

POLITIQUE DE SANTÉ et SYSTEMES DE SANTE

France & OCDE : quelles initiatives transposer ?

Carine Milcent
Carine.Milcent@cnrs.fr
DR-CNRS
Prof. à Paris School of Economics

Contexte

Solution en dehors de nos frontières et comparaison

**“Importer” des modèles : C’est choisir ce qui renforce ses points faibles
Accès, coordination, prévention, médico-social et pilotage territorial.**

S'inspirer n'est pas copier

La France protège bien

Couverture universelle, panier large, reste à charge faible et forte mutualisation : c'est un socle solide à préserver.

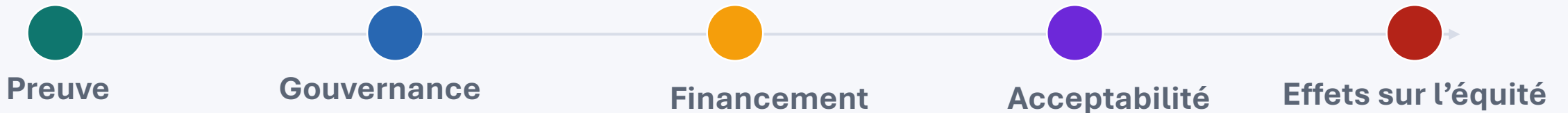
Mais l'accès réel se dégrade

Médecin traitant, spécialistes, urgences, santé mentale, vieillissement : les tensions se déplacent du financement vers l'organisation.

L'OCDE sert de laboratoire

Les pays testent des solutions : numérique, paiements groupés, prescription sociale, soins de proximité, assurance dépendance.

**Le bon critère n'est pas "est-ce que cela marche ailleurs ?" mais :
peut-on l'intégrer dans nos institutions, nos financements, nos métiers et nos territoires ?**



ENJEU POLITIQUE : La soutenabilité

Pourquoi le sujet est devenu central

Vieillissement, maladies chroniques et tensions sur les ressources humaines et progression des dépenses placent la capacité du système à répondre aux besoins tout en préservant l'équilibre financier au cœur du débat public.

La soutenabilité ne se réduit pas au budget : elle interroge l'organisation des soins, la prévention, l'innovation et le financement de la protection sociale.

Concilier des exigences parfois contradictoires

Accès équitable

Réduire délais, déserts médicaux et renoncements.

Qualité & innovation

Diffuser progrès médicaux et numérique sans creuser les écarts.

Solidarité nationale

Maintenir un haut niveau de mutualisation et de protection.

Maîtrise des dépenses

Financer ce qui apporte une vraie valeur sanitaire.

Lien avec les initiatives OCDE

Comparer les pays sert à identifier les réformes capables d'améliorer l'accès, la prévention et la coordination sans affaiblir la solidarité ni déplacer les coûts vers les patients.

ENJEU POLITIQUE : La soutenabilité

Pourquoi le sujet devient central

333 Md€ de dépense courante de santé en 2024
+3,6 % sur un an · 11,4 % du PIB

•Attention à ce que signifie 7,8%:

•**Reste à charge au sens strict** : somme restant directement payée par le patient après remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et de la complémentaire. Dans les comptes de la santé, il représentait **292 euros par habitant en 2024**, soit 7,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Les cotisations de mutuelle n'y sont pas incluses.

•**Coût total d'une mesure pour les ménages**, notion utilisée dans l'étude de 2026 il comprend soit une hausse du paiement direct, soit une hausse des primes de complémentaire santé.

•Dans l'étude DREES 2026, **le chiffre central est 35 € de plus par ménage et par an** pour chaque mesure permettant à l'Assurance maladie d'économiser environ **1 milliard d'euros**.

Accès équitable

4,1 %

besoins de soins
non satisfaits
vs 3,4 % OCDE

Qualité & innovation

47 %

dépistage cancer du
sein
vs 55 % OCDE

Solidarité nationale

7,8 %

reste à charge
ménages
sur la CSBM

Maîtrise des dépenses

+3,6 %

croissance annuelle
de la DCSi
à piloter

Lien avec les initiatives OCDE

France : 11,5 % du PIB consacré à la santé · OCDE : 9,3 %

Constat France :

De nombreuses mesures, mais souvent en urgence

Pas d'absence de réforme

Depuis dix ans, les politiques agissent sur l'offre, les flux et les restes à charge.

Mais elles **compensent souvent une contrainte par une autre** :

- moins d'hospitalisation → plus de ville/domicile ;
- urgences filtrées → plus de régulation ;
- RAC faible → coûts indirects.

Question à poser à chaque initiative OCDE

La réforme traite-t-elle la cause du problème ?

Ou bien déplace-t-elle la charge vers un autre acteur : patient, médecin traitant, urgentiste, hôpital, complémentaire, collectivité ?

Un système protecteur, mais une chaîne de tensions qui se reporte d'un maillon à l'autre



Exemple de “faisceau”

- CPTS, MSP, assistants médicaux : utiles, mais ne créent pas immédiatement des médecins disponibles.
- Forfait patient urgences : responsabilise l'usage, mais ne crée ni lits d'aval ni généralistes.
- Virage ambulatoire : réduit certains séjours, mais transfère du travail vers la ville, les aidants et le domicile.
- 100 % santé : réduit certains restes à charge, mais les primes complémentaires et exclusions deviennent plus visibles.

