



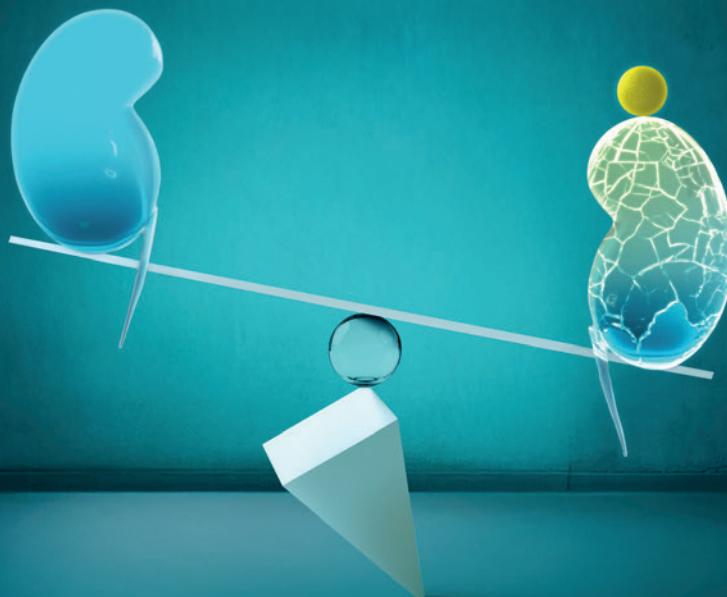
Promouvoir
le dialogue

Mercredi 25 juin 2025
Future4Care

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA COOPÉRATION EN SANTÉ

**3 années
pour tout changer !**

Pour préserver la fonction rénale, **chaque mg* compte**



FR-NP-2400129 - Décembre 2024

Face à une protéinurie, réhaussons le niveau d'exigences.

Une diminution plus importante de la protéinurie est associée à un moindre risque d'insuffisance rénale ou de décès.^{1,2}

IgA : Immunoglobulines A

* mg/j

1. Pitcher D, et al. J. Long-Term Outcomes in IgA Nephropathy. Clin J Am Soc Nephrol. 2023 Jun 1;18(6):727-38.

2. SFNDT. Traitement de la néphropathie à IgA. Fiche synthèse. 2024. Disponible sur https://www.sfndt.org/sites/www.sfndt.org/files/medias/documents/Fiche%20SFNDT_IgA.pdf.

SOMMAIRE

OUVERTURE.....	p.4
<i>Vincent Olivier, Président de Coopération Santé Basile Gorin, Secrétaire général adjoint de Coopération Santé</i>	
ALLOCUTION D'OUVERTURE.....	p.6
<i>Corinne Imbert, Sénatrice de Charente-Maritime, conseillère départementale de Charente Maritime, pharmacienne, rapporteure de la branche maladie du PLFSS</i>	
OBJECTIFS COMMUNS.....	p.8
<i>Diaporama : données chiffrées sur le « mieux vivre » en France » Antoine Collet, Directeur des panels et partenariats d'IQVIA France</i>	
TABLE RONDE	
<i>Anne Buisson, Directrice AFA Crohn RCH France Dr Patrick Gassert, Gastroentérologue, président d'AvenirSpé Pr Gérard Reach, Professeur d'endocrinologie, diabétologue, maladies métaboliques à l'université Sorbonne-Paris Nord Geoffroy Saint-Claire Deville, Directeur du développement de Focus Patient</i>	
FACE À FACE	
<i>Agnès Firmin Le Bodo, Députée de Seine-Maritime, ancienne ministre de la santé et de la prévention Bernard Jomier, Sénateur de Paris, vice-président de la commission des affaires sociales</i>	
GOUVERNANCE : DÉCLOISONNEMENT ET PARTAGE DE LA COMPÉTENCE....	p.22
TABLE RONDE	
<i>Delphine Chadoutaud, Présidente de l'URPS Pharmacie île-de-France Pr Chantal Raherison-Semjen, Pneumologue à Pointe-à-Pitre, co-Présidente de l'association Droit à respirer Yvan Tourjansky, Président de l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes île-de-France</i>	
FACE À FACE	
<i>Yann-Gaël Amghar, Président du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie Christelle Ratignier-Carbonneil, Directrice générale de l'ARS Grand-Est</i>	
OUTILS ET MOYENS POUR RENFORCER LA COOPÉRATION EN SANTÉ.....	p.28
TABLE RONDE	
<i>Clémentine Body, Directrice des projets transverses et de l'international de l'Agence de l'innovation en santé Dr Luc Duquesnel, Président du syndicat Les Généralistes – CSMF Laurent Gainza, Directeur des affaires publiques du Leem David Guillet, Président de l'URPS Infirmier Pays de Loire, ex-président de la Fédération des CPTS</i>	
REMISE DES PRIX DE LA COOPÉRATION EN SANTÉ.....	p.40
<i>Vincent Olivier, Président de Coopération Santé Pr Jean-Paul Cristol, Fondation Charles Mion – Aider Santé Romain Lahbari, Swapios</i>	
Animation	
<i>Marie-Josée Augé-Caumont, Vice-Présidente de Coopération Santé Chryssanthi Guillou, Directrice conseil CommStrat Eric Vilon, Co-Fondateur d'InSleepLab</i>	

Ouverture

Bienvenue à ces premiers États Généraux de la coopération en santé.

Coopération Santé est une longue et belle histoire, commencée il y a près de vingt ans.

Aujourd'hui, la coopération est une évidence. Tout le monde en parle, tout le monde la souhaite. C'est même parfois une forme d'incantation, pour les pouvoirs publics. Mais, dans les faits, les réticences sont encore nombreuses. J'en veux pour preuve le récent recours du Conseil de l'ordre devant le Conseil d'État, contre l'élargissement des compétences des infirmières en pratique avancée (IPA). Penser la coopération comme « ce qui est à moi est à moi, ce qui est à toi est négociable » est plutôt regrettable.

En matière de coopération, notre association fait figure de précurseur. D'abord, ses trois fondateurs étaient une pharmacienne – Marie-Josée Augé-Caumon, actuelle vice-présidente –, un éminent représentant d'Aides, Christian Saout, et un conseiller d'État. Depuis, cette diversité continue à faire son originalité, et même sa singularité : tous les acteurs du monde de la santé y sont représentés et la coopération est promue par ceux qui la font et la vivent au quotidien.

Notre conviction est que les trois prochaines années seront fondamentales, car la santé sera l'un des enjeux essentiels de la prochaine présidentielle. C'est la raison pour laquelle nous avons intitulé ces premiers États Généraux : « 3 ans pour tout changer ! »

Bien qu'envié dans le monde entier, notre système de santé est à bout de souffle et les usagers ont le sentiment, assez justifié, que la qualité des soins et la disponibilité des soignants ne sont pas toujours au rendez-vous. Dans ces conditions, que faire ? Dépenser plus ? C'est impossible, alors que le déficit de la Sécurité sociale dépasse les 15 milliards d'euros. Dépenser moins ? C'est impossible. Nos concitoyens ne l'accepteraient pas, et ils auraient raison.

La seule solution consiste donc à dépenser mieux. Pour y parvenir, la coopération en à n'en pas douter l'un des outils les plus efficaces, et ces premiers États généraux sont la pierre angulaire de cette démarche.

Je remercie nos partenaires, Abbott, Abbvie, Biogaran, Boston Scientific, Chiesi, Incyte, MSD, Pfizer, Sanofi, Serb et CLS Vifor. Leur nombre témoigne de notre sérieux et de notre engagement dans le temps.

Je remercie aussi tout particulièrement la sénatrice Corinne Imbert, qui ouvrira ce colloque et qui est l'une de nos adhérentes les plus fidèles.

Je vous souhaite d'excellents États généraux !



Vincent Olivier,
Président de Coopération Santé



Je suis très heureux de vous accueillir, au nom du groupe de travail de Coopération qui a mis sur pieds cette première édition de nos États Généraux de la coopération en santé.

La philosophie de notre approche est claire. **L'ADN de Coopération Santé est le dialogue entre tous les acteurs du monde de la santé**, lequel fait face à des défis croissants. Or qu'ils soient politiques, économiques ou même géopolitiques, ces défis questionnent certains éléments que l'on pensait acquis pour notre système de santé, comme les conditions de son financement et de sa pérennité.

Ces États Généraux ont été organisés par un groupe de travail impliqué, dont trois des membres animeront nos échanges : Marie-Josée Augé-Caumon, Éric Vilon et Chryssanthi Guillon.

Avant de céder la parole à Corine Imbert pour lancer cette première édition de nos États Généraux, je vous remercie pour votre présence nombreuse.

Profitez de cette journée : elle est à vous !



Basile Gorin,
Secrétaire général adjoint de Coopération Santé



Allocution d'ouverture

Même s'il n'est pas en grande forme, notre système de santé a le mérite d'exister. J'espère que vos travaux conduiront à le pérenniser, alors que nous fêtons cette année les 80 ans de la Sécurité sociale. Réfléchir et agir ensemble à l'amélioration de notre système de santé est ambitieux. Mais, tous ensemble, nous allons y arriver ! Les pistes existent, et nous en sommes tous convaincus. Ce qui fait la richesse de Coopération Santé, c'est vous tous, par la pluralité de vos profils et les rencontres que vous organsez. Pour le législateur que je suis, ces échanges constituent une source cruciale de réflexion.

Corinne Imbert,
Sénatrice de Charente-Maritime, conseillère départementale de Charente Maritime, pharmacienne, rapporteure de la branche maladie du PLFSS

Déficit et financement de la Sécurité sociale

Le projet de loi d'approbation des comptes de la Sécurité sociale de 2024 a été rejeté au Parlement, avec un **déficit de plus de 18 milliards d'euros pour 2024, dont 13 milliards pour la branche maladie**. En outre, pour la cinquième année consécutive, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été dépassé. Et ce, alors même qu'entre 2019 et 2024, l'Ondam est passé de 200 milliards à 256,4 milliards d'euros. Pour quels résultats ? Nos concitoyens ont-ils le sentiment que le système de santé se porte mieux ? Certes, cette dépense supplémentaire s'explique en partie par l'inflation et par le coût du Ségur (13 milliards). Néanmoins, les chiffres bruts ne peuvent que nous interroger.

