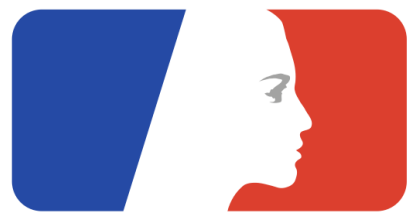


QUEL AVENIR POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ET SON FINANCEMENT ?

Notre Santé



Ma Santé !

SOMMAIRE

1. LA PROMESSE DE LA RÉFORME	2
2. L'INSTITUT SANTÉ	3
Nos trois objectifs	3
3. LE DIAGNOSTIC À PARTAGER	5
La triple transition	5
La nature systémique de la crise	6
Comment agir ?	8
4. QUOI FAIRE ?	9
Les 3 piliers de la réforme	9
Le pilier Stratégique	9
Le pilier Économique & Social	10
Le pilier Politique	10
Les 3 axes de la déclinaison de la réforme	12
La réforme de l'organisation des acteurs	12
Le service public territorial de santé	12
Un contrat thérapeutique pour les patients souffrants d'affections de longue durée (ALD) reconnues	14
La réforme de la gouvernance : Une gouvernance adaptée au modèle de santé globale	14
Une vision de long terme pour piloter la santé	14
Un État stratège	15
L'assureur public, financeur solidaire et pilote de l'opérationnel	16
Réforme du financement : Un financement adapté aux nouveaux enjeux	16
Un coMPTE PERSONNEL DE PREVENTION POUR CHAQUE CITOYEN (NE)	18
5. QUELS BÉNÉFICES ?	20
Pour les citoyens	20
Pour les professionnels de santé	20
Pour les industries de santé	21
Pour la collectivité	21
6. QUEL CALENDRIER POLITIQUE ?	22
Deuxième trimestre 2025	22
Septembre - décembre 2025	22
Premier trimestre 2026	22
Année 2026	22
7. CONCLUSION	23



PRÉAMBULE

Ce document a vocation à reprendre les idées forces de la réforme globale de notre système de santé conçue par l'Institut Santé entre 2018 et 2024.

Il a été diffusé à la conférence politique organisée par l'Institut Santé le 18 février 2025 à Paris en présence de Bernard Cazeneuve et David Lisnard.

1. LA PROMESSE DE LA RÉFORME

- Rebâtir un système de santé performant pour tous, permettant de rester en bonne santé le plus longtemps possible et d'être bien soigné
- Refaire de notre système de santé une fierté européenne et une référence mondiale

C'est possible, et sur le court terme !



2. L'INSTITUT SANTÉ

Créé en 2018, l'Institut Santé est un centre de recherche appliquée, **citoyen, transparent, indépendant et interdisciplinaire**, dédié à faciliter la réalisation de la réforme globale du système de santé en France.

L'idée est de réunir, sous une **bannière neutre uniquement tournée vers l'intérêt général**, les principaux courants idéologiques, sensibilités, expertises ; dans un contexte éloigné des pressions politiques, financières et corporatistes.

Puis, grâce à un travail d'intelligence collective, construire une plateforme de **refondation** consensuelle, pour garantir sa faisabilité politique à court terme, et robuste, pour redresser pour plusieurs décennies le système, et permettre aux futures générations de disposer d'un système de santé performant.

NOS TROIS OBJECTIFS

Deux des trois objectifs de l'Institut sont atteints à ce stade :

- Le 1^{er} était de construire en interne une première plateforme de refondation, à travers six groupes de travail. Il fallait **construire les fondamentaux de la refondation, les fondations de la refondation !**

*Publication d'un livre en 2020 :
« Et alors la réforme globale de la santé, c'est pour quand ? »*





- Le 2^{ème} était de partager ce contenu et de l'améliorer à travers des **conférences de consensus** avec les principales parties prenantes du système : *professionnels de santé, chercheurs, industriels de la santé, maires, conseils départementaux, conseils régionaux, préfets...*

*Ce travail a conduit à une deuxième plateforme publiée en 2022 :
« L'autonomie solidaire en santé »*



- Le 3^{ème} objectif est en cours : c'est la phase de **promotion et de pédagogie de la réforme**, qui impose une conceptualisation des idées, une projection dans la vie réelle des citoyens pour que chacun puisse matérialiser cette réforme.