Sans transformation d'ensemble, la réforme change le lieu de la tension plus qu'elle ne la résout.

Le premier recours : Beaucoup d'outils, mais une capacité disponible encore insuffisante

Mesures françaises récentes

MSP, CPTS, assistants médicaux, IPA, télémédecine, Service d'accès aux soins (SAS), missions de solidarité territoriale.

Ce que cela améliore

Coordination, accès non programmé, délégation de tâches, visibilité locale des besoins, appui aux médecins.

Ce qui bloque en France

Démographie médicale lente à corriger ; liberté d'installation ; attractivité des zones sous-dotées ; temps de coordination mal valorisé.

Illustration

La DREES mesure en 2023 une accessibilité moyenne aux généralistes de 3,3 consultations/an/habitant, en recul entre 2022 et 2023. Les 10 % les mieux dotés disposent d'environ 5,6 consultations contre 1,4 pour les 10 % les moins dotés : les outils de coordination ne suffisent donc pas à compenser l'inégalité de capacité.

Effet déplacement : les patients sans réponse en ville se reportent vers les urgences, les plateformes, les soins non programmés ou renoncent.

Les urgences révèlent les tensions amont et aval : filtrer ne suffit pas

Mesures prises

Régulation par le 15/SAS, antennes de soins non programmés, forfait patient urgences, gestion des lits, équipes mobiles, incitations à l'aval.

Pourquoi ça déplace

L'entrée est mieux triée, mais les patients sans médecin ou solution sociale restent orientés vers l'hôpital. À la sortie, le manque de lits d'aval bloque les flux.

Blocages français

Urgences comme filet de sécurité universel ; vieillissement et polypathologies ; pénurie soignante ; lits fermés ; coordination ville-hôpital fragile.

Exemple

Le forfait patient urgences peut limiter certains recours évitables, mais il ne résout ni le manque de médecin traitant, ni l'absence de lit d'aval, ni les besoins sociaux non couverts.

Comparabilité

Les pays qui réduisent réellement la pression combinent tri, alternatives ouvertes en horaires étendus, données de capacité en temps réel et aval médico-social.

Sans premier recours et aval hospitalier, la réforme des urgences transforme la saturation en file d'attente régulée.

La contrainte hospitalière : la T2A et le virage ambulatoire ne règlent pas seuls la soutenabilité

Mesures françaises

Tarification à l'activité (T2A), virage ambulatoire, GHT, Ségur, pertinence des actes, réforme annoncée du financement hospitalier.

Ce que cela vise

Productivité, réduction des durées de séjour, meilleure programmation, spécialisation des plateaux techniques, maîtrise des dépenses.

Ce qui bloque

Hétérogénéité des coûts entre établissements, besoins de soins non programmés, vieillissement, manque de personnels, aval SSR/EHPAD/domicile.

Apport Milcent

Les travaux de Dormont et Milcent, Milcent, Milcent et Zbiri → sur les coûts hospitaliers rappellent qu'un même tarif peut cacher de fortes hétérogénéités de coûts et de missions : la tarification ne suffit pas à piloter la qualité ni la coordination.

Effet déplacement

Sorties plus précoces et ambulatoire reportent la charge vers les soins primaires, infirmiers, proches aidants et services sociaux, souvent sans financement de parcours suffisant.

Le reste à charge moyen est faible, ...Et les coûts se déplacent vers d'autres postes

Mesures françaises

100 % santé, complémentaire santé solidaire, tiers payant ciblé, franchises et participations, obligation d'information sur les tarifs.

Ce que les chiffres masquent

RAC direct faible en moyenne, mais primes de complémentaires, délais, transports, arrêts de travail, aidants et renoncements ne sont pas toujours visibles.

Blocage français

Information sur les tarifs existe juridiquement, mais elle reste peu lisible : prix, base de remboursement, dépassement, prise en charge et coût final sont difficiles à anticiper.

Illustration

L'OMS Europe souligne que les paiements directs sont globalement faibles en France, mais que les ménages pauvres restent exposés à des dépenses catastrophiques, notamment médicaments ambulatoires, lunettes, prothèses dentaires et auditives.

Effet déplacement : maîtrise publique → hausse des complémentaires, attente plus longue, reste à charge concentré ou coût invisible pour les aidants.

Méthode

Avant de comparer avec l'OCDE :

identifier la cause, le lieu de charge et la faisabilité française

1. Cause

La réforme répond-elle à la pénurie, à l'organisation, au paiement, aux données ou aux comportements ?

2. Acteur support

Qui absorbe la charge : patient, généraliste, urgentiste, hôpital, complémentaire, collectivité ?

3. Capacité

Existe-t-il des professionnels, données et financements pour rendre la mesure opérationnelle ?

4. Équité

Les publics pauvres, âgés, ruraux ou chroniques sont-ils protégés ou davantage exposés ?

5. Évaluation

La mesure est-elle testée, mesurée, ajustée ? Ridde insiste sur l'importance d'interventions de santé publique évaluées et contextualisées.

Transition : les initiatives étrangères ne sont intéressantes que si elles réduisent ces reports de charge ou si la France accepte les conditions nécessaires pour les absorber.