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a joué son rôle, en appelant à une vigilance renforcée. Quelles leçons en tirerons-nous, pour cette année et pour 2026 ?

Une responsabilité partagée

Nous sommes tous responsables – les patients aussi – et il ne sera pas possible de ramener le déficit de la Sécurité sociale à zéro en une seule année. Chaque euro d'argent public dépensé est important et il conviendra d'agir avec prudence. Je suis favorable à une loi **pluriannuelle de prévention**, avec des objectifs clairs, sur laquelle pourrait s'appuyer le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Cela permettrait aussi de faire prendre conscience aux patients que prendre soin de soi, se faire suivre, mieux manger et plus bouger présente un intérêt pour leur santé.





Quelle Sécurité sociale, pour quel coût ?

On l'oublie trop souvent, mais le **budget de la Sécurité sociale est supérieur à celui de l'Etat**. Pour autant, des choix ont été faits, en matière d'accès à l'innovation ou de médicaments, qui ont un coût et des conséquences, notamment en matière de rupture de stocks et de difficulté d'approvisionnement. Tous ces sujets devront être remis sur la table, de même que celui de la **pertinence des soins**. Alors que la Sécurité sociale est devenue une forme de politique de guichet, nous avons tous à nous interroger sur ce que nous voulons pour elle, que l'on soit professionnel, patient ou responsable politique.

L'actualité législative

Beaucoup appellent à un projet de loi santé, mais c'est difficile quand un gouvernement ne sait pas s'il sera encore là dans six mois. Aussi avançons-nous à coups de propositions de lois, pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires, en matière de formation ou pour le partage de compétences. Fût un temps, le mot d'ordre pour les pharmaciens était « pas de compérage ». Aujourd'hui, **la coopération est une notion clé** – et ce n'est sans doute pas un hasard si une pharmacienne a été à l'origine de la création de Coopération Santé.

Je travaille aussi à une proposition de loi sur **l'accès aux études de santé**, d'autant que le rapport de la Cour des comptes sur la réforme Pass/Las est assez sévère. Les autres thèmes de travail sont la financiarisation de la santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les **comptes de la Sécurité sociale** ou encore **l'introduction de l'IA dans les pratiques médicales**.

3 années pour tout changer !

« 3 années pour tout changer ! » est ambitieux et demandera du courage. Je sais que **Coopération Santé ne refuse jamais les obstacles**, mais cela ne sera pas si simple, a fortiori dans un contexte politique chaotique. Le Sénat a une majorité et est force de proposition, mais il n'agit pas seul.

Il va falloir se retrousser les manches, et je resterai à votre écoute !

Objectifs communs

Marie-Josée Augé-Caumon :

Dans Coopération Santé, il y a bien longtemps que nous croyons en la coopération en santé et que nous la poussons, même si c'est difficile. Heureusement, nous avons « 3 ans pour tout changer » !

Diaporama

Données chiffrées sur le « mieux vivre » en France

Antoine Collet :

Chez IQVIA France, nos panels de données concernent les pharmacies d'officine, les cabinets de médecine de ville et les pharmacies à usage interne.

Panorama des espérances de vie

Avec une espérance de vie moyenne de **83 ans** (80 ans pour les hommes et 85,6 ans pour les femmes), la France se situe **au-dessus de la moyenne européenne** de 81,5 ans, mais légèrement derrière l'Espagne et l'Italie – sans doute en raison de leur cadre de vie. L'Allemagne est légèrement en deçà (81 ans), et la Bulgarie arrive en queue de peloton, avec une espérance de vie moyenne de 75,8 ans. Il est également intéressant de noter qu'en Suède, l'écart entre les hommes et les femmes n'est que de 3 ans, contre 5 à 6 ans en moyenne dans les autres États membres.

À l'échelle internationale, le Japon reste champion toutes catégories, avec une espérance de vie de 84,7 ans, suivi de la Corée. **À l'inverse, le Royaume-Uni et les États-Unis se situent en deçà de la moyenne européenne.**



Marie-Josée Augé-Caumon,
Vice-Présidente de Coopération Santé



Antoine Collet,
Directeur des panels et partenariats d'IQVIA France

État de santé des Français en 2025

Les cinq piliers du « mieux vivre » sont **l'absence de maladie chronique, la bonne santé mentale, le poids, l'activité physique et l'absence d'addiction.**

Or l'Assurance maladie estime qu'**un tiers des Français seraient atteints d'une maladie chronique**, dont 40 % de personnes de plus de 65 ans.

Par ailleurs, **20 %** des Français présentent des **symptômes dépressifs modérés à sévères** (un taux en forte croissance post-pandémie de covid, notamment chez les jeunes) et 25 % déclarent ressentir de **l'anxiété et du stress** au quotidien.

Le taux d'**obésité** s'établit autour de **17 %** chez les adultes, et 1 Français sur 2 serait en surpoids.

En matière d'activité physique et d'alimentation, 75 % des adultes ne respecteraient pas les recommandations de l'OMS et nos modes de vie sont largement **sédentaires**.

Enfin, même si les chiffres tendent à reculer, 25 % des hommes et 20 % des femmes ont une addiction au tabac, et 10 % des adultes ont une consommation à risque d'alcool ou de cannabis – et cette part est en constante augmentation chez les jeunes.

moyenne
re
d'un effet

qué, avec
s tous les

s avec une
s

vie élevée et
plus réduit.

la plus

QVIA



Déterminants sociaux des inégalités sociales

Un **écart de 13 ans** s'observe en matière d'espérance de vie entre les **plus riches et les plus pauvres**. De fait, le risque de développer une maladie chronique ou mentale est respectivement deux et trois fois plus élevé entre ces deux segments.

Par ailleurs, **11 % des Français déclarent renoncer aux soins** pour des raisons financières et 20 % des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire se heurtent à un refus d'accès aux soins.

Enfin, 7 millions de Français vivent dans des zones sous-dotées en médecins généralistes – zones dans lesquelles le risque de fermeture d'officines est également plus élevé.

Déterminants environnementaux

La **pollution de l'air** est responsable de **40 000 décès** prématurés par an. L'exposition aux substances chimiques, le bruit et le dérèglement climatique doivent également être mentionnés comme facteurs aggravants de la santé et du bien-être des Français.

Au total, le « mieux vivre » en santé en France est multidimensionnel. Son amélioration requiert **une santé plus intégrée, préventive et personnalisée**, une prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux pour lutter contre les **inégalités sociales** (qui est aussi une politique de santé publique), une **société plus solidaire et inclusive** et une transformation technologique au service de l'humain, en traitant la donnée de santé de façon éthique.

Table Ronde animée par Marie-Josée Augée-Caumon



Anne Buisson,
Directrice AFA Crohn RCH France



Pr Gérard Reach,
Professeur d'endocrinologie, diabétologue, maladies métaboliques à l'université Sorbonne-Paris Nord



Dr Patrick Gasser,
Gastroentérologue, président d'AvenirSpé



Geoffroy Saint-Claire Deville,
Directeur du développement de Focus Patient



Marie-Josée Augé-Caumon,
Vice-Présidente de Coopération Santé

Anne Buisson :

« Les **maladies chroniques**, dont sont atteints un tiers des Français, sont un véritable fléau. Au-delà des dépenses de santé qu'elles représentent, la priorité pour les patients est de faire en sorte qu'une maladie chronique ne décompense pas, ce qui implique de se placer dans le cadre de la prévention tertiaire. Pour traiter l'impact de la maladie dans son ensemble, il est indispensable de s'intéresser au « **mieux vivre** » et à la qualité de vie, que les traitements ne sont pas toujours capables d'apporter. En outre, une récente étude a démontré que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin continuent à avoir un impact quand les patients sont en rémission. Ainsi, même si l'épuisement ressenti est majeur lors des poussées, 90 % des patients le ressentent encore au moment de la rémission. À cause de la maladie, certains patients déclarent avoir dû renoncer à une pratique sportive et/ou rencontrent des difficultés dans leurs relations amoureuses.

Par ailleurs, 80 % des patients déclarent se sentir soutenus par leurs proches, mais 61 % ont déjà considéré que personne ne pouvait comprendre ce qu'ils vivaient, 40 % se sont déjà sentis dévalorisés et culpabilisés par leur entourage, voire par certains professionnels de santé.

En somme, **malgré l'avancée des traitements, la qualité de vie des patients est fortement altérée**. Pour l'améliorer, j'identifie quatre leviers : **favoriser la capacité d'agir des patients grâce à un cadre d'autonomie ; soutenir l'entourage ; briser l'isolement** par l'auto-support et l'accès à une communauté d'autres patients ; **profondément changer le système de santé**, pour ne plus se focaliser sur la seule prise en charge médicale.

Les **associations de patients** et les **corps intermédiaires sont indispensables** à ce changement de paradigme, dans lequel l'accompagnement des patients au quotidien fait partie intégrante de leur prise en charge. »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Nous savons que la **qualité de vie** des patients est importante, mais il est crucial d'en avoir une confirmation chiffrée. »

Geoffroy Saint-Claire Deville :

« Si l'on souhaite avoir une réflexion sur les **enjeux de la santé future**, il me semble essentiel de ne pas oublier de prendre en compte l'avis des premiers concernés, les patients qui vivent leur maladie au quotidien. Et il est essentiel de le faire **au-delà des consultations médicales** ou des **enquêtes protocolées** dans lesquelles les patients sont questionnés. En effet, les **témoignages** non sollicités et librement partagés, notamment sur les forums et les réseaux sociaux, expriment des trajectoires de vie, des questions, des attentes et des visions du système de santé qui, si elles sont entendues, enrichissent la réflexion et permettent de déboucher sur des **actions à engager pour améliorer la prise en charge**. »

Dans une étude consacrée au cancer du sein, Focus Patient a écouté plus de 30 000 témoignages de près de 6 500 femmes. Il en est notamment **ressorti que la douleur post-chirurgie était un fardeau quotidien** et que les patientes regrettent que, dès lors qu'elle est considérée comme prise en charge par la prescription d'antalgiques, cette douleur ne soit plus un sujet pour le corps médical.

