

SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SOINS : QUELS ENJEUX DE TRANSFORMATION POUR LES ACTEURS DE L'ASSURANCE SANTÉ ?

En 2026, la soutenabilité du système de soins s'impose comme un sujet de fond pour l'ensemble des acteurs de l'écosystème santé. Longtemps appréhendée sous l'angle unique de la maîtrise des dépenses, elle est désormais comprise dans une acception beaucoup plus large et systémique. Il ne s'agit plus seulement de contenir les coûts, mais de garantir, dans la durée, un accès équitable de tous à des soins de qualité, tout en faisant face à des contraintes économiques, démographiques, organisationnelles et sociales de plus en plus fortes. Vieillesse accélérée de la population, augmentation continue des maladies chroniques, tensions persistantes sur la démographie médicale, transformation des attentes des patients et diffusion rapide d'innovations thérapeutiques coûteuses : ces évolutions structurelles mettent à l'épreuve la robustesse du modèle de soins français.

Dans ce contexte, **les acteurs de l'assurance santé** (OCAM, délégataires de gestion et intermédiaires d'assurance) **occupent une position stratégique**. À la fois financeurs, gestionnaires du risque et interfaces entre assurés, professionnels de santé et pouvoirs publics, ils sont directement exposés aux fragilités du système et appelés à jouer un rôle croissant dans sa transformation.

Cet éclairage propose **une analyse des principaux déterminants de la soutenabilité du système de soins et des implications concrètes de ces mutations pour les acteurs de l'assurance santé**, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel.

LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SOINS : UN CONCEPT AUX DIMENSIONS MULTIPLES

UNE NOTION QUI DÉPASSE LA SEULE CONTRAINTE FINANCIÈRE

La soutenabilité d'un système de soins ne se limite pas à sa capacité à équilibrer les dépenses et respecter les enveloppes budgétaires annuelles¹. Elle renvoie plus largement à l'aptitude du système à **fonctionner durablement**, sans dégrader ni la qualité des prises en charge ni restreindre l'accès aux soins des populations.

Cette notion s'articule autour de **trois dimensions interdépendantes** : financière, organisationnelle et humaine².

Dimension financière

La **capacité à financer durablement** les besoins de santé, dans un contexte de dépenses structurellement dynamiques.

¹ OCDE, Sustainable Health Systems

² Travaux académiques sur la résilience des systèmes de santé

Dimension organisationnelle

La **manière dont les soins sont structurés, coordonnés et délivrés** sur les territoires, notamment l'articulation entre soins de ville, hôpital et secteur médico-social (coordination des parcours, organisation territoriale, ...).

Dimension humaine

La **capacité des professionnels de santé à répondre aux besoins de la population** de part : leur nombre, leur répartition géographique, leurs conditions d'exercice et leur attractivité³.

La fragilisation de l'une de ces dimensions se répercute mécaniquement sur les autres. Par exemple, une pénurie de professionnels peut entraîner des retards de prise en charge, générant à terme des coûts supplémentaires et une dégradation de la qualité des soins.

LA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE : UN ENJEU À COURT TERME ET UN DÉFI STRUCTUREL DE LONG TERME

Les débats sur la soutenabilité du système de soins mêlent souvent deux horizons temporels différents.

À court terme

l'attention se porte sur la maîtrise des déficits et le respect des objectifs de dépenses, notamment à travers l'ONDAM⁴. Ces mécanismes jouent un rôle essentiel de pilotage budgétaire et de signal pour l'ensemble des acteurs.

À plus long terme

la soutenabilité financière pose une question plus profonde : celle de la capacité du système à absorber des transformations structurelles majeures sans se limiter à des ajustements ponctuels.

Cette distinction est essentielle pour comprendre les enjeux actuels : Les mesures de court de terme, tels que les gels tarifaires, déremboursements ciblés, transferts de charges, s'avèrent insuffisantes si elles ne s'inscrivent pas dans une trajectoire globale de transformation des parcours, des pratiques et des modes de financement.

DES FACTEURS STRUCTURELS QUI FRAGILISENT L'ÉQUILIBRE DU SYSTÈME**VIELLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE ET MALADIES CHRONIQUES : UNE PRESSION DURABLE SUR LES DÉPENSES**

Le **vieillessement de la population** constitue l'un des **déterminants majeurs de la hausse tendancielle des dépenses de santé**⁵. L'allongement de l'espérance de vie s'accompagne mécaniquement d'une augmentation de la **prévalence des pathologies chroniques**, (diabète, maladies cardiovasculaires, affections respiratoires, cancers etc.) qui nécessitent des prises en charge prolongées, souvent pluridisciplinaires⁶.