Point de départ français : un système protecteur, mais sous tension

100 %

couverture population
pour un panier essentiel

84 %

dépenses prises en charge
par mécanismes
obligatoires

11,4 %

PIB consacré à la santé en
2024

60 %

satisfaits de la
disponibilité de soins de
qualité

Pour la comparaison OCDE

Ce qui est difficile à transposer

Un modèle où le reste à charge serait plus élevé, où l'accès dépendrait fortement du revenu, ou où les collectivités financeraient seules les soins.

Ce qui est plausible

Des innovations qui changent l'organisation : délégation de tâches, parcours, numérique, rémunération à la qualité, prévention ciblée.

La vraie contrainte

Capacité de mise en œuvre : ressources humaines, interopérabilité, pilotage territorial, confiance des soignants et lisibilité pour les patients.

MÉTHODE : Grille de comparabilité _ 5 questions avant d'importer une réforme

1. Même problème ?

Le pays répond-il au même "goulot" que la France : accès, coût, qualité, prévention, dépendance ?

2. Même architecture ?

Assurance sociale, NHS, assurance obligatoire privée, État régionalisé : les leviers ne sont pas identiques.

3. Même niveau local ?

La réforme exige-t-elle des communes fortes, des régions autonomes ou des caisses très intégrées ?

4. Même capital de confiance ?

Le numérique, le partage de données ou la délégation de tâches supposent une confiance professionnelle et citoyenne.

5. Même équité ?

La transposition réduit-elle les inégalités françaises ou risque-t-elle de les accentuer ?

La comparabilité ne se limite pas aux indicateurs : elle dépend du contrat social, du financement et des capacités d'exécution.

Comparaison

Pays-Bas : pourquoi les urgences débordent moins ?

Le facteur décisif n'est pas seulement le tri : c'est une alternative collective réellement ouverte hors horaires.



Comment fonctionne le modèle néerlandais ?

Une chaîne courte, lisible et financée pour le soir, la nuit et le week-end.



Le médecin généraliste reste souvent libéral, mais la permanence des soins est organisée collectivement et rémunérée séparément.

Pays-Bas vs France : où est la vraie différence ?

La France a un SAS et des maisons de garde ; le problème est l'hétérogénéité de l'offre derrière le tri.

Pays-Bas

France

Porte d'entrée hors horaires

Coopérative clairement identifiée

Plusieurs portes : SAS, urgences, SOS, MMG, plateformes

Rôle du généraliste

Gatekeeper fort

Coordination moins systématique

Gardes

Mutualisées à grande échelle

Variables selon les territoires

Lien avec l'hôpital

Souvent proche ou intégré

Souvent séparé

Expérience patient

Circuit lisible

Parcours plus fragmenté

La différence n'est pas seulement le tri : c'est l'existence d'une alternative collective réellement ouverte.

A-t-on simplement plus de médecins aux Pays-Bas ?

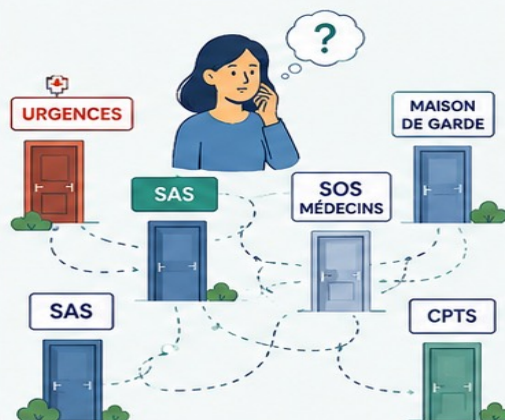
Un peu plus, mais la densité ne suffit pas à expliquer la différence.

Pourquoi on ne peut pas copier le modèle à l'identique en France

- 1** **Territoire plus vaste**
distances, ruralité, zones sous-dotées



- 2** **Offre plus fragmentée**
SAS, urgences, maisons de garde, SOS Médecins, CPTS...



- 3** **Moins de responsabilité collective**
les médecins libéraux ne sont pas partout organisés en coopérative de garde



- 4** **Amont et aval insuffisants**
manque de créneaux, de visites, de solutions sociales et de lits d'aval



Conséquence

En France, améliorer le tri sans construire l'alternative ne suffit pas : **l'hôpital reste la solution par défaut.**



**Point de vigilance : les Pays-Bas connaissent aussi des pénuries
environ 60 % des cabinets n'acceptaient plus de nouveaux patients en 2024 selon la Cour des comptes néerlandaise.**

Pourquoi on ne peut pas copier le modèle à l'identique en France

Quatre obstacles structurels changent les conditions de mise en œuvre.

1



Territoire plus vaste

Distances, ruralité, zones sous-dotées

2



Offre fragmentée

SAS, urgences, MMG, SOS, CPTS, centres privés

3



Responsabilité collective incomplète

Participation aux gardes encore variable et largement volontaire

4



Amont et aval insuffisants

Peu de créneaux, visites, solutions sociales et lits d'aval

Améliorer le tri sans construire l'alternative laisse l'hôpital comme solution par défaut.

Que peut-on réellement transférer en France ?

Pas une copie conforme : une adaptation territoriale avec obligation de résultat.