Cette **réalité des patientes a donc été rappelée aux oncologues**, dans le cadre d'une **action de communication**.

Au terme d'une autre étude où nous avons écouté les échanges de **6 491 auteurs confrontés à des formes débutantes de la maladie d'Alzheimer**, l'un des points saillants était que les patients et les aidants estiment que **le diagnostic est long à poser**.

En outre, nous avons constaté que les **centres mémoire** instaurés depuis de nombreuses années dans les régions françaises sont très peu présents dans les discussions, ce qui témoigne d'une **méconnaissance de leur existence** par les patients et les aidants. Et pour cause, les **médecins généralistes eux-mêmes ne les connaissent pas**. Cette situation est d'autant plus dommageable qu'une véritable **course contre la mortne** est engagée, avec l'arrivée prochaine **d'anticorps** dont le bénéfice sera maximal quand ils seront prescrits au plus tôt après l'apparition des premiers signes de déclin cognitif.

Ces deux exemples montrent à quel point l'**écoute des discussions entre patients sur les forums et les réseaux sociaux est une source d'information extrêmement pertinente pour faire émerger des pistes d'amélioration de la prise en charge**. »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Il est certain que sur les forums, la parole est plus libérée que dans les relations avec les professionnels de santé, et même avec les proches. Ces échanges permettent aussi d'envisager d'autres ressources pour la prise en charge. **Les officines sont également un lieu où s'exprime la détresse des patients**. »



Pr Gérard Reach :

« Les 30 % de Français qui souffrent d'une maladie chronique sont autant d'individus qui la vivent de jour comme de nuit, et ressentent une **détresse qu'ils n'osent pas toujours exprimer**. Cette détresse est présente dès l'**attente des résultats**, à l'annonce du diagnostic **et après**, car il faut faire le **deuil de sa santé perdue**. Pour citer le philosophe Canguilhem, « aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique ».

Dans le diabète de type 1, près de 40 000 patients sont désormais traités avec une boucle fermée – c'est-à-dire un pancréas artificiel. C'est un progrès considérable. Pourtant, les études montrent que la détresse persiste : la **technologie améliore le traitement, mais ne résout pas la détresse psychologique**. Et pour cause, souffrir d'une maladie chronique s'accompagne toujours d'un **psycho-trauma fait d'angoisse** (quel sera le prochain coup ?) et de **solitude** (à qui en parler ?). Et ce psycho-trauma concerne autant le patient que son aidant, en cas de perte d'autonomie.

Il est essentiel que les professionnels de santé comprennent que la **médecine ne soigne pas des maladies, mais des personnes souffrant d'une maladie**. De la même façon, la coopération en santé ne doit pas être faite pour les personnes ayant une maladie, mais **avec elles**. De fait, la **personne qui a une maladie ne doit pas être encerclée par les intervenants, mais faire partie de ce cercle**.

Penser la maladie et le psycho-trauma qu'elle engendre favorise une vision holistique de la personne, et conduit à **élargir le cercle des intervenants**, y compris en faisant de la place aux médecines dites complémentaires. Grâce à la transformation de leur rôle, les **pharmacien peuvent aussi apporter une aide psychologique considérable**. »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Ce rôle a toujours existé, mais on ne le décrivait pas ainsi. Les personnes ont toujours su franchir le pas d'une pharmacie pour y demander conseil. »

Pr Gérard Reach :

« Le mot clé est la **confiance** : une personne qui entre dans une officine y retourne, quand elle a confiance.

Un autre enjeu est celui de la **formation**. Apprenons aux futurs **médecins à soigner des personnes qui ont des maladies**, et non plus des organes malades. Vous fixez « 3 ans pour tout changer » : cette nouvelle perception de la médecine serait un véritable **changement de paradigme**. »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Dans cette table ronde consacrée à nos objectifs communs pour changer le système de santé, nos échanges sont finalement **centrés sur les patients et sur les difficultés qu'ils rencontrent** – lesquelles sont également subies par les personnes en bonne santé. Cela confirme que la coopération que nous prônons de longue date est fondamentale. »

Dr Patrick Gasser :

« Comment répondre aux nouveaux objectifs et aux nouvelles demandes vis-à-vis du système de santé ? Alors que les médecins ont longtemps été formés au soin, quelle est leur place dans le cadre plus large de la santé ? En tout état de cause, on ne peut pas tout demander aux professionnels de santé. Les **politiques publiques**, y compris celle de la ville, ont une **responsabilité importante** pour améliorer la vie en bonne santé. L'exemple japonais en témoigne : tout est orienté vers vivre mieux et plus longtemps. Tous les trottoirs sont ainsi équipés de bancs et de toilettes publiques, pour permettre aux personnes âgées de sortir et d'avoir une activité physique. C'est un élément structurant de survie en bonne santé.

Le rôle de la **médecine spécialisée** est d'apporter une **expertise rapide et de qualité**, ainsi qu'un suivi. Cela étant, pour accepter et mieux vivre leur pathologie, les patients n'ont pas besoin d'un médecin à chaque instant, mais d'une **écoute**. Une nouvelle organisation des cabinets médicaux est donc nécessaire,

pour **prévenir, prendre en charge** et pour accompagner. Il faut du temps – pas du temps médecin, mais du **temps soignant**, grâce à la mise en place de travail aidé (délegation de tâches, IPA, infirmières de protocoles, assistants médicaux, etc.).

En France, la **prévention est quasi nulle**, et ne se traduit pas une baisse du nombre des personnes avec une maladie. Dans la nouvelle organisation de demain, la place des spécialistes sera structurante, notamment pour reconnaître la vulnérabilité et la prendre en compte.

La question de l'**éducation à la santé** est posée. Le socle du changement de paradigme de la prise en charge est chez nous. Nous en avons les moyens, peut-être même financiers. Je ne suis pas persuadé qu'il faille consacrer 12,6 % du PIB à l'accompagnement de l'ensemble de la société. Le maître mot doit être celui de **pertinence**, et il importe qu'il soit partagé : la pertinence, encore la pertinence et toujours la pertinence ! C'est à travers ce mot d'ordre que nous dégagerons les financements qui nous permettront de mettre en place ce que nous souhaitons ensemble – car **c'est tous ensemble que nous devons avancer**. Les médecins spécialistes ont publié un manifeste dans cette optique. »

Anne Buisson :

« La prévention consiste à dépenser de l'argent **au début pour réaliser des économies ensuite**. Des expériences de **coopération en santé** avec des **associations de patients existent**, comme les **compagnons maladies rares**, la santé communautaire pour la prévention du sida ou les **médiateurs de santé pairs**. Elles ont été **évaluées, et ont fait la démonstration de leur utilité**. Ainsi, capitalisons sur ce qui a été expérimenté plutôt que de réinventer sans cesse. »



Geoffroy Saint-Claire Deville :

« En effet, des coopérations existent et fonctionnent, sur lesquelles il faudrait s'appuyer. Notre étude sur la polyarthrite rhumatoïde, par exemple, a montré que les patients soulignent **l'importance équivalente du médecin et du kinésithérapeute**, chacun apportant sa contribution à la prise en charge des patients dans une **vraie complémentarité** qu'ils reconnaissent. Les patients n'utilisent pas le terme de « coopération », mais leurs témoignages la mettent implicitement en avant. »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Pour accompagner les patients comme ils le souhaitent et avoir une population en meilleure santé, il faudra du temps. À cet égard, le **partage des tâches sera incontournable.** »

Pr Gérard Reach :

« L'éducation à la santé doit intervenir dès l'école, comme dans les pays nordiques et asiatiques. »

Pr Gérard Reach :

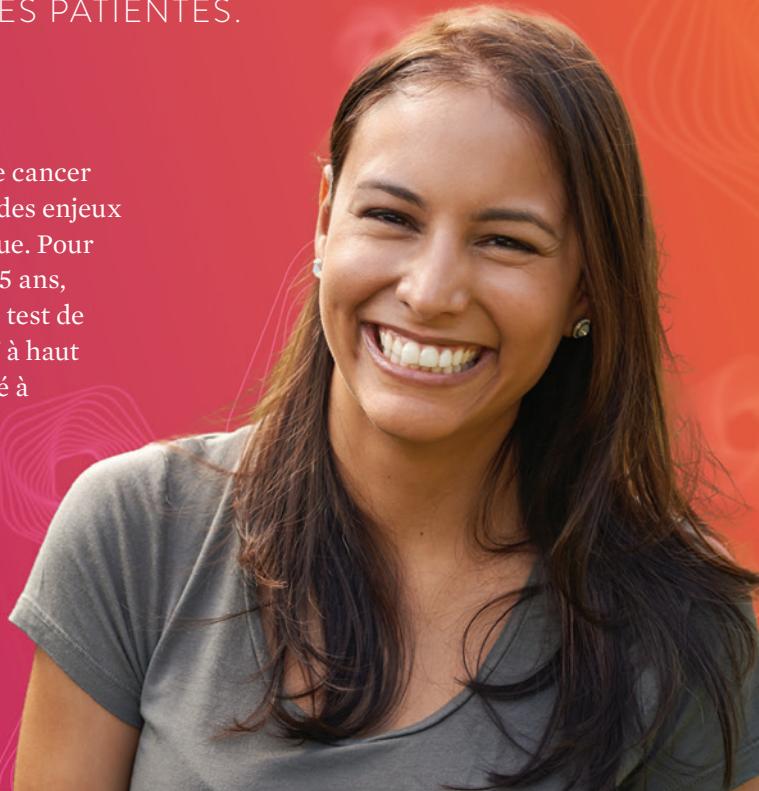
« En moyenne, un patient sur deux n'est pas observant et arrête son traitement – même lorsqu'il est pertinent – après deux ans. Cela traduit une **crise du relationnel entre le patient et son médecin.** La valorisation de l'idée de décision partagée améliorerait nécessairement l'observance. Mais, là encore, cela requiert du temps. »



C'EST BIEN PLUS QU'UN TEST.

