

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.

L'Académie dans sa séance du mardi 9 décembre 2025, a adopté le texte de ce rapport par 70 voix pour, 1 voix contre et 7 abstentions.

LA SOBRIÉTÉ DANS LE SOIN - PRINCIPE CIVIQUE DE SOLIDARITÉ SOBRIETY IN CARE - PRINCIPLE OF CIVIC SOLIDARITY

Jacques BRINGER, Elisabeth ELEFANT et Claudine ESPER (rapporteurs) au nom du « Comité d'éthique » de l'Académie nationale de médecine (ANM)

Membres : Marie-Germaine BOUSSER, Louis BUJAN, Jean-François DELFRAISSY, Emmanuel HIRSCH, Dominique KEROUEDAN (+), Pierre Le COZ, Jean LEONETTI, Jean-François MATTEI, Marie-Rose MORO, Gérard REACH, Nathalie RIVES, René-Charles RUDIGOZ, Françoise SHENFIELD, Isabelle TOUITOU, Rutger VAN DER GAAG, Paul VERT.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt sur le sujet traité.

Mots-clefs : sobriété, médecine, soins, éthique, solidarité

Key words : sobriety, medicine, care, ethics, solidarity

RÉSUMÉ

De nombreux facteurs contribuent à ce que le soin soit devenu un bien de consommation dont on peut abuser : ainsi, la surmédicalisation, l'extra-médicalisation et d'autres facteurs contributifs, concourent à stimuler l'offre et la demande de soins entre convenance, facilité et mercantilisme. La sobriété en soins, à l'opposé de la privation, est un mode d'exercice médical et soignant et de consommation des soins qui privilégie la pertinence et la qualité à la quantité. La surmédicalisation résulte de la rencontre de la propension à prescrire pour rassurer, de façon réflexe ou systématique, et de l'attente addictive de la prescription comme solution à toute plainte. L'extra-médicalisation participe au consumérisme en induisant une prescription qui intègre le champ du bien-être, du confort, des aspirations sociétales et parfois de la compensation d'un vécu social. La fascination pour l'innovation, la promotion pharmaceutique et biotechnologique, certains modes d'exercice de la médecine avec l'intrusion de la financiarisation outrancière stimulent la consommation en soins.

Les conséquences de ces déviations consuméristes du système de santé sont multiples : le risque iatrogène, l'inéquité des soins, l'impact environnemental avec des retombées écologiques qui ne peuvent être négligées, une insoutenabilité économique qui ne saurait être occultée. L'efficacité de la gestion administrative en strates doit, elle aussi, être évaluée au filtre d'un questionnement éthique sur ses conséquences en termes d'autonomie/responsabilité des professionnels du soin, de bienfaisance/efficacité/pertinence, de non-malfaisance et d'équité des décisions.

Sur la base de ce constat, l'Académie Nationale de Médecine émet des recommandations destinées aux citoyens et usagers du système de santé, aux professionnels de santé, aux institutions chargées de l'organisation, de la gestion et du financement des soins et aux industriels des produits de santé. Il en va d'un impératif civique de sauvegarde de notre système de solidarité nationale.

SUMMARY

Numerous factors contribute to healthcare becoming a consumer good that can be abused: over-medicalization, extra-medicalization, and other contributing factors stimulate the supply and demand for care, driven by convenience, ease, and mercantilism. Sobriety in healthcare, as opposed to deprivation, is a mode of medical and caregiving practice and healthcare consumption that prioritizes relevance and quality over quantity. Overmedicalization results from the convergence of a propensity to prescribe for reassurance, whether reflexively or systematically, and an addictive expectation that prescriptions will solve every complaint. Extra-medicalization contributes to consumerism by leading to prescriptions that incorporate well-being, comfort, societal aspirations, and sometimes even compensation for social experiences. The fascination with innovation, pharmaceutical and biotechnological promotion, certain modes of medical practice, and the intrusion of excessive financialization all stimulate healthcare consumption.

The consequences of these consumerist deviations in the healthcare system are manifold: iatrogenic risk, inequity in care, environmental impact with ecological repercussions that cannot be ignored, and economic unsustainability that cannot be overlooked. The effectiveness of layered administrative management must also be evaluated through an ethical lens regarding its consequences in terms of the autonomy and responsibility of healthcare professionals, the beneficence, effectiveness, and relevance of decisions, and the non-maleficence and fairness of those decisions.

Based on this observation, the National Academy of Medicine is issuing recommendations for citizens and users of the healthcare system, healthcare professionals, institutions responsible for organizing, managing, and financing healthcare, and healthcare product manufacturers. This is a civic imperative to safeguard our national solidarity system.

INTRODUCTION

La sobriété en santé, à l'opposé de la privation, est un mode d'exercice médical et soignant et de consommation des soins qui fait prévaloir la pertinence et la qualité sur la quantité. La société du « toujours plus » n'est pas le « toujours mieux ». La sobriété prône le juste usage des soins et s'oppose au consumérisme et à la gabegie afin de favoriser le « bon soin » auquel chacun aspire et a droit, sans compromis sur la qualité.

Mais comment défendre la sobriété en soins alors que nombre de personnes n'y ont pas accès ou subissent des attentes préjudiciables à leur santé du fait d'inégalités territoriales par absence de médecins spécialistes de médecine générale ou d'autres spécialités ? Comment les plus précaires, les plus vulnérables, peuvent recevoir le message d'une sobriété en soins ? Un risque d'incompréhension existe dans un contexte de pénurie de certains médicaments. Une sobriété mal comprise pourrait résonner comme un appel à la restriction, voire à l'austérité alors que le vieillissement de la population s'accroît, que les maladies chroniques et les inégalités sociales se développent.

