via le forfait urgence (problème d'enveloppe limitée ne permettant pas d'absorber des tests innovants et onéreux))
- **si test est réalisé quand le patient est hospitalisé** : financement via le GHS (problème d'enveloppe limitée ne permettant pas d'absorber des tests innovants et onéreux). Option : NABM publique avec code traçant ?
- proposition d'une enveloppe prévention et diagnostic avec gestion par les ARS et possible adaptation **populationnelle.**

# Les établissements de santé n'ont actuellement aucune incitation financière à déployer des actes innovants qui sont pourtant évalués pour leur intérêt clinique et économique



## 3 Faciliter l'accès aux innovations dans le DIV lors de l'évaluation HAS

- Révision des règles d'application de **l'abattement annuel de 20% pour les actes de la LAHN** (RIHN1.0 et liste complémentaire) en tenant compte des capacités d'évaluation de la HAS
- Mise en place d'un **mécanisme d'incitation financière** des établissements, maisons et centre de santé collecteurs identifiés pour assurer le respect des objectifs calendaires fixés lors de l'inscription au RIHN2.0
- **Généralisation des actes traçants et de l'usage du FICHCOMP** pour permettre l'analyse des données patients selon les critères HAS et un remboursement au fil de l'eau (au lieu du remboursement en N+1 par le suivi actuel FICHSUP dans le PMSI)

# PREVENTION ET VACCINATION



3

- Des **coûts directs et indirects évitables** grâce à l'amélioration de la couverture vaccinale des personnes âgées et des enfants.
- Exemples de la grippe et du VRS.

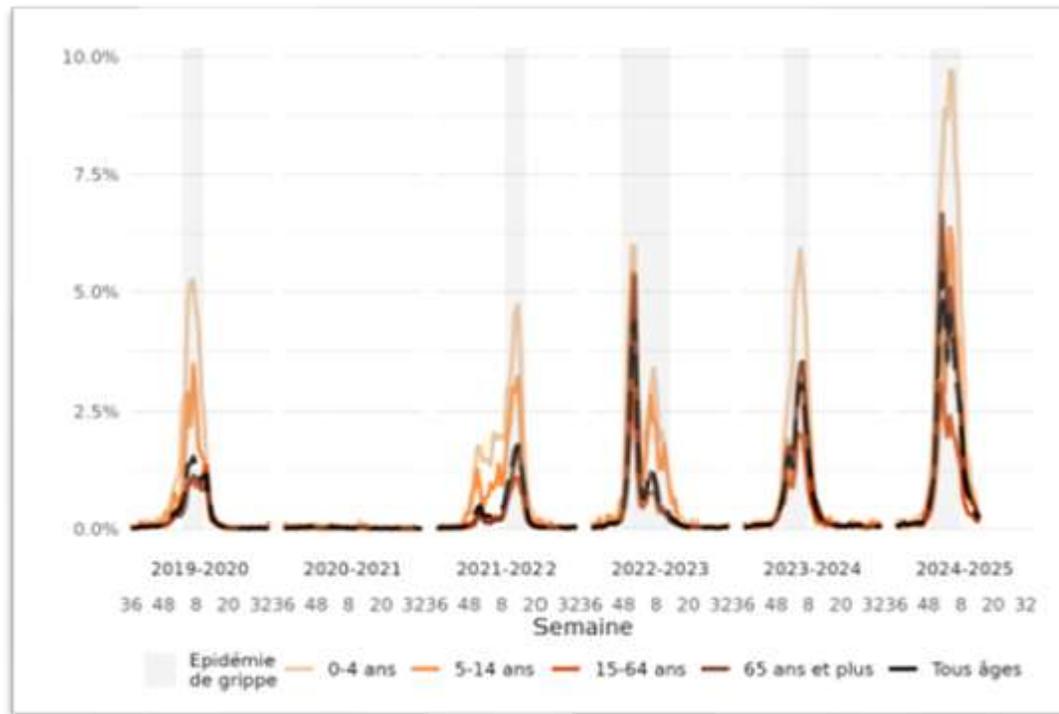
# L'exemple de la grippe

La grippe représente 2 à 6 millions de cas chaque année en France<sup>1</sup>.



# Les moins de 5 ans et les plus de 65 ans sont surreprésentés dans les hospitalisations pour grippe alors que la moitié seulement des personnes à risque est vaccinée (34,3 % des < 65 ans à risque et 56 % des >65 ans)<sup>1</sup>

Évolution hebdomadaire de la **part des hospitalisations** pour grippe/syndrome grippal parmi l'ensemble des hospitalisations après passage aux urgences en France hexagonale, de 2019-2020 à 2024-2025, par classe d'âge et par semaine d'admission (réseau Oscour®)<sup>2</sup>



Les enfants de **moins de 5 ans** et les personnes âgées **plus de 65 ans** sont surreprésentés dans les hospitalisations pour grippe.



Les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées plus de 65 ans sont aussi surreprésentés dans les **passages en réanimation** liés à la grippe :

- **≥ 65 ans** : 44 % des admissions (571/an), surreprésentés (20 % de la population).
- **< 2 ans** : 4 % des admissions (45/an), surreprésentés (2 % de la population).

# La grippe, c'est plus de 20 000 hospitalisations par an et 9 000 décès. Les coûts directs, liés au plus de 65 ans, représentent à eux seuls 134 millions d'euros par an.



Plus d'1 million de consultations en médecine de ville

Plus de 20 000 hospitalisations par an

9 000 décès par an

Pour les plus de 65 ans : 133,9 millions d'euros dont 130 millions d'euros pour les hospitalisations



Sources : 1. AgrippeToi, « Coût de la grippe : et si on protégeait mieux et dépensait moins ? », 2025. 2. Brown L. et al, Poster Ispor « Cost of Illness of Vaccine-Preventable Diseases (VPDs) in France for those 65 Years and Older », n°EE621, 2022.

# A ces coûts directs s'ajoutent des coûts indirects très élevés et estimés à 700 millions d'euros par an

*Perte de productivité : absentéisme et « présentéisme »*

**La grippe cause des pertes de productivité...**



**Pertes de productivité liées à la grippe par an**

**Absentéisme au travail**

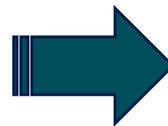
Perte de 1,5 à 2 millions de journées de travail par an

**Présentéisme au travail (travail en étant malade)**

Réduction de 20 à 50% de la productivité

**Décès prématurés**

Perte de productivité future



**... qui entraînent des coûts indirects importants.**



**Somme des coûts indirects liés à la grippe par an**

**Absentéisme au travail**

150 à 400 millions d'euros

**Présentéisme au travail**

100 à 200 millions d'euros

**Décès prématurés**

50 à 100 millions d'euros

**TOTAL**

**Environ 700 millions d'euros**

Sources : 1. Lemaitre et al. 2022 Lemaitre M, Fouad F, Carrat F, et al. « Estimating the burden of influenza-related and associated hospitalizations and deaths in France: An eight-season data study, 2010–2018 ». Influenza and Other Respiratory Viruses. 2022/07/01 2022;16(4):717-725. doi:https://doi.org/10.1111/irv.12962

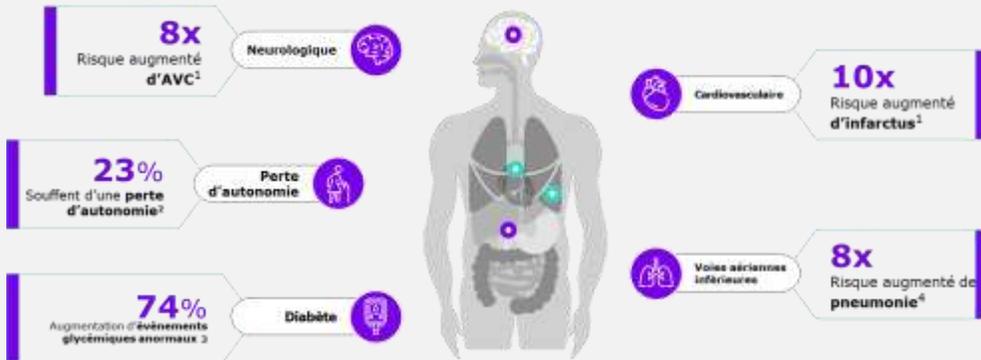
2. Fouad F. Uhart M. « Estimation du fardeau direct et indirect de la grippe en France de la saison 2010/2011 à la saison 2017/2018 : analyse épidémiologique et économique à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information », 2020, pS50 https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.01.114

# 23 % des personnes âgées perdent leur autonomie après une hospitalisation pour grippe, soit un coût sociétal annuel de 1,5 milliards d'euros

3

*En plus des coûts directs liés à l'hospitalisation des personnes âgées pour grippe, des conséquences supplémentaires existent tant d'un point de vue morbidité qu'économiques.*

## Complications directes de la grippe



## Perte d'autonomie chez les personnes âgées après hospitalisation pour grippe

La grippe accélère la perte d'autonomie :

- **23%** des personnes âgées de 65 ans et plus **perdent de l'autonomie** dans le mois suivant une hospitalisation pour grippe<sup>5</sup>.
- Les **dépenses annuelles** pour prévenir cette perte d'autonomie s'élèvent à **1,5 milliards d'euros** selon la Cour des comptes<sup>6,7</sup> :
  - 460 millions d'euros pour les aides techniques (fauteuils, déambulateurs, cannes...),
  - 300 millions d'euros pour l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.