*Publication d'un roman politique fin 2024 :
« Les itinérants de la santé.
Quel futur pour notre système de santé ? »*



C'est la phase d'appropriation de la réforme par le plus grand nombre.

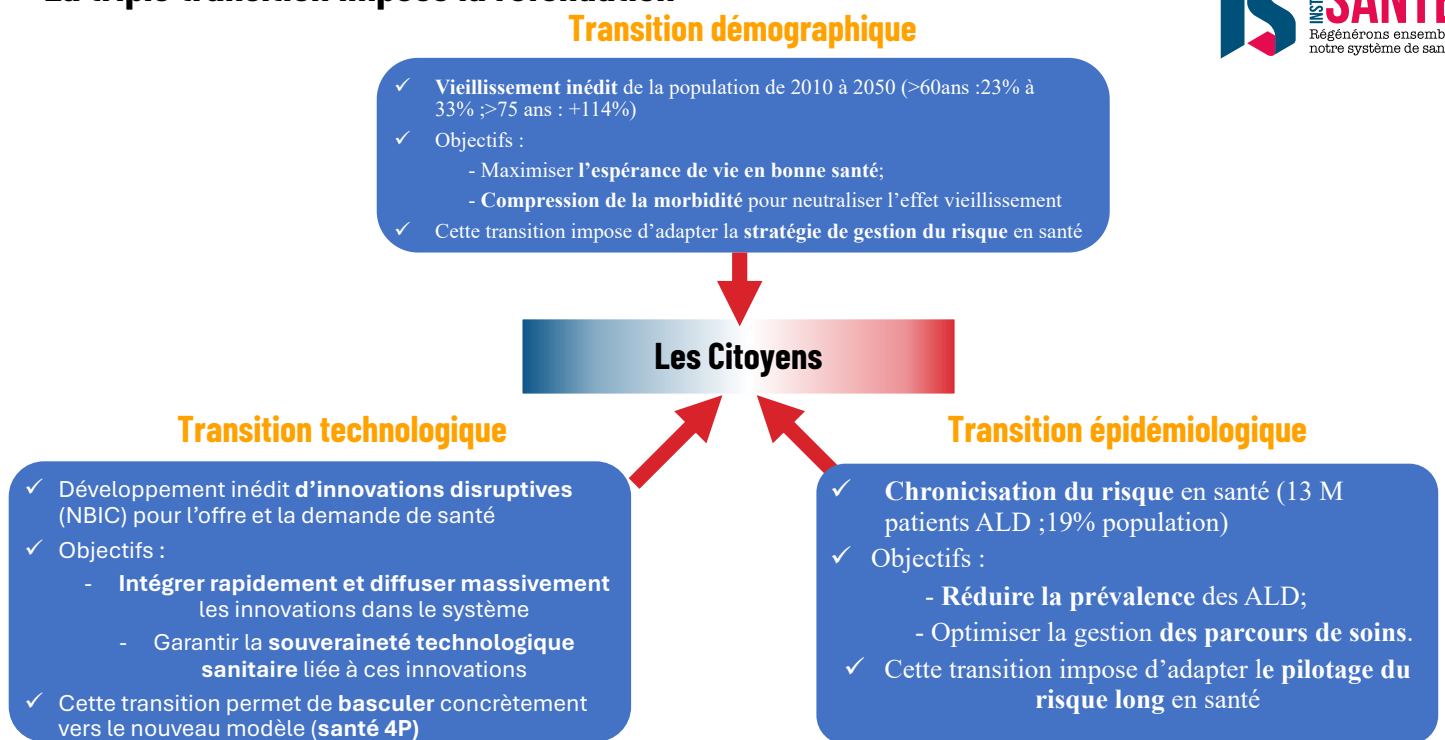
3. LE DIAGNOSTIC À PARTAGER

LA TRIPLE TRANSITION

C'est la triple transition démographique, épidémiologique et technologique qui impose une réforme systémique.

- **Le vieillissement accéléré** de la démographie depuis 2010 avec les boomers de plus de 60 ans et la hausse de l'espérance de vie, plutôt en mauvaise santé;
- **La chronicisation** des pathologies (20% de la population en ALD porte 80% de la hausse des dépenses) permise par les innovations thérapeutiques et le progrès médical;
- **La révolution technologique** qui transforme tout le process de production, tout le process de transmission des données et de communication entre les acteurs. La santé est au cœur de plusieurs révolutions technologiques (IA, numérique, biothérapie, nanotechnologies, robots) dont le nouveau système doit tirer parti.