1

Une porte unique hors horaires

Appel + tri + rendez-vous effectif

2

Gardes mutualisées

À l'échelle CPTS / bassin de vie

3

Lieux communs avec l'hôpital

Maisons médicales de garde proches des urgences

4

Visites et équipes mobiles

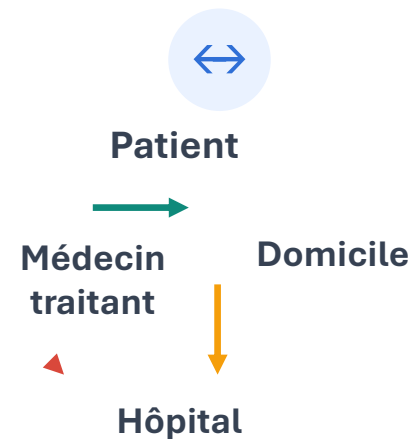
Pour personnes âgées, rurales ou sans médecin

5

Données de capacité + aval

Créneaux, transport, social, lits

Organisation territoriale



Conditions de réussite

- Financement stable
- Responsabilité territoriale claire
- Participation médicale organisée
- Évaluation par territoire

À mesurer : rendez-vous réellement obtenus, réorientation sans retour aux urgences, délai d'attente, visites à domicile, hospitalisations et coûts déplacés.

Royaume-Uni : prescription sociale et travailleurs de lien

Initiative

Des “link workers” orientent les patients vers activités, associations, aide sociale, logement, conseils financiers ou soutien contre l’isolement.

Le link worker n’est ni un médecin ni nécessairement un travailleur social. Il ne prescrit pas de médicaments et ne remplace pas les soins. Son rôle est plutôt d’assurer le lien entre le système de santé, les services publics et le tissu associatif, avec un suivi plus actif qu’une simple remise d’adresse

Pourquoi c’est intéressant pour la France

Nos soins primaires absorbent des demandes non strictement médicales : santé mentale légère, solitude, précarité, maladies chroniques. La prescription sociale peut désaturer une partie de la médecine générale.

Faisabilité

MSP, CPTS, collectivités et associations existent déjà.

Fort

Impact potentiel

Dépend beaucoup de l’offre sociale locale disponible.

Moyen

Risque

Ne doit pas devenir une “défausse” médicale vers le social.

Moyen

Transposition proposée

Expérimenter des coordinateurs sociaux financés par l’Assurance maladie + ARS dans les territoires à forte précarité, avec indicateurs : recours aux urgences, satisfaction, continuité et santé mentale.

Source : NHS England, social prescribing/link workers ; données et principe de transposition adaptés au contexte français.

Royaume-Uni : prescription sociale et travailleurs de lien

Quel problème précis cela pourrait résoudre ?

- **Des consultations médicales pour des problèmes qui ne sont pas uniquement médicaux**
- **Le non-recours aux aides**
- **La fragmentation du parcours**
 - Le système français dispose déjà de travailleurs sociaux, médiateurs en santé, infirmiers de coordination, maisons France Services et associations. Le problème est souvent que le patient doit lui-même trouver la bonne porte et raconter plusieurs fois sa situation
 - Le link worker n'ajouterait de valeur que s'il devenait un **interlocuteur identifiable**
- **L'isolement et les troubles psychiques modérés**

Quels gains pour le système de santé ?

1. Libérer du temps médical
2. Eviter certaines aggravations
3. Mieux utiliser les ressources existantes

Peut-on promettre des économies ?

Non. Les évaluations économiques restent faibles (Kieler et al., 2022)

Aucune preuve solide de coût-efficacité des link workers.

Royaume-Uni : prescription sociale et travailleurs de lien

Le dispositif ne crée pas les services manquants.

Les associations risquent d'être saturées.

Tout le monde ne donne pas suite.

La qualité dépend fortement du territoire et du professionnel.

Il existe un risque de médicaliser les problèmes sociaux.

Elle ne doit pas se substituer aux soins nécessaires.

En résumé : c'est probablement un bon outil de coordination et d'accompagnement, mais pas une solution miracle.

- Il fonctionne surtout quand la personne accepte l'aide, que le *link worker* dispose de temps et que des ressources locales accessibles existent réellement.
- Les bénéfices sur le bien-être à court terme sont plausibles ;
- les effets durables sur la santé, les consultations, les hospitalisations et les coûts restent insuffisamment démontrés.

Estonie : dossier de santé national et e-prescription

Principe

Les résidents disposent d'un dossier numérique ; les prescriptions sont largement dématérialisées ; les professionnels accèdent à l'information utile.

Ce que cela corrige

Répétition d'examens, pertes d'information, mauvaise coordination ville-hôpital et manque de continuité pour les patients chroniques.

Limite de comparabilité

Petit pays, État numérique très intégré, culture administrative différente.

Transposable ? Possible, mais pas seulement technique

**Interopérabilité
obligatoire**

**Usages réels par
les soignants**

**Confiance +
consentement**

**Valeur patient
visible**

La question posée ici est est-ce que le **numérique simplifie vraiment** la consultation?
Complémentarité *versus* substitution
Et le poid des **charges administratives**

Estonie : dossier de santé national et e-prescription

Estonie–France : des objectifs proches, mais une intégration différente

Le DMP français, désormais intégré à Mon espace santé, ressemble au dossier national estonien sur le principe :

- rassembler des documents médicaux accessibles
 - au patient et
 - aux professionnels autorisés.