Sources : 1. Warren-Gash C, et al. Eur respir J. 2018 ; 2. Andrew MK, et al. J Am Geriatr Soc. 2021 ; 3. Samson SI, et al. J Diabetes Sci Technol. 2019 ; 4. Kubale J, et al. Clin Inf Dis. 2021 ; 5. Andrew MK, et al. Persistent Functional Decline Following Hospitalization with Influenza or Acute Respiratory Illness. J Am Geriatr Soc. 2021. 6. Lemaitre et al. 2022 Lemaitre M, Fouad F, Carrat F, et al. Estimating the burden of influenza-related and associated hospitalizations and deaths in France: An eight-season data study, 2010–2018. Influenza and Other Respiratory Viruses. 2022/07/01 2022;16(4):717-725. doi:https://doi.org/10.1111/irv.12962 Fouad F. Uhart M. Estimation du fardeau direct et indirect de la grippe en France de la saison 2010/2011 à la saison 2017/2018 : analyse épidémiologique et économique à partir du Programme ; 7. https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees

# Au final, 2,3 milliards d'euros évitables par an, en France, grâce à une meilleure couverture vaccinale grippale

3



Coûts directs  
> 65 ans  
*(conservateur car il manque le reste de la population)*

**134 millions / € / an**



Coûts indirects  
(absentéisme, décès prématurés)  
*(toute population)*

**700 millions / € / an**



Dépendance et handicap  
*(conservateur car > 65 ans seulement)*

**1,5 milliards / € / an**

**2,3 milliards / € / an \***

\* Les chiffrages des montants des gains d'efficacité identifiés ci-après n'ont pas vocation à être estimés de manière parfaite. Ils compilent les données existantes avec l'objectif d'avoir un ordre de grandeur de l'impact d'actions basées sur l'efficacité.

Il s'agit de mettre en balance certaines mesures engagées par la CNAM ou les mesures de régulation annuelles sur les produits de santé versus des actions d'efficacité pour améliorer l'état de santé des patients et générer des économies budgétaires et économiques.

# Les vaccins adaptés aux personnes âgées doivent être déployés en priorité lors les prochaines campagnes

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus :

Deux types de vaccins inactivés

Vaccin à dose standard (SD)

Vaccin adapté aux séniors

L'objectif de l'OMS et des autorités sanitaires est d'atteindre un **taux de couverture vaccinale (TCV) de 75%**



- Entre 2 et 3 millions de personnes âgées de 65 ans et plus devraient être vaccinées.
- Ce chiffre augmente chaque année avec le vieillissement démographique.
- Chaque année, environ 270 000 nouvelles personnes atteignent l'âge de 65 ans.

Vaccin HD chez 50% des +65 ans



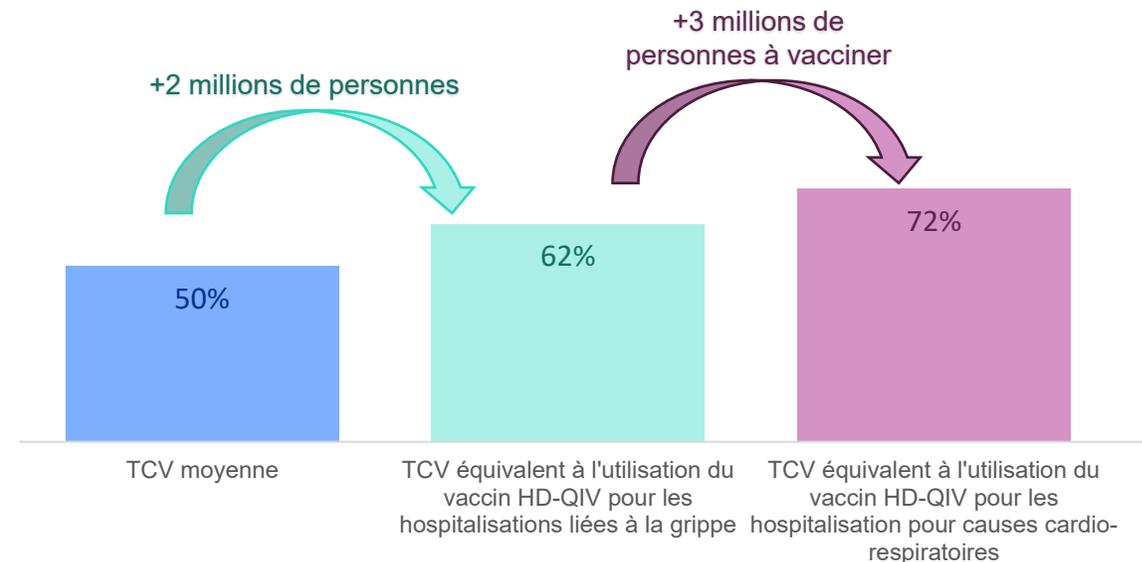
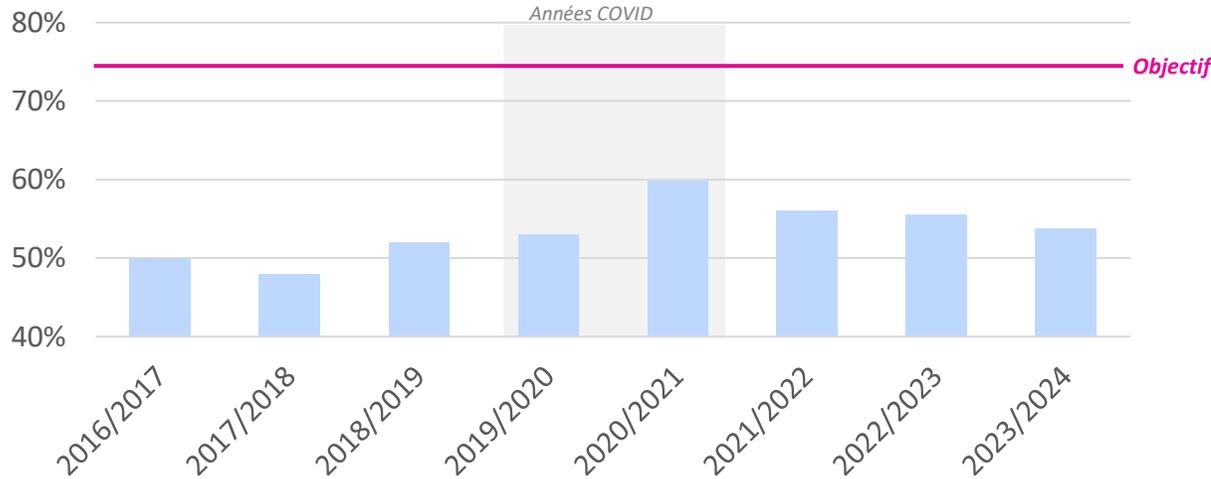
Vaccin SD chez 62% à 72% des +65 ans



Equivalent à



Taux de couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans et plus en France

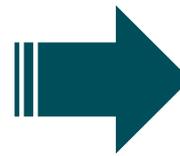


# La vaccination antigrippale des enfants n'est toujours pas effective, faute d'accord de prix et malgré une recommandation HAS de février 2023, alors même que le produit est disponible en Allemagne ou au Royaume Uni

« Après avoir été saisie par la Direction générale de la santé, la **HAS recommande que la vaccination contre la grippe saisonnière puisse être proposée chaque année aux enfants sans comorbidité âgés de 2 à 17 ans révolus**, sans qu'elle soit rendue obligatoire.

L'objectif est de permettre son remboursement et de limiter la diffusion et l'impact de la grippe sur la population.

Les cinq vaccins existants peuvent être utilisés, mais la HAS émet une **recommandation préférentielle pour celui qui s'administre par spray nasal.** »<sup>1</sup>



**Cependant, ce vaccin sous forme de spray nasal, n'est pas sur le marché en France, en raison d'une impasse de négociation de prix et d'une évaluation d'un ASMR V émise par la HAS.**



## Désorganisation du système de santé :

- plus de consultations en ville ;
- plus de transferts ;
- plus infections nosocomiales ;
- des co-infections ;
- des déclenchements de plans blancs dans les hôpitaux : recrutement et formation de personnels supplémentaires pour des durées courtes ;
- retard de prise en charge et déprogrammation.



## Impact sur les familles :

- arrêt de travail des parents ;
- impact sur la qualité de vie ;
- impact sur l'allaitement ;
- impact sur la fratrie.

# L'exemple du VRS



Le virus respiratoire syncytial (VRS) responsable de la bronchiolite, touche chaque hiver environ 480 000 nourrissons de moins de 2 ans<sup>1</sup>.

# Chaque année, l'épidémie de bronchiolite touche 30 % des nourrissons et entraîne des milliers de passages aux urgences, dont 43 % sont suivies d'une hospitalisation.