La triple transition impose la refondation



Notre système de santé, construit avant ces transitions, n'a été pensé

- ni pour maximiser l'espérance de vie en bonne santé (s'occuper de la santé des bien portants),
- ni pour gérer des parcours de patients chroniques,
- ni pour diffuser massivement un flux élevé d'innovations technologiques.

*Un tel système ne peut que dysfonctionner dans ce nouvel environnement,
... il est **naturellement** en crise.*

Ces trois transitions sont en théorie des avancées, des opportunités pour la santé, pour le progrès humain, pour l'humanité mais en pratique, elles sont subies par un système de santé en crise et une population qui doute de la capacité de la société à maintenir sa qualité de vie dans le futur.

Le système de soins qui a été performant dans l'environnement du XX^{ème} siècle ne peut plus l'être sans adaptation structurelle dans celui du XXI^{ème} siècle, que ce soit au niveau de ses services, de son industrie et de sa recherche, malgré une hausse sensible des ressources dédiées.

Ainsi, depuis 50 ans en France, les dépenses sociales ont doublé en part de PIB (de 16% à 32%), et les dépenses de santé ont triplé (de 4% à 12%) et part de la richesse nationale.

LA NATURE SYSTÉMIQUE DE LA CRISE

Notre pays n'a jamais eu dans son histoire autant de ressources humaines, financières et d'innovations technologiques à disposition pour la santé de nos concitoyens.

A l'échelle globale, cette crise du système ne peut donc pas se résumer à une crise de ressources, même s'il existe un problème **d'allocation de ces ressources (efficacité allocative)**, et aussi de **bonne gestion de ces ressources (efficacité productive)**.



Si ce n'est pas une crise de ressources, c'est une crise d'une autre nature, que l'on appelle une crise systémique, de conceptualisation du système social, ici de santé. On parle de crise **structurelle**. Elle s'est étendue dans **les services, l'industrie et la recherche**.

Cette crise structurelle est la résultante de **l'inadaptation du modèle pour gérer la santé post-triple transition**. Le système actuel n'a réussi ni le virage préventif, ni le virage ambulatoire. C'est un **problème d'inadaptation d'un système à son environnement**.

La seule voie de sortie de crise est donc de nature systémique !

C'est plutôt une bonne nouvelle pour deux raisons :

- la contrainte des finances publiques à court et moyen terme n'est pas un frein insurmontable, d'une part,
- et la capacité de rebond rapide du système est réelle, d'autre part.

*La crise de la santé est une crise de bonne utilisation, de bonne allocation de ces ressources.
Il faut donc revoir prioritairement leur organisation, leur gouvernance et leur financement.*

Les pouvoirs publics ont agi ces dernières années¹ mais sont restés sur le paradigme du soin du XXème siècle.

- Sans vision globale par rapport à la triple transition, les évolutions ont eu un faible impact.
 - Le virage technocratique et la focalisation sur l'organisation médicale des années 2010 ont montré leurs limites.

¹ lois en 2004, 2009, 2016, 2019, Ségur 2020



Les vrais enjeux de la réforme sont de nature stratégique, économique, social et politique.

Un diagnostic **partagé par le plus grand nombre ... et peu par les dirigeants**, qui restent focalisés sur l'esprit des réformes passées ... sans changement de paradigme!

Pourtant, les Français subissent au quotidien la crise – désertification, pénurie de médicaments, crise des urgences hospitalières –, et souhaitent faire de cette réforme systémique une des 3 priorités politiques.

COMMENT AGIR ?

La réponse à cette mutation depuis 2000 a été :

- de renforcer le contrôle bureaucratique – agences,
- de conserver la stratégie curative – 98% des dépenses,
- la dominance hospitalière – 50% des dépenses publiques,
- et d'augmenter les moyens financiers – 11,8% PIB, top 3 dans le monde.

*La nouvelle proposition est de **régénérer la structure du système de santé** en se concentrant sur les enjeux stratégiques, économiques, sociaux et politiques.*



4. QUOI FAIRE ?

LES 3 PILIERS DE LA RÉFORME

Ces trois piliers symbolisent les trois avancées à réaliser, les trois objectifs à atteindre pour réussir la réforme.