³ DREES, Conditions d'exercice des professionnels de santé

⁴ PLFSS – Objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie

⁵ INSEE, Projections démographiques

⁶ DREES, Maladies chroniques et dépenses associées

Les patients en affection de longue durée concentrent une part significative des dépenses, non seulement en raison des soins médicaux, mais également du suivi, des traitements médicamenteux et des complications associées. Cette dynamique, bien identifiée par les pouvoirs publics, s'inscrit dans une tendance de long terme qui appelle des réponses structurelles, notamment en matière de prévention, d'éducation thérapeutique et de coordination des parcours de soins⁷.

INNOVATION MÉDICALE : PROGRÈS THÉRAPEUTIQUES ET TENSIONS ÉCONOMIQUES

L'**innovation médicale** constitue un **levier majeur d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins**⁸. Thérapies ciblées, médicaments de rupture, dispositifs médicaux innovants ou solutions numériques transforment profondément les pratiques et les résultats cliniques.

Cependant, ces avancées induisent une **augmentation des coûts**, tant à l'unité que sur le plan macroéconomique⁹. **La diffusion rapide de traitements innovants** (tels que les immunothérapies contre le cancer ou les thérapies géniques) **pose ainsi des questions complexes d'évaluation médico-économique, de priorisation et de modalités de financement**.

Les acteurs du système doivent trouver un équilibre entre l'accès à l'innovation, la soutenabilité financière et l'équité entre les patients¹⁰.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS

Les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé (pénuries locales, déséquilibres territoriaux, évolution des pratiques) constituent un autre **facteur clé de fragilisation du système**. Déserts médicaux, inégalités territoriales, évolution des aspirations professionnelles et vieillissement des praticiens contribuent à une offre de soins parfois insuffisante ou mal répartie¹¹.

Ces déséquilibres entraînent des **conséquences directes sur l'accès aux soins**, mais également des **effets indirects sur les dépenses**¹² : lorsque l'offre de médecine générale ou de soins de premier recours est insuffisante, les patients rencontrent davantage de difficultés pour obtenir une consultation dans des délais raisonnables. Ils peuvent alors retarder leur prise en charge ou se tourner vers les services d'urgence hospitaliers pour des situations qui auraient pu être traitées en ville. Cette situation contribue à l'engorgement des hôpitaux, augmente les coûts de prise en charge et favorise parfois une aggravation des pathologies en raison de diagnostics ou d'interventions plus tardifs. À terme, ces retards peuvent conduire à des hospitalisations qui auraient pu être évitées grâce à une prise en charge précoce et coordonnée.

Ce qui renforce la nécessité de **repenser l'organisation territoriale des soins, les modes d'exercice coordonnés et la coopération entre professionnels**.

⁷ CNAM, Données ALD

⁸ HAS, Évaluation des innovations de santé

⁹ OCDE, Health at a Glance

¹⁰ HAS, Évaluation médico-économique

¹¹ DREES, Démographie des professions de santé

¹² DREES, Démographie des professions de santé

LE RÔLE SPÉCIFIQUE DES ACTEURS DE L'ASSURANCE SANTÉ DANS CET ÉQUILIBRE

DES FINANCEURS INCONTOURNABLES, MAIS AUSSI DES ACTEURS DE RÉGULATION

Les organismes d'assurance complémentaire occupent une **place singulière dans le système de soins français**¹³. En complétant les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ils contribuent à **limiter le reste à charge des assurés** et à **préserver l'accès aux soins**, notamment sur des postes structurants comme l'optique, le dentaire ou l'audiologie¹⁴.

Les réformes récentes, à l'instar du 100 % santé, illustrent ce **rôle de régulation partagée**¹⁵. Elles ont conduit les assureurs à adapter, voire à uniformiser, leurs garanties, ainsi qu'à revoir leurs modèles économiques et leurs relations avec les professionnels de santé.

UNE INTERFACE CLÉ ENTRE ASSURÉS, PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET POUVOIRS PUBLICS

Par leur relation directe avec les assurés et leurs interactions régulières avec les professionnels de santé, les assureurs et les courtiers jouent un **rôle d'interface au sein de l'écosystème**¹⁶. Cette position les place **au cœur des enjeux** de compréhension des parcours de soins, de lisibilité des garanties et d'accompagnement des usages.

Ils sont également des **relais des politiques publiques**, traduisant des orientations réglementaires et des dispositifs complexes en offres concrètes et en messages compréhensibles pour les assurés¹⁷.

ENJEUX OPÉRATIONNELS POUR LES ASSUREURS ET LES COURTIERS

PILOTER LES GARANTIES DANS UN ENVIRONNEMENT CONTRAINT

Dans un contexte de hausse structurelle des dépenses, **le pilotage des garanties devient un exercice de plus en plus délicat**. Il suppose une compréhension fine des comportements de consommation de soins, des évolutions réglementaires et des innovations médicales¹⁸.

Les outils d'analyse de données, les approches prospectives et la segmentation des risques constituent des leviers essentiels pour anticiper les dérives potentielles et ajuster les offres sans compromettre leur attractivité¹⁹.

