

Compte rendu_Webinar CSMF

Lundi 20 octobre 2025_20h-21h

45 inscrits – 23 participants

- **Introduction Dr Carayon**

« On se prend le mur des pathologies chroniques et de l'âge en même temps que la démographie médicale qui n'est pas au beau fixe ; il y a moins d'acteurs et plus de patients »

- **Delphine Bousquet, lead national experts scientifiques, Boehringer Ingelheim**

Je suis ici pour porter la voix de Boehringer Ingelheim, et plus largement celle d'un acteur de santé investi dans la lutte contre les maladies cardio-rénales-métaboliques, que nous appelons les **maladies interconnectées CRM**.

Notre engagement dans ce domaine est ancien et s'inscrit dans une vision globale : celle de mieux comprendre, prévenir et traiter ces pathologies chroniques qui, bien souvent, ne surviennent pas isolément mais s'entremêlent, se renforcent, et aggravent la situation des patients.

Que ce soit avec notre molécule sur le marché ou celles en développement nous sommes engagés sur l'ensemble du spectre CRM et nous poursuivons nos efforts, notamment dans des domaines encore peu couverts comme la stéatose hépatique métabolique, qui représente un enjeu croissant de santé publique.

Notre rôle ne s'arrête pas à la mise à disposition de traitements. En tant qu'acteur de santé, nous avons la conviction que **la réponse aux maladies CRM doit être systémique**, interdisciplinaire et collective pour soutenir les politiques de santé vers des approches interconnectées et moderniser notre système de soins en s'appuyant sur les données de santé, la prévention ciblée et de nouveaux modèles de prise en charge interdisciplinaires.

Nous sommes réunis aujourd'hui car nous avons tous les 4, un point commun, c'est que nous sommes les 1ers témoins

- d'un enjeu de santé publique : 2ème cause de décès en France, 26% des Français concernés par une pathologie CRM
- et de dépenses publiques : 25% des dépenses annuelles remboursables de l'assurance maladie, 35% des dépenses d'hospitalisation

et pourtant près de **65% des Français n'ont jamais entendu parler des maladies CRM**

Notre système de santé est saturé et la charge liée aux maladies chroniques ne cesse de croître. Il faut redéfinir le risque, la prévention, la gestion de la maladie en prenant en compte les facteurs de risque et symptômes communs **d'où ce concept d'interconnectivité**.

C'est dans cette optique que nous avons publié un rapport "**le pouvoir de l'interconnectivité**" et on vient de recevoir les résultats **d'une étude avec le cabinet Rweality**.

Cette étude a permis de définir un périmètre cardio-rénal-métabolique et d'évaluer l'impact potentiel de programmes de prévention ciblée sur les patients atteints d'au moins deux comorbidités CRM. Les résultats sont clairs à 5 ans, ces programmes pourraient permettre une économie de 1 à 3 % des dépenses de l'Assurance Maladie. C'est une piste concrète, chiffrée.

Et puis, on peut s'inspirer des succès existants du dépistage organisé du cancer, en généralisant un dépistage croisé pluri-pathologiques maladies CRM :

- Un patient diabétique doit être systématiquement évalué pour ses risques cardiovasculaires et rénaux.
- Un patient insuffisant cardiaque doit être orienté vers un dépistage du diabète ou de la MRC.

C'est une évidence médicale, mais ce n'est pas encore une réalité systématique.

Par ailleurs, nous savons aussi que l'autonomisation des patients est un levier essentiel pour soulager les médecins. C'est pourquoi nous croyons au développement de programmes d'éducation thérapeutique en prévention, pour mieux impliquer les patients dans la gestion de leur santé.

Enfin, en tant qu'industriel de santé, on ne peut qu'inciter à renforcer l'intégration des traitements qui permettent de retarder les complications et de protéger la santé des patients. Nous avons un rôle à jouer. Mais nous ne pouvons pas agir seuls. Nous avons besoin de vous, médecins de terrain, décideurs de l'Assurance Maladie, pour co-construire des solutions / initiatives.