Ils sont de trois ordres :

- Stratégique,
- Économique et social,
- Politique.

LE PILIER STRATÉGIQUE

C'est celui qui fera évoluer notre système de soins vers un système de santé globale, s'intéressant autant aux personnes bien-portantes qu'aux malades.

C'est le **changement de paradigme dans la gestion du risque**. C'est ce qui a été fait pour le travail en 2018, en investissant en amont du risque par le plan PIC de 15 Mrds €.

C'est le même mouvement à réaliser en santé. Ce plan a généré une baisse structurelle du chômage, il génèrera une baisse structurelle de la demande de soins par une amélioration de l'état de santé de la population.

C'est le concept **d'investissement social dans le capital humain**, qui maximisera **l'efficacité de la protection sociale au XXIème siècle**, ici maximisera l'espérance de vie en bonne santé de toutes les classes sociales.

La santé, comme la formation est un **facteur de production et donc de croissance** économique, et un facteur de bien-être, donc de réduction des inégalités sociales. Cet investissement social **optimisera l'impact du système de santé dans la société**.



LE PILIER ÉCONOMIQUE & SOCIAL

C'est l'évolution d'un pilotage du système à partir de l'offre, réalité au XXème siècle, et encore à ce jour, **vers un pilotage à partir de la demande.**

C'est l'installation du citoyen comme pilote de la gestion du risque, et un pilotage du système à partir des **besoins de santé publique.**

Le système s'adaptera à l'évolution des besoins de santé publique, dans sa stratégie, dans sa gouvernance, dans la gestion qualitative et quantitative des ressources humaines et dans son financement.

*Pour cela, il faudra un modèle de **santé publique territorialisé,**
puisant dans le mode de vie des individus.*

LE PILIER POLITIQUE

L'enjeu est la **démocratisation de la santé**, l'accès à la connaissance santé pour le plus grand nombre.

Nous savons qu'une protection sociale efficace au XXIème siècle est une protection sociale active, qui engage chaque personne dans la gestion du risque.

C'est la notion de **citoyenneté sociale, ou/et de capacité de Sens** qu'il faut activer, condition indispensable pour protéger les plus démunis, sachant que les plus favorisés le font naturellement.

Le nouveau modèle exige donc une démocratie représentative forte, avec un État stratège, et une démocratie sociale et sanitaire forte. Cette dernière **incitera à l'engagement dans la gestion de son risque santé, valorisera la connaissance et responsabilisera** les acteurs opérationnels (professionnels, usagers).



Les 3 piliers du nouveau modèle

STRATÉGIQUE

- ◇ De l'accès aux soins vers l'accès à la **santé globale pour tous**
- ◇ Leviers :
 - Construire une **politique de santé publique** incluant tous les déterminants de santé
 - Investir dans le **capital humain en santé** à tout âge pour renforcer l'autonomie et les capacités
- ◇ Bénéfices : Améliorer l'**état de santé** de la population ; réduire les **inégalités sociales** ; impacter la **prospérité économique** et le **soft power**.

Les Citoyens

POLITIQUE

ÉCONOMIQUE & SOCIAL

- ◇ **Démocratisation de la santé** à l'aide d'un État stratège efficace et d'une démocratie sanitaire et sociale élargie à l'ensemble des parties prenantes
- ◇ Leviers :
 - **Citoyenneté sociale en santé** grâce à un accès à la connaissance élargie à tout âge
 - **Responsabilisation et autonomie des acteurs** locaux dans les territoires
- ◇ Bénéfices : Donner du **sens aux métiers** ; Rechercher l'**excellence** par l'**innovation et la recherche** ; **impliquer les usagers** dans la régulation du système.

- ◇ Piloter les ressources en santé à partir **des besoins de santé (la demande)** et non plus à partir de l'offre
- ◇ Leviers :
 - Priorisation des besoins dans une **stratégie nationale de santé publique**
 - **Gestion territoriale** des actions & ressources de santé
- ◇ Bénéfices : Optimisation de la gestion des ressources en fonction des besoins et **amélioration continue** des performances

Ces 3 piliers sont à décliner selon trois axes

liés :

1 – l'organisation des acteurs / 2 – la gouvernance / 3 – le financement du système.



