

RAPPORT DE LA COMMISSION D'OPTIMISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Repenser le système de santé *français*

Mieux soigner, dépenser moins inutilement.

Diagnostic chiffré, quatorze propositions
opérationnelles et une feuille de route priorisée sur
dix ans.

325 Md€

de dépense courante de santé, 11,5
% du PIB

20 %

de dépenses sans bénéfice pour la
santé, selon l'OCDE

12 à 20 Md€

par an : le gisement réaliste à dix ans

Regards croisés : santé publique, statistique, assurance, économie, gestion, sociologie,
lutte contre la fraude, intelligence artificielle, innovation.

Mandat, méthode et avertissement

Cette commission réunit, par convention de travail, les regards de la santé publique, de l'économie, de la gestion, de la lutte contre la fraude, de l'intelligence artificielle, de la statistique, de l'assurance, de la sociologie et de l'innovation. Sa consigne est simple : examiner le système de santé français comme si l'on repartait d'une feuille blanche, avec un seul cap, offrir les meilleurs soins possibles à la population en réduisant au maximum les dépenses inutiles.

La France consacre à la santé une dépense courante de 325 milliards d'euros en 2023, soit 11,5 % du PIB ; la consommation de soins et de biens médicaux atteint 249 milliards d'euros (8,8 % du PIB) [1]. C'est l'un des trois systèmes les plus généreux de l'OCDE. Le problème n'est donc pas le niveau de la dépense, mais son rendement : l'OCDE estime que près d'un cinquième des dépenses de santé est gaspillé, sans bénéfice pour la santé des populations [2].

Avertissement méthodologique. Les montants d'économies potentielles présentés ci-après sont des ordres de grandeur, issus de sources publiques citées entre crochets et renvoyant à la bibliographie. Ils ne s'additionnent pas mécaniquement : certains gisements se recoupent, et toute économie suppose un investissement initial et une montée en charge pluriannuelle. La feuille de route de la partie III propose une trajectoire prudente et priorisée.

Diagnostic : où part l'argent

Le système souffre moins d'un manque de moyens que d'une accumulation de pertes en ligne : fraude, actes non pertinents, gaspillage de médicaments, frais de gestion redondants, organisation en silos et sous-investissement dans la prévention.

POSTE	ORDRE DE GRANDEUR	SOURCE
Dépense courante de santé (2023)	325 Md€ (11,5 % du PIB)	DREES, 2024 [1]
Gaspillage estimé (OCDE)	environ 20 % des dépenses	OCDE [2]
Actes non pertinents ou redondants	jusqu'à 25 à 30 % des dépenses jugées évitables	Sénat ; IRDES [3]
Fraude détectée (2025)	723 M€ (628 M€ en 2024, +35 %)	Assurance maladie [4]
Fraude annuelle estimée (maladie)	4 à 4,5 Md€	Cour des comptes [5]
Frais de gestion des complémentaires	7,5 Md€ (environ 20 % des cotisations)	Cour des comptes [6]
Indemnités journalières (2024)	environ 11,4 Md€ (+28 % depuis 2019)	Assurance maladie ; DREES [7]
Transport sanitaire (2023)	6,3 Md€ (+4,4 % par an)	IFRAP ; PLFSS [8]
Gaspillage de médicaments	0,56 à 1,7 Md€ par an	Cour des comptes [9]
Retard sur génériques et biosimilaires	environ 800 M€ par an	ALMA [10]

POSTE	ORDRE DE GRANDEUR	SOURCE
Imagerie médicale	6 Md€ par an, dont actes excédentaires	Assurance maladie [11]
Affections de longue durée (2021)	123 Md€, soit 60 % des dépenses	IGAS ; CNAM [12]
Passages aux urgences évitables	3,6 millions, environ 500 M€	Cour des comptes [13]
Prévention	2,3 % des dépenses (OCDE : 3,4 %)	OCDE, 2025 [14]

Trois constats structurants

1

L'argent de la fraude et de l'inefficience se concentre chez les offreurs de soins, non chez les assurés : en 2024, professionnels et établissements pèsent 82 % des montants frauduleux détectés, les assurés 18 % seulement (mais 52 % des cas) [5].