Or, les enjeux d'une sobriété en soins bien comprise sont justement de prioriser un « bon soin » à moindres risques, de « moins prescrire pour mieux soigner [1] » par la prévention de l'iatrogénie, de faciliter l'accès aux soins pour ceux qui en ont le plus besoin et de bénéficier au plus vite des innovations sources de progrès salutaires pour nombre de patients atteints de maladies graves. Les Français bénéficient d'une solidarité unique grâce à la couverture universelle avec gratuité totale dans un grand nombre de maladies chroniques. Sa sauvegarde est un enjeu social prioritaire auquel chacun doit contribuer.

La sobriété est une conduite civique et une vertu éthique en ce qu'elle privilégie la responsabilité et l'autonomie éclairée des patients/usagers, la pertinence des prescriptions et de la bonne adéquation des moyens mobilisés, la prévention de nuisances potentielles individuelles et collectives d'un consumérisme en soins et *in fine* l'équité solidaire face à l'individualisme d'un « j'y ai droit » intempérant, inflationniste et contre-productif.

Le système de santé solidaire en quête d'équilibre

Notre système de santé se trouve confronté à de multiples défis, sources de tensions entre les objectifs et les valeurs à préserver ou à atteindre.

- **Concilier proximité et qualité est loin d'être toujours possible** comme l'illustre la fermeture de maternités faute de pouvoir entourer la mère et l'enfant de la sécurité périnatale requise. Ainsi, l'aspiration légitime à accéder à une médecine et à des soins de proximité se heurte aux changements de la démographie médicale, soignante et à l'éloignement des plateaux biotechnologiques ne permettant pas d'assurer la qualité nécessaire.
- **La médecine ciblant l'efficacité sur la maladie** exige une hyperspécialisation et une technicité qui se confrontent à la nécessité d'une prise en charge globale d'une personne, avec ses traits de personnalité, ses choix prioritaires et son mode de vie ainsi qu'à son environnement. **Cette médecine soucieuse de la personne** et de son autonomie est source de dilemmes éthiques parfois difficiles à résoudre.
- Privilégier la **prévention**, affinée, lorsque c'est possible par la prédiction, afin de réduire la charge de soins est un objectif louable que chaque gouvernement souhaite atteindre. Ce vœu partagé par les professionnels de santé, les citoyens et usagers du système de santé est difficile à décliner car il requiert une promotion de la santé dans les politiques publiques nationales et territoriales selon une stratégie adaptée aux populations à risque, notamment

celles de faible niveau socio-économique, particulièrement affectées par la prévalence et la sévérité des maladies chroniques accrues par l'augmentation des inégalités sociales [2]. L'éducation à la santé dès l'enfance doit permettre de développer la vaccination et d'acquérir un comportement nutritionnel équilibré, une hygiène de vie avec exercice régulier et de prévenir les addictions (tabac, alcool...). Ce préalable représente une tâche délicate demandant l'adhésion et l'implication de l'Education Nationale, des collectivités et des familles, en particulier dans les milieux exposés. Mais, force est de constater qu'alors que la médecine et les soins ne sont qu'un déterminant minoritaire de la santé d'une population, ils absorbent plus de 95% des dépenses et la prévention moins de 5%.

- **La responsabilité environnementale du système de santé** est un enjeu crucial quand on sait qu'il est à l'origine de plus de 8% des émissions de gaz à effet de serre au niveau national (près de 49 millions de tonnes équivalent CO₂). Les secteurs des médicaments et des dispositifs médicaux représentent à eux seuls 50% de ces émissions. Il importe donc d'intégrer son développement dans la stratégie de protection environnementale en repensant le choix des productions, des prescriptions, des circuits des médicaments et dispositifs médicaux, des parcours de soins afin de réduire l'empreinte écologique et de contribuer à la lutte contre le dérèglement climatique qui pèse sur notre santé et l'économie du système de soin.
- Enfin, la question de la **soutenabilité** financière ne peut être occultée alors que les besoins et coûts en santé débordent à l'évidence nos capacités de ressources. Cela soulève le problème d'un « juste soin » relevant de la solidarité nationale et d'un choix des priorités inhérentes qui lui incombent.
Tel est l'équilibre délicat que chaque responsable de la gestion, de la prescription et chaque consommateur de soins doit garder à l'esprit avec le souci d'une sobriété responsable, sans compromis sur la qualité et garante d'une sauvegarde de la solidarité, faute de quoi les contraintes parfois arbitraires et délétères s'imposeront aux uns et aux autres.

Les tendances lourdes et pérennes du système de santé

- **L'hyperspécialisation** croissante, **les nouvelles biotechnologies**, le développement de la télémédecine, du numérique et de l'intelligence artificielle sont des apports incontournables qui pénètrent toutes les formes d'exercice médical et soignant.
Cette tendance explique **le regroupement des plateaux techniques** tant pour des raisons de qualification des personnels que pour les coûts élevés d'investissement et de fonctionnement qu'ils génèrent.
- Le virage des soins en **ambulatoire** a été pris et représente un réel progrès même s'il peut générer des effets collatéraux sources de difficultés et doit s'accompagner de mesures préventives afin de réduire les risques qu'il induit en quelques situations et pour certaines personnes vulnérables.
- L'encombrement des services d'urgences implique de développer des réponses aux demandes de consultations et **prises en charge non programmées**. La révision actuelle des répartitions de la permanence des soins entre établissements publics et privés offre une opportunité de mieux répartir l'offre.