LES 3 AXES DE LA DÉCLINAISON DE LA RÉFORME

LA RÉFORME DE L'ORGANISATION DES ACTEURS

LE SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTÉ

La déclinaison opérationnelle du nouveau système de santé se traduira par la création d'un service public territorial de santé, qui contiendra 3 transformations :

- Instauration de **territoires de santé uniques et communs** à tous les acteurs ;
- **Extension du concept de service public** (accès pour tous, continuité, mutabilité) à ces territoires et à tous les acteurs de santé : délégation de service public aux territoires, portée par tous les professionnels de santé financés par la sécurité sociale, du public comme du privé ;
- **Décloisonnement** des secteurs de la santé – social, médico-social, sanitaire (hôpital, ville, domicile) – au sein des territoires.

Le territoire sera l'espace géographique dans lequel chaque citoyen trouvera une réponse à ses besoins essentiels de santé, ce qui exigera une taille critique (200 000 habitants). Ces territoires seront définis par l'État selon des critères objectifs et connus. Ils deviendront l'unité géographique de référence pour le pilotage opérationnel de la santé en France.

La **délégation de service public** à l'ensemble des professionnels de santé, du public et du privé, conduira de fait à une **égalité des droits et des devoirs des professionnels de santé**. Cela nécessitera une **équité de traitement** du public et du privé pour réaliser les missions de service public (dont l'accès aux soins, la prévention, les urgences, la permanence des soins).

Cette égalité des droits et devoirs renforcera la liberté de choix de son professionnel de santé pour le citoyen, et la liberté de choix de son mode d'exercice pour le professionnel.

Ces territoires seront pilotés par un **groupement territorial de santé**, regroupant les principaux acteurs locaux : professionnels de santé, élus locaux, institutions ordinaires, associations de patients et de citoyens. Ce sera un lieu de dialogue, d'échanges et de résolution de problème, et non une administration.

Le pilotage se réalisera à l'aide de dispositifs existants (diagnostic territorial, plan territorial de santé et contrat territorial de santé), auxquels on a donné une fonction. Ces



dispositifs donnent un cadre d'intervention et permet de garantir une forte **autonomie d'actions et décision** à ces territoires, tout en s'inscrivant dans une stratégie nationale.

Le **décloisonnement** s'exprime par une mobilité optimisée des professionnels au sein du territoire, ce qui entraîne une restructuration du fonctionnement de chaque secteur.

Application à l'hôpital : les médecins et infirmiers de l'hôpital négocieront tous les 5 ans des contrats d'obligation de service, fondés sur les besoins des services et les aspirations individuelles du personnel, leur permettant de travailler à plein temps, ou à temps partagé entre l'hôpital et une autre mission dans le territoire.

Une évolution des ordonnances Debré de 1958 permettra de faire tomber les murs de l'hôpital, pour l'insérer davantage dans le territoire, tout en gardant sa mission de tirer l'excellence de la médecine française, notamment par des missions spécifiques supra-territoriales dans l'enseignement, la recherche et des spécialités très pointues.

Une gouvernance mixte médico-administrative comparable aux centres anticancer, une décentralisation des principales ressources humaines et financières à l'échelle des services, une formation renforcée du personnel favorisant la montée en compétence et une évolution du statut PU-PH vers deux valences compléteront la restructuration de l'hôpital.

Application à la ville : les professionnels de ville auront aussi la possibilité de diversifier leur activité dans les territoires, en développant une valence supplémentaire à leur activité principale sur le territoire.

Un médecin généraliste pourra consacrer une journée par semaine par exemple à une activité en gérontologie, ou à un projet de recherche en santé publique. L'universitarisation de la médecine de ville sera accélérée grâce à une porosité plus forte entre l'hôpital et la ville. La liberté de choix de son mode d'exercice, dans un esprit de service public, sera renforcée.

Le déploiement massif du numérique et de l'intelligence artificielle accompagnera cette restructuration de l'offre et sera facilitée par le décloisonnement sectoriel et statutaire.



UN CONTRAT THÉRAPEUTIQUE POUR LES PATIENTS SOUFFRANTS D'AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) RECONNUES

Un nouveau dispositif sera créé pour garantir à chaque patient chronique de disposer des ressources humaines, financières et technologiques permettant d'optimiser la prise en charge tout en permettant de maîtriser la dépense des patients ALD (63% du stock et 80% de la croissance des dépenses).