Mais l'Estonie est plus avancée dans l'intégration opérationnelle, notamment pour la prescription électronique.

Le point fort français : un espace plus large que le simple dossier

Mon espace santé ne se limite pas au DMP. Il comprend :

- le dossier médical ;
 - une messagerie sécurisée avec les professionnels ;
 - un profil médical renseigné par le patient ;
 - un catalogue d'applications référencées ;
 - progressivement, des fonctions de prévention et de personnalisation.
- Encore beaucoup documentaire

Le dossier pharmaceutique français ajoute une fragmentation

La France dispose également du dossier pharmaceutique, géré par la profession pharmaceutique. Il retrace les médicaments délivrés et sert notamment à prévenir les interactions.

En octobre 2025, l'Agence du numérique en santé annonçait environ **23 millions d'utilisateurs actifs** de Mon espace santé et **42,8 millions de documents partagés durant le seul mois d'octobre**. Au quatrième trimestre 2025, plus d'un tiers des médecins consultaient chaque mois le DMP ou Mon espace santé.

Le dossier médical partagé et l'e-prescription ne résolvent pas les déserts médicaux, car ils ne créent ni médecins, ni infirmiers, ni pharmacies, ni temps de consultation.

Il peut même parfois aggraver les inégalités si les zones sous-dotées disposent aussi d'une mauvaise connexion, de peu d'assistance numérique ou d'une population plus âgée et moins à l'aise avec les outils en ligne.

**Le gain le mieux démontré est organisationnel et sécuritaire ;
le gain financier existe probablement, mais il est diffus et difficile à mesurer précisément.**

Allemagne : les applications numériques prescrites et remboursées

DiGA = “apps sur ordonnance”

Une application peut être prescrite par un médecin ou psychothérapeute et remboursée par l’assurance maladie légale si elle satisfait aux critères de sécurité, qualité, protection des données et effets positifs de soins.



Ce qui serait possible en France

Créer un “couloir” plus lisible pour les solutions numériques avec preuve graduée : remboursement temporaire conditionné aux résultats, prix renégocié selon usage et efficacité, exigences fortes de cybersécurité et d’interopérabilité.

Sources : BfArM DiGA ; ministère fédéral allemand de la Santé ; rapprochement avec la doctrine française d’évaluation HAS/PECAN.

Allemagne : les applications numériques prescrites et remboursées

Faisabilité **Moyen**

La France a HAS, PECAN et évaluation numérique, mais l'accès marché reste prudent.

Financer temporairement un **dispositif médical numérique innovant** avant qu'il ait terminé tout le parcours nécessaire à un remboursement durable.

Impact potentiel **Moyen**

Utile en santé mentale, chronicité, rééducation, observance.

Risque **Fort**

Rembourser trop vite des apps peu utiles ou inégalement utilisées.

En avril 2026, la HAS a rendu son **premier avis favorable à un remboursement de droit commun pour une thérapie numérique** : le dispositif **Joe**, destiné aux enfants de 7 à 11 ans souffrant d'asthme persistant. Il associe une application et un écran interactif afin d'aider l'enfant à mieux suivre son traitement. Le remboursement effectif reste soumis à la décision finale des pouvoirs publics

La télésurveillance (**dispositifs médicaux numériques**) est déjà plus installée : elle est remboursée en droit commun depuis le **1er juillet 2023** pour certaines pathologies. Le financement comporte généralement un forfait pour le professionnel qui suit le patient et un forfait technique pour l'entreprise fournissant le dispositif numérique.

Les applications sur ordonnance existent juridiquement et commencent à être prescrites et remboursées en France, mais elles ne constituent pas encore une pratique courante. La télésurveillance est actuellement plus développée que les applications thérapeutiques autonomes.

Pays-Bas : paiements groupés pour maladies chroniques (bundled payment)

Initiative

Paiement annuel unique à des groupes de soins pour diabète, BPCO et risque vasculaire, afin de coordonner les prestations autour du patient.

Intérêt

Déplacer le système du paiement à l'acte vers un financement de parcours ; encourager délégation, protocoles et qualité des dossiers.

Attention

Les économies ne sont pas automatiques ; il faut éviter la sélection des patients et le sous-traitement des cas complexes.

Comparabilité avec la France

Très pertinente car la France souffre de fragmentation ville-hôpital et d'un paiement encore dominé par l'acte. Mais il faut une organisation territoriale mature : équipes pluriprofessionnelles, données de qualité, responsabilité populationnelle.

À tester par pathologies prioritaires : diabète + insuffisance cardiaque + santé mentale légère, avec garde-fous sur les inégalités.

Sources : Observatoire européen, “Bundled payments in the Netherlands” ; OCDE sur paiements à la valeur et soins chroniques.

Pays-Bas : paiements groupés pour maladies chroniques (bundled payment)

Dans le bundled payment néerlandais

L'assureur verse un forfait annuel par patient à une organisation coordinatrice, souvent appelée *care group*. Cette organisation achète ou organise un ensemble défini de prestations liées à la maladie chronique :

- suivi médical prévu par le protocole ;
- soins infirmiers ;
- conseils diététiques ;
- éducation thérapeutique ;
- coordination entre professionnels ;
- parfois certains examens de suivi.