- **L'évolution des pratiques** conduit à une mutation des métiers, des missions et des modes d'exercice dont les regroupements des équipes de soins (Maisons Pluridisciplinaires de Santé [MPS], Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, [CPTS]), la reconnaissance des infirmier(e)s de pratiques avancées et la délégation de compétence pour les infirmiers (-ères), en place depuis des décades dans nombre de pays, se développent enfin dans le nôtre.
- **Le coût exorbitant des molécules onéreuses** représente en soi un problème éthique entre l'attente légitime des patients et la soutenabilité des dépenses mettant en balance l'efficacité affirmée face à l'exigence d'une transparence de la réalité des coûts liés à la recherche, au développement et à la production de ces molécules onéreuses.
- **Le développement progressif de « Mon Espace Santé »** activé par 17 millions d'utilisateurs traduit un mouvement profond d'accès à leurs données de santé par les patients qui peuvent ainsi en disposer afin de faciliter leur suivi et la continuité de leur parcours avec l'intervention des professionnels de soins auprès d'eux. Il a ses propres effets collatéraux humains douloureux avec l'annonce sans filtre de maladies graves par la brutalité du numérique à des personnes désespérées en l'attente d'être informées lors de consultations et de prises en charge plus rassurantes.
- **L'administration et la gestion du système et des professionnels de santé** est une nécessité qui ne peut occulter les déviances induites par le culte excessif d'une hyper administration en strates abreuvée de réunions et de communications de données dévorant au service de normes et indicateurs en excès et parfois inadéquats, guidant des décisions qui peuvent dévaloriser des activités fondamentales de soins en détournant les professionnels de leur présence auprès des patients pourtant garante de leur attente et de leurs besoins. Le culte et la valorisation du « cure » avec son cortège d'indicateurs au détriment du « care » avec la non-reconnaissance du temps nécessaire à prendre soin, contribue au mal-être et à la crise des soignants.

Nul ne saurait contester ces tendances « lourdes » du système de santé et le nécessaire pilotage des adaptations qu'il implique. Cependant, il exige une vision plus sobre de leur développement avec une évaluation stricte de leurs bénéfices en regard de leurs répercussions inopportunes, improductives et coûteuses.

Consumérisme, mésusage et gaspillage des soins

De nombreux facteurs contribuent à ce que le soin soit devenu un bien de consommation dont on peut abuser : ainsi la surmédicalisation, l'extra-médicalisation et d'autres facteurs contributifs concourent à stimuler l'offre et la demande entre convenance, facilité et mercantilisme.

- **La surmédicalisation** résulte de la rencontre de la propension à prescrire pour rassurer (prescription réflexe ou systématique) et de l'attente addictive de la prescription comme solution à toute plainte. Le droit du patient, acteur de sa santé, à une décision partagée contribue probablement à cet effet collatéral. L'accès du citoyen à des sources multiples d'information par Internet et les réseaux sociaux stimule sa demande alimentée de surcroît par une mésinformation potentielle. Le risque pour le professionnel de soins est de devenir un prestataire par la facilité à répondre à la demande dopée par un « droit-créance » exigible dans le champ médical comme dans celui du bien-être [3].

Les exemples illustrant le consumérisme par surmédicalisation abondent : tels, les abus de remboursement de transport sanitaires qui atteignent le coût de 6,3 Milliards d'euros en 2023 avec une croissance de + 9% en 1 an. Ces transports sont quasiment gratuits car financés à hauteur de 95% par la couverture universelle soit 11% de plus que celle assurée dans les pays de l'OCDE. Comme en témoignent aussi les arrêts maladie abusifs par complaisance ou facilité, les prescriptions disproportionnées ou redondantes et hors recommandations, d'examens d'imagerie et de biologie, les sur-prescriptions médicamenteuses avec pour témoin les stocks considérables dans les armoires à pharmacie des Français qui traduisent le delta entre ce qui est prescrit et ce qui est pris effectivement. Pourquoi les officines de la plupart des pays européens délivrent-elles les médicaments sur mesure alors que dans notre pays le conditionnement en boîtes et flacons inutilisés induit de tels stocks ? La dispensation à l'unité de nombre de médicaments devrait être la règle. Les **prescriptions** et leur **renouvellement automatique** par listes numériques de médicaments et « kits » de pansements ou dispositifs jetables induit une surprescription ou réflexe massive soulignée par tous, patients et infirmiers. Le gâchis en médicaments des établissements hospitaliers est tout aussi massif : une évaluation récente de 210 d'entre eux révèle que plus de 1000 unités communes de dispensation des médicaments par établissement sont jetés chaque semaine à la poubelle. Cela représente pour l'ensemble du secteur hospitalier un coût annuel estimé à 1 milliard d'euros [4].

Le démarchage à domicile et dans les EHPAD de firmes d'audioprothèses induit une dérive dénoncée par la CNAM qui constate un gisement de fraudes coûteuses qui s'engouffrent dans la gratuité récente des appareils remboursés à 100% [5].

L'encombrement des unités d'urgence résulte en partie des difficultés d'accès à des soins de proximité non programmés alors que 54% des personnes qui y ont recours perçoivent que c'est pour des raisons qui ne relèvent pas d'une urgence. Cela traduit cependant un détournement des moyens coûteux vers des soins qui ne justifient pas leur mobilisation. Avec pour conséquences une durée d'attente des personnes âgées aux urgences qui revêt un caractère de maltraitance.