Ce contrat sera signé lors du diagnostic de l'ALD par le patient, l'assureur public et l'équipe soignante représentée par un coordinateur. Il sera obligatoire pour bénéficier du remboursement à 100%. Il comprendra entre autres le plan personnalisé de santé (soins, & prévention), les informations à connaître et les objectifs attendus. Un assistant numérique sera chargé de compiler les données et d'utiliser l'IA pour permettre une évaluation annuelle au cours d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle.

Dans cette réorganisation des acteurs, le service public territorial de santé fera basculer vers un modèle de santé globale.

Le contrat thérapeutique permet de réaliser **le virage ambulatoire** en structurant le parcours de patients chroniques en ville.

La liberté d'action et la responsabilisation des acteurs à l'échelle du territoire devra régler sur le court terme l'essentiel des problèmes d'accès aux soins et à la prévention. Elle redonnera du sens aux métiers des professionnels.

LA RÉFORME DE LA GOUVERNANCE : UNE GOUVERNANCE ADAPTÉE AU MODÈLE DE SANTÉ GLOBALE

UNE VISION DE LONG TERME POUR PILOTER LA SANTÉ

Une politique de santé publique pertinente exige une vision sur plusieurs années pour mesurer un impact sur l'état de santé de la population. **Une loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans** - comprenant des objectifs de santé publique, une stratégie nationale de santé et un plan de financement des investissements et des dépenses courantes de santé - sera votée au Parlement à chaque début de quinquennat.



Cette loi sera le cadre dans lequel s'inscrivent l'industrie pharmaceutique, la recherche médicale et les services de santé.

UN ÉTAT STRATÈGE

Pour piloter un système de santé globale, universel et solidaire, construit à partir des besoins de santé publique recueillis dans les territoires, permettant une diffusion rapide et massive des innovations, il faut un **État stratège** capable de voir loin et de remplir avec efficacité ses missions régaliennes de santé publique.

L'organisation de l'État sanitaire sera repensée autour de **2 pôles centraux** : l'un de pilotage de santé publique, l'autre de pilotage de l'évaluation des produits et services de santé.

L'objectif sera de construire dans ces deux domaines des structures uniques de réputation mondiale, de type CDC aux USA et NICE en Angleterre, pour disposer d'un État sanitaire fort, visionnaire, et qui donnera à la santé publique son juste poids social, économique, diplomatique et politique au bénéfice du bien commun (externalités très fortes de la santé).

La France a les ressources humaines pour réaliser ce projet à court terme, elles sont aujourd'hui disséminées dans une multitude d'agences (Hcaam, Hcsp...) dont les missions se recoupent largement. La nouvelle gouvernance sera en cela une simplification de l'organisation de l'État sanitaire (suppression d'une vingtaine d'agences), porteuse de **gains d'efficience majeurs**.

En région et sur le plan local, les services de l'État sanitaire, déconcentrant ceux de l'État central, seront insérés dans une **direction de santé publique** dans les Préfectures régionales et départementales, en remplacement des agences régionales de santé existantes et de leurs représentations départementales.

Un État délesté en agences et en personnel administratif au profit de ressources humaines en santé publique sera performant dans ses fonctions régaliennes, au service des citoyens.



L'ASSUREUR PUBLIC, FINANCEUR SOLIDAIRE ET PILOTE DE L'OPÉRATIONNEL

L'État délègue à l'assureur public, l'Assurance maladie, appelée Assurance santé dans le nouveau système, le pilotage opérationnel de la stratégie nationale, pour l'ensemble des acteurs des services de santé. Cette assurance santé, sur laquelle l'État exerce depuis 1945 une forme de tutelle, sera l'opérateur public qui pilote la mise en œuvre des plans d'actions dans les territoires de santé ; l'État les évalue, ce qui dissociera **l'opérateur de l'évaluateur**.

État et sécurité sociale reprendront la place qui était la leur dans le modèle originel de 1945.

Notamment, l'assureur public, qui est le financeur solidaire pilier de l'universalité du système, et en même temps le cœur de la **démocratie sociale et solidaire**, verra sa gouvernance paritaire dans son conseil élargie aux usagers, pour illustrer le passage d'une protection sociale du travailleur à une protection sociale du citoyen. Cet élargissement sera à réaliser à chaque niveau géographique : national, régional et local.