2

La dépense est tirée par les maladies chroniques, qui pourraient atteindre 75 % des dépenses remboursées en 2035 [12] : sans virage préventif, aucune économie ne tiendra.

3

La France a déjà posé les briques numériques d'un système efficient (Mon espace santé, appli carte Vitale, ordonnance numérique) mais ne les exploite pas encore à plein.

PARTIE II

Quatorze propositions opérationnelles

Chaque proposition est décrite par le problème traité, la solution, les bénéfices pour les patients et les soignants, les économies annuelles potentielles, la difficulté de mise en œuvre et les risques. Les propositions sont regroupées en quatre leviers.

LEVIER 1

Numérique, données et lutte contre la fraude

LEVIER 2

Pertinence des soins et politique du médicament

LEVIER 3

Organisation des soins et hôpital

LEVIER 4

Architecture du système et prévention

LEVIER 1

Numérique, données et lutte contre la fraude

01 LEVIER 1 · NUMÉRIQUE, DONNÉES ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE Plateforme nationale anti-fraude pilotée par l'intelligence artificielle

PROBLÈME	La fraude détectée (723 M€ en 2025) reste loin de la fraude estimée (4 à 4,5 Md€). Les contrôles sont dispersés et largement manuels, alors que 82 % des montants se concentrent chez les offreurs de soins [4][5].
SOLUTION	Mutualiser au niveau national un moteur d'analyse de données et d'apprentissage automatique croisant facturation, ordonnance numérique et carte Vitale, pour cibler en priorité les professionnels et établissements atypiques, et automatiser le blocage avant paiement.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Moins de contrôles aveugles, davantage de soignants honnêtes laissés tranquilles ; ressources redéployées vers le soin.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	1,0 à 1,5 Md€ par an récupérés à terme, en visant le tiers de la fraude estimée recommandé par la Cour des comptes [5].
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Moyenne. Briques techniques existantes ; enjeu d'intégration et de compétences en science des données.
RISQUES	Faux positifs et atteinte à la relation de confiance ; nécessité d'un encadrement CNIL strict et de voies de recours.

02 LEVIER 1 · NUMÉRIQUE, DONNÉES ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE Ordonnance numérique et dossier médical opposables, généralisés

PROBLÈME	Le fonctionnement en silos génère des actes redondants ; la fraude se joue souvent en aval, faute d'interconnexion en temps réel.
SOLUTION	Rendre l'ordonnance numérique obligatoire et opposable, et brancher systématiquement Mon espace santé et le dossier médical partagé (97 % de la population dispose déjà d'un profil, 420 millions de documents déposés en 2025) sur le parcours de prescription et de remboursement [15].
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Fin des doublons d'examens, médication mieux coordonnée, sécurité accrue (interactions médicamenteuses détectées).
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	Plusieurs centaines de millions d'euros par la baisse des redondances ; la fraude évitée en amont a déjà bondi de 55 % en 2024 [4].
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Moyenne. Outils déployés ; reste l'adoption par les professionnels et l'interopérabilité des logiciels.
RISQUES	Charge initiale pour les éditeurs et les cabinets ; fracture numérique pour une minorité de patients.

03

LEVIER 1 · NUMÉRIQUE, DONNÉES ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Authentification forte de l'assuré par l'appli carte Vitale et France Identité

PROBLÈME	Le prêt et l'usurpation de carte alimentent une partie de la fraude identitaire.
SOLUTION	Accélérer l'adoption de l'appli carte Vitale, généralisée depuis le 18 novembre 2025 et adossée à France Identité, et en faire le mode d'authentification de référence chez les professionnels [16].
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Parcours simplifié pour l'assuré, fin des cartes prêtées, fiabilisation des droits en temps réel.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	Difficile à isoler ; contribue à la réduction de la fraude identitaire et des indus.
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Faible à moyenne. Dispositif déjà en place ; enjeu d'équipement et d'habitude.
RISQUES	Exclusion des publics éloignés du numérique ; campagnes d'hameçonnage usurpant l'Assurance maladie [16].