- **Intervention du Dr Sarfati et du Dr Assyag : à propos des ESS (cf diapo)**

Nous sommes face à une épidémie de maladies chroniques : cœur, rein et métabolique (diabète et obésité)

Projet CKM (cardio kidney métabolique) en Grande-Bretagne

Notre objectif c'est d'aller chercher les patients en stade 1 et 2 qui peuvent bénéficier d'un traitement :

- Stade 1 : surcharge pondérale et obésité
- Stade 2 : facteurs de risque HTA, diabète, tabac

Au-delà de l'interconnectivité, ce qui nous manque c'est la coordination parce qu'on travaille, - surtout les spécialistes - en silo. L'ESS cardio est une réponse à ce constat car elle favorise les rendez-vous et la coordination médecin généraliste/spécialiste : le médecin généraliste a un rendez-vous dans les 3 à 5 heures pour 50% des patients.

Résultats de l'ESS : « nous avons un grand nombre de patients polypathologiques. 10% des patients ont à la fois HTA, diabète, obésité, maladie rénale chronique. D'où cette nécessité de mettre en place un parcours préventif où on associerait coordination et expertise cardiologique. Le cardiologue doit systématiquement pratiquer un score pour le cholestérol, en plus de l'électrocardiogramme, le néphrologue avec le DFG et le RAAC, l'endocrinologue avec l'hémoglobine et l'activité physique et pour l'obésité tour de taille, IMC, activité physique. »

Une attention particulière sera portée sur la diminution du nombre de passage aux urgences mais aussi :

- Une prescription recommandée des médicaments iA-GLT2
- Education et observance thérapeutique
- Activité physique

Au-delà du dépistage, il y aura un suivi coordonné médecin généraliste-spécialiste pour que les patients soient encore mieux traités. La coordination devrait renforcer l'expertise cardio et y ajouter une ETP et une activité physique.

Evaluation : **score PREVENT** (slide 9)

Ce qu'on souhaite (médecin généraliste-spécialiste) c'est réduire le score pour prévenir le passage de la maladie MRC et cardiaque et pratiquer un dépistage chez un patient qui a au moins 2 facteurs de risques.

Etude et registre en construction > réflexion la méthodologie en cours pour un lancement prévisionnel 1^{er} trimestre 2026

- **Dr Grenier, médecin-conseil nationale de l'Assurance Maladie**

Pour l'assurance maladie, ce sont des enjeux de soutenabilité important.

37% de la population est atteinte de maladies chroniques si on ne fait rien nous en aurons 43% en 2035

Aujourd'hui les personnes en ALD représentent 21% de la population et ça pourrait être 26% en 2030. En 2004, les ALD représentaient 12% des dépenses d'assurance maladie en 2035 la prévision c'est 75%. On est sur le « gros risque » il reste peu de place pour le « petit risque »

Nous avons fait une proposition pour le PLFSS : développer une identification des patients à risque d'une maladie chronique en partant du facteur de risque cardio-vasculaire à laquelle nous avons ajouté la BPCO car c'est une maladie qui partage un facteur de risque majeur, le tabac. Dans une approche centrée patient on élargit à tout ce qui est en lien avec le facteur de risque cardio-vasculaire. C'est la priorité de l'assurance maladie 2023-2028 car ces pathologies représentent 45 milliards d'euros de dépenses (cardio-vasculaire et associés) soit le 1^{er} poste de dépense maladies chroniques avant le cancer et la psychiatrie

Ce qu'on souhaite c'est développer le dépistage précoce de toutes les pathologies c'est-à-dire de rechercher systématiquement, à partir de 40-45 ans, ces facteurs de risque et ces pathologies ; nous voulons construire du dépistage croisé (fait écho à la démarche des ESS).

30% des diabétiques sont diagnostiqués au stade de complication (coma, complications rénales, complications podologiques). Ces patients auraient pu bénéficier d'un traitement qui nous coûterait beaucoup moins cher et leur permettrait d'améliorer leur qualité de vie et leur espérance de vie en bonne santé.