RÉFORME DU FINANCEMENT : UN FINANCEMENT ADAPTÉ AUX NOUVEAUX ENJEUX

Le 3ème étage de la réforme systémique est l'évolution de l'architecture de financement de la santé pour l'adapter au nouveau modèle.

Les objectifs principaux sont :

- Faire de la présence de **2 financeurs puissants** mais distincts une force pour conforter la solidarité et l'universalité du nouveau système de santé;
- **Maximiser l'efficience** du système de financement pour financer les nouveaux besoins (prévention, I dans le Capital humain en santé, innovation) et améliorer la couverture du risque ;
- Favoriser la diffusion des **innovations** technologiques et thérapeutiques pour optimiser les gains de productivité.
- Mettre en place un **modèle économique vertueux** et soutenable à partir de la bonne santé;



- Faire de la santé un levier de la croissance **économique** et de la réduction des **inégalités** sociales en optimisant l'efficacité de la gestion du risque santé et ses externalités.

*Pour cela, les missions et fonctions des deux assureurs sont **dissociées**.*

L'assureur public rembourse seul l'essentiel des dépenses de soins, même s'il n'interviendra pas sur un champ aussi large qu'aujourd'hui.

Un ticket modérateur non assurable, composante clé de la responsabilisation des usagers du modèle de 1945, sera appliqué, dans une valeur revue par rapport à l'existant, autour de 10-15% des tarifs sécu. Toutes les conditions existantes d'exonération de ce ticket modérateur (ALD, grossesse, AT/MP, bas revenus) seront conservées, avec une extension de cette exonération à quelque cibles comme les étudiants.

Les assureurs privés seront concentrés sur les soins non remboursés par la sécurité sociale (dont ceux sur lesquels ils sont majoritaires aujourd'hui) et l'investissement dans le capital humain en santé (prévention).

L'affiliation à ces assureurs est uniquement individuelle, avec 3 conditions nécessaires pour gérer les imperfections du marché assurantiel :

- Interdiction de toute discrimination sur des critères médicaux ou socio-économiques (mutualisation des risques);
- Affiliation individuelle obligatoire pour toute la population (éviter la sélection adverse);
- Subventionnement des plus défavorisés pour la souscription (système solidaire).

Un contrat standard étalon sera voté au Parlement pour définir les garanties minimales à proposer par chaque opérateur privé et servir d'étalon de référence pour comparer le rapport qualité/prix des opérateurs. Chaque opérateur aura la liberté de commercialiser toute option et garantie supplémentaire pour se différencier et être plus compétitif. Ce contrat pourrait inclure une part de financement de la dépendance.



Cette composante de la réforme fera économiser autour de 20 Mrds €, tous acteurs confondus (État, assureurs publics, assureurs privés, ménages inactifs). Cette économie comprendra des coûts cachés comme les 10 Mrds € de manque à gagner en recettes fiscales et sociales des contrats privés actuels. L'idée sera de redistribuer l'essentiel de ces sommes dans le nouveau système de santé. Par exemple, les entreprises ne financeront plus les contrats qui sont devenus individuels, d'où une économie de l'ordre de 12 Mrds € par an.

Une partie de cette somme servira à financer les arrêts de travail de courte durée, transférés aux entreprises, pour inciter à optimiser la bonne santé au travail, une partie sera utilisée pour investir dans cette santé au travail, une partie pourrait être utilisée pour financer une assurance dépendance obligatoire, une partie pour baisser le coût du travail.

UN COMPTE PERSONNEL DE PREVENTION POUR CHAQUE CITOYEN (NE)

Le changement de paradigme dans la gestion du risque en santé de l'aval vers l'amont se traduira par un plan d'investissement dans le capital humain, qui devra être universel et personnalisé. Nous proposons de créer un compte personnel de prévention.

Comme le compte personnel de formation a renforcé le capital humain sur les compétences au travail, le compte personnel de prévention renforcera le capital humain en santé. Il participera à la baisse des inégalités sociales en santé et à la demande globale de soins.