Le groupe répartit ensuite le financement entre les professionnels concernés.

« Paiement annuel unique » → **un paiement unique pour le panier de soins chronique défini**

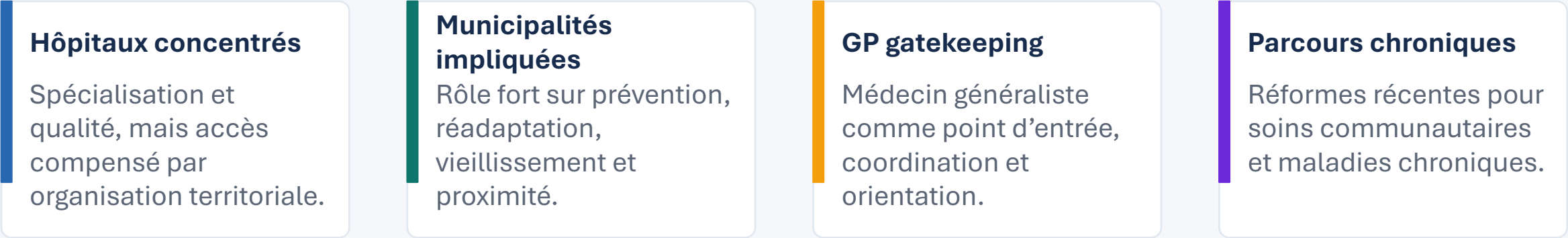
Différence entre

- Bundled payment &
 - capitation globale
- Ce n'est pas un financement couvrant toutes les dépenses médicales du patient.

Danemark : rapprocher les soins du domicile et renforcer le premier recours

Comment soigner davantage de personnes âgées ou chroniques près de chez elles, et éviter que l’hôpital reste longtemps la solution par défaut ?

La logique danoise : “moins d’hôpital par défaut, plus de soins de proximité organisés”



Pour la France

Le transfert est possible sur la logique **mais** pas sur l’architecture.

- La France doit composer avec communes, départements, ARS, hôpitaux et libéraux.
- Le levier réaliste :
 - financer des équipes territoriales autour des CPTS/MSP
 - renforcer l’hospitalisation à domicile, la réadaptation et les infirmiers de pratique avancée.

Faisabilité	Moyen
Gouvernance française plus fragmentée.	
Impact potentiel	Fort
Agit sur urgences, chronicité, vieillissement.	

Sources : OCDE Primary Care in Denmark ; Country Health Profile Denmark 2025 ; Healthcare Denmark sur soins chroniques.

Dire “réduire les hospitalisations évitables” est trop vague

Un indicateur utile pour repérer un problème, mais insuffisant pour piloter une réforme.

1. Ce n’est pas un contrefactuel

Une hospitalisation dite potentiellement évitable ne prouve pas qu’elle aurait été évitée avec intervention précoce en ville.
Que se serait-il passé pour les mêmes patients sans la réforme ?

2. Le coût évité n’est pas le tarif

Beaucoup de coûts hospitaliers sont fixes : libérer des lits ne transforme pas immédiatement la dépense en économie.

3. Le risque de sélection

Les équipes peuvent éviter les cas complexes si les indicateurs ne sont pas ajustés au risque social et clinique.

4. Le besoin se déplace

Domicile, infirmiers, transport, social et coordination doivent être financés.

Avant de lancer une réforme, il faut définir un dispositif complet :

population cible → intervention concrète → responsable de parcours → financement → indicateurs → comparaison avec un groupe témoin.

Insuffisance cardiaque

BPCO

Sorties âgées fragiles

Santé mentale légère

Le Danemark ne réduit pas l’hôpital simplement en demandant aux patients de rester chez eux. Il finance et organise ce qui doit exister autour du domicile pour que l’hôpital ne soit plus la seule solution.

Sources : DREES : 265 000 HPE en 2017, dont près de la moitié pour insuffisance cardiaque ; méthodologie HPE ATIH/DREES.

Transférabilité : adapter car impossible de copier

Le Danemark donne une logique d'organisation, pas une architecture importable telle quelle.

Brique danoise

Transfert réaliste en France

Point dur



Transférable si l'on crée une responsabilité de parcours financée et mesurée ;
non transférable si l'on ajoute seulement une coordination non financée.

Sources : OECD, Primary Care in Denmark ; Country Health Profile Denmark 2025 ; Cour des comptes, Infirmiers en pratique avancée.

Danemark : les limites du modèle de proximité

Le modèle est cohérent, mais il ne supprime pas les tensions : il déplace aussi des responsabilités hors de l'hôpital.



Coordination encore fragile

Régions, municipalités et généralistes n'ont pas toujours les mêmes budgets ni les mêmes objectifs.



Hôpitaux plus éloignés

La concentration améliore la spécialisation, mais augmente les distances pour certains patients.



Professionnels sous tension

Le domicile exige plus d'infirmiers, d'aides à domicile, de généralistes et de coordination.



Le généraliste peut bloquer

Si le premier recours est saturé, le "gatekeeping" devient une file d'attente plutôt qu'une solution.

Le Danemark ne "désengorge" pas l'hôpital par magie : il finance une alternative de proximité. Sans moyens au domicile, le modèle transfère la charge vers les familles ou les communes.