La réduction des coûts est estimée à 7000€ par patient

- Patient DT2 stade 2 (médicament sans insuline) VS patient DT2 stade 3 = 7000€ de différence de coût de prise en charge par an
- MRC : 30% des patients sont dialysés en urgence et n'ont pas vu dans l'année un néphrologue. Ils arrivent sans traitement

L'enjeu c'est le dépistage des facteurs de risque et le plus tôt possible. Nous avons les données du SNDS, de consommation de soins. On a des données sur les traitements, on n'a rien sur les indicateurs cliniques (HTA, tension, surpoids, comportements) d'où l'enjeu majeur de registre de

l'ESS car ces données sont peu disponibles. Si on peut avoir un recueil partagé c'est très intéressant pour avancer ensemble

- Echanges

Dr Dominique XX (pneumologue)

Classification des risques cardio-vasculaire : tabac, diabète, syndrome d'apnée sévère du sommeil et dyslipidémie.

BPCO : facteur de risque cardio-vasculaire indépendant du tabagisme

Prévention primaire : pas de tabac, pas d'alcool, une alimentation équilibrée, de l'activité physique (2,5 heures par semaine) et un sommeil de qualité non fractionné

Dr Assyag :

HTA est le 1^{er} facteur de risque au monde ; 1 patient sur 4 est hypertendu (15 millions patients) HTA-diabète, HTA-dyslipidémie, HTA-MRC, HTA-Obésité sont très fréquentes et porteuses de mortalité

Le champ de bataille de l'Assurance maladie 2026 est l'HTA associée aux autres facteurs de risques. Les patients ne sont pas contrôlés dans 30 à 40% des cas. Il faut introduire le SAOS (syndrome apnée du sommeil) qui est capital. Cela nous permet de ramener tous les spécialistes qui s'intéressent au cardio-pneumo-métabolique. Tous ces patients ont des maladies chroniques. On va faire une sorte de registre.

Dr Grenier :

Le sujet c'est le risque de maladie chronique autour du risque cardio-vasculaire donc on ne veut pas trop délimiter le sujet.

L'HTA est un enjeu majeur identifié par l'assurance maladie car c'est une donnée clinique qu'on n'a pas dans nos bases et la mesure par le traitement c'est réducteur. Santé publique nous a bien dit que cette pathologie était probablement très sous-estimée. Nous faisons des études sur la consommation de soins et donc sur les traitements ce qui est réducteur. Nous aimerions commencer par des mesures hygiéno-diététiques.

Nous pouvons communiquer « grand public » sur l'HTA ; et sur les mesures comportementales. Pour les PDS mon enjeu majeur c'est d'avoir cette approche holistique et donc de communiquer sur l'ensemble de l'enjeu du facteur de risque cardio-vasculaire pourquoi pas avec des focus. Mais on veut encourager les PDS de 1^{er} recours à structurer la prise en charge sur cette approche holistique. Le patient doit également comprendre que : « 1 facteur de risque seul ce n'est pas si grave, 2 c'est plus ennuyeux mais 3 c'est un enjeu et une probabilité de faire un accident de type cardio ou autre pathologie en lien est très forte. » on doit sortir des silos.

Dr Pierre-Marie XXX (médecin généraliste)

Je veux réagir sur ces 30% des diabétiques qui arrivent avec des complications qui ne consultent pas, qui sont en carence de médecine du travail. Nous les interpellons en réalisant dépistage tension, prise de poids, évaluation de l'IMC (cf ex-ROSP), évaluation du risque cardio-vasculaire.

Dans notre CPTS on a comme objectif la réduction du nombre de jambe coupée chez les diabétiques.

Comment fait-on pour aller vers le diagnostic préventif pour des patients qui ne viennent pas au cabinet ? Peut-être qu'avec les nouveaux forfaits (cf nouvelle convention médicale), si on ne voit pas les patients pendant 2 ans alors ce sera une stimulation pour faire du rappel de patient.

Dr Carayon

S'il pouvait y avoir une campagne de santé publique à destination des patients sur les maladies chroniques (cardio-vasculaires) s'appuyant sur une métaphore (par exemple un moteur de voiture). Si le moteur tombe en panne, ça retentit sur les autres fonctions. On doit impliquer les patients de façon efficace et non culpabilisante.

Dr Grenier

Cette approche holistique est difficile à formuler pour la communication.