3

## Des hospitalisations pour bronchiolite...

30%

Des nourrissons de moins de 2 ans touchés, chaque hiver selon SFP soit 480 000 enfants<sup>1</sup>

2 à 3%

Des nourrissons de moins de 1 an sont hospitalisés pour une bronchiolite plus sévère chaque année<sup>1</sup>

Données de surveillance chez les enfants de moins de 2 ans à partir des données OSCOURS® et SOS Médecins, sur la période épidémique, comparaison aux valeurs moyennes des périodes épidémiques précédents l'émergence du SARS-CoV-2 (2015-2020) prise en références (sur 629 établissements)<sup>2</sup>

	2022 - 2023		2015 - 2020	
	Nombre	% *	Nombre moyen	% *
Passages aux urgences (OSCOURS®) pour bronchiolite	73 262	20	38 087	16
Hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite (OSCOURS®)	26 104	43	13 958	36
Actes SOS Médecins pour bronchiolite	10 801	10	6 581	9

... Créant une tension sur les ressources hospitalières.

Sources : 1. Santé Publique France, « Bronchiolite : deux études françaises démontrent l'efficacité du Beyfortus® dans la prévention des cas graves et la réduction des hospitalisations chez les nourrissons », 2024. 2. Santé Publique France, « Bronchiolite : Bilan de surveillance 2022-23 », 2023.

# Un traitement préventif et des vaccins permettent d'éviter des hospitalisations dues au VRS

3

## Populations indiquées



- Tous les nouveau-nés et nourrissons au cours de la 1<sup>ère</sup> saison de VRS
- Enfants à risque spécifiques lors de la 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nd</sup> saison du VRS : cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique ou une dysplasie bronchopulmonaire traitée dans les 6 derniers mois / Alternative au palivizumab
- Femme enceinte dans son 8<sup>ème</sup> mois de grossesse
- Vaccination saisonnière des 75 ans et + et des 65 ans + à risque<sup>1,2</sup>



En 2023, il y a eu 47 720 hospitalisations pour bronchiolites de nourrissons.

Si tous les nourrissons étaient immunisés, cela représenterait une économie de **104 millions d'euros\***

*\*En effectuant une valorisation de ces hospitalisations évitables annuellement par le tarif pondéré moyen du GHS 04M18 pour bronchiolite – tarifs 2025*

## Étude Santé Publique France & Institut Pasteur (saison 2023-2024) :

- Efficacité du nirsévimab en réanimation : 75,9 % à 80,6 %<sup>3</sup>.
- **5 800 hospitalisations évitées** (dont 4 200 chez les nourrissons de 0-2 mois<sup>3</sup>).
- 215 000 doses administrées avec 73 % d'efficacité contre les hospitalisations (soit 1 hospitalisation évitée pour 39 doses administrées<sup>4</sup>).

## Etude publiée dans le Lancet sur nirsevimab dans 5 pays d'EU, dont la France, pour les nourrissons de moins de 12 mois :

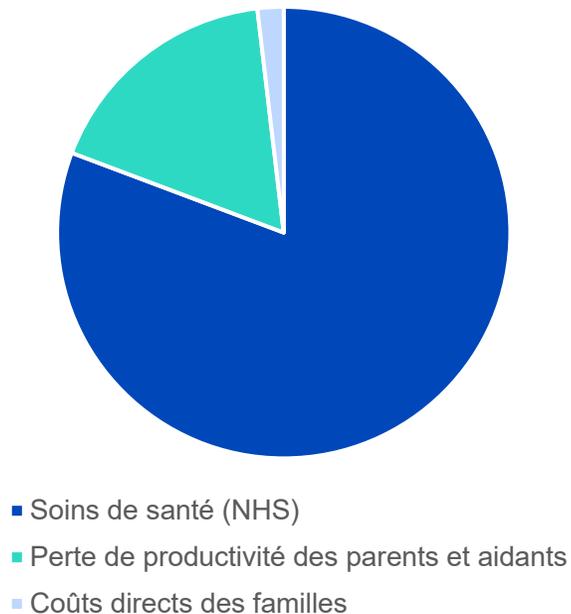
- 83 % de réduction des hospitalisations des infections des voies respiratoires inférieures (IVRI) à VRS.
- 81% de réduction des admissions en soins intensifs pour IVRI à VRS.
- 75% de réduction des IVRI<sup>5</sup>.

Sources : 1. Avis de la Commission de la Transparence du 19 juillet 2023. 2. HAS, "Vaccination maternelle contre le VRS : une nouvelle possibilité pour protéger le nouveau-né », 2024. 3. Paireau, J. et al. « Nirsevimab Effectiveness Against Cases of Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis Hospitalised in Paediatric Intensive Care Units in France », Influenza Other Respi Viruses, 2024. 4. Institut Pasteur, « Bronchiolite : deux études françaises démontrent l'efficacité du Beyfortus® dans la prévention des cas graves et la réduction des hospitalisations chez les nourrissons », 2024. 5. Calendrier vaccinal infoserVICES 5. Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis Sumsuzzman, Dewan Md et al. The Lancet Child & Adolescent Health, Volume 9, Issue 6, 393 - 403

# D'un point de vue sociétal, l'épidémie de VRS chez le nourrisson entraîne des coûts directs et indirects importants. Le Royaume-Uni a estimé à 96,3 millions d'euros l'impact économique du VRS chez l'enfant.

**80 % des bronchiolites sont dues au VRS<sup>1</sup>.** Une étude datée de 2022, réalisée au Royaume-Uni, basée sur une revue de littérature et les données de santé publique agrégées, évalue les **pertes de productivité** liées au VRS chez les parents et aidants<sup>2</sup>.

Répartition des coûts annuels du VRS



## Impact économique du VRS

L'impact économique du VRS chez les enfants de moins de cinq ans est évalué à 80 millions de livres sterling par an (**96,3 millions d'euros**), ce qui correspond à un **coût moyen** de 97 £ (**113,49 d'euros**) par enfant pris en charge par le NHS pour une infection au VRS.

Parmi ces 80 millions de livres :



- 14 millions de livres (16,38 millions d'euros) correspondent aux **pertes de productivité des parents et aidants**,
- 1,5 million de livres (1,76 million d'euros) représentent les **coûts directs supportés par les parents et aidants**,
- 65 millions de livres (76,05 millions d'euros) sont imputables aux **coûts de santé**.

Sources : 1. La Grande Conversation, « Bronchiolite : quels impacts et solutions pour le système de santé ? », 2024. 2. Fusco F. et al. « The Burden of Respiratory Syncytial Virus: Understanding Impacts on the NHS, Society and Economy ». Rand Health Q. 2022.

# L'accès en maternité est pris en charge à 100 % du fait d'une dérogation se terminant en 2026, et des incohérences persistent en ville dans l'accès à l'immunisation contre le VRS

## Une adhésion forte des familles à la prévention



- **Adhésion des parents** : jusqu'à 85 % de couverture en maternité selon les départements (contre 50 % en ville).
- **Réduction des inégalités sociales** :
  - Programme universel, accessible à tous les nouveau-nés en maternité.
  - Parcours de soin simple en maternité, contrairement à un accès **plus complexe après la sortie** (rendez-vous difficile à obtenir en hiver, délais d'inscription sur la carte vitale de 12 jours).

## Accès à la prévention : des différences entre ville et hôpital qui renforcent les inégalités sociales



- **Maternité**<sup>5</sup> (nourrissons nés du 15/09/2024 au 31/01/2025) :
  - 240 000 naissances, 180 000 doses livrées, couverture de 75 %.
  - Succès grâce à la prise en charge à 100 % et aux communications ciblées.
- **Ville**<sup>6</sup> (nourrissons nés du 01/01 au 15/09/2024) :
  - 444 000 naissances, 223 000 doses délivrées, couverture de 50 %.
  - **Limites : prise en charge à 30% et communication moins forte.**

Sources : 1. Santé Publique France, « Bronchiolite : deux études françaises démontrent l'efficacité du Beyfortus® dans la prévention des cas graves et la réduction des hospitalisations chez les nourrissons », 2024. 2. Assad, Zein et al. "Nirsevimab and Hospitalization for RSV Bronchiolitis." NEJM vol. 391,2 (2024): 144-154. doi:10.1056/NEJMoa2314885 ; 3. Lassoued Y. et al, Effectiveness of nirsevimab against RSV-bronchiolitis in paediatric ambulatory care: a test-negative case-control study, The Lancet Regional Health – Europe 2024;44: 101007. 4. Levy C et al ; Journal of Ped Infectious Diseases Society. 2024. <https://doi.org/10.1093/jpids/piae051> ; 5. Données SAP Sanofi : Livraison aux maternités – en date du 31 janvier 2025 ; 6. Données Sell Out GERS : Délivrances pharmacies – en date du 31 janvier 2025

# La vaccination contre le VRS des 65+ demeure un levier non-exploité face au VRS, faute de remboursement

La vaccination contre le VRS des plus de 75 ans et des plus de 65 ans à risque (des pathologies respiratoires chroniques et affections cardiaques) est recommandée depuis 2024 en France. Le taux de couverture vaccinale contre le VRS en France sur cette population n'est pas documenté. De plus, le calendrier vaccinal n'indique pas de consensus sur la nécessité d'un rappel annuel de ce vaccin.