C'EST UN OUTIL DE DÉCISION CLINIQUE
POUR UNE BONNE PRISE EN CHARGE
INDIVIDUELLE DES PATIENTES.

Le dépistage primaire de cancer du col de l'utérus est un des enjeux majeurs de Santé Publique. Pour les femmes de 30 ans à 65 ans, le test de référence est le test de détection des virus HPV à haut risque (HPV-HR), réalisé à partir d'un prélèvement cervico-utérin (frottis).



Alinity m High Risk (HR) HPV est un test qualitatif in vitro destiné à être utilisé sur le système automatisé Alinity m pour la détection de l'ADN des 14 génotypes du papillomavirus humain (HPV) à haut risque (génotypes 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 et 68) dans les échantillons cliniques.

Lire attentivement les instructions figurant dans le (les) manuel(s) d'utilisation du (des) système(s) et sur les étiquettes et/ou dans la (les) notice(s) d'utilisation du (des) réactifs.

Mandataire : Abbott Allemagne

Distributeur : Abbott France - 40/48 rue d'Arcueil, 94593 Rungis Cedex

AMD.18423 FRA - Février 2024

© 2024 Abbott. Tous droits réservés. Toutes les marques référencées sont des marques commerciales du groupe de sociétés Abbott ou de leurs propriétaires respectifs. Toutes les photos affichées sont uniquement à des fins d'illustration. Toute personne représentée sur ces photos peut être un modèle.



INFOGRAPHIE

Baromètre des Biosimilaires

*L'état des lieux des connaissances
des Français sur les médicaments biosimilaires¹*



La connaissance des médicaments biosimilaires

Seul **1 Français sur 10**
pense savoir ce qu'est un **médicament biosimilaire**.



L'expérience des médicaments biosimilaires

Chez les personnes qui sont ou ont été auparavant sous traitement biosimilaire, le taux de confiance envers leurs médicaments est particulièrement élevé :
plus de la moitié (55%) ont tout à fait confiance
et un tiers ont plutôt confiance.



Les avantages du développement des médicaments biosimilaires

55%

des Français sont **favorables**
au développement
des biosimilaires.

45%

des Français identifient que cela permet de **réaliser des économies** qui permettent ensuite **d'investir dans la recherche**.

55%

des Français identifient que le développement des médicaments biosimilaires permet de **diversifier les sources d'approvisionnement** pour éviter une **rupture de stock**.

1. Ifop pour Biogaran. Baromètre des biosimilaires : état des lieux des connaissances des Français sur les médicaments biosimilaires. Étude réalisée par l'Ifop pour Biogaran, par questionnaire auto-administré en ligne du 26 septembre au 1er octobre 2024, auprès d'un échantillon de 3011 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, dont 1 026 personnes prises en charge au titre d'une Affection de Longue Durée – Octobre 2024

Échanges avec la salle

Alain Olympia:

« La méconnaissance des dispositifs est réelle, pourtant ceux-ci sont très nombreux. Et elle concerne tous les acteurs : les médecins méconnaissent le véritable objectif de l'**éducation thérapeutique du patient**, les pharmaciens méconnaissent les **associations de lutte contre la solitude, etc.** »

« Il existe des ressources, ne restez pas seul avec votre maladie » : cette phrase, très courte à prononcer et qui ne demande pas d'argent, est cruciale. »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Coopération Santé est née de la création, par Bernard Tricot, de l'annuaire des associations de santé. La connaissance mutuelle est primordiale, d'autant que repérer, c'est savoir orienter. »

Vincent Olivier:

« Pourriez-vous citer des **exemples** de coopération en santé réussie ? »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Certaines **CPTS** ont fait la preuve de leur utilité. »

Anne Buisson :

« L'éducation thérapeutique du patient aussi, l'idéal étant que le **patient expert** soit formé en même temps que les professionnels de santé, et fasse **partie intégrante de l'équipe**. »

Cela étant, l'éducation thérapeutique n'est pas accessible à tous. Dans les **Mici**, par exemple, seuls 3 % des patients ont accès aux séances d'éducation thérapeutique. Les associations de patients compensent les carences du système. Dans notre cas, nous proposons

un **accompagnement en ligne**, au travers d'**ateliers très largement suivis**. L'apport du numérique n'est pas à négliger, y compris dans sa dimension socioéconomique. »

Pr Gérard Reach:

« En **diabétologie**, les **IPA** jouent un rôle considérable – par exemple pour aider les personnes à adapter leur dose d'insuline ou à utiliser leur matériel. »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« À cet égard, il ne faut plus parler de « élégation », mais de « **partage** » de tâches et de compétences. L'expérience a montré que la délégation ne fonctionne pas toujours. En revanche, dès qu'il est question de partage, ça marche tout seul ! »

Dr Patrick Gasser:

« Certains articles 51 ont aussi fait la preuve de leur efficacité, notamment dans la prise en charge des plaies chroniques. Outre une meilleure prise en charge, la **coopération de l'ensemble des acteurs permet une diminution des dépenses**. »

Au-delà de la sémantique, tous les métiers doivent évoluer, ce qui impose de casser les silos et de ne plus mettre les acteurs devant le fait accompli. »

Association Vivre sans thyroïde :

« Souvent, l'**écoute est unilatérale** – du patient vers les soignants. Elle devrait **aller dans les deux sens**. »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Merci ! »



Agnès Firmin Le Bodo,
Députée de Seine-Maritime,
ancienne ministre de la santé et de la prévention



Bernard Jomier,
Sénateur de Paris,
vice-président de la commission des affaires sociales

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Comment améliorer l'existant, notamment l'accompagnement des patients ? »

Agnès Firmin Le Bodo :

« Comme l'indique l'intitulé de ces États généraux, il est **urgent de tout changer** ! Notre système ne peut plus fonctionner tel qu'il est organisé. Aussi faut-il proposer une **révolution copernicienne**, qui ne consiste pas seulement à proposer de nouveaux dispositifs. Des briques ont été posées, mais mal articulées. À cet égard, le préalable est un **choc de formation**, pour apprendre aux professionnels à travailler entre eux et en finir avec le tout-curatif.

L'autre urgence absolue concerne la **prévention**, qui doit sortir du ministère de la santé pour devenir une politique publique globale. Car la prévention est de la santé, mais pas seulement de la santé. C'est aussi de l'**aménagement du territoire**, de l'**activité physique à l'école et tout au long de la vie**, l'apprentissage du **lavage des mains** sans attendre une nouvelle crise sanitaire. Cette politique est la base pour que **chaque citoyen soit acteur de sa santé** et de sa prévention, mais aussi pour **préserver la Sécurité sociale**. Or la prévention, c'est du temps long. **Il faut y aller, nous n'avons plus le choix !**

Il me semble que cette indispensable **politique de prévention primaire, secondaire et tertiaire** mériterait d'être rattachée au

Premier ministre sous la forme d'une délégation interministérielle.

J'appelle aussi de mes vœux un choc de gouvernance. Il passe par une véritable **simplification**, avec des **enjeux de lisibilité et de territorialisation**. Dans cette nouvelle gouvernance, il convient aussi de donner plus de poids aux ministres qu'à l'administration.

Depuis 2017, je défends l'idée d'une loi de programmation en santé. Une telle loi aurait dû être adoptée dans la suite de la réforme « Ma santé 2022 » portée par Agnès Buzin. **S'il existait une loi-cadre de santé**, les multiples propositions de lois qui n'apportent que de l'illisibilité n'auraient plus lieu d'être – sans compter que 75 % des lois votées ne sont pas appliquées.

Enfin, nous sommes tous responsables du **« dépenser mieux »**. Il est fondamental de réapprendre que la santé n'est pas un bien de consommation comme un autre.

La pertinence des soins est tout aussi cruciale. Cet enjeu est intimement lié à la formation.

Last but not least, la coopération est une absolue nécessité. Elle passe par la bonne connaissance des professionnels entre eux.

Repensons les bases, pour tout changer ! Cela prendra-t-il seulement trois ans ? Je n'en suis pas convaincue, a fortiori dans le contexte politique actuel. Mais il est **urgent de commencer à réfléchir à la façon de le faire à compter de 2027.** »

Marie-Josée Augé-Caumont :
« Ce programme nous convient ! »

Bernard Jomier :

« Le sujet de la coopération en santé est fondamental, et nous tournons autour depuis des années – tout comme nous connaissons de longue date les grands déterminants de l'état de santé de notre population. Pourtant, nos très bons résultats ont tendance à se dégrader, même s'ils ne sont pas catastrophiques, en témoigne la progression de notre espérance de vie en bonne santé. **Nous pouvons faire mieux**, compte tenu du niveau de dépense de l'Assurance maladie. L'organisation de cette dépense, mise en place il y a plusieurs décennies, ne correspond plus à l'état de santé (notamment la hausse des maladies chroniques) et aux comportements de la population. Le système s'est essoufflé.

Les propositions de lois ne permettront pas de changer le système. De façon inédite, un ministre de la Santé n'a pas été autorisé à déposer un projet de loi, mais a dû reprendre une proposition de loi. La situation de la gouvernance dans notre pays est folle !

Par ailleurs, je partage les propos d'Agnès Firmin Le Bodo. Un **double virage doit être pris** : celui de la prévention et celui de la territorialisation, avec un pilotage local d'une part d'engagement de la dépense.

En prévention, de nombreuses actions sont immédiatement rentables, comme le **parcours de soins pour les insuffisants cardiaques** instauré par de nombreux départements. Par ailleurs, les **CPTS invitent à travailler ensemble** et à penser santé publique au-delà du soin individuel. C'est un véritable **changement de culture**. Il a fallu près de dix ans pour que cette organisation commence à fonctionner, et pas partout.