Il apparaît indispensable de développer **l'apprentissage** des étudiants et des professionnels de santé aux **bonnes pratiques soucieuses de tempérance** par la pertinence des actes de soin. Cela implique de **sortir du réflexe de prescription, en apprenant à « ne pas faire »**, par la valorisation du **rôle pédagogique du médecin** et des autres professionnels de santé pour permettre au patient d'intégrer la réalité pour lui de la balance bénéfices/risques d'un acte de soin. La qualité de la médecine et le « bon soin » dans de nombreuses situations exigent du praticien de savoir dire « non » : 8 consultations sur 10, dans notre pays, donnent lieu à une prescription de médicaments contre 4 sur 10 consultations aux Pays-Bas [1]. Force est de constater que l'inexpérience, le temps pressurisé, le débit à l'acte, sont peu propices à la non-prescription ou à la déprescription qui exigent le temps de convaincre. Le pharmacien a, lui aussi, un rôle pédagogique majeur auprès des patients, les alertant, entre autres, sur les risques du cumul des produits. Par ailleurs, les **registres de pratiques** utilisant les indicateurs de données cliniques (CROMs), les scores de qualité de vie (PROMs) et le vécu de parcours de soins des patients (PREMs), peuvent concourir à l'amélioration de la pertinence des soins par pathologie, permettant aux praticiens et aux établissements de se comparer pour s'améliorer. Ceci peut conduire à des changements de pratiques vertueux, comme l'a confirmé un rapport de l'IGAS n° 2023-082R pour la chirurgie de la cataracte¹.

En parallèle, il est nécessaire de développer **les capacités des citoyens** à accéder à une **information de qualité leur conférant une réelle autonomie** afin de distinguer le nécessaire du superflu dans la consommation de biens santé dont ils doivent mesurer les conséquences potentielles, le toujours plus n'étant pas le toujours mieux lorsqu'il s'écarte

¹ IGAS n°2023-082R

du bon soin attendu et recherché. Réduire l'autonomie à une simple expression d'un vouloir égoïste constitue une méprise sur sa nature véritable. Être autonome ne signifie pas s'affranchir des autres. Comme l'écrit le CCNE dans son avis 106, « être autonome, c'est être libre avec les autres et non pas contre eux. Inversement, la solidarité consiste à permettre au plus grand nombre de personnes d'exercer leur autonomie »². La culture du soin approprié doit être diffusée en renforçant le rôle des associations d'usagers et des patients dans la promotion de la santé et l'apprentissage d'une sobriété citoyenne responsable, privilégiant le juste soin et non la seule consommation de soins. Cela justifie que la personne consommatrice de soins soit informée de façon systématique de ce que coûtent réellement chaque acte, chaque examen, médicament et séjour hospitalier. En effet, la gratuité apparente est consubstantielle de l'idée que les moyens n'ont pas de limite stimulant ainsi abus des demandes et des pratiques [6].

- **L'extra-médicalisation** [3] participe au consumérisme en induisant une prescription qui intègre le champ du bien-être, du confort, des aspirations sociétales et parfois de la compensation d'un vécu social. Le mal-être existentiel pour espérer un mieux-être peut d'ailleurs se nourrir du slogan de l'OMS : « la santé vise un état de complet bien-être physique, moral et social ». Ce vœu, porté par une louable intention loin des réalités, induit une méprise entre santé et bonheur. Cela traduit une porosité des frontières dans les prises en charge entre le pathologique et le normal sans relation évidente avec la prévention, la maladie, l'accident ou le handicap. Il peut en résulter une confusion des priorités entre d'une part, la nécessaire et équitable solidarité envers les personnes malades, vulnérables, handicapées et d'autre part, l'injonction de prendre en charge et couvrir les demandes sociétales infinies pour convenance personnelle. Alors que la culture de la démocratie sanitaire prône le respect de l'autonomie des patients avec une évolution des relations médecin-patient, les praticiens peuvent être mis en difficulté pour refuser les examens ou prescriptions exigibles tels un droit.

Nombre de dermatologues se détournent de la pratique de leur spécialité pour se livrer à la médecine esthétique ce qui entraîne un délai préjudiciable pour obtenir une consultation en dermatologie au risque d'un retard de diagnostic des mélanomes, par exemple, et de la perte de chances des patients qui en sont affectés.

Bien que l'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation pour les infertilités « sociétales » (femmes seules et couples de femmes) ait été plébiscité par les Français, d'aucun peuvent considérer que cette prise en charge s'inscrit dans le champ de l'extra-médicalisation, d'autant plus que dans certains centres il a été noté un allongement de l'attente des couples dont l'infertilité est pathologique qui le vivent comme une injustice. L'autoconservation des ovocytes sans indication médicale, couverte par la solidarité nationale, dont la pertinence et la faisabilité pour l'ensemble de la population questionnent ainsi que la chirurgie esthétique qualifiée abusivement de reconstructrice sont des exemples clairs du déplacement des frontières.

- **La fascination pour l'innovation**, la promotion pharmaceutique et biotechnologique, favorise la prescription d'examens, de médicaments et de dispositifs médicaux connectés dont l'efficacité est questionnable dans des indications élargies et non validées.
- **Le mode d'exercice de la médecine et des soins** impacte la façon de prescrire. A ce titre, il convient de ne pas négliger les conséquences d'une captation des ressources financières

² <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-106-questions-ethiques-soulevees-par-une-possible-pandemie-grippale>

issues de la solidarité nationale par la **financiarisation** outrancière des établissements et professionnels de santé, avec le risque encouru de prioriser et développer les seuls soins rentables à court terme avec les dérives spéculatives qui ne peuvent être occultées. Une évaluation rigoureuse s'impose en ce domaine prenant en compte le risque de dérives en cas de difficultés économiques et de retrait lié aux fluctuations de ces fonds, d'autant qu'il y a un fort endettement dans ce secteur [7].