LEVIER 2

Pertinence des soins et politique du médicament

04

LEVIER 2 · PERTINENCE DES SOINS ET POLITIQUE DU MÉDICAMENT

Agence d'évaluation médico-économique sur le modèle du NICE et panier de soins révisé

PROBLÈME	Le remboursement repose insuffisamment sur le rapport coût-efficacité ; des actes peu utiles restent pris en charge tandis que des innovations utiles tardent.
SOLUTION	Confier à une autorité indépendante (HAS renforcée) une évaluation médico-économique systématique avec seuil de coût par année de vie en bonne santé, sur le modèle britannique du NICE (20 000 à 30 000 £ par QALY) [17], pour calibrer prix et périmètre du panier remboursable.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Accès plus rapide aux innovations réellement efficaces ; sortie des actes inutiles ; équité.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	Plusieurs centaines de millions à quelques milliards par an, par réallocation vers le coût-efficace.
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Élevée. Réforme institutionnelle et négociations avec l'industrie sensibles.
RISQUES	Débats éthiques sur la valeur d'une vie ; risque de rejet s'il est perçu comme un rationnement.

05

LEVIER 2 · PERTINENCE DES SOINS ET POLITIQUE DU MÉDICAMENT

Programme national de pertinence des actes avec aide à la décision

PROBLÈME	Les actes non pertinents et redondants (imagerie, biologie) représentent un gisement majeur ; l'imagerie pèse 6 Md€ par an, dont près d'un million d'échographies sans nécessité médicale claire [3] [11].
SOLUTION	Déployer des recommandations opposables et des outils d'aide à la prescription intégrés aux logiciels, avec retour d'information aux praticiens (profilage non punitif) et révision ciblée des tarifs.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Moins d'examens inutiles et d'irradiation ; temps médical recentré sur les cas pertinents.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	2 à 5 Md€ par an selon l'ambition ; 0,2 à 0,5 Md€ pour la seule imagerie [11].
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Élevée. Suppose l'adhésion des professionnels et des données de qualité.
RISQUES	Risque de sous-recours si le dispositif est mal calibré ; lourdeur perçue par les praticiens.

06

LEVIER 2 · PERTINENCE DES SOINS ET POLITIQUE DU MÉDICAMENT

Alignement des génériques et biosimilaires sur les standards européens

PROBLÈME	La France plafonne à 44 % de génériques (contre 84 % en Allemagne) et 52 % de biosimilaires (contre 66 % au Royaume-Uni et 79 % en Italie) [10].
SOLUTION	Substitution par défaut en pharmacie, prescription en dénomination commune, incitations aux prescripteurs et extension du périmètre substituable, notamment hospitalier.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Même efficacité thérapeutique à moindre coût ; meilleure disponibilité.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	Environ 800 M€ à 1 Md€ par an [10].
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Faible à moyenne. Leviers réglementaires connus et rapides.
RISQUES	Réticences de prescripteurs et de patients ; vigilance sur les tensions d'approvisionnement.

07

LEVIER 2 · PERTINENCE DES SOINS ET POLITIQUE DU MÉDICAMENT

Fin du gaspillage : conditionnements adaptés et dispensation à l'unité ciblée

PROBLÈME	Le surconditionnement provoque un gaspillage de 0,56 à 1,7 Md€ par an ; la dispensation à l'unité reste marginale (0,08 % des dépenses en 2024) [9].
SOLUTION	Adapter les boîtes aux durées de traitement, généraliser la dispensation à l'unité pour les antibiotiques et traitements courts, et renforcer la lutte contre l'antibiorésistance.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Moins de stocks dormants et de mésusage ; meilleur bon usage.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	0,5 à 1 Md€ par an, à partager avec l'industrie.
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Moyenne. Négociation des conditionnements et logistique officinale.
RISQUES	Coût logistique pour les pharmacies ; transition à accompagner.

