

**La sobriété dans le soin :
jusqu'où traiter ?**

**RESTITUTION
DES RENCONTRES
CITOYENNES**

Cahors - Mardi 24 mars 2026

1. Pensez-vous que notre système de santé solidaire, c'est-à-dire la gratuité des soins, soit en danger ?

Réponse affirmative unanimement surtout une perte de la solidarité entre les personnes, ce d'autant plus que l'individualisme prend de plus en plus le pas sur la solidarité dans notre société. Les citoyens vivent sur l'illusion de la gratuité des soins (sécurité sociale, mutuelles). Il semble qu'il y ait une volonté commune de conserver cette gratuité dans notre société. Ne pas passer sous silence que le système de soin est aussi une richesse pour le territoire dans lequel il est implanté.

2. Qu'est-ce que la pertinence d'un soin ?

C'est le soin qui est réellement utile pour chaque patient. Il implique une évaluation individuelle de la balance bénéfico-risque pour chaque prescription.

Peut être mise en difficulté par la pression de marketing qu'exercent les laboratoires pharmaceutiques par l'intermédiaire des visiteurs médicaux.

Il faut aussi se poser la question de savoir ce qui est vraiment pertinent de l'avis du patient ? L'appréciation de la pertinence n'est pas toujours consensuelle entre le patient et le soignant.

3. Peut-on donner des exemples de dépenses de soins inutiles, ce qui définit la surmédicalisation ?

Exemple de soins inutiles :

- Doubles prescriptions de bilans biologiques qui est un gaspillage
- Soins non pertinents et/ou obstination déraisonnable de traitements
- Demandes déraisonnables de prescriptions par les consultants conduisant en plus pour les insatisfaits à un vagabondage médical qui est aussi un gaspillage
- Prescriptions excessives des transports médicaux

Le dossier-patient informatisé (DPI) est-il utilisé par les soignants pour éviter la redondance des prescriptions souvent favorisée par la mosaïque de spécialistes impliqués par les comorbidités que présentent les patients chroniques ?

Dans certains hôpitaux (exemple CH de Cahors), les praticiens non urgentistes n'y ont pas accès. Il est souvent nécessaire de consulter les DPI sur les smartphones des patients s'ils ont activé leur DPI.

4. Certaines dépenses de soins sont liées à des pratiques liées à l'extra-médicalisation. Comment définir l'extra-médicalisation ? Peut-on apporter quelques exemples ?

Toutes les prestations médicales qui ne sont pas destinées au soin mais au confort.

Les participants ont discuté le bien-fondé des cures thermales pour de multiples patients. Toutes les prestations et prescriptions qui concernent l'augmentation de la libido sont considérées par le groupe comme de la surmédicalisation.

Certains ont cité également les cures psychanalytiques mais on rappelle qu'elles ne sont pas prises en charge par la CPAM. Ce n'est pas le cas de certaines médecines parallèles dont certaines sont prises en charge par les mutuelles.

5. Par quels moyens peut-on maintenir des soins de qualité en dépensant moins ?

Les participants ont insisté sur l'importance de l'éducation à la prévention ainsi que de l'éducation thérapeutique qui semblerait moins développée actuellement qu'il y a quelques années.

Il est nécessaire de rendre, par divers moyens, le patient acteur de sa santé, devenant également responsable de sa santé.

Le rôle éducatif de la pair-aidance, des patients experts, des soignants et des associations est évoqué.

6. Y a-t-il une place pour le numérique en santé dans la mise en œuvre du bon soin ?

Réponse affirmative : importance de la télé-expertise, des téléconsultations en particulier dans les zones où l'accès aux soins est difficile, du dossier-patient informatisé qui, partagé entre établissements, procure un avantage pour les expertises croisées et constitue ainsi un réel progrès. Mais tout le monde n'a pas accès à l'informatique (fracture numérique).

La large utilisation du numérique en santé crée une dépendance dont on prend conscience lors de pannes de réseau qui paralysent tout un système de soins.

Le sujet de l'IA en santé est peu abordé faisant l'objet d'une autre thématique EGB. Quelques participants soulignent l'intérêt des systèmes d'IA dévolus à l'imagerie.

7. Comment rationaliser les dépenses en médicaments sans nuire à la santé des citoyens ?

En évitant les nombreux gaspillages : les participants ont été surpris et choqués de l'évaluation annuelle à 1 milliard d'euros du gaspillage en médicaments par les hôpitaux cité dans le rapport de l'Académie de médecine...