Conséquences des déviances consuméristes du système de santé

- **Le risque iatrogène :**

Les Français ont longtemps été les plus grands consommateurs de médicaments en Europe. Malgré des mesures régulatrices, ils restent en tête pour la consommation de benzodiazépines sources de confusion et de chute chez les personnes âgées [1]. La prescription d'antibiotiques est de 25% supérieure à la moyenne des pays européens avec l'écueil de l'augmentation des situations préoccupantes d'antibiorésistance à l'origine de 125 000 infections et de plus de 5000 décès par an [8]. Notre volume de soins par habitant se situe à la troisième place des pays de l'OCDE. Une estimation de la FHF auprès de médecins hospitaliers indiquait que 26% des actes n'étaient pas justifiés. Ce qu'a confirmé une enquête montrant que pour la majorité des médecins libéraux et hospitaliers, 28% des actes et examens médicaux ne sont pas fondés [9]. De plus, une variabilité inter-régionale du recours à certaines interventions est observée.

Ces données doivent être confrontées au risque iatrogène dont les patients doivent être mieux informés par les médecins, les pharmaciens et lors de campagnes de responsabilisation. En effet, les actes de soins sont responsables du lourd tribut humain et financier avec 8% des hospitalisations (200 000/an) et 10 000 décès annuels dans notre pays [10].

Paradoxalement, il existe aussi un risque de sous-consommation de médicaments, lié d'une part à la non-observance des patients (les patients n'initient pas, prennent de manière irrégulière ou arrêtent leur traitement), phénomène qui intéresse un patient sur deux et d'autre part, l'inertie clinique des médecins qui ne commencent pas un traitement, en contradiction avec les recommandations de bonne pratique.

Ces deux phénomènes diminuent l'efficacité des soins et sont responsables d'un gâchis des préventions secondaires et tertiaires dont le coût est également considérable [11, 12].

- **Inéquité des soins :**

Les patients attendent du système de santé un accès fluide à des soins de proximité de qualité, ouvrant un parcours avec coordination des soins grâce à des modes d'exercice pluriprofessionnels, selon les nécessités de leur état, afin de les orienter vers les expertises qui leur permettent de bénéficier des progrès biotechnologiques d'une médecine personnalisée, précise et efficace. Et cela, avec un reste à charge financier très faible dans notre pays. Cette **gratuité** pour beaucoup, fruit de la solidarité, **masque le coût réel des soins** en termes de prélèvements, de taxes et impôts, **à un point tel que cela efface même la perception des conséquences d'un excès de consommation des soins** puisque « la santé n'a pas de prix ». De plus, surprescription et surconsommation contribuent à renforcer les inéquités en soins. Le reste à charge élevé pour certaines pathologies et situations de handicap [3], tel le matériel indispensable adapté aux personnes lourdement handicapées ou encore la couverture incomplète des personnes âgées en EHPAD, l'insuffisance de moyens pour l'accompagnement des patients en soins palliatifs sont des priorités loin d'être financées. La durée d'attente des personnes âgées ou vulnérables aux urgences résulte pour une large part de l'encombrement lié à des problèmes qui n'en relèvent pas.

Ces quelques exemples d'inéquité manifeste, parmi d'autres, témoignent de l'insuffisance de la prise en charge de besoins légitimes ou prioritaires, en raison de la captation des ressources qui, par ailleurs, ne peuvent être extensibles à souhait.

- **Impact environnemental ou conséquences écologiques**

L'activité de soins générant 8% de l'émission nationale de gaz à effet de serre avec 49 millions de tonnes de CO₂, la baisse la consommation excessive et inappropriée des produits de santé représente un levier complémentaire contributif à la lutte contre le réchauffement climatique [6, 10, 13, 14]. Le circuit du médicament représente 29% et celui des dispositifs médicaux 21% de cette émission, soit 50% à eux deux. En particulier entre en compte la production considérable de déchets des dispositifs médicaux à usage unique ou de courte durée qui pose en soi un difficile problème de gestion environnementale interpellant sur la question d'une réutilisation de certains d'entre eux. La radiologie/imagerie, les transports, le numérique en santé, les bâtiments des secteurs sanitaire et médico-social complètent cette empreinte écologique. Cette volonté de sobriété énergétique environnementale durable doit conduire à repenser les circuits des produits de santé, de la production à la distribution, les parcours de soins et la construction fonctionnelle adaptée des structures de soins.

Ainsi, des actions concrètes menées dans certains établissements de soins montrent que la façon de distribuer les produits et le choix de leur mode d'administration réduisent non seulement la pollution environnementale mais aussi très significativement leur coût économique [10]. Le renoncement à des examens, actes, prescriptions [15] et tâches administratives jugés évitables car sans effet réels sur la qualité des soins conduit à un gain de temps pour concentrer les soignants sur le prendre soin [16, 17]. Le pharmacien hospitalier joue un rôle pivot dans l'écoresponsabilité étant à l'interface entre les réseaux logistiques et les équipes soignantes.

- **Insoutenabilité économique**

Une pertinence au service d'une sobriété en soins bien comprise contribue à la soutenabilité économique visant la préservation du bien commun inestimable de la couverture universelle des citoyens de notre pays. Le coût des trois branches de la sécurité sociale (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, autonomie et handicaps) dépasse 250 Milliards d'euros avec une prévision de 265,5 Milliards d'euros (Mds €) pour 2025. Leur progression est de 4,8% par an depuis 2019. Le déficit cumulé annuel de ces trois branches sur le rythme actuel doublerait entre 2023 (11,8 Mds € en 2023 ; 15,3 Mds € en 2024) et 2028 (20,1 Mds €) entraînant une dette médico-sociale en 5 ans de plus de 70 Milliards [10]. L'Assurance Maladie représente à elle seule 185 Mds €, soit un coût de 2258€ par patient/an avec de fortes disparités territoriales (Haute Savoie : 1804€ par patient/an ; Haute Corse : 3055€ par patient/an).

Les maladies chroniques (24 millions de patients, 12 millions en ALD) absorbent 2/3 des dépenses pour 1/3 des assurés, soit 112 Mds €. La prise en charge des maladies cardiovasculaires, cancers et santé mentale rendent compte de 40% des dépenses. La médecine libérale est à l'origine de 58,2 Mds € avec une progression de 11% depuis 2019.