## Un modèle d'impact vaccinal chez les plus de 60 ans dans plusieurs pays ODCE, publié dans la revue Nature en 2025 identifie pour la France :

- Coût des hospitalisations évitées : environ 180 k€ pour 100 000 personnes (202 000 \$).
- 56 hospitalisations évitables pour 100 000 personnes.
- 3,7 décès évitables pour 100 000 personnes (médiane).
- Si ces résultats nous positionnent correctement par rapport aux autres pays, l'étude démontre les marges d'amélioration possibles en décès évitables, hospitalisations et coûts évitables par la vaccination VRS des personnes âgées.



Source : Du, Z., Pandey, A., Moghadas, S.M. et al. Impact of RSVpreF vaccination on reducing the burden of respiratory syncytial virus in infants and older adults. Nat Med 31, 647–652 (2025).  
<https://doi.org/10.1038/s41591-024-03431-7>

# Partout en Europe, la prévention est remboursée à 100 %... sauf en France

3



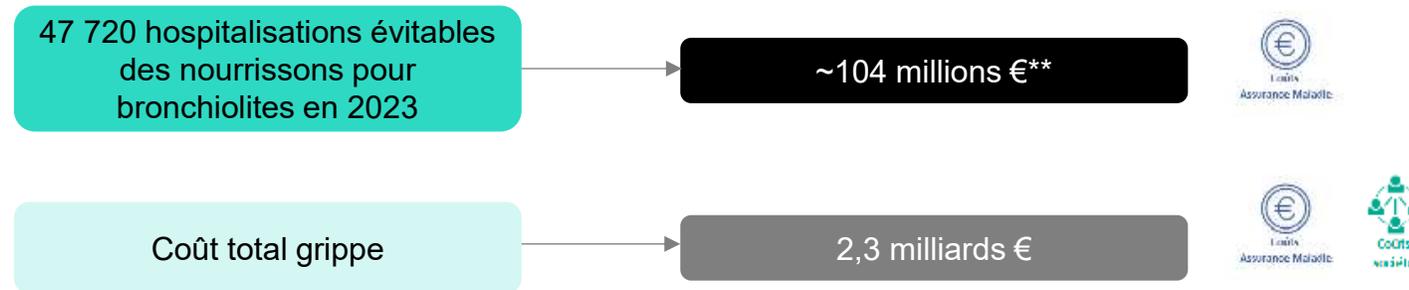
Le nirsévimab est **remboursé à 100% dans tous pays européens**, dont l'Autriche, la Belgique, la Finlande, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal et l'Espagne (exception Suisse à 90%).

La **proposition** de rembourser nirsévimab à 100% en France est donc **cohérente et légitime**, notamment pour aligner la prise en charge en soins de ville avec celle des autres pays européens.

Pays	Année de lancement	Hôpitaux	Soins de ville/soins primaires
Autriche	24/25	100% financé par les fonds publics (nationaux & régionaux)	100% financé par les fonds publics (nationaux & régionaux)
Belgique	24/25	100% financé par la sécurité sociale + participation du patient (12 EUR)	100% financé par la sécurité sociale + participation du patient (12 EUR)
Finlande	24/25	100% financé par la sécurité sociale	100% financé par la sécurité sociale
France	23/24	100% financé par la sécurité sociale (saison 24/25)	<b>30% financé par la sécurité sociale, 70% par sécurité privée ou OOP</b>
Allemagne	23/24 (à risque) / 24/25 (tous les nourrissons)	100% financé par les caisses de maladie	100% financé par les caisses de maladie + participation patient (5 EUR)
Irlande	24/25	100% financé par la sécurité sociale	100% financé par la sécurité sociale
Italie	24/25	100% financé par le service public de santé	100% financé par le service public de santé
Luxembourg	23/24	100% financé par la sécurité sociale	100% financé par la sécurité sociale
Portugal	23/24 (Madère uniquement) / 24/25 (pays entier)	100% financé par la sécurité sociale	100% financé par la sécurité sociale
Espagne	23/24	100% financé par la sécurité sociale	100% financé par la sécurité sociale
Suisse	24/25	90% financé par la sécurité sociale + 10% à la charge du patient	90% financé par la sécurité sociale + 10% à la charge du patient

# Le coût de l'inaction face à la vaccination grippe et VRS : 2,4 milliards d'euros par an en France

3



**2,4 milliards / € / an**  
**de coûts totaux liés à des infections évitables par la vaccination**

*\*Sur une moyenne des tarifs du GHM 04M18 pour bronchiolite pour 2025 de 3 415€*

*\*\* Estimation réalisée sur l'extractions du nombre de séjours publics et privés 2023 de Scanté et applications des tarifs 2025 (les passages en réanimation ne sont pas comptabilisés ni l'ajustement aux bornes hautes et basses)*

# Même si la vaccination est une mesure de prévention bien connue, des marges d'amélioration demeurent pour gagner en efficience



## 1 Des actions opérationnelles sur l'accès à la vaccination

- La mise à disposition de **vaccins grippe augmentés et adjuvantés** pour les 65 ans et +
- La recommandation de la **vaccination contre la grippe chez les enfants** de 2023 est peu connue des professionnels de santé et des familles et, surtout, la forme nasale recommandée, n'a pas de remboursement faute d'accord de prix (ASMR V).
- Une **procédure simplifiée de vaccination et compréhensible**, quel que soit le cas et les professionnels de santé, doit être organisée.
- La **vaccination des professionnels ainsi que ces usagers entrant en collectivité (EPHAD, hôpital, centres médico-sociaux ...)** doit être soutenue voire rendue obligatoire.
- La disponibilité de la prévention contre **le VRS des personnes de 65 ans et +**, peu connue et, surtout non remboursée par l'Assurance Maladie (CT ASMR V et pas d'accord de prix)
- **L'homogénéisation des taux de remboursement à 100% en ville et la facilitation de la mise à disposition des doses à l'hôpital** de tous les moyens d'immunisation (vaccins et anticorps monoclonaux) :
  - Comme c'est le cas pour certains vaccins ou pathologies (grippe, COVID, rougeole)
  - **Problématique d'équité et de gradient social fort**

# Même si la vaccination est une mesure de prévention bien connue, des marges d'amélioration demeurent pour gagner en efficience



2

## Mettre en place un pilotage de la vaccination par les données de santé, en temps réel

- Problématique de connaissances sur **les couvertures vaccinales**, par **groupes de patients** (âge, facteurs de risque, comorbidité, territoire) : gestion en situation d'urgence en réactif (Chikungunya, coqueluche)
- **Système de rappels mis en place dans d'autres pays** par les acteurs de santé en territoire en complément de Mon Espace Santé
- Meilleure **utilisation des données disponibles** comme le SNDS et du dossier Pharmaceutique pour améliorer la fréquence des relances, hebdomadaires, trop tardives dans la gestion des épidémies
- Lettres et communications (SMS, mail) **personnalisées en fonction du profil et du niveau de risque** des personnes ciblées jusqu'à la réalisation de la vaccination.

# Des différences de mécanismes de tarification entre acteurs de santé conduisent à des inégalités de prise en charge des patients

2



3

## Des ajustements de tarification pour soutenir la vaccination

- Dans l'ONDAM, la part de la dépense de prévention :
  - Pas d'enveloppe spécifique en établissement de santé sur les activités de prévention, VRS comme grippe ou tout autre action de prévention primaire
  - Prévoir une ligne budgétaire fléchée des moyens de financement de la prévention en établissements de santé
  - Au niveau de la CNAM, identifier clairement le budget pour adapter les contenus aux populations et rendre plus impactantes les campagnes d'information
- Développer des incitations tarifaires positives sur l'ensemble des acteurs, en lien avec temps consacré, pour porter les arguments en faveur de la vaccination et augmenter les taux de couverture vaccinale :
  - Médecin généraliste et sage-femme : actuellement ROSP sur certains vaccins mais pas sur tous les vaccins, à homogénéiser
  - A ce jour, cotation pour la prescription et l'administration d'un vaccin ou pour la seule administration. Les infirmiers ne sont que partiellement rémunérées car elles prennent un temps de conviction important pour la prescription seule qui n'est pas rémunérée, si l'administration se fait ailleurs, par exemple en officine : mettre en place une cotation de prescription seule pour les infirmiers pour encourager la profession dans son rôle d'information et de conviction.

# ADHERENCE ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES



4

- Des milliers de décès, **hospitalisations et pertes économiques** directement imputables à la non-adhérence au traitement.
- Un enjeu de **santé publique** majeur, par des politiques publiques ciblées sur l'adhérence.