Concernant la territorialisation, la bonne maille étant le département. Au-delà des grandes mesures nationales de prévention – sur le tabac, l'alcool ou les pesticides –, des **budgets locaux sont indispensables pour adapter les actions aux réalités**. L'Ondam ne doit plus être une fabrique exclusivement nationale. De la même façon, le débat sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale **devrait commencer dans les départements**, pour identifier et hiérarchiser les **besoins locaux** de santé.

Enfin, la **carte sanitaire** ne doit pas être la conséquence d'un mitage, mais pensée en fonction des **besoins de santé de la population**. Cette approche améliorera nécessairement le **lien entre les besoins de santé et le fléchage de la dépense** en santé, et mettra également fin aux rentes de situation. **Un changement culturel et de gouvernance doit s'opérer, qui requiert de la force politique.** »

Agnès Firmin Le Bodo :

« La bonne maille n'est même pas le département, mais le **bassin de santé**. En 2018, j'avais ainsi défendu un amendement pour un **Ondam régional**. »



Échanges avec la salle

Alain Olympie :

« Pourquoi n'avons-nous pas la **visibilité du coût de notre santé** ? Une acculturation est nécessaire, et simple à mettre en place : elle requiert simplement une coopération des administrations pour échanger des chiffres. Pourquoi ne sait-on pas qui a quelles compétences, dans les métiers de la santé ? **Pourquoi le système est-il toujours médecins-centré ?** »

Agnès Firmin Le Bodo :

« Je me bats pour **mettre un terme** au discours selon lequel **tout est gratuit**. Au contraire, **tout a un coût**, même si ce dernier est largement pris en charge. À cet égard, retirer les vignettes sur les boîtes de médicaments a été une grave erreur. Par ailleurs, la reconnaissance de tous les métiers passera par l'exercice dans les maisons pluriprofessionnelles et par les CPTS, mais aussi et surtout par la formation initiale. »

De la salle :

« N'aurait-on pas intérêt à redéfinir une **stratégie nationale** et à l'expliquer ? »

Bernard Jomier :

« Des **plans existent**, mais ils sont **déconnectés** du circuit décisionnel. En outre, la **santé** est une **compétence régionale**, et le manque de confiance envers les acteurs locaux est criant. Reconnectons l'analyse des besoins de santé et des priorités de ces besoins avec l'organisation de la dépense. »

Agnès Firmin Le Bodo :

« Chacun doit prendre sa place, et le politique doit trouver la sienne, à commencer par **prendre des décisions en commun avec l'administration** et ne pas subir l'administration. »

De la salle :

« À quelles **compétences** les étudiants en santé devraient-ils être **formés en priorité** ? Par ailleurs, que pensez-vous de la proposition de la Cour des comptes de créer une première année de pharmacie, dans les études de santé ? »

Agnès Firmin Le Bodo :

« Les deux premières années, le système de Parcoursup a **invisibilité le mot « pharmacie »**, ce qui a entraîné une chute considérable des étudiants en pharmacie. Il existe aussi un problème à l'entrée. Il n'est pas normal que 40 % des étudiants infirmiers n'aillent pas au bout de leur cursus. Le système de **Pass-Las** a désormais **assez d'ancienneté pour être évalué et amélioré**.

Par ailleurs, les coopérations ne fonctionneront que si elles sont **coconstruites par les professionnels**, avec un accompagnement du ministère. »

Marie-Josée Augé-Caumon :

« Merci ! »

Sanofi en France

*Nous poursuivons les miracles de la science
pour améliorer la vie des gens*

Science

79

études cliniques
en France

1^{ère}

entreprise
pharmaceutique
française¹

250 000

nourrissons traités
préventivement
contre la bronchiolite*
en France²

Économie

300

millions d'euros

investis
chaque année
dans l'outil
industriel

1^{er}

investisseur privé
en R&D tous secteurs
confondus³

13

milliards d'euros

de contribution
à la balance
commerciale
française

Société

2 500

apprentis
et stagiaires
recrutés
et formés
chaque année

1^{ère}

entreprise du CAC40
pour l'inclusion des
salariés en situation
de handicap

55 millions

de médicaments
donnés
aux populations
vulnérables
dans le monde

Données internes 2023

¹Bilan économique 2022-2023 des entreprises du médicament | Leem

²Dépêche AFP, 27 février 2024 – Chiffres relatifs à la campagne hiver 2023/2024,

en partenariat avec AstraZeneca

³The 2023 EU Industrial R&D Investment Scoreboard

Légende photo : modèle de médecine génomique en 3D
Direction de la Communication Sanofi France – 7000047004-05/24

sanofi



Gouvernance : décloisonnement et partage de la compétence

Table Ronde animée par Chryssanthi Guillon

Santé et territoire : qui doit décider ?



Delphine Chadoutaud,
Présidente de l'URPS Pharmacie Île-de-France



Yvan Tourjansky,
Président de l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes
Île-de-France



Pr Chantal Raherison-Semjen,
Pneumologue à Pointe-à-Pitre, co-Présidente
de l'association Droit à respirer



Chryssanthi Guillon,
directrice conseil CommStrat

Chryssanthi Guillon :

« Les enjeux d'une meilleure gouvernance sont l'équité d'accès aux soins et l'amélioration de la prise en charge des patients. Nos trois intervenants, qui vivent la gouvernance au quotidien, nous feront part de leurs constats et de leurs pistes de solutions. »

Pr Chantal Raherison-Semjen :

« Le collectif **Droit à respirer** réunit des professionnels de santé et des associations de patients de toutes les maladies respiratoires. En France, au moins 10 millions de personnes sont atteintes de maladies respiratoires chroniques. Mais, jusqu'au covid, la santé respiratoire était le parent pauvre des stratégies nationales de santé.

La maladie la plus fréquente, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), a des racines pédiatriques. Ainsi, la mesure du souffle à l'adolescence permet de prédire ce qui se passera à l'âge adulte. Pourtant, très peu de personnes font déjà effectué cette mesure – ce qui peut se faire très aisément. Le sujet d'**éducation à la santé est donc réel**.

En outre, un patient sur deux avec des symptômes quotidiens de type essoufflement, toux, bronchites à répétition, en parle à un professionnel de santé. Pourtant, le diagnostic reste tardif. Il faut donc aussi améliorer le repérage et le dépistage précoce. Or la France est l'un des rares pays à ne pas avoir de dépistage du cancer du poumon.

Certes, une co-construction avec les acteurs locaux est nécessaire. Mais comment ceux-ci peuvent-ils avoir accès à des données robustes sur l'état de santé de nos concitoyens, pour guider et adapter des stratégies de santé nationale et locales ? Des indicateurs sont indispensables pour identifier et ajuster les priorités. C'est un enjeu pour

les patients d'aujourd'hui, mais aussi pour les générations futures. Et ce, d'autant que les patients qui souffrent d'une maladie respiratoire ont souvent une autre pathologie chronique associée. »

Chryssanthi Guillou :

« Comment améliorer la coopération avec les tutelles et les élus, pour un dialogue interprofessionnel fructueux ? »

Yvan Tourjansky :

« La gouvernance est un mot clé. De nombreux lieux existent - ou existaient - pour l'organiser, comme les fédérations d'unions régionales des professionnels de santé (URPS) qui ont été abandonnées. En tout état de cause, il est crucial d'apprendre à travailler ensemble, ce qui impose d'abord de se connaître, que l'on soit personnel médical ou paramédical. Même si certaines sont plus médiatisées que d'autres, plus de quarante professions de santé ou associées à la santé sont recensées par Legifrance. Tant qu'elles ne se connaîtront pas entre elles, elles ne pourront pas travailler ensemble.

Il faut aussi penser la formation des dirigeants et des représentants syndicaux dans le monde libéral. Or le contrôle des URPS par la Cour des comptes a souligné l'absence totale de formation, y compris des élus.

La gestion du covid aurait dû nous apprendre beaucoup de choses en matière de maillage territorial et d'échanges interprofessionnels.

Tout changer en 3 ans est un bel objectif, sous réserve d'en parler tous ensemble. »



Delphine Chadoutaud :

« Il est vrai qu'on ne se connaît pas, et c'est dramatique ! Le projet de commissions paritaires locales mixtes, qui réuniraient médecins et pharmaciens, est très intéressant pour comprendre les contraintes et les impératifs de chacun. De surcroît, quand les professionnels de santé discutent entre eux, les premiers bénéficiaires sont les patients.

Nos institutions n'ont aucune idée de ce qu'est notre quotidien. En l'occurrence, nous sommes sollicités pour tout, car il suffit de pousser la porte, et nous devenons même les informaticiens de nos patients. Les pharmaciens sont « le couteau suisse » du système, car nous devons trouver des solutions immédiates pour tout. J'aimerais que les ARS et les CPAM ne passent ne serait-ce qu'une demi-journée dans nos officines pour s'en rendre compte et nous apporter le soutien dont nous avons besoin. Nous avons également besoin de toutes les professions de santé.

Remettons de l'humain dans la santé !

Chryssanthi Guillon :

« N'oublions pas non plus d'**objectiver, de planifier et de territorialiser**. Quelles solutions opérationnelles et simples à mettre en place auriez-vous à proposer ? »

Pr Chantal Raherison-Semjen :

« La pertinence des soins est un élément clé, grâce aux recommandations de **bonnes pratiques**, et elle doit être « coût efficiente ». Une **feuille de route sur la santé respiratoire**, avec des indicateurs précis, mériterait d'être coordonnée avec le plan national santé environnement. Autre exemple, les conseillers en environnement intérieur, qui interviennent à domicile sur prescription, permettent bien souvent de faire baisser la pression thérapeutique. Les **solutions existent**. »

Reste à savoir qui **décide de leur application** et à quelle échelle, dans la période politique actuelle marquée par l'immobilisme.