Hôpital spécialisé



Domicile



Coordination



Patient fragile

Ce que cela implique pour la France

La question n'est pas "peut-on copier le Danemark ?" mais "qui paie, qui organise et comment évaluer ?"

❌ Copier à l'identique



Gouvernance différente

Départements, ARS, communes, hôpitaux et libéraux.



Coûts déplacés

Le domicile doit être financé, pas seulement invoqué.



Risque aidants

Si l'offre manque, la charge revient aux familles.



Économies incertaines

Éviter un séjour ne donne pas automatiquement une économie nette.



Adapter la logique

1. Cible



2. Intervention

3. Responsable



4. Financement

5. Indicateurs



6. Groupe témoin

À retenir : réduire l'hôpital suppose de financer l'alternative + de mesurer le coût total, pas seulement le nombre de séjours.

Japon : assurance publique de dépendance et autonomie

Initiative

Assurance dépendance publique avec évaluation des besoins, niveaux de dépendance et services à domicile ou en institution. Objectif : soutenir l'autonomie tout en cadrant les coûts.

Pourquoi regarder le Japon ?

Vieillessement très avancé, besoin de sortir d'une réponse uniquement hospitalière et de structurer le "care" comme un risque social.

Comparabilité France

Très forte sur le défi démographique, moins forte sur l'acceptabilité d'un financement dédié et sur la disponibilité de personnel.

Transposition française : oui, si on assume un vrai cinquième risque

**Conditions : financement pérenne + barème national lisible + coordination départements/ARS + revalorisation des métiers du domicile + prévention de la perte d'autonomie.
Sans cela, risque de créer un droit théorique sans offre réelle.**

Sources : OCDE ageing and long-term care ; analyses comparatives sur l'assurance dépendance japonaise.

Japon : assurance publique de dépendance — que peut-on importer en France ?

Le Japon a transformé la perte d'autonomie en risque social financé, évalué et organisé par un panier de services.

Pour la France

La question n'est pas de créer ex nihilo une branche : elle existe. C'est de la rendre lisible, exécutable et pilotable.

Transférabilité

Oui sur les principes : barème national, évaluation standardisée, coordinateur, panier de services. Non sur l'architecture : la France restera plus multi-acteurs.

Gain attendu

D'abord équité, continuité et soutien des aidants. Les économies hospitalières sont possibles mais doivent être prouvées, pas postulées.

1. Le problème français : un droit à l'autonomie encore fragmenté

Droit “papier”

Un plan d'aide peut être accordé, mais rester partiellement non exécuté faute d'offre locale, de personnel ou de coordination.

Responsabilités dispersées

CNSA, départements, ARS, Assurance maladie, caisses de retraite, communes et familles interviennent sur des bouts du parcours.

Inégalités territoriales

L'accès effectif dépend fortement du département, des services disponibles et du marché local de l'aide à domicile.

Question à laquelle répond le modèle japonais

Comment passer d'un assemblage d'aides à un droit organisé ?

Un niveau de besoin → un panier de services → un coordinateur → un financement prévisible → un reste à charge lisible.

Point crucial : le système français a déjà la “cinquième branche”, mais pas encore les attributs complets d'une assurance de services opposable.

Sources : CNSA — branche Autonomie depuis 2021 ; Cour des comptes 2025 — leviers insuffisants et équité territoriale.

2. Ce que fait le Japon : une assurance de services, pas seulement une aide financière

Cotisation dédiée

Tous les résidents de 40 ans et plus cotisent ; les municipalités jouent un rôle d'assureur local.

Évaluation standardisée

La perte d'autonomie est évaluée et classée en niveaux de besoin ; les droits découlent du niveau reconnu.

Care manager

Un professionnel construit et ajuste le plan de services avec la personne et les prestataires.

Ticket modérateur

Le patient paie une quote-part, typiquement 10 %, davantage pour certains revenus.

Évaluation

Plan

Services

Réévaluation

Financer une capacité d'aide effective autour de la personne, avec une règle nationale lisible et un responsable de parcours.

Sources : MHLW Japan Long-Term Care Insurance System ; Japan Health Policy NOW — Long-term Care Insurance.

3. Transposition française : intégrer sans compliquer le système

A. Panier national

Définir un socle opposable par niveau de dépendance : heures d'aide, répit, accueil de jour, adaptation du logement, coordination.

B. Référent unique

Créer un “care manager” français : mandat clair, dossier partagé, capacité de mobiliser les services et de réévaluer.

C. Budget fusionné

Construire un plan unique : soins infirmiers + aide humaine + réadaptation + prévention + logement.

D. Main-d'œuvre

Condition préalable : revalorisation, formation, temps de trajet, remplacement, attractivité du domicile.

Architecture réaliste

Partir de la branche Autonomie, contractualiser avec départements/ARS et financer des équipes territoriales responsables.

Le point dur n'est pas juridique : il est opérationnel. Sans personnel disponible et sans capacité de coordination, le droit devient une promesse non tenue.

Sources : CNSA ; Cour des comptes 2025 ; DREES 2026 sur les besoins d'emploi à l'horizon 2050.

4. Gains attendus : il faut parler de coûts évités, pas d'économies automatiques

Gains sociaux probables

Moins d'épuisement des aidants, plus de maintien à domicile choisi, moindre inégalité territoriale, reste à charge plus lisible.