LEVIER 3

Organisation des soins et hôpital

08

LEVIER 3 · ORGANISATION DES SOINS ET HÔPITAL

Virage ambulatoire et hospitalisation à domicile

PROBLÈME	Le taux de chirurgie ambulatoire plafonne à 62,8 % (cible de 70 % fixée pour 2022 non atteinte) alors qu'il abaisse les coûts de production de 20 % en moyenne [18].
SOLUTION	Aligner la tarification sur l'ambulatoire, développer la récupération améliorée après chirurgie et l'hospitalisation à domicile, et lever les freins organisationnels.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Moins de nuits d'hôpital, retour plus rapide à domicile, infections nosocomiales évitées.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	Plusieurs milliards d'euros à terme, par baisse des coûts hospitaliers [18].
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Moyenne à élevée. Réorganisation des blocs et des parcours.
RISQUES	Transfert de charge vers les aidants ; sécurité du domicile à garantir.

09

LEVIER 3 · ORGANISATION DES SOINS ET HÔPITAL

Désengorger l'aval des urgences et organiser les soins non programmés

PROBLÈME	3,6 millions de passages aux urgences seraient évitables (environ 500 M€), et une nuit sur un brancard augmente de 39 % la mortalité des personnes âgées [13].
SOLUTION	Généraliser le Service d'accès aux soins, renforcer l'offre de ville aux horaires de tension et fluidifier l'aval (lits, sortie vers le médico-social).
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Moins d'attente et de pertes de chance ; urgences recentrées sur l'urgent.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	Environ 0,5 Md€, et surtout des vies sauvées [13].
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Élevée. Dépend de la démographie médicale et des lits d'aval.
RISQUES	Report de charge si l'amont n'est pas renforcé.

10

LEVIER 3 · ORGANISATION DES SOINS ET HÔPITAL

Réforme des arrêts de travail

PROBLÈME	Les indemnités journalières atteignent environ 11,4 Md€ en 2024, en hausse de 28 % depuis 2019 [7].
SOLUTION	Téléexpertise et contrôles ciblés par l'analyse de données, prescription dématérialisée traçable, prévention de la désinsertion professionnelle et accompagnement du retour à l'emploi.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Meilleur suivi des assurés en arrêt, prévention de la chronicisation.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	1 à 2 Md€ par an, en distinguant la part démographique non compressible.
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Moyenne. Sujet socialement sensible.
RISQUES	Stigmatisation des malades si l'approche est purement répressive.

11 LEVIER 3 · ORGANISATION DES SOINS ET HÔPITAL

Rationaliser le transport sanitaire

PROBLÈME	Le transport sanitaire coûte 6,3 Md€ (2023), en hausse de 4,4 % par an, pris en charge à 95 % [8].
SOLUTION	Généraliser le transport partagé, créer des plateformes de commande régulées, orienter vers le bon mode (VSL, transport assis) et cibler la fraude.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Transport mieux organisé, délais réduits, équité d'accès.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	0,3 à 0,5 Md€ par an (110 M€ de pertinence et 50 M€ de fraude déjà identifiés) [8].
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Faible à moyenne. Mesures déjà engagées en loi de financement.
RISQUES	Acceptabilité du transport partagé ; impact sur les transporteurs.

LEVIER 4

Architecture du système et prévention

12 LEVIER 4 · ARCHITECTURE DU SYSTÈME ET PRÉVENTION

Simplifier l'étage complémentaire et réduire les frais de gestion

PROBLÈME	Les complémentaires dépensent 7,5 Md€ de frais de gestion pour des remboursements six fois inférieurs à ceux de la Sécurité sociale ; ces frais ont augmenté de 46 % depuis 2009 quand la Sécurité sociale baissait les siens de 5 % [6].
SOLUTION	Mettre en transparence et plafonner les frais de gestion, standardiser les contrats, et étudier un remboursement à guichet unique réduisant les doublons de gestion entre régime obligatoire et complémentaire.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Cotisations contenues, lisibilité accrue, moins de paperasse pour l'assuré et le soignant.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	Plusieurs milliards d'euros de frais de gestion compressibles à terme [6].
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Élevée. Réforme assurantielle structurante et politiquement disputée.
RISQUES	Résistance du secteur ; transition de l'emploi à accompagner.