Raphaëlle Eyraud, Responsable Affaires Publiques, Boehringer Ingelheim

Nous avons un plaidoyer sur cette approche CRM que nous mettons à disposition de l'assurance maladie et de la CSMF. Nous avons demandé une étude pour mieux comprendre les impacts de cette interconnectivité cardio-rénale-métabolique.

Les données sont difficilement accessibles, l'exercice sur les comorbidités est encore plus difficile. Nous sommes aussi intéressés par le registre du Dr Assyag et d'autres initiatives terrain tels que Diabet' du Dr Hergat qui permettent aux acteurs de la prise en charge de travailler ensemble.

Par ailleurs sur la prévention et le dépistage, l'Institut Montaigne ([lien 1](#) et [lien 2](#)) et la Cour des Comptes ([lien](#)), rappellent les résultats insatisfaisants de la France.

Il faut saluer le travail engagé par l'assurance maladie et les acteurs de terrain (ESS, maison Diabet' du Dr Hergat). L'éco-système est bien maillé il manque un élan, une mise en mouvement qu'il faut peut-être aller chercher chez le patient lui-même. Comment, sur cet enjeu de santé publique et de dépense publique, de maladies sociétales, on peut engager le patient pour qu'il prenne en main sa santé.

Dr Grenier

Il faut que le patient comprenne son bénéfice immédiat ; il y a un enjeu de responsabilité.

Dr Assyag

A propos de l'accompagnement thérapeutique, le patient doit recevoir des messages forts du médecin. Nous devons responsabiliser les patients et s'appuyer sur l'entourage. « protégez vous, protégez votre famille »

Dr Attal

On peut reprendre l'image d'une cascade sanitaire, en commençant par l'HTA ... Un problème est représenté par une cascade et ces cascades mises en lien conduisent à l'inondation.

Dr Carayon

Ne pas culpabiliser les patients. Faire cinquante pas c'est mieux que de rester sur son canapé. Il faut partir de là où ils sont.

Dr Marc ...

Nous parlons entre nous de **facteurs de risque cardio-vasculaire** ; pour tous ici c'est une expression claire mais pour un patient c'est compliqué de comprendre ces 3 mots. Je prends beaucoup de temps pour lui expliquer. C'est sur ce thème que nous devons lancer une explication médiatique pour que ce groupe de mots signifie quelque chose pour les patients.

Dr Assyag

Il faut une communication ciblée avec beaucoup d'empathie et du temps...

Dr Carayon

D'où l'importance de travailler ensemble avec les autres acteurs de la prise en charge riche de regards et de mots différents. Si on reprend l'analogie du moteur, on peut se dire « trois voyants rouges, c'est beaucoup, tout le monde comprend ».

Dr ...

La pression des pneus est facteur de risque de crevaison

Dr ...

Je n'avais pas en tête que cette notion pouvait poser un problème au patient

Dr Carayon

C'est surtout la conséquence de ce facteur de risque ; avoir un facteur de risque ça veut dire prendre sa santé en main pour le patient. J'ai déjà entendu un patient dire « la tension, j'en ai pas je prends des cachets »

Dr Assyag

Oui on doit passer plus de temps avec le patient, il faut faire plus d'éducation thérapeutique sur l'éducation physique adaptée par exemple. On doit s'assurer que le message qu'on propose au patient soit bien perçu / reçu.

Dr Carayon

Nous tenons une idée de chantier importante.

J'ai fait de la médecine générale jusqu'en 2022 j'ai souvenir que le néphrologue me reprochait de lui envoyer le patient soit trop tôt, soit trop tard, ce n'était jamais le moment. Avec les nouvelles

molécules, la donne a changé. On a de nouveaux outils, des médicaments qui peuvent changer le pronostic, on doit repenser la réponse en termes d'organisation des soins et de prise en charge pour accompagner les patients et qu'ils se protègent le mieux possible. C'est un changement de paradigme.

Pour conclure, « plus jeune », mon médecin disait « tu me prendras ... » et probablement que dans la cuillère de mon sirop j'avalais « un petit bout de mon docteur » ; il y a du sens derrière cette phrase. Le médecin qui arrive en basket, à pied dans son cabinet ça fait réagir le patient !