Gains système possibles

Sorties d'hôpital mieux préparées, moins de ruptures de parcours, moins d'entrées en établissement faute de solution à domicile.

Coût net probable

À court/moyen terme : dépense supplémentaire, car il faut financer les services aujourd'hui manquants ou sous-payés.

Qualité / équité

Coûts évités

Dépenses nouvelles

La réforme est d'abord une réponse au vieillissement et aux aidants, pas un objectif principal d'économies"

Les économies ne viennent que si les services évitent effectivement des hospitalisations, des séjours prolongés ou des entrées précoces en établissement.

Sources : DREES 2026 — 150 000 à 200 000 emplois supplémentaires ; CNSA — budget de la branche Autonomie.

Opérabilité

Comment prouver le gain : une évaluation avant généralisation

Cibler

Tester sur 3 situations : sorties d'hospitalisation fragiles, personnes GIR 3–4 à domicile, aidants à risque d'épuisement.

Moyens financés

Budget territorial dédié : coordinateur, heures d'aide garanties, répit, réadaptation, adaptation du logement.

Comparer

Comparer territoires pilotes et témoins : même profil de population, même période, mêmes indicateurs.

Décider

Généraliser seulement les modules qui montrent un effet net et répliquable.

Indicateurs à suivre

Hôpital
Réhospitalisations 30/90 j, journées d'attente de sortie, passages aux urgences.

Autonomie
Heures d'aide réalisées, chutes, dénutrition, entrée en EHPAD.

Aidants
Épuisement, absentéisme, recours au répit, satisfaction.

Coût complet
Dépenses autonomie + maladie + reste à charge + coûts des proches.

**Transférable si
l'on finance une offre réelle et
si l'on accepte d'évaluer des coûts complets,
pas seulement les dépenses d'hôpital.**

Sources : DREES ; CNSA ; Cour des comptes ; méthodes d'évaluation des politiques publiques.

Évaluer avant de généraliser : un test “à la française”

La question n'est pas “ça marche dans tel ou tel pays?” mais “quel effet causal ici, avec quels moyens ?”



Indicateurs minimaux : réhospitalisations à 30/90 jours, passages aux urgences, jours d'hospitalisation, délai de sortie, qualité de vie, iatrogénie, charge aidants, coûts complets, effet par niveau social.

Sans groupe témoin et sans coûts complets, on ne sait pas si l'on économise, si l'on déplace les coûts ou si l'on sélectionne les patients.

Sources : Méthodes d'évaluation : approche quasi-expérimentale / déploiement échelonné ; indicateurs OCDE hospitalisations évitables.

Tester, mesurer, généraliser



Choisir les problèmes

Accès aux soins primaires, maladies chroniques, dépendance. Pas de catalogue de réformes.



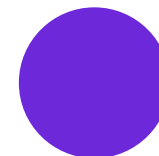
Lancer des pilotes territoriaux

Territoires volontaires, financement pluriannuel, gouvernance ARS + Assurance maladie + collectivités.



Mesurer publiquement

Accès, satisfaction patient, qualité, dépenses évitées, inégalités. Données simples et comparables.



Généraliser sous conditions

Uniquement ce qui améliore l'accès ou la qualité sans creuser les écarts sociaux ou territoriaux.

Principe politique : importer des dispositifs, mais construire une méthode française d'apprentissage continu.

Un mot de conclusion

Les réformes les plus transposables ne sont pas les plus spectaculaires

À court terme

Prescription sociale ciblée, parcours chroniques, interopérabilité numérique : faisables sans changer tout le système.

À moyen terme

Paievements groupés, soins de proximité, équipes pluriprofessionnelles : exigent données, confiance et pilotage local.

À long terme

Dépendance, prévention et financement durable : choix politique explicite sur ce que la solidarité nationale doit couvrir.

La question n'est donc pas "quel pays fait mieux que la France ?"

**Quelle innovation étrangère permet de mieux tenir la promesse française :
accès universel, solidarité, qualité,
dans un contexte de pénurie et de vieillissement ?**

Faut-il renforcer la médecine de ville, investir dans le numérique, ou créer un vrai risque dépendance ?

POLITIQUE DE SANTÉ et SYSTÈMES DE SANTE

Merci

Questions & échanges

Contact : carine.milcent@cnrs.fr

Carine Milcent ·
Directrice de recherche-CNRS ·
Professeur à Paris School of Economics
PI du projet SAFEPAW, PEPR santé numérique, France 2030

Sources principales

- OCDE, Health at a Glance 2025 : France — couverture, financement, satisfaction et comparaisons OCDE.
- OCDE, Does Healthcare Deliver? PaRIS 2025 — expériences et résultats rapportés par les patients chroniques.
- European Observatory on Health Systems and Policies, France: Health System Summary 2024.
- DREES, Comptes de la santé 2024 — dépenses françaises au sens international.
- NHS England, Social prescribing and link workers.
- BfArM / Ministère fédéral allemand de la Santé, DiGA — Digital Health Applications.
- European Observatory, Bundled payments in the Netherlands ; OCDE sur paiements à la valeur.
- Milcent et Milcent et al. 2001-2026
- OCDE, Primary Care in Denmark ; Country Health Profile Denmark 2025.
- OCDE, Ageing and long-term care ; profils du système japonais de dépendance.