PRÉSERVER LES ÉQUILIBRES TECHNIQUES SANS DÉGRADER L'ACCÈS AUX SOINS

La soutenabilité pose une question centrale pour les acteurs de l'assurance santé : **comment maintenir des niveaux de couverture adaptés tout en assurant la viabilité économique des contrats**²⁰ ? Cette problématique traverse l'ensemble de la chaîne de valeur et implique des arbitrages complexes entre niveau de garanties, cotisations, prévention et services associés.

¹³ DREES, La place des complémentaires santé

¹⁴ Ministère de la Santé, Postes de soins à reste à charge élevé

¹⁵ Ministère de la Santé, Réforme 100 % santé

¹⁶ Publications professionnelles du secteur assurantiel

¹⁷ Études sectorielles sur l'expérience assurés

¹⁸ ACPR, Équilibres techniques des contrats santé

¹⁹ Études actuarielles santé

²⁰ Rapports de place sur la soutenabilité des contrats santé

RELATION CLIENT ET PÉDAGOGIE DES ASSURÉS

Dans un environnement marqué par des évolutions fréquentes de garanties ou de cotisations, **la qualité de la relation client devient un enjeu stratégique**. La capacité à expliquer, contextualiser et justifier les évolutions conditionne largement leur acceptabilité par les assurés et la confiance accordée aux acteurs de l'assurance santé.

Conscients de cet enjeu, certains organismes ont d'ailleurs développé des démarches visant à **simplifier et clarifier leurs communications** afin de rendre les informations plus accessibles et compréhensibles pour leurs adhérents. Ces initiatives traduisent une volonté croissante de **renforcer la transparence et d'améliorer l'expérience client** dans un domaine souvent perçu comme complexe.

VERS DES MODÈLES DE COOPÉRATION RENFORCÉE DANS L'ÉCOSYSTÈME SANTÉ

DÉVELOPPER DES PARTENARIATS ORIENTÉS PARCOURS DE SOINS

Face à la complexité croissante du système, de nouvelles formes de coopération se développent entre assureurs, réseaux de soins, professionnels de santé, acteurs territoriaux²¹ et structures médico-sociales. Ces partenariats visent à améliorer la coordination des soins, à fluidifier les parcours et à renforcer l'efficacité globale du système.

LA PRÉVENTION COMME LEVIER DE SOUTENABILITÉ À LONG TERME

La prévention est régulièrement identifiée comme un levier majeur d'amélioration de la soutenabilité du système²². Qu'il s'agisse de prévention primaire, de dépistage ou d'accompagnement des patients chroniques, ces actions s'inscrivent dans une logique de long terme, dont les bénéfices dépassent largement le seul cadre financier²³.

APPORTS DU NUMÉRIQUE ET DE L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE

La télémédecine, les outils numériques de suivi, les plateformes de coordination ou les solutions d'aide à la décision constituent des leviers prometteurs d'amélioration de l'organisation des soins²⁴. Leur déploiement pose néanmoins des enjeux d'intégration dans les pratiques, d'évaluation de leur impact réel et d'appropriation par l'ensemble des acteurs²⁵.

²¹ Rapports IGAS / CNAM sur la coordination des soins

²² Santé publique France, Stratégies de prévention

²³ CNAM, Prévention et parcours de soins

²⁴ Ministère de la Santé, Déploiement de la télémédecine

²⁵ Cour des comptes, Numérique en santé

Dans un contexte où la soutenabilité du système de soins repose sur des équilibres de plus en plus complexes, les acteurs de l'assurance santé sont confrontés à des enjeux de transformation structurants, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel. **La compréhension fine de ces dynamiques constitue un préalable indispensable, mais elle doit s'accompagner d'une capacité à les traduire concrètement dans les modèles, les processus, et les outils.**

En tant que cabinet de conseil spécialisé dans les métiers de l'assurance et de la santé, nous accompagnons nos clients dans l'analyse et la prise en compte de ces contraintes systémiques. Notre intervention s'inscrit dans une logique de mise en cohérence entre orientations stratégiques, exigences réglementaires et réalités opérationnelles, qu'il s'agisse de l'évolution des garanties, du pilotage technique, de l'organisation des parcours ou de l'adaptation des dispositifs aux transformations du système de soins.

En mobilisant un savoir-faire combinant expertise sectorielle, conduite de projets complexes et compréhension des évolutions réglementaires et technologiques, Cometh Consulting contribue à sécuriser les trajectoires de transformation des acteurs de l'assurance santé, dans un environnement marqué par des incertitudes durables et des attentes croissantes du public en matière d'accès et de qualité des soins.

**RENDEZ-VOUS PROCHAINEMENT
POUR UN NOUVEL ÉCLAIRAGE...
ET N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER
POUR VOS BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT**

CONFORMITE REGLEMENTAIRE - DATA MANAGEMENT - GESTION DE PROJET - FORMATION & SENSIBILISATION




Cabinet de conseil en Organisation et Systèmes d'Information

Créer de la valeur et s'engager sur la réussite.

Ensemble.



 Site internet

 LinkedIn