Il faut privilégier la dispensation des médicaments à l'unité. Quels en sont les obstacles ? D'autres pays européens le font. Il faut également revoir l'intérêt de certains dispositifs médicaux dont la dispensation à usage unique est excessive.

Il est également justifié de dérembourser les médicaments dont le service médical rendu est marginal.

Tous soulignent l'importance de l'éducation des citoyens.
S'attacher à la pertinence des prescriptions.

Certaines prescriptions excessives sont liées à la crainte de recours juridiques de la part des patients. Il ne faut pas vivre dans la crainte du médico-légal !

8. Vous semble-t-il nécessaire de modifier la formation des soignants ? De modifier le mode de rémunération actuel des activités de soins ?

Il est nécessaire de développer la culture du travail pluri-professionnel. Mais il est également nécessaire de valoriser financièrement le temps passé à ces activités. L'acte intellectuel est également sous-coté ainsi que le temps de relation passé avec le patient, pourtant important dans la relation de soin.

Il faut également poursuivre le développement des dispositifs type communautés professionnelles de santé (CPTS), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), etc., les professions paramédicales telles que les infirmières en pratique avancée (IPA).

Une recommandation forte est le développement de la formation des professionnels de santé à la communication. Le constat est en effet que la communication soit entre professionnels, soit entre professionnels et patients est souvent défectueuse.

La rémunération à l'acte est inflationniste. La recherche de la performance économique dans les établissements hospitaliers peut être en conflit avec la sobriété lorsque le management incite à la multiplication d'actes rémunérateurs.

On préconise la prévention mais les actions de prévention ne sont pas valorisées, ce qui explique leur rareté. Il faut donc donner plus de temps rémunéré pour les actions préventives.

9. Faut-il financer massivement toutes les innovations thérapeutiques ?

Il faut différencier le financement de la recherche créatrice d'innovation qu'il faut poursuivre et l'innovation thérapeutique qui est mise sur le marché dont les prix sont quelquefois exorbitants.

Il est également nécessaire de différencier les innovations à faible progrès dites incrémentielles et les innovations de rupture. Faut-il rembourser en fonction d'une évaluation du ratio coût-efficacité ou systématiquement quelle que soit l'ampleur du bénéfice ?

Un autre critère pourrait-être la population à laquelle l'innovation est destinée ? Un choix entre un traitement destiné à un faible nombre des patients atteints d'une maladie orpheline versus autre médicament destiné à une large population de patients concernés ?

Comment trouver le juste équilibre pour conserver notre système de solidarité ?

Certains soulèvent le vieux dilemme de la prise en charge par la solidarité nationale des problèmes de santé des personnes dont le seuil de prise de risque individuel est élevé : le traitement coûteux d'un cancer du poumon pour un fumeur invétéré, la greffe de foie pour un alcoolique chronique récidivant...

10. Comment embarquer les citoyens dans une démarche de formation à la santé et « du juste soin pour tous » ?

Cf. certaines campagnes nationales comme la publicité : « les antibiotiques, c'est pas automatique ».

La responsabilité incombe aux médecins et aux soignants d'expliquer les démarches de traitements, de soins, de prévention...

Il est rappelé qu'il faut éduquer dès le plus jeune âge (une petite musique apprise tout petit ne s'oublie plus). Les actions éducatives ou de formation sont plus difficiles à réaliser chez les adultes et sont moins efficaces.

Il faut former à la culture de la sobriété en médecine

11. L'inversion démographique entraine un vieillissement massif de la population. Notre système d'accompagnement des personnes âgées sera débordé. Peut-on envisager d'autres formes de solidarités dans l'accompagnement du parcours des personnes âgées ?

Bien connaître les dispositifs existants pour répertorier les besoins ce qui permettra d'harmoniser l'offre à la demande. Prendre appui sur le niveau local, mairies et département.

Développer et coordonner la culture du bénévolat qui est déjà développée en France de façon éparpillée en organisant un véritable maillage territorial.

Contribuer à mieux développer les liens sociaux au sein par exemple d'habitats partagés, d'expériences sociales intergénérationnelles, de mutualisation des moyens...

Poursuivre les réformes des services d'aide à domicile et d'aide à la personne pour atténuer la fragmentation encore trop importante des services médico-sociaux et sociaux.

Prendre conscience que le tout numérique n'est pas adapté pour tous et que la fracture numérique touche 14 millions de citoyens.