13 LEVIER 4 · ARCHITECTURE DU SYSTÈME ET PRÉVENTION

Investir massivement dans la prévention

PROBLÈME	La France ne consacre que 2,3 % de ses dépenses à la prévention, contre 3,4 % en moyenne dans l'OCDE, alors que les maladies chroniques représentent déjà 60 % des dépenses [12][14].
SOLUTION	Porter la prévention au niveau de la moyenne de l'OCDE : dépistages ciblés, vaccination, lutte contre le tabac, l'alcool et l'obésité, repérage précoce, le tout piloté par Mon espace santé.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Moins de complications évitables, gain d'espérance de vie en bonne santé, hôpital désaturé.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	Coût net à court terme, retour sur investissement élevé à 10 ou 15 ans sur le poste des affections de longue durée.
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Moyenne. Effets différés peu compatibles avec le temps politique.
RISQUES	Bénéfices retardés ; nécessité de cibler pour éviter le saupoudrage.

14 LEVIER 4 · ARCHITECTURE DU SYSTÈME ET PRÉVENTION

Refonder le dispositif des affections de longue durée

PROBLÈME	Les affections de longue durée concernent 13,7 millions de personnes pour 123 Md€ ; le coût spécifique du dispositif est estimé à 15 Md€ et la trajectoire est insoutenable (75 % des dépenses en 2035) [12].
SOLUTION	Passer d'une logique de statut à une logique de parcours : protocoles de soins personnalisés, juste périmètre de prise en charge à 100 %, et révision des listes au regard de la pertinence.
BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS	Parcours mieux coordonnés pour les malades chroniques, équité renforcée.
ÉCONOMIES ANNUELLES POTENTIELLES	1 à 3 Md€ par an d'efficience, sans dégrader la couverture des plus fragiles.
DIFFICULTÉ DE MISE EN ŒUVRE	Élevée. Sujet très sensible pour 13,7 millions de personnes.
RISQUES	Reste à charge accru si la réforme est mal conçue ; vigilance sociale maximale.

Feuille de route priorisée sur dix ans

Les propositions sont séquencées en trois vagues, du gain rapide à la transformation de fond. Le classement croise l'impact financier, la rapidité de mise en œuvre et le retour sur investissement.

HORIZON	PROPOSITIONS	IMPACT	RETOUR	DIFFICULTÉ
Vague 1 0 à 2 ans <i>Gains rapides</i>	Plateforme anti-fraude par IA (1), authentification carte Vitale (3), génériques et biosimilaires (6), transport sanitaire (11), gaspillage du médicament (7)	Élevé	Rapide	Faible à moyenne
Vague 2 2 à 5 ans <i>Structuration</i>	Ordonnance et dossier médical opposables (2), pertinence des actes (5), virage ambulatoire (8), arrêts de travail (10), aval des urgences (9)	Très élevé	Moyen	Moyenne à élevée
Vague 3 5 à 10 ans <i>Transformation</i>	Agence médico-économique type NICE (4), réforme des complémentaires (12), prévention massive (13), refonte des affections de longue durée (14)	Structurant	Long	Élevée

12 à 20 Md€

par an à horizon dix ans

En cumulant prudemment les fourchettes basses et hautes des propositions chiffrables, le gisement réaliste se situe entre 12 et 20 milliards d'euros par an à horizon dix ans, à comparer au gisement théorique pointé par l'OCDE (près de 20 % de 325 Md€, soit de l'ordre de 60 Md€) [2]. La différence tient aux coûts de transition, aux recouvrements partiels et au temps de montée en charge. L'essentiel n'est pas le chiffre maximal, mais la discipline d'exécution : chaque euro réaffecté finance l'accès aux soins, la prévention et la lutte contre les déserts médicaux.