Une piste pourrait aussi consister à **organiser** des **États généraux** de la coopération en santé décentralisés ! »

Yvan Tourjansky :

« Comme cela a été rappelé, 75 % des lois ne sont pas appliquées et il n'existe pas de programmation nationale. L'**hétérogénéité territoriale** peut aussi poser problème. Par exemple, nous avons fait un appel à manifestation d'intérêt, mais d'autres départements ont procédé autrement. Les outils sont là, mais **il faut aller au bout de la cohérence**, en pensant ce que travailler ensemble impose sur le terrain. De la même façon, l'un des critères du service sanitaire, proposé en formation initiale, est l'interprofessionnalité. Mais il n'est jamais respecté, ou très peu.

Les politiques déclarent vouloir changer des choses, la Cour des comptes fait des rapports, mais souvent, **rien n'est dit de la mise en œuvre locale**. L'**aménagement du territoire** est pourtant un préalable à la gouvernance.

Le **volet financier** est tout aussi primordial, même s'il est rarement abordé avec toutes les parties concernées.

Le covid l'a montré : quand nous avons tous un objectif commun, nous arrivons à soigner les gens et cela fonctionne ! »



Delphine Chadoutaud :

« Pour améliorer les choses, **il faut nous écouter et nous faire confiance** ! C'est très simple. Or il existe un réel fossé entre les institutions et les pharmaciens, dont l'avis n'est que consultatif. La campagne de vaccination contre le covid, par exemple, prendra fin le 30 juin mais je n'ai plus de vaccin parce que l'accès aux doses est trop compliqué. Nous avons alerté à plusieurs reprises, mais on ne nous a pas écoutés. C'est donc un échec de fin de campagne.

Il est fatigant et décourageant de proposer des pistes d'amélioration sans jamais être entendu. C'est finalement une perte de temps, or nous n'avons pas le luxe de prendre ce temps face à un patient en détresse. »

Chryssanthi Guillon :

« Avez-vous des questions à poser aux deux intervenants du face-à-face qui va suivre, le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) et la directrice générale de l'ARS Grand Est ? »

Pr Chantal Raherison-Semjen :

« Quelles **informations** prenez-vous en compte pour **déterminer les priorités de santé** à l'échelle régionale, en adéquation avec ce qui se fait sur le plan national ? »

Yvan Tourjansky :

« Comment arbitrez-vous entre les **priorités de santé** et les **priorités économiques** ? »



Delphine Chadoutaud :

« Comment la **prévention est-elle priorisée**, dans le système de soins ? Dans toutes les professions de santé, nous récupérons encore trop souvent **des patients qui auraient dû être pris en charge bien en amont**. »

Chryssanthi Guillon :

« Merci ! »

Face à face



Yann-Gaël Amghar,
Président du Haut Conseil pour l'Avenir de
l'Assurance Maladie



Christelle Ratignier-Carbonneil,
Directrice générale de l'ARS Grand-Est

Chryssanthi Guillon :

« Vous êtes deux hauts fonctionnaires plutôt politiques, puisque vous avez des expériences de conseillers ministériels. Alors que vous avez la vision du politique et de l'administratif, quels sont vos éléments de constat, et que répondriez-vous aux questions des trois intervenants précédents ? »

Yann-Gaël Amghar :

« Le débat sur l'**arbitrage entre les enjeux financiers et les enjeux de santé** traduit souvent, en France, un **manque de culture médico-économique**, lequel conduit à une absence de

hiérarchisation et à une **faible efficacité des actions**. Il est pourtant essentiel d'identifier des leviers d'économie permettant de ne pas dégrader le système de santé.

La situation de la prévention illustre aussi cette absence de priorisation des interventions, qui conduit à des actions dont le bénéfice n'est pas démontré.

En somme, **il est indispensable d'assumer de prioriser et de cibler davantage**. »

Christelle Ratignier-Carbonneil :

« Pour reprendre le titre de ces États généraux, ouï, **il faut résolument tout changer** !

Estimer les **besoins** et prendre en compte les **spécificités des territoires** est indispensable. Par ailleurs, nous n'arriverons pas à tout changer si nous ne relevons pas le défi de la **prévention**, qui doit intervenir à tout moment et à tout âge – ce qui impose de savoir s'adapter à la capacité de réception de chacun des acteurs et des publics.

Le plan régional de santé de l'ARS Grand Est s'appuie sur la **politique nationale de santé**, mais celle-ci mérite d'être **adaptée aux réalités locales**, dans une déclinaison infrarégionale. Il en va de la crédibilité de l'action. Cette adaptation doit se définir de manière concertée entre tous les acteurs, y compris les patients. Et pour cela, il est **essentiel de faire confiance** !



L'évaluation a aussi son importance : si un dispositif ne produit pas de résultats, il faut savoir y revenir. Or, comme on sait mal refermer une porte, on est tenté de ne pas l'ouvrir ou de ne l'ouvrir que partiellement. Or non seulement cela ne fonctionne pas, mais cela **nuit à l'innovation**.

La **transparence** est une autre notion fondamentale, d'autant qu'elle exige un niveau supérieur de qualité. »

Chryssanthi Guillon :

« Que pensez-vous d'une **loi de programmation en santé** ? S'il ne devait y avoir qu'une seule réforme de fond, laquelle appelleriez-vous de vos voeux ? »

Yann-Gaël Amghar :

« Je suis favorable à davantage de **pluriannualité et de vision stratégique**, face aux enjeux de transformation du système de santé dans la durée, notamment pour une **meilleure réallocation de ressources** entre les modes d'intervention, les prestations et les produits. Nous avons également besoin d'une **vision prospective des ressources humaines** dont a besoin le système de santé.

Pour autant, une loi de programmation sans **engagement financier** aurait peu de valeur. Il est crucial de **programmer l'évolution des moyens**.

Mon autre réserve tient au risque de créer l'attente d'un grand soir tous les cinq ou dix ans, qui nourrirait une forme d'immobilisme et renforcerait le **manque d'agilité juridique et législative**. S'agissant de la définition des compétences des différentes spécialités, par exemple, la France est extrêmement normative. Or notre système a besoin de **souplesse et de réactivité pour se transformer**. »

Christelle Ratignier-Carbonneil :

« La vertu d'une loi de programmation est d'apporter de la **visibilité** et de la **prévisibilité**. Encore faut-il qu'elle soit **adossée à des moyens**.

En outre, comme l'a rappelé Yann-Gaël, notre pays est très normatif. Le contenu du **code de santé publique a été multiplié par 17 depuis 1953** ! En parallèle, nous nous heurtons en permanence à l'**impossibilité de traduire dans le droit commun certains services ou certaines organisations**, comme les articles 51 qui sont très hétérogènes sur le territoire, et cette situation se traduit par la **difficulté à trouver des financements**.

Si une réforme devait être engagée, ce serait celle qui s'attachera à mettre la **coopération et la coordination au centre** de tout. La coopération, par exemple, n'est pas rémunérée. Pourtant, les jeunes professionnels ne veulent plus travailler seuls – ce qui est plutôt positif.

Il existe des **trésors d'innovation opérationnelle en local**, car nécessité fait loi. Les notions d'équipe traitante et de gradation des soins sont clés. La pédagogie et la responsabilisation sont aussi des leviers incontournables pour avancer. »

Yann-Gaël Amghar :

« Une réforme tout aussi indispensable serait celle qui permettrait de **maîtriser les données, indispensables à la fois à l'intelligence globale du système et à la qualité de la prise en charge des patients**. Le cloisonnement des données de prescription et de consommation de soins entre la ville et l'hôpital, par exemple, restreint et même fausse la compréhension des évolutions en la matière. Autre illustration, l'état clinique qui a conduit à une prescription n'est pas renseigné dans le système, ce qui **empêche d'évaluer le coût de la pertinence des soins** au niveau macro, et de cibler les actions au niveau micro.

Il est temps que la révolution de la donnée bénéficie pleinement au secteur de la santé. »

Chryssanthi Guillon :

« Merci pour vos recommandations. »

Outils et moyens pour renforcer la coopération en santé

Table Ronde animée par Eric Vilon

Comment l'innovation (technologique ou organisationnelle) peut-elle renforcer la coopération en santé ?



Clémentine Body,
Directrice des projets transverses et de
l'international de l'Agence de l'innovation en santé



Dr Luc Duquesnel,
Président du syndicat Les Généralistes – CSMF



Laurent Gainza,
Directeur des affaires publiques du Leem



David Guillet,
Président de l'URPS Infirmier Pays de Loire,
ex-président de la Fédération des CPTS



Éric Vilon,
co-fondateur d'InSleepLab

Eric Vilon :

« Ce nouveau temps d'échange va nous permettre de prolonger les réflexions amorcées au cours des précédentes tables rondes. Alors que le renforcement de la coopération en santé est au cœur des enjeux des professionnels, des institutions et des patients, nous avons choisi d'aborder le sujet sous l'angle de l'innovation, technologique ou organisationnelle. **Comment l'innovation peut-elle être le moteur d'une coopération efficace, au service d'une santé plus cohérente, plus agile et plus juste ?**

Clémentine, comment les projets accompagnés par l'Agence de l'innovation en santé renforcent-ils la coopération entre les acteurs ? »

Clémentine Body :

« La création de l'Agence a été annoncée dans le cadre du plan Innovation Santé 2030, et sa mise en œuvre date de novembre 2022. Rattachée aux services du Premier ministre – plus précisément au Secrétariat général pour l'investissement –, elle vise à **apporter de la cohérence, de la fluidité et de la simplicité dans la chaîne de valeur des produits de santé**, depuis la recherche académique jusqu'à l'industrialisation.

Elle doit permettre au système de santé d'anticiper les innovations pour mettre en œuvre les adaptations nécessaires. Elle a également pour mission d'accompagner les porteurs de projets, d'accélérer le développement et la mise à disposition des innovations en santé, de coordonner le volet santé des financements de France 2030 et de renforcer la prévention.