# Maladies cardiovasculaires : première cause de mortalité... mais 50% d'adhésion thérapeutique seulement

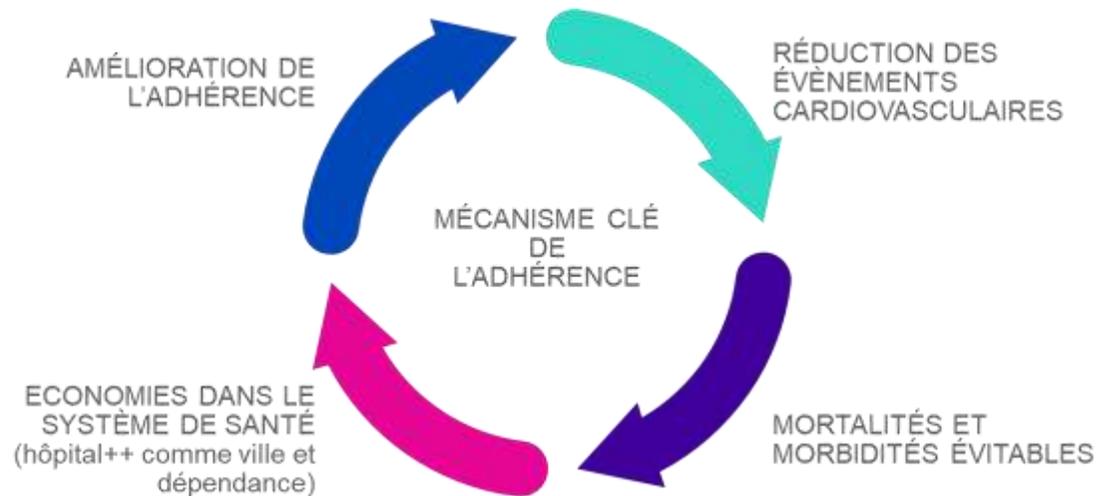
Les maladies cardiovasculaires (MCV) restent la première cause de mortalité dans le monde (18 millions de décès/an) <sup>1</sup>

En France<sup>1</sup> :

- 925 936 d'hospitalisations pour MCV en 2022 (SNDS)
- 138 137 décès directement liés à une MCV en 2021

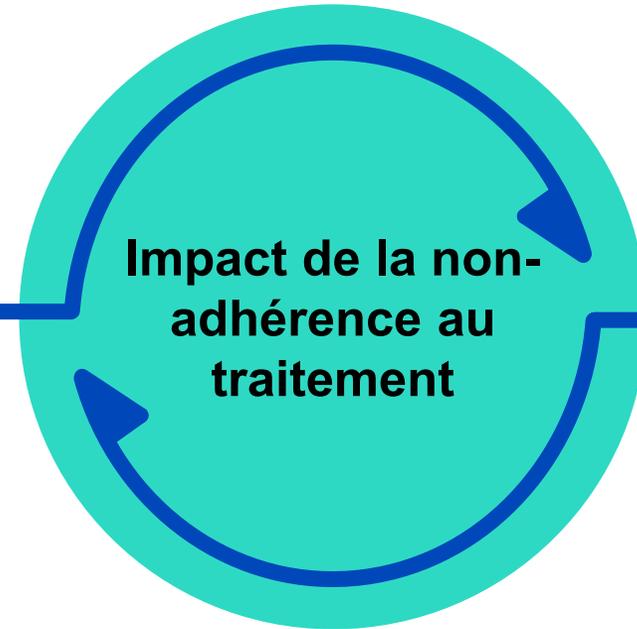
Une adhérence insuffisante :

- En moyenne **50 % des patients chroniques** sont non adhérents en France<sup>2,4</sup>.
- Avec des disparités par pathologie :
  - 60% des patients avec hypertension
  - 63% des patients avec un diabète de type 2
  - 64% des patients avec insuffisance cardiaque
  - 87% des patients asthmatique
  - 20% des patients greffés rénaux
- **25% des médicaments prescrits** par les médecins ne sont pas consommés par les patients<sup>3,4</sup>
- Moins de 50 % des patients suivent leur traitement deux après la prescription initiale<sup>4</sup>.



Sources : 1. Grégory L. et al. Cardiovascular hospitalizations and deaths in adults, children and pregnant women, Archives of Cardiovascular Diseases, Volume 117, Issue 12, 2024, Pages 751-760, 2. : Institut Sapiens, « Améliorer l'adhésion thérapeutique : un enjeu de santé publique », 2023. 3. Observatoire JALMA « enjeux de l'observance en France » 4. 2018 OECD Health Working Paper No. 105 – Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency

# L'adhérence aux traitements : un angle mort à 9 milliards d'euros en France et 12 000 décès annuels



Au niveau européen 

Au niveau national 

**200 000 décès imputables chaque année**

**12 000 décès directement imputables chaque année**

**Entre 80 et 125 milliards d'euros de pertes estimées**

**9 milliards d'euros de pertes estimées**



Source : Institut Sapiens, « Améliorer l'adhésion thérapeutique : un enjeu de santé publique », 2023.

Abréviation : HPE : hospitalisations potentiellement évitables.

# Cibler des actions sur l'adhérence, c'est 1 € investi pour 13 € économisés... et des vies sauvées

Les trois maladies chroniques les plus répandues — diabète, hypertension et hyperlipidémie — génèrent les coûts évitables les plus élevés liés à la non-adhérence<sup>1</sup>.



## Dans l'hypertension<sup>2</sup> :

- L'élévation de 20 mmHg de la pression systolique double le risque de mortalité cardiovasculaire (AVC, infarctus).
- L'adhérence aux antihypertenseurs réduit :
  - Le risque d'AVC de 30%
  - Le risque d'infarctus du myocarde de 15%

## Thiénopyridines (ex : clopidogrel) après stent<sup>2</sup> :

- L'arrêt prématuré (dans les 30 jours) multiplie par 10 la mortalité à un an par rapport aux patients qui poursuivent le traitement (7,5 % vs 0,7 %)
- Discontinuer le clopidogrel dans les 6 mois après implantation de stent augmente le risque de thrombose de stent par 13,7 fois



Assurance Maladie

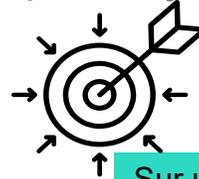


**OCDE : chaque dollar supplémentaire investi pour améliorer l'adhérence des patients produit entre 3 et 13 dollars d'économies en réduisant<sup>1</sup> :**

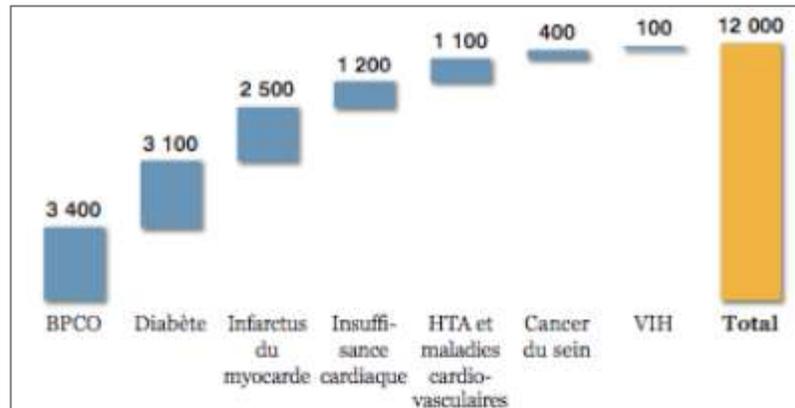
- Les hospitalisations en urgence
- Les consultations externes imprévues

# Non-adhérence : 3 maladies concentrent plus de 70 % des décès évitables<sup>1</sup>

Ces chiffres traduisent un enjeu de santé publique majeur, évitable par des politiques ciblées sur l'adhérence.



Répartition des décès dus à la non-observance par pathologie



Sur un total de 12 000 décès par an directement attribuables à la non-adhérence, **3 pathologies concentrent plus de 70 % des décès** liés à la non-adhérence :