Ce rapport assume de bousculer trois habitudes : l'idée que dépenser plus suffit, le tabou de l'évaluation du coût-efficacité, et la complexité administrative érigée en fatalité. Les meilleures pratiques mondiales, de l'Estonie numérique pour le dossier patient au NICE britannique, montrent qu'efficacité et qualité des soins vont de pair.

Sources et références

1. DREES, « Les dépenses de santé en 2023, Comptes de la santé, édition 2024 » : dépense courante 325 Md€ (11,5 % du PIB), consommation de soins et biens médicaux 249 Md€. drees.solidarites-sante.gouv.fr
2. OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé » : près d'un cinquième des dépenses sans bénéfice ; plus de 10 % des dépenses hospitalières pour erreurs évitables. oecd.org
3. Sénat, « Améliorer la pertinence des soins » ; IRDES, « La pertinence des soins en France » : part importante d'actes non pertinents. senat.fr ; irdes.fr
4. Assurance maladie (ameli.fr), fraude détectée : 628 M€ en 2024 (+35 %), 263 M€ évités (+55 %), 723 M€ en 2025.
5. Cour des comptes, estimation de la fraude maladie 4 à 4,5 Md€ ; répartition 68 % professionnels, 14 % établissements, 18 % assurés ; objectif d'un tiers récupéré. ccomptes.fr
6. Cour des comptes, « Les complémentaires santé » : 7,5 Md€ de frais de gestion (2020), environ 20 % des cotisations ; +46 % depuis 2009.
7. Assurance maladie ; DREES (fiche indemnités journalières, comptes 2024) : environ 11,4 Md€ en 2024 (régime général), +28 % depuis 2019.
8. IFRAP ; étude d'impact du PLFSS : transport sanitaire 6,3 Md€ en 2023, +4,4 % par an ; gisements pertinence (110 M€) et fraude (50 M€).
9. Cour des comptes : gaspillage de médicaments estimé entre 0,56 et 1,7 Md€ par an ; dispensation à l'unité 0,08 % des dépenses (2024).
10. ALMA (Alliance des médicaments abordables) : génériques 44 % en France contre 84 % en Allemagne ; biosimilaires 52 % contre 66 à 79 % ailleurs ; environ 800 M€ par an d'économies.
11. Assurance maladie : imagerie médicale 6 Md€ par an ; échographie 1,3 Md€ avec environ 1 million d'actes excédentaires ; 0,2 à 0,5 Md€ d'économies de pertinence.
12. IGAS, « Revue de dépenses ALD » ; CNAM : 13,7 millions de personnes en affection de longue durée (2021), 123 Md€ (60 % des dépenses), surcoût du dispositif environ 15 Md€, jusqu'à 75 % des dépenses en 2035.
13. Cour des comptes ; Samu-Urgences de France ; Inserm-Sorbonne : 3,6 millions de passages évitables (environ 500 M€) ; +39 % de mortalité après une nuit sur un brancard.
14. OCDE, « Panorama de la santé 2025 » : la France consacre 2,3 % de ses dépenses à la prévention, contre 3,4 % en moyenne dans l'OCDE.
15. Assurance maladie, « Quatre ans de Mon espace santé » (2026) : 97 % de la population dispose d'un profil, 24 millions activés, 420 millions de documents déposés en 2025 (+40 %).
16. Assurance maladie : appli carte Vitale généralisée le 18 novembre 2025, activation via France Identité ; alertes sur les campagnes d'hameçonnage.
17. NICE (Royaume-Uni) : seuil de coût-efficacité de 20 000 à 30 000 £ par année de vie en bonne santé (QALY) pour les décisions de remboursement.
18. HAS ; Sécurité sociale : chirurgie ambulatoire 62,8 % en 2022 (cible 70 %), baisse des coûts de production de 20 % en moyenne.

Note de campagne. Chiffres sourcés, arrêtés en juin 2026. Association « Docteur France 2027 », loi 1901.