L'augmentation du coût des médicaments (+5,7% en 2024) et plus encore la **projection de la part des produits antinéoplasiques** (de 27% en 2019 à 36% en 2024 et 40% en 2029) sont **sources de préoccupations** avec l'émergence des **molécules onéreuses**. En effet, la disponibilité de médicaments anticancéreux et pour certaines maladies rares, induit des coûts d'un niveau exorbitant (chiffré en centaines de milliers d'euros par patient) jamais rencontré jusqu'ici. Sans négliger leur apport dans certains types de cancers, il est nécessaire d'être vigilant sur l'interprétation de résultats d'essais précoces et limités, sur la réalité des gains en termes de survie mais aussi sur l'acceptabilité de qualité de vie et sur

la transposabilité en vie réelle afin de lever l'incertitude sur la valeur thérapeutique réelle de ces nouvelles thérapeutiques. La responsabilité éthique des oncologues à la suite des réunions de concertation pluriprofessionnelles est pleinement engagée dans ces décisions. Cela doit conduire à éclairer la justification du prix de ces molécules onéreuses et à mener des négociations concertées au niveau européen visant leur juste prix, eu égard à l'hétérogénéité actuelle et au manque de transparence de leur coût réel [18].

La couverture universelle par l'Assurance Maladie assure 81% de la prise en charge, les complémentaires 10% avec un reste à charge pour les patients de 9% en moyenne. Ces chiffres ne peuvent être occultés par les acteurs professionnels et les bénéficiaires du système de santé car ils impactent les autres ressources et redistribution économiques et donc la vie des Français [10].

Les résultats obtenus par les mesures de maîtrise incitatives, contraignantes ou redistributives peuvent être saluées comme étant à l'origine du changement vertueux de certaines pratiques. Ainsi, la pénétration très forte des prescriptions de médicaments génériques et celle émergente des biosimilaires, dont le coût est bien moindre, la réussite du « virage ambulatoire » des soins, la maîtrise des prix de nombre de produits de santé (exemple emblématique du traitement de l'hépatite C...). De même, le développement des programmes d'amélioration de la pertinence des soins avec pour certains d'entre eux un intéressement, incite à la sobriété par un « bonus à la pertinence » [3, 10]. Le reversement par les laboratoires à la sécurité sociale d'une part du « dérapage » des dépenses pharmaceutiques liées à de nouvelles thérapeutiques s'inscrit dans la volonté de favoriser l'accès précoce à ces produits coûteux avec une soutenabilité financière plus acceptable.

Malgré tout, les dépenses pharmaceutiques ont progressé en 2024, quasiment deux fois plus vite que l'ONDAM, posant question sur la capacité à assumer et à réguler ces coûts sans pénaliser les patients en attente.

Dans ce contexte tendu, entre espérance légitime des patients et réalité économique, réduire l'usage et le prix des produits de santé avec une amélioration mineure ou nulle du service médical rendu, accroître la pertinence des prescriptions des examens et médicaments et celles des arrêts de travail et des transport sanitaires sont des objectifs prioritaires à poursuivre. Tout comme **est une nécessité, le renforcement de la lutte contre la fraude de certains professionnels de santé, les abus de consommateurs ou la négligence des deux**. Car la surprescription et l'excès de consommation ne peuvent conduire qu'à une réduction de la cotation des actes pour les premiers et à une moindre prise en charge pour les seconds.

Doit-on penser que « l'âge de l'individualisme où le soin pouvait être dispensé à tous, sans que la question du coût économique n'interfère dans les critères décisionnels, aura été une parenthèse de notre histoire » ? [19] Ou faire en sorte que le souci de la pertinence des soins efficaces pour ceux qui en relèvent à l'évidence évite à cette lucide prophétie de s'accomplir ? Le challenge de cet équilibre s'impose à l'exercice d'une médecine sans rationnement mais avec la pleine conscience du rôle des soignants dans la préservation d'un système de santé solidaire [20]. Ce qui implique de limiter les prescriptions et actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins [21].

A ce titre, la **financiarisation** galopante des établissements et professionnels de santé par l'acquisition de fonds visant une rentabilité à très court terme confinant à la spéculation ne peut, par essence, contribuer à un tel objectif. On peut s'étonner que l'alerte lancée par l'Académie Nationale de Médecine n'ait pas été suivie d'effet si ce n'est par l'appel récent de l'Assurance Maladie à mettre en place les mesures de vigilance indispensables mais très tardives [22].

La décision rapide de n'autoriser **l'investissement en santé que des seuls fonds s'engageant à long terme** (10 ans par exemple) **pourrait prévenir les fonds à visée spéculative d'envahir le champ du soin financé par la solidarité nationale**.

L'efficacité de la gestion administrative en strates en question ?

La pertinence de l'organisation des soins et de la bonne répartition des ressources humaines et matérielles, la vigilance sur les garanties des conditions de qualité et de sécurité des soins, relèvent d'un pilotage et d'une gestion administrative performante et réactive. Elle doit veiller à ne pas détourner les professionnels de soin de leur mission première auprès des patients en imposant une charge inconsidérée de recueils et de communications de données au service d'indicateurs et de normes dont la primauté est le « cure » au détriment du temps du « care » auxquels aspirent patients et soignants. La non-valorisation du temps à prendre soin est un facteur essentiel de la perte de sens et du malaise des médecins et soignants. Apporter une réponse à cette attente devrait être une priorité qui, de surcroît, est un prérequis pour favoriser la sobriété pertinente du soin [23, 24].