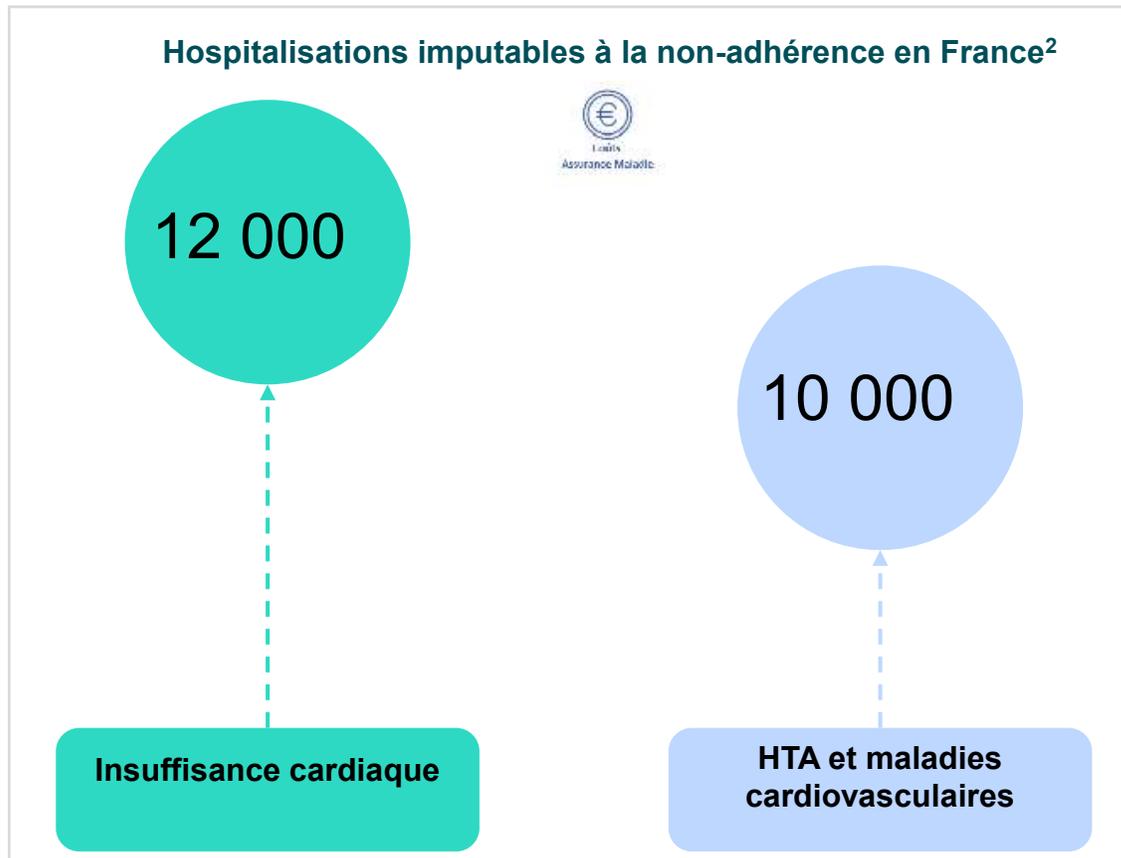
- BPCO : 3 400 décès
- Diabète : 3 100 décès
- Infarctus du myocarde : 2 500 décès.

*A noter que les infarctus du myocarde ne sont pas dans la liste des priorités d'Hospitalisations Potentiellement Evitables de la CNAM.*

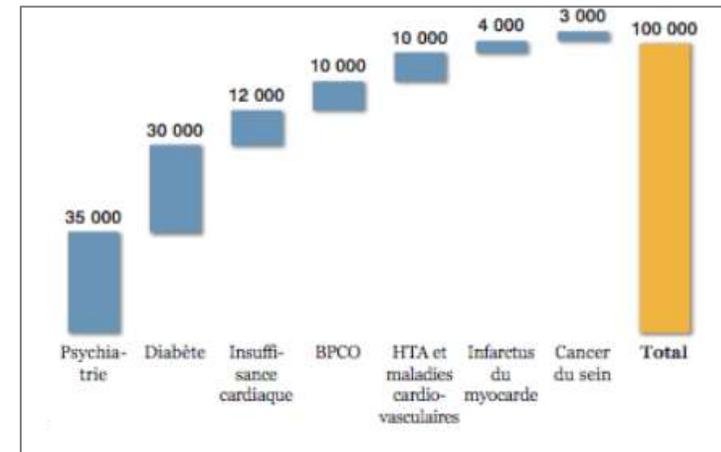
- **Les chiffres sont sous-estimés** : ils ne prennent pas en compte les réhospitalisations, les complications, ni les pertes de chance fonctionnelles.

# 22 000 hospitalisations évitables par an en lien avec la non-observance cardiovasculaire

Le taux de non-adhérence aux traitements des maladies cardiovasculaires dépasse les 60%<sup>1</sup>.



Répartition des hospitalisations dues à la non-adhérence par pathologie



Cette priorisation vers 3 pathologies se retrouve sur les **hospitalisations directement attribuables** à la non-adhérence, exclusion faite de la psychiatrie.

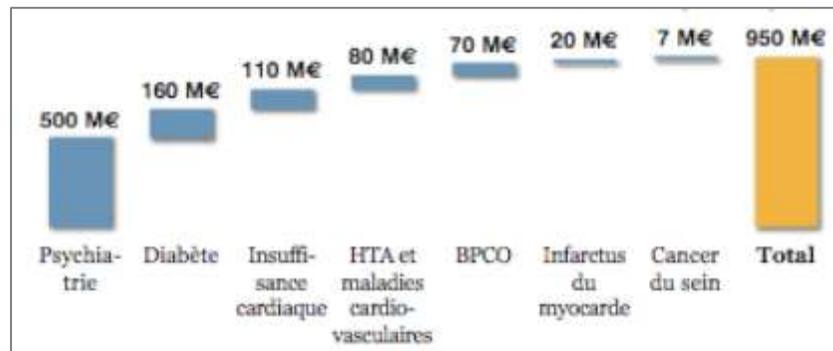
**La psychiatrie représente à elle seule plus de 30 % des hospitalisations dues à la non-adhérence alors qu'elle est une priorité nationale.**

# Et financièrement, un gouffre de presque 1 milliard d'euros par an gaspillé en hospitalisations évitables<sup>1</sup>

Les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent une part majeure des hospitalisations évitables et donc un levier économique prioritaire. **La psychiatrie** est également un axe essentiel dans la lutte au gaspillage pour non-adhérence, avec la moitié des coûts évitables en hospitalisation.



Répartition des coûts générés par les hospitalisations dues à la non-observance par pathologie (en M€)



1

La mauvaise observance entraîne 950 millions d'euros de coûts hospitaliers par an, dont près de 500 millions d'euros sur les seules pathologies cardiovasculaires et métaboliques.

2

Les MCV représentent un levier d'action clair : Les 5 principales MCV (diabète, insuffisance cardiaque, HTA, infarctus, BPCO) totalisent 493 millions d'euros, soit plus de la moitié du coût évitable.

# Le patient n'est pas le seul responsable :

les actions de lutte contre la non-adhérence manquent d'efficacité

1

## Un manque de sensibilisation<sup>1</sup>

Ce manque est constaté auprès de tous les professionnels de santé et au travers du peu d'études de mesures directes et continues. Par exemple, les pathologies psychiatriques influent négativement l'adhérence aux traitements MCV.

2

## Des interventions qui se trompent de cibles<sup>1</sup>

L'inobservance n'est pas qu'un problème individuel : elle reflète d'abord les limites du système de santé (relation soignant-patient, complexité des renouvellements, reste à charge). Les efforts se concentrent trop sur le patient, alors qu'il faut aussi agir sur l'organisation des soins pour créer un environnement favorable à l'adhérence.

3

## Manque d'implication des patients<sup>1</sup>

Sentiment de traitement décidé sans eux : revoir la démarche de soins construite autour du patient considérant les difficultés personnelles et sociales (Value Based HealthCare).

DIMENSIONS	DÉTERMINANTS
<b>FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressources matérielles : revenu, travail</li> <li>Précarité sociale, sans domicile, statut d'immigré</li> <li>Coûts liés à la prise en charge et accessibilité aux soins</li> <li>Âge (en particulier les adolescents et les personnes âgées)</li> <li>Instabilité familiale</li> <li>Appartenance ethnique, culturelle</li> </ul>
<b>FACTEURS LIÉS AU SYSTÈME DE SOIN ET À L'ÉQUIPE SOIGNANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité de la relation patient-soignant</li> <li>Formation des soignants à l'éducation à la santé et à l'adhésion thérapeutique</li> <li>Système de remboursement des dépenses de soins</li> <li>Accessibilité et qualité du réseau de soins</li> <li>Disponibilité des patients (temps dédié à l'écoute et à l'éducation des patients)</li> <li>Continuité des soins (suivi régulier et personnalisé, consultations ou contacts téléphoniques)</li> </ul>
<b>FACTEURS LIÉS À LA PATHOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de symptômes</li> <li>Pronostic et sévérité de la maladie</li> <li>Etat dépressif, troubles physiques (dextérité), cognitifs et visuels</li> <li>Disponibilité de traitements efficaces</li> </ul>
<b>FACTEURS LIÉS AU TRAITEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Complexité du traitement (nombre total de médicaments par jour, nombre de co-médications associées, fréquence de prise, contraintes de prise)</li> <li>Modalités d'administration des médicaments (mode d'administration, instructions à suivre pour la prise des médicaments)</li> <li>Durée du traitement</li> <li>Interférence du traitement avec la vie quotidienne du patient</li> <li>Éducation du patient au bon usage des médicaments</li> </ul>
<b>FACTEURS LIÉS AU PATIENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les connaissances : compréhension de la maladie et du traitement</li> <li>Expériences antérieures et acceptation du traitement</li> <li>Les croyances par rapport aux médicaments</li> <li>Sentiment d'efficacité personnelle, confiance en soi, autonomie</li> <li>Attentes par rapport au traitement</li> <li>Motivation à poursuivre le traitement</li> </ul>

Etude Efficience G5 santé 2024 - Figure 20 - Les 5 dimensions de l'adhésion thérapeutique selon l'OMS (2003)