Notre positionnement nous procure une visibilité sur les innovations et sur ce qu'elles



pourraient apporter en matière de coopération.

Certaines d'entre elles permettent de renforcer le rôle de «gatekeeper» du médecin généraliste, comme les dermatoscopes qui évaluent la gravité des lésions cutanées ou les échographes portables qui évitent l'orientation systématique vers des centres d'imagerie. D'autres solutions visent à transférer des activités vers d'autres professions de santé, par exemple en permettant aux infirmiers d'effectuer des actes d'électrocardiographie. Des logiciels facilitent l'organisation du travail des équipes, notamment pour la préparation des blocs chirurgicaux, et d'autres outils encore peuvent effectuer des prédictions à partir de l'analyse de biomarqueurs, ce qui révolutionne le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire.

En somme, **l'innovation est une clé et un levier majeur pour favoriser la coopération en santé.** »



Éric Vilon :

« Votre intervention montre toute la place prise par la technologie. Dans un autre registre, comment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont-elles été source d'innovation ? Quelles limites avez-vous perçues ? »

David Guillet :

« Les CPTS ont été instaurées par une loi de 2016, en même temps que les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Puis, dans son discours de septembre 2018, le président Macron a donné aux professionnels la liberté d'innover du point de vue organisationnel, et de définir eux-mêmes la structuration territoriale qu'ils souhaitaient mettre en place. Aujourd'hui, **plus de 700 CPTS couvrent 82 % du territoire**. Nous avons probablement atteint un plafond de verre : dans les déserts médicaux notamment, les médecins n'ont pas le temps de se saisir du sujet. Or ce sont souvent eux qui assurent le leadership de ces projets.

Les professionnels de ville ont compris l'enjeu des parcours ville-hôpital.

En revanche, l'inverse n'est pas toujours vrai. Qu'elles soient publiques ou privées, les structures hospitalières ne sont pas les plus souples en matière d'organisation. Des évolutions commencent néanmoins à s'observer, avec des médecins de ville qui participent à des commissions médicales d'établissement (CME), ou des CME représentées dans les conseils d'administration des CPTS.

L'innovation en santé consisterait aussi à **faire confiance aux acteurs de terrains**. Malheureusement, la compétence en santé des différents échelons territoriaux est mal définie et saucissonnée. Pourtant, la levée des normes pendant la crise sanitaire a montré l'efficacité des solutions qui pouvaient être mises en place pour faciliter la prise en charge des patients en ville. En outre, « tout changer » est difficile pour les professionnels de santé, quand les ministres se succèdent au gré du vent ! »





OS ER

la vaccination pour viser l'élimination de certains cancers

Parce que la santé a besoin d'audace.

Pionnier dans le domaine de la vaccination, MSD développe et met à disposition des vaccins parmi les plus innovants. Aux côtés des acteurs de santé publique, MSD s'engage activement à protéger les populations dans l'objectif d'éliminer certains cancers grâce à la prévention.



Pour en savoir plus
rendez-vous sur
www.msddconnect.fr

Éric Vilon :

« Les gains liés aux parcours ville-hôpital ont-ils pu être mesurés, y compris du point de vue financier ? »

David Guillet :

« Dans la CPTS où j'exerce en tant qu'infirmier libéral, dans le sud de la Mayenne, la durée d'hospitalisation en soins de suite et réadaptation (SSR) a diminué de près de trois jours, grâce à la communication hôpital-ville, la mise en place de parcours personnalisés de santé et la mutualisation des ressources. Imaginez les économies qui seraient possibles à l'échelle de la France ! S'agissant des soins non programmés, la structuration de la CPTS a permis que seulement deux patients soient orientés vers l'hôpital au cours du premier trimestre. Tout le reste de l'activité a pu être géré en ville. »

Éric Vilon :

« Il faudra réfléchir à la façon de répliquer ces bonnes pratiques.

Comment l'industrie du médicament aborde-t-elle les sujets d'innovation et de coopération ? »

Laurent Gainza :

« Il a longtemps été reproché à cette industrie de ne plus innover et de vivre de ses rentes. Mais, depuis 2010, on lui fait presque le reproche inverse. En effet, **nous mettons sur le marché de nombreux traitements, dont beaucoup sont révolutionnaires**, mais la question de leur prix tend malheureusement à occulter la promesse thérapeutique.

Le sofosbuvir – dont le prix a significativement baissé – en a été l'un des premiers exemples. Il permet de **guérir des patients atteints d'hépatite C**, notamment à des stades très avancés, de manière complète et durable et avec peu d'effets secondaires et, depuis 2015, la prise en charge des maladies du foie et du pancréas a diminué de 50 %. Une autre innovation majeure a eu lieu à l'automne 2023, avec **l'introduction d'un traitement préventif contre les bronchiolites** – lequel a évité près de 6 000 hospitalisations et spectaculairement réduit l'engorgement des services d'urgences pédiatriques.

Les professionnels de santé sont-ils suffisamment préparés à accueillir ces innovations, qui bouleversent la prise en charge, mais permettent de libérer du temps pour d'autres pathologies ? Pour notre part, nous effectuons un travail de prévision, baptisé « horizon scanning », pour **identifier ce qui pourrait arriver sur le marché dans trois, cinq ou dix ans**. Pour autant, l'état des comptes publics, en particulier des comptes sociaux, provoque une sorte de sidération, accentuée par le contexte politique incertain et la succession d'interlocuteurs qui ne peuvent pas se projeter sur le moyen ou long terme. Crise des liquidités de la Sécurité sociale, dégradation de la note souveraine de la France, potentielle mise sous tutelle par le FMI : le pronostic posé par les responsables politiques est sombre. Le moment est peut-être venu de revoir notre gouvernance et notre pilotage.

L'annualité des lois de financement, par exemple, nous empêche de faire des projections et de préparer le redéploiement du système de santé. Derrière l'innovation technologique, il faut de **l'innovation organisationnelle**. »

Éric Vilon :

« Venons-en, précisément, à l'innovation organisationnelle. »

Dr Luc Duquesnel :

« Dans les territoires frappés par une démographie médicale très déficitaire, les solutions ne sont pas légion : soit on déménage, soit on prend des anxiolytiques, soit on se retrousse les manches ! En Mayenne, en l'occurrence, nous nous sommes tous retroussé les manches. Dans les années 2000, **un premier pôle de santé multisite s'est constitué autour d'un hôpital de proximité**. Le modèle a ensuite essaimé dans les autres territoires, et des **maisons de santé pluridisciplinaires multisites se sont constituées**. Plus récemment, la période du covid a d'ailleurs montré que les professionnels de santé libéraux étaient capables de travailler ensemble et de faire preuve d'agilité à l'échelon d'un département en créant en trois jours en 2020 des Centres Covid et en une semaine en 2021 des centres de vaccination, le tout couvrant l'intégralité du département.

Pour avancer, il faut généralement un choc et des leaders. Chez nous, le choc a été le soudain départ en retraite d'un médecin généraliste qui avait une très importante patientèle. Dès l'annonce de sa décision, nous nous sommes réunis pour élaborer un projet de santé territorial. Aujourd'hui, **ce projet regroupe 112 professionnels de santé, dont 15 médecins**. Compte tenu de notre démographie médicale, a fortiori dans les zones rurales ou semi-rurales, nous ne pouvons pas réfléchir de façon individuelle. À l'inverse, l'existence d'un



collectif diminue la charge mentale. Le fait d'utiliser le même système d'information facilite le transfert de patients, notamment lorsque des confrères prennent leur retraite. **Travailler ensemble** donne envie de faire face, de faire plus et d'être complémentaires les uns des autres. En fait, cela donne envie d'innover !

Cinq ans avant leur création, nous étions déjà presque une CPTS. Nous le sommes devenus, ce qui nous a permis de **poursuivre notre structuration et de faire entrer de nouveaux acteurs dans le dispositif**, dont les collectivités locales, les établissements médico-sociaux et les usagers. »

Éric Vilon :

« L'un des facteurs déclenchants a été la pénurie médicale. La technologie a-t-elle également joué un rôle d'accélérateur de la coopération ? »

Dr Luc Duquesnel :

« L'organisation territoriale permet, par exemple, de faire fonctionner les trois hôpitaux de proximité de notre département grâce aux vacations des médecins libéraux. **Les CPTS ne représentent que 0,1 % de l'Ondam**, ce qui n'est rien au regard du service rendu à la population. En moyenne, elles reçoivent **entre 280 000 et 300 000 euros par an**. Dès lors qu'elles évitent une hospitalisation par jour, le modèle médico-économique devient pertinent. »

Éric Vilon :

« Est-on capable d'évaluer les CPTS, non pas pour les sanctionner, mais pour montrer ce qu'il est possible de faire et permettre aux autres de s'en inspirer ? »

David Guillet :

« Les CPTS n'ont pas les moyens d'effectuer cette évaluation, d'autant que le travail des professionnels de santé est avant tout de soigner. En tout état de cause, les CPTS sont aussi **un levier d'attractivité pour les jeunes professionnels**.

S'agissant des outils, nous n'avons qu'un système d'information au sein de ma CPTS, contre 300 pour le CHU de Nice, dont seulement 30 % sont interopérables ! »

Clémentine Body :

« Nous n'avons pas de baguette magique, mais l'objectif est de **renforcer l'interopérabilité**.

Un accompagnement est mis en place par l'État dans cette optique.

S'agissant de l'évaluation, il est essentiel de **tester les innovations en vie réelle** pour comprendre ce qu'elles peuvent apporter dans l'organisation des soins.

Nous essayons de créer les conditions qui le permettent, avec des initiatives comme l'appel à projets « Challenge prévention » lancé l'an dernier.