Les mesures incitatrices de soutien au temps réellement soignant doivent être valorisées dans la création de centres de soins non programmés, dans le soutien au binôme médecins-infirmiers, dans l'impulsion donnée à la délégation d'actes avec la promotion des infirmiers de pratiques avancées.

Les stratégies de **délégation de responsabilité par contractualisation** [23, 24] doivent être déployées partout et à tous les niveaux. Le soutien doit se substituer au frein administratif pour faciliter, encourager, en se limitant à un contrôle « a posteriori » d'objectifs et indicateurs moins nombreux mais pertinents car robustes pour la qualité et la sécurité des soins et la satisfaction des patients. Les strates pyramidales administratives et les tutelles doivent donc confronter leur productivisme de textes réglementaires au filtre du questionnement éthique porteur de sens afin d'anticiper leurs conséquences en termes d'autonomie/responsabilisation des acteurs du soin, de bienfaisance/pertinence, de non-malfaisance et d'équité de leurs décisions qui doivent de plus être évaluées.

Le numérique incluant l'intelligence artificielle ouvre de nouvelles perspectives dans le champ non seulement de l'aide au diagnostic mais aussi dans celui de la pertinence des décisions administratives. Des expérimentations méritent certainement d'être menées en ce domaine.

L'Académie Nationale de Médecine constate :

- Que le **consommérisme** et les **mésusages des soins** ont des **conséquences néfastes** sanitaires (iatrogénie), sociales (inéquités), environnementales (gaz à effet de serre), économique (insoutenabilité).
- Que **prescrire et consommer toujours plus** s'écarte du « bon soin » recherché et attendu.
- Que **la lourdeur et l'inertie de la gestion administrative en strates** du système de santé ont une efficacité questionnable eu égard au cumul des contrôles « a priori » et « a posteriori » freinant des initiatives de terrain réactives, judicieuses et innovantes en soins.
- Que **la financiarisation** des établissements et professionnels de santé a un impact potentiel délétère par le risque encouru de maintien et développement des seuls soins rentables à court terme.
- Que **le prix disproportionné de nombre de molécules onéreuses** est déconnecté des réalités humaines et économiques de la santé.
- Que **chacun a donc sa part de responsabilité** et se doit de veiller à une éthique de la sobriété afin de sauvegarder le bien commun d'une solidarité universelle si précieuse.

RECOMMANDATIONS

Recommandations destinées aux citoyens et usagers du système de santé :

1. **Promouvoir le civisme d'un comportement en faveur de la santé dès le plus jeune âge** avec des actions de prévention adaptées et intensifiées auprès des populations à risques (faible niveau socio-éducatif) : en particulier renforcement des stratégies vaccinales et de lutte contre les conditionnements délétères (nutritionnels, sédentaires et addictifs).[25]
2. **Renforcer le rôle des usagers**, patients, associations dans la promotion de la santé, le dépistage et l'apprentissage d'une sobriété citoyenne responsable, privilégiant le « bon soin » et non la consommation de soins.

Recommandations destinées aux professionnels de santé :

1. Intégrer dans la **formation** des étudiants et des professionnels de santé, la priorité éthique et civique d'un apprentissage d'une **pratique soucieuse d'une sobriété**, par la **pertinence des actes de soins** en accord avec les recommandations conjointes de la HAS et des Sociétés Savantes qui doivent mieux prendre en compte cet aspect.
2. Prendre des **mesures fortes valorisant les bonnes pratiques** sur la base des indicateurs de la **pertinence** et de la **qualité** (registres de pratiques) et non de la quantité des actes de soins (incitation par la tarification et la détarification).
3. **Sortir du réflexe de prescription** en apprenant « à ne pas faire » par la valorisation du **rôle pédagogique du médecin** pour faire comprendre au patient « le bon soin » et accepter la non-prescription et la déprescription progressive (information, éducation, accompagnement du patient sur le risque iatrogène) et les mesures efficaces non médicamenteuses.

Recommandations destinées aux institutions sur l'organisation, la gestion et le financement des soins :

1. Renforcer et valoriser une **stratégie globale en santé de réduction de la production de gaz à effet de serre** en tant que levier vertueux motivant une recherche de sobriété en soins.
2. Privilégier la **stratégie de responsabilisation par contractualisation** avec les établissements et les professionnels de santé sur des objectifs de pertinence des soins incluant la temporalité du « care » avec un soutien administratif facilitateur et fédérateur se limitant à un contrôle « a posteriori ».
3. Evaluer la pertinence, la réactivité et l'efficacité de la **gestion administrative du système de santé dans le cadre de l'objectif de simplification** visé par l'Etat (observatoire). Faciliter le développement et l'évaluation des **systèmes d'intelligence artificielle**, source de fiabilité et de sécurité des soins et de simplification visant une efficacité administrative.
4. **Limiter l'accès au financement des établissements et professionnels de santé aux seuls fonds garantissant un investissement à long terme** (10 ans) afin de prévenir l'exposition actuelle au risque de prioriser et développer les seuls soins rentables à court terme et de prévenir ainsi le risque spéculatif par captation des ressources financières issues de la solidarité nationale.
5. Mettre en place une carte vitale biométrique ou un système numérique automatique, lisible et simple, permettant à toute personne consommatrice de soins de **savoir ce que coûtent**

réellement chaque acte, chaque prescription d'examens et de médicaments, chaque séjour hospitalier, dont elle bénéficie.

Recommandations destinées à l'industrie des produits de santé :

1. Réviser le **prix des molécules onéreuses** en prenant mieux en compte :
 - **L'insoutenabilité** de l'explosion des coûts des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux innovants.
 - L'incertitude sur la **valeur thérapeutique relative** des nouveaux médicaments : temps de survie versus qualité de vie ? Transposabilité des essais en vie réelle ?
2. Mener des **négociations concertées au niveau européen** visant leur juste prix eu égard à leur hétérogénéité actuelle et au manque de transparence de leur coût réel.