Sources : CRIP - Adhésion thérapeutique : attention aux clichés simplificateurs ! et OMS « Adherence to long-term therapies – Evidence for action »

# D'autres pays ont agi par des incitations et un suivi de l'adhérence afin d'adapter leurs organisations

Country	Routine monitoring of adherence at national level	Studies on non-adherence and impact	Interventions to promote adherence
<b>Australia</b>	No	Yes	PDI, DTI
<b>Belgium</b>	No	Yes	No
<b>Canada</b>	No	Yes	PDI
<b>Czech Rep.</b>	No	No	No
<b>Estonia</b>	No	Not reported	Not reported
<b>France</b>	No	Yes	PDI
<b>Hungary</b>	No	Yes	PDI
<b>Iceland</b>	No	No	No
<b>Israel</b>	Not at national level, but at physician level	Yes	PDI, DTI
<b>Japan</b>	No	Yes	PDI
<b>Korea</b>	No	Yes	No
<b>Latvia</b>	No	No	No
<b>Norway</b>	No	Yes	DTI, PDI
<b>Poland</b>	No	Work-in-progress	IC (PDI is planned)
<b>Portugal</b>	No	Yes	IC
<b>Slovenia</b>	Not at national level, but at physician level	Yes	PDI
<b>Sweden</b>	Yes	Not reported	Not reported
<b>Switzerland</b>	No	No	PDI
<b>Turkey</b>	Not at national level, but at physician level	Yes	PDI
<b>United Kingdom</b>	No	Yes	PDI, IC, DTI
<b>United States</b>	Not at national level, but at Centre for Medicare and Medicaid level	Yes	PDI, IC, DTI

**Abbreviations:** **PDI** - Provider delivered intervention with financial incentives for the providers. **IC** -Public information/education campaigns targeting patients. **DTI** - Data & technology infrastructure. **FMT**: Forfait Médecin traitant **ROSP**: Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Sources : 1. OECD Health Working Paper No. 105 – *Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency* 2. Morgan SG, Lee A Cost-related non-adherence to prescribed medicines among older adults: a cross-sectional analysis of a survey in 11 developed countries *BMJ Open* 2017;7:e014287. 3. Bosworth, H. B., Olsen, M. K., McCant, F., Harrelson, M., Gentry, P., Rose, C., & Oddone, E. Z. (2011)."The Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: study design and methodology." *Contemporary Clinical Trials*, 32(6), 903–912

# Plusieurs leviers d'actions sont possibles pour inciter à l'adhérence en France



- Le **suivi national de l'adhérence** reste limité, alors qu'il est indispensable pour piloter des politiques ciblées et évaluer leur impact sur la santé et les dépenses, avec la mise en place d'une responsabilisation collective dans les actions prioritaires.
- L'amélioration de l'adhérence repose sur des leviers multiples testés internationalement, incluant des **incitations** pour les professionnels, les patients et les industriels.
- L'accès au marché des **associations fixes** dans le MCV serait à favoriser et simplifier en raison de facteurs d'adhérence (écart de 10 ans dans la mise sur le marché en Italie versus France du triplixam).
- Plusieurs pays ont déjà mis en œuvre des programmes efficaces, comme le contrat de performance Merck–Cigna ou les dispositifs de paiement à la performance des médecins en France.

# Une action PLFSS est possible pour soutenir l'adhérence par la modification des conditions de soutien des industriels aux « Patients Supports Program »



Ouvrir une possibilité encadrée, partenaire, et transparente pour les industriels de santé de co-financer ou codévelopper des actions d'ETP, sous réserve de garanties d'indépendance scientifique, de validation par l'ARS, et d'intégration dans un parcours efficient.



**Contexte** : L'article L. 1161-1 du Code de la santé publique, issu de la loi HPST (2009), interdit aux industriels « de concevoir, de financer ou de mettre en œuvre directement des programmes d'éducation thérapeutique du patient ». Autrement dit, seuls les établissements de santé, les professionnels de santé et les associations peuvent porter des programmes ETP. La mesure viserait à développer ces programmes – notamment dans le cadre d'accord de type « pay for performance » en donnant aux industriels – dans des conditions encadrées et contrôlées – de garantir au mieux le respect de leurs engagements contractuels.

Le nouveau dispositif serait soumis à des conditions d'éligibilité précisées par la voie réglementaire (action co-portée par une structure agréée - hôpital, CPTS, ARS, association de patients), sans influence sur les contenus scientifiques, dans un cadre validé par la HAS et autorisé par l'ARS. Il prévoirait également des conditions de traçabilité (création d'un registre public des actions ETP cofinancées, évaluation par un tiers indépendant et clause de retrait en cas de manquement éthique).



**Formulation possible** : Modification de l'article L. 1161-1 du CSP :

« Les producteurs de produits de santé peuvent contribuer au financement ou au développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient, en partenariat avec des acteurs habilités. »

« Cette participation est soumise à un encadrement réglementaire fixé par décret en conseil d'État garantissant l'indépendance scientifique, l'absence de promotion, et la conformité aux objectifs d'efficience et de pertinence thérapeutique. »

# TRAITEMENTS AMBULATOIRES



5

- Voie orale : amélioration de la qualité de vie des patients et **moins d'hospitalisations pour complications.**
- **Manque de démonstration** de ces impacts en France.

# Voie orale dans le cancer colorectal : même efficacité, moins d'hospitalisations pour la gestion des complications

5



## Efficacité



L'étude montre que l'efficacité des fluoropyrimidines orales est **globalement comparable** à celle des formes intra-veineuses en termes de survie globale et de taux de réponse, bien que la survie sans progression soit légèrement inférieure en intention palliative.

## Effets indésirables



La voie orale est associée à moins de neutropénie, de fièvre neutropénique et de mucosites, qui sont des **effets indésirables pouvant nécessiter une hospitalisation** pour gestion des complications infectieuses ou nutritionnelles.

La diarrhée sévère et le syndrome main-pied, plus fréquents avec la voie orale, peuvent aussi nécessiter une prise en charge médicale, mais généralement **ambulatoire**.



Source : 1. Chionh F. et al. « Oral versus intravenous fluoropyrimidines for colorectal cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7.

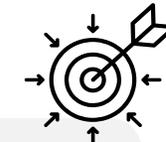
# Au Royaume-Uni, dans le cancer du poumon, la voie orale permet d'économiser jusqu'à 4 000 £ par patient (4 760€)



Therapeutic options	Cost minimisation <sup>a</sup>	
	Cost (£ <sub>2004</sub> )	Incremental cost
Oral VNB, 60 mg/m <sup>2</sup> , D1-D8	2,888	
Oral VNB, D1-D8, 60-80 mg/m <sup>2</sup>	3,449	+561
IV VNB, 25 mg/m <sup>2</sup> , D1-D8	3,746	+858
Oral VNB, 60 mg/m <sup>2</sup> /week	3,889	+1,001
IV VNB, 30 mg/m <sup>2</sup> , D1-D8	3,986	+1,097
Oral VNB, 60-80 mg/m <sup>2</sup> /week	4,682	+1,793
IV VNB, 25 mg/m <sup>2</sup> /week	4,980	+2,092
Gemcitabine, 1,000 mg/m <sup>2</sup> , D1-D15	5,081	+2,193
IV VNB, 30 mg/m <sup>2</sup> /week	5,327	+2,439
Gemcitabine, 1,250 mg/m <sup>2</sup> , D1-D8	5,332	+2,444
Paclitaxel, 175 mg/m <sup>2</sup>	5,977	+3,088
Docetaxel, 100 mg/m <sup>2</sup>	6,766	+3,878
Paclitaxel, 200 mg/m <sup>2</sup>	6,897	+4,009

<sup>a</sup>Composantes des coûts : Prise en compte des coûts d'acquisition des médicaments, d'administration, de gestion des toxicités et de transport des patients.

**Vinorelbine (VNB) orale : stratégie thérapeutique la moins coûteuse dans le cancer du poumon**



L'administration par voie orale s'inscrit dans la démarche de réduction des **hospitalisations évitables** en optimisant l'utilisation des infrastructures hospitalières (temps médical et de logistique, coûts de transport).

Source : 1. Le Lay K et al, « Comparative cost-minimisation of oral and intravenous chemotherapy for first-line treatment of non-small cell lung cancer in the UK NHS system », Eur J Health Econ (2007) 8:145-151.

Abréviations : NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence ; IV : intra-veineuse ; VNB : vinorelbine.