Il a vocation à faire la preuve des impacts positifs, notamment sur l'organisation des soins, de différentes solutions technologiques, de manière à faciliter leur déploiement à grande échelle. »

Éric Vilon :

« Pourriez-vous accompagner l'évaluation des CPTS ? »

Clémentine Body :

« Nous ne sommes que 13. Par conséquent, nous nous percevons davantage comme des aiguilleurs du ciel, qui facilitent les mises en relation. Dans ce cadre, nous pourrions effectivement aider les CPTS à générer des données. »

Éric Vilon :

« Comment pouvons-nous faire évoluer les modes de prise en charge ? Certains sont-ils obsolètes ? »

Dr Luc Duquesnel :

« Nous sommes formés en fonction de nos métiers, médecin en ce qui me concerne. Or nous avons constitué des entreprises de soins ambulatoires. Nous avons donc besoin d'accompagnement pour acquérir des méthodologies, identifier les meilleurs montages juridiques, obtenir des financements, etc. Par exemple, nous avons testé le paiement à la capitation, que nous avons abandonné, et nous expérimentons l'incitation à la prise en charge partagée (Ipep). »



Alors que de nombreux patients atteints d'insuffisance cardiaque étaient réhospitalisés, nous avons travaillé avec d'autres maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) multisites du département et les économies générées nous reviennent pour moitié, l'autre revenant à l'Assurance maladie. Nous avons ainsi pu former des professionnels à l'éducation thérapeutique ou financer un poste d'infirmière pour faire le lien ville-hôpital, pour citer ces seuls exemples. »

Éric Vilon :

« Comment avez-vous contractualisé ce partage de « marge » avec l'Assurance maladie ? »



**Prendre soin
des patients
et de la planète
aujourd'hui,
pour demain**



Chiesi, un laboratoire biopharmaceutique familial italien, présent en France sur toute la chaîne de valeur : R&D, production et distribution, mise à disposition auprès des professionnels de santé et des patients.



1^{er}

Laboratoire pharmaceutique
**SOCIÉTÉ À
MISSION**

Nous mobilisons notre expertise dans

3 GRANDS DOMAINES THÉRAPEUTIQUES



MALADIES RESPIRATOIRES



MALADIES RARES & ULTRA-RARES



NEONATOLOGIE, PRÉVENTIONS

Près de
510
collaborateurs

160 M€
investis sur plus de 10 ans
sur notre site industriel
de la Chausée-Saint-Victor

2^{ème}
filiale en R&D
en charge des études
cliniques de phase 3

NET ZÉRO₂
ambition
à 2035



Dr Luc Duquesnel :

« C'était une expérimentation article 51. Nous avons dû **créer un GIE**.

Outre l'amélioration de la prise en charge grâce à des innovations, nous devons aussi nous doter de nouvelles compétences, notamment pour analyser les données. Mais les motifs d'inquiétude ne manquent pas, alors que nous négocions un avenir pour nos MSP. En effet, pour les MSP multisites, qui sont les plus matures, les simulations font craindre **une baisse du budget de 25 % pour 2026**. À un moment, nous ne pourrons plus trouver de solutions pour continuer. »

Eric Vilon :

« Des médicaments permettent désormais de traiter certaines maladies, comme l'hépatite C, ou de les chroniciser. Quelles sont les conséquences sur la prise en charge ? Faut-il continuer à facturer des boîtes de médicaments ou vendre un résultat ? »

Laurent Gainza :

« En Europe, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer coûte **environ 230 milliards d'euros** par an. À l'horizon 2050, elle pourrait exploser et **atteindre 600 à 700 milliards**. Nous devrons imaginer **des modèles de financement innovants et pérennes**. L'innovation, c'est avant tout réussir à penser autrement. La population attend que nous réfléchissions ensemble à ces sujets. Nous devrions le faire sans tout attendre de la puissance publique, y compris pour lui proposer des solutions. »

Éric Vilon :

« Le financement des CTPS doit-il évoluer, par exemple en introduisant la capitation ? »

David Guillet :

« Être innovant requiert avant tout du courage politique. **La capitation** est évoquée depuis des années. Elle pourrait augmenter significativement les ressources des CPTS, ce qui leur permettrait de développer la formation et de rendre les territoires attractifs. Il faudrait également que **la prévention** soit mieux prise en compte – aujourd'hui, elle ne représente que **30 à 40 centimes par an et par patient**. Les CPTS pourraient en outre être des observatoires, pour mieux anticiper les besoins des territoires. »



Éric Vilon :

« À l'Agence de l'innovation en santé, réfléchissez-vous aux conséquences des nouveaux modes de prise en charge, pour permettre à tous d'en profiter sans créer d'effets d'aubaine ? »

Clémentine Body :

« L'une de nos missions est d'**apporter de la prospective au système, d'identifier et de comprendre les innovations** qui se développent. Certaines méritent d'être vues comme des investissements, d'autres

nécessiteront peut-être de réorienter les ressources. N'ayons pas peur de **tester et d'expérimenter**, même si cela impose de savoir dire non ou de revenir en arrière, le cas échéant. »

Éric Vilon :

« Merci ! Le moment est venu de clore cette table ronde, et de remettre le prix de la coopération en santé. »





EndoFrance

Association française
de lutte contre l'endométriose
Soutenir • Informer • Agir

10%

de femmes atteintes
d'endométriose (1 personne
menstruée sur 10)

EndoFrance, créée en 2001 est agréée par le
Ministre en charge de la Santé et par le
Ministère de l'Education nationale.

7ans

en moyenne pour diagnostiquer
la maladie mais ce délai va diminuer
avec la mise en œuvre de la stratégie
nationale de lutte contre l'endométriose

Nos livres



70%

de personnes souffrent de
douleurs chroniques invalidantes

40%

des cas d'infertilité sont
dûs à l'endométriose

0

traitement spécifique
à l'endométriose

www.endofrance.org



Rejoignez nos 3000
adhérents ou nos
110 bénévoles.



Laëtitia Milot et Thomas Ramos, marraine et parrain d'EndoFrance

Remise des prix de la coopération en santé

Nos échanges tout au long de la matinée ont montré que nous sommes capables de faire des choses extraordinaires en France, mais que nous gagnerions sans doute à mieux les faire connaître, pour encore les améliorer – ce qui implique notamment d'accepter le droit à l'erreur. Ce pourrait d'ailleurs être la thématique de nos prochains États généraux.

Les candidatures qui ont été étudiées dans la perspective de cette remise des prix de la coopération en santé étaient remarquables, et illustrent parfaitement les valeurs de Coopération Santé.



Vincent Olivier,
Président de Coopération Santé



Prix général de la coopération en santé

Vincent Olivier:

« Le prix général de la coopération en santé est décerné à la **Fondation Charles Mion – Aider Santé**, portée par le professeur Jean-Paul Cristol. »

Pr Jean-Paul Cristol:

« Merci à Coopération Santé pour la remise de ce prix !

Les maladies rénales chroniques sont invalidantes pour les patients, surtout au stade de la prise en charge, et très coûteuses pour l'Assurance maladie. Chaque année, elles mobilisent **4,4 milliards d'euros**. L'enjeu est de renforcer la prévention et le dépistage, en proposant un dépistage de proximité avec des résultats extrêmement rapides, sinon immédiats. Tel était l'objet de notre projet.

Nous l'avons monté en **regroupant tous les maillages de la proximité** : CPTS, maisons de santé, professionnels de santé, laboratoires, néphrologues, associations de patients – en l'occurrence l'association France Rein Occitanie. Nous avons également travaillé la notion d'immédiateté, grâce à la biologie délocalisée, avec le soutien du laboratoire Novabio Médical.

Je crois pouvoir dire que nous avons réussi, puisqu'en 10 jours, nous avons procédé à **1 000 dépistages sur 16 sites** (hôpitaux publics, cliniques privées, maisons de santé, mairies, places publiques, etc.). Entre 16 et 20 % de patients ont été orientés vers les soins primaires, et 2 % l'ont été vers des néphrologues. Nous avons ainsi prouvé la faisabilité et l'efficacité du **dépistage de proximité**. Nous devons désormais continuer, en misant sur la dynamique des programmes locaux de coopération. Le dépistage est la seule façon de bâtir, demain, un système de santé efficace. »

Prix de l'espoir de la coopération en santé

Vincent Olivier:

« Par ce prix de l'espoir, nous avons voulu mettre en avant une initiative originale intégrant les dernières technologies, qui s'adresse à tous les professionnels de santé et qui facilite la coopération entre professionnels tout en assurant la confidentialité de leurs échanges.

Le prix de l'espoir de la coopération en santé est décerné à la **start-up Swapios**, portée par Romain Lahbari et Pierre Germain. »

Romain Lahbari:

« Nous développons une solution de **télé-expertise très innovante**, qui transforme les échanges téléphoniques en échanges de téléexpertise. Les conversations sont sécurisées et, grâce à l'IA, un compte rendu est générée, que les professionnels de santé peuvent joindre au dossier patient.

Cela permet une meilleure coordination lors du parcours de soin, une traçabilité et une centralisation des échanges – en plus de les valoriser, donc d'inciter à davantage de coopération entre les professionnels de santé. »

Vincent Olivier:

« Merci à tous pour votre participation à ces premiers États généraux de la coopération en santé, et rendez-vous l'année prochaine ! »



Romain Lahbari,
Swapios



Pr Jean-Paul Cristol,
Fondation Charles Mion – Aider Santé





NOTRE ENGAGEMENT POUR LES PATIENTS : INNOVER DANS LES MALADIES RARES ET LA MÉDECINE D'URGENCE



#FiersDeSauverDesVies

SERB SAS
40 avenue George V
75008 Paris
France
www.serb.com





Réfléchir et agir ensemble à l'amélioration de notre système de santé

REJOIGNEZ-NOUS !

En 2025 Coopération Santé est forte de 200 adhérents et 60 entités. Rejoignez-nous pour mettre à l'agenda public des sujets d'intérêt général, prendre du recul sur les grands enjeux d'actualité du secteur de la santé, développer des partenariats et consolider votre réseau.

Un espace de partage,
ouvert à tous les acteurs.

Rejoignez-nous
sur [Linkedin](#)





contact@cooperationsante.fr

www.cooperationsante.fr