REFERENCES

- [1] Source CNAM : Sobriété Médicamenteuse : moins prescrire pour mieux soigner. Médicaments 12 novembre 2024.
- [2] Rapport sur les inégalités en France. Observatoire des inégalités. 3 juin 2025. www.inegalites.fr
- [3] Taboulet F, Juillard-Condât B, La Sobriété en médecine : les tensions du cadre juridique français. Les prestations de santé. RDSS, 2, mars/avril 2025.
- [4] Médicaments jetés à l'hôpital : un gâchis massif, mais des solutions. www.lequotidiendumedecin.fr, 26 septembre 2025.
- [5] Audioprothèses : les fraudeurs s'engouffrent dans le 100% santé. Que choisir ; 10 octobre 2023
- [6] Maugan ME, Quenot JP, Rigaud JPh, Le juste soin ou soigner aussi bien avec moins. Quels apports de l'éthique ? Publication, Documentation www.erebfc.fr avril 2025
- [7] Rapport Igas-IGF : Financiarisation du système de santé, 2025. www.igas.gouv.fr
- [8] Coignard B, Antibiorésistance : la situation en France et dans le monde. Bull Acad Natl Med, 2019. 203, 159-169.
- [9] Enquête TNS : seuls 72% des actes médicaux sont pleinement justifiés. www.lequotidiendumedecin.fr, 2/07/2012.
- [10] L'Assurance Maladie : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport au ministère chargé de la Sécurité Sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits au titre de l'Assurance Maladie au titre de 2025 (loi du 13 août 2024). Juillet 2024.
- [11] Evans M, et al. Adherence to and persistence with antidiabetic medications and associations with clinical and economic outcomes in people with type 2 diabetes mellitus : A systematic literature review. Diabetes obes Metab. 2022 ; 24 : 377-390.
- [12] Rattelman CR, et al. A Retrospective Analysis of Therapeutic Inertia in Type 2 Diabetes Management Across a Diverse Population of Health Care Organizations in the USA. Diabetes Ther. 2021 ; 12 : 581-594.
- [13] THE SHIFT PROJECT, Le plan de transformation de l'économie française (PTEF). Ed. Odile Jacob. Janvier 2022.
- [14] Karliner J, Osewe P, Neira M et al, Momentum builds for health-care climate action, Lancet 2023, 402, 595-597.
- [15] Benetos A, Gautier S, Freminet A, Metz A, Labat C, Georgiopoulos I, Bertin-Hugault F et al.; Reduction of antihypertensive treatment in nursing home residents. DOI: [10.1056/NEJMoa2508157](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2508157)
- [16] Hunfeld N, Tibboel D, Gommers D ; The paracetamol challenge in intensive care : going green with paracetamol. Intensive care Med 2024 ; 50 (12) : 2182-2184.
- [17] Hôpitaux Universitaires de Genève, International Hospital Federation : les HUG primés pour la « smarter medicine » aux soins intensifs. Actualités HUG. 23.01.2025
- [18] Guillot F, Rouësse J, Bouvenot G, Dreno B, Facon T, Gorin NC, Blay JY, Le Coz P, Villet R. Médicaments anti cancéreux onéreux : disponibilité et soutenabilité économique. Bull Acad Natl Med. 2024 ; 208, 9-24.
- [19] Le Coz P, L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital. Revue de Philosophie économique, 2009 ; 10 (1), 35-55.
- [20] Article R. 4127-8 du code de déontologie médicale. Février 2021.
- [21] Mornex R ; Améliorer la pertinence des stratégies médicales. Rapport 13-05 Bull Acad Natl Med, 2013 ; 197, 1033-1049.
- [22] Communiqué de l'Académie Nationale de Médecine, 27 juin 2022 : Radiologie, la financiarisation de tous les dangers, prévenir les risques pour les radiologues et les patients.
- [23] Michot F, Lannois B, Bertrand D, Bringer J, Degos L, Olie JP, Thuillez C ; Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : origines et propositions. Bull Acad Natl Med 2019 ; 203, 109-121.
- [24] Bringer J, Les groupements hospitaliers de territoires : de la promesse de l'aube à la réalité du quotidien. In « Les groupements hospitaliers de territoire ». Ed. Berger-Levaul, mars 2019, pp111-124
- [25] Bonnin A, Rives N, Levi Y ; Rapport 24-04. Pour une éducation des jeunes citoyens à la prévention en santé. Bull Acad Natl Med 208 (2024) 708-719.

Personnes auditionnées

Les auteurs tiennent à remercier :

Madame Florence Taboulet, à l'origine de cette réflexion, Professeur de Droit Pharmaceutique et économie de la santé, Université de Toulouse.

Monsieur Jean-Paul Tillement, Professeur Honoraire de Pharmacologie, Membre de l'Académie Nationale de Médecine.

Monsieur Dominique Bertrand, Professeur Emérite Santé Publique, Membre de l'Académie Nationale de Médecine.

Monsieur Frédéric Van Roekegkem, Ancien Directeur Général de la CNAMTS, Membre de l'Académie Nationale de Médecine.

Monsieur Lionel Collet, Professeur Emérite Conseiller d'Etat, Président de la HAS, Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine.

Monsieur Gérard Raymond, Président de France Assos Santé

Monsieur François Crémieux, Directeur Général de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

Monsieur Paul Frappé, Professeur de Médecine Générale, Président du Collège de Médecine Générale.

Madame Margueritte Cazeneuve, Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la CNAM.

Pour copie certifiée conforme



Professeur Christian BOITARD
Secrétaire perpétuel