**Si un consensus sur l'amélioration de la qualité de vie des patients et des aidants émerge, la validation de la réduction des hospitalisations et des coûts associés nécessite une évaluation en France**

**Réduction attendue du nombre d'hospitalisations et des coûts associés**

Sur un ensemble d'étude hors France

**Amélioration de la qualité de vie des patients et des aidants**

**Mais...une absence d'évaluation récente de l'impact en France et l'absence d'incitation pour les hôpitaux à sortir les patients des murs**

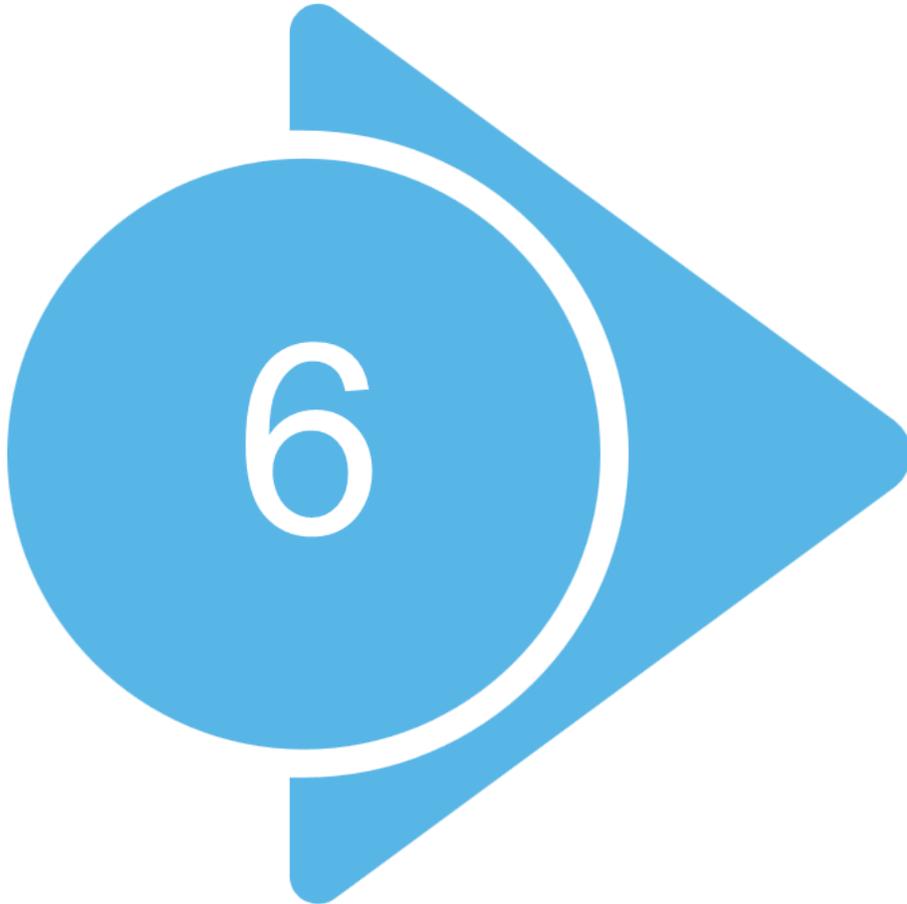
# En l'absence de données françaises, une évaluation des prises en charge à domicile est à mettre en place pour acter leur intérêt et mieux prioriser certains changements de pratiques



## Mise en place d'une mission sur l'évaluation et un plan d'actions coordonné des prises en charge à domicile

- Clarifier le périmètre domicile (HAD, PSAD, officines + infirmer, etc.)
- Cartographier les prises en charge à domicile existantes et celles qui devraient être sorties de l'hôpital au regard des innovations technologiques, de l'offre de soins et de l'expérience patient
- Définir un modèle économique incitatif à la sortie de l'hôpital des patients (à date, seulement une perte de revenu pour les établissements)
- Définir des indicateurs de transformation de l'organisation vers le domicile
- Automatiser, via les bases de données, l'évaluation ex-ante et ex-post
- Impliquer tous les acteurs, pas uniquement la HAD (télésurveillance, IPA, patients, etc.)

# SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS



- Non-recours à l'innovation et faible prévention : **12,7 milliards €/an** de coûts évitables pour la société et des décès évitables.
- **Agir sur trois leviers prioritaires :**
  - Diagnostic in vitro (DIV)
  - Vaccination grippe et VRS
  - Adhérence aux traitements
- Faire de la réduction des hospitalisations évitables un **levier d'impact majeur**.

# En conclusion, 12,7 milliards d'euros, c'est le prix de l'immobilisme pour la société



Diagnostic in vitro sur  
2 exemples de  
détection précoce

**1,3 milliards € / an**



Prévention par la  
vaccination grippe et  
VRS  
(enfants et 65 ans et +)

**2,4 milliards € / an**



Adhérence et  
maladies cardio-  
vasculaires

**9 milliards € / an**

**12,7 milliards € / an\***



\* Les chiffrages des montants des gains d'efficacité identifiés ci-après n'ont pas vocation à être estimés de manière parfaite. Ils compilent les données existantes avec l'objectif d'avoir un ordre de grandeur de l'impact d'actions basées sur l'efficacité.

Il s'agit de mettre en balance certaines mesures engagées par la CNAM ou les mesures de régulation annuelles sur les produits de santé versus des actions d'efficacité pour améliorer l'état de santé des patients et générer des économies budgétaires et économiques.

# Call to action : comment ne pas agir? 12,7 milliards d'euros d'économies et des vies sauvées



## Synthèse des leviers immédiats pour réduire les hospitalisations évitables

### ❑ **Diagnostics in vitro (DIV) :**

- Résultats en 15 min des tests IRA = -1,5 jour d'hospitalisation
- -3,8 % de mortalité pour les sepsis
- Jusqu'à **1,27 Mds €** économisés/an

### ❑ **Vaccination grippe & VRS :**

- Grippe : 2 à 6 M cas/an, 9 000 décès, 1,9 M journées de travail perdues
- VRS : 5 800 hospitalisations évitées chez les nourrissons
- Jusqu'à **2,4 Mds €** de coûts évitables/an

### ❑ **Adhérence aux traitements :**

- 50 % de non-adhésion en France
- 12 000 décès évitables/an, 1 Md € en hospitalisations évitables
- Jusqu'à **9 Mds €** d'économies/an

→ **Total : 12,7 milliards €/an** – le prix du statu quo

\* Les chiffrages des montants des gains d'efficience identifiés ci-après n'ont pas vocation à être estimés de manière parfaite. Ils complètent les données existantes avec l'objectif d'avoir un ordre de grandeur de l'impact d'actions basées sur l'efficience.

Il s'agit de mettre en balance certaines mesures engagées par la CNAM ou les mesures de régulation annuelles sur les produits de santé versus des actions efficience pour améliorer l'état de santé des patients et générer des économies budgétaires.

# L'objectif du Plan National d'Efficiency de 2024 est de passer d'une logique de maîtrise comptable à une stratégie de transformation fondée sur des résultats de santé mesurables, en mobilisant tous les acteurs – publics et industriels – dans un cadre de responsabilité partagée (1/2)

## Reco 2 : Inscrire la Loi de Financement de la Sécurité Sociale dans un cadre pluriannuel

- Inscrire le PLFSS dans une vision pluriannuelle
- Pour favoriser des mesures efficaces plutôt qu'un pilotage court-terme
- Réaliser l'exercice de financement dans la concertation et la transversalité
- Sur la base de priorités décloisonnées
- Efficacité, évaluée sur la base d'indicateurs pré-définis et contrôlés annuellement
- S'appuyant sur des outils de planification comme les Horizon Scanning

## Reco 3 : Permettre la fongibilité des enveloppes budgétaires consacrées à la santé

- Un pilotage annuel par enveloppes génère des difficultés de coordination
- La fongibilité des enveloppes soutient la santé publique et la recherche d'efficacité
- Priorisation + fongibilité = investissements transversaux plus rentables

## Reco 13 : Développer les incitations financières et les modes de partage des gains favorisant l'efficacité

- Développer des incitations financières favorisant l'efficacité (modulation tarifaire à l'acte en cours ou en expérimentations)
- Instaurer le partage des gains entre acteurs comme incitation positive
- Task force pour préciser les modèles de financement possibles pour tous les acteurs de santé sur demande du Secrétariat Général pour l'efficacité en santé pilotée par l'AIS
- Utiliser le travail déjà réalisé dans le rapport Aubert en 2019 sur la « réforme des financements et régulation »

# Ce Plan National d'Efficiency, présenté en 2024, est complété en 2025 par des exemples chiffrés, portant sur des prises en charge générant des économies et des gains d'efficience à court terme (2/2)

## Reco 14 : Refondre les modes de tarification des technologies de santé innovantes

- Evaluer l'ensemble de la valeur d'un produit de santé
- Reconnaissance des impacts organisationnels au même titre que les impacts de santé publique
- Solutionner l'évaluation des combinaisons de solutions intégrées de santé
- Procédures de création d'acte (attente réalité RIHN 2.0)
- Refonte de l'évaluation des produits et des actes à intégrer dans le plan national d'efficience porté par le SGES et non réduite aux accord-cadres CEPS-industriels

## Reco 15 : Permettre aux produits de santé de bénéficier des gains d'efficience qu'ils génèrent

- Réviser les fondements budgétaires face aux limites : peu d'efficacité budgétaire mais externalités négatives sur les patients
- Transformer en opportunité les contraintes sur le système de santé (quadruple transition)
- Intégrer les partages de risques et de gains sur tous les acteurs plutôt que la pression économique
- Sur l'ensemble du parcours et des acteurs
- En s'appuyant sur le pilotage pluriannuel et la fongibilité des enveloppes