Sur le modèle du compte personnel de formation, ce compte sera pilotable directement par chaque assuré. Grâce à ce **forfait prévention annuel individualisé**, chaque citoyen aura accès à une série de biens et services reconnus scientifiquement et labélisés par le pôle d'évaluation de la santé de l'État.

Ce compte personnel de prévention pourrait devenir un **compte personnel dépendance** pour les personnes concernées.

Le compte personnel de prévention matérialisera le virage préventif pour la population.



Les 3 axes de déclinaison du nouveau modèle



Organisation

- ◇ Mise en place d'un **service public territorial de santé**
 - Création des **territoires de santé uniques et communs** à tous les acteurs ;
 - **Délégation de service public** à tous les professionnels et établissements, du public et du privé financés par la sécurité sociale ;
 - **Décloisonnement des activités** de santé dans chaque territoire.
- ◇ Mise en place d'un **contrat thérapeutique** pour les patients ALD

Les Citoyens

Financement

- ◇ **Dissociation des missions** de l'assureur public et des assureurs privés
 - Assureur public : **l'essentiel des dépenses de soins ; Ticket modérateur** non assurable avec conditions d'exonération actuelles renforcées
 - Assureurs privés : **soins non remboursés par l'assureur public et prévention**
 - Contrat standard étalon voté au Parlement
 - Affiliation individuelle et obligatoire
 - Pas de discrimination possible
 - Subventionnement des contrats pour les bas revenus
- ◇ Création d'un **compte personnel de prévention** donnant accès à un portefeuille de produits et services labélisés

Gouvernance

- ◇ État : **Loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans** ; réorganisation de l'État central en deux pôles (santé publique, Évaluation) et intégration de l'État déconcentré dans les Préfectures
- ◇ Assureur public : **démocratie sanitaire et sociale** élargie (Parlement) et **gouvernance opérationnelle** sur l'ensemble du système
- ◇ **Groupement territorial de santé** : un pôle de dialogue et d'échange opérationnel piloté par les acteurs locaux (4 collèges)



5. QUELS BÉNÉFICES ?

POUR LES CITOYENS

- Un meilleur état de santé, quel que soit son niveau socio-économique (égalité) ;
- Une capacité à agir favorablement sur son état de santé, en conservant la liberté de ses choix (autonomie), tout en étant responsabilisé sur le bon usage des services de santé ;
- L'accès à un service public performant dans chaque territoire, offrant des services de santé de haut niveau en qualité et en quantité suffisante, quel que soit le lieu de vie ;
- Un accès élargi aux innovations technologiques, à la prévention et à l'information médicale, permettant à chacun de renforcer son pouvoir d'action pour rester en bonne santé (capital humain) ou lutter contre une maladie ;
- Une gestion des services de santé à l'échelle territoriale, pilotée par les acteurs locaux, renforçant la confiance dans le système et sa capacité à répondre aux besoins des citoyens (démocratie sociale et sanitaire).

POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Un système de santé centré sur les besoins de santé publique des citoyens, donnant du sens aux métiers des soignants ;
- Une reconnaissance professionnelle de leur expertise et de leur valeur ajoutée, grâce à une autonomie effective dans l'organisation et les actions à l'échelle des territoires ;
- Un libre choix de leur secteur et de leur mode d'exercice dans le cadre du service public, associant autonomie et responsabilité au service de la santé de la population ;
- Une quête constante de l'excellence médicale, par l'accès aux innovations technologiques et aux progrès médicaux, par une recherche et un enseignement de haut niveau, pour améliorer la qualité des prises en charge et l'attractivité des métiers.
- Une rémunération à la hauteur de leur valeur ajoutée, de leur recherche d'excellence et de leur engagement professionnel, quel que soit le secteur ou le mode d'activité.



POUR LES INDUSTRIES DE SANTÉ

- Le cap stratégique clair à cinq ans pour le secteur de la santé sur un horizon de 5 ans, fournira de la visibilité et de la stabilité pour investir ;
- La régulation optimisée des produits de santé, garantira un accès rapide au marché ;
- Une tarification dynamique, adaptée au cycle de vie des produits et à leur valeur médico-économique ;
- Le nouveau financement permettra un accès universel aux innovations ;
- Des incitations fortes pour intégrer la R&D, la production et la distribution des produits en France et en Europe.

POUR LA COLLECTIVITÉ

- Une gestion du risque santé en France caractérisée par une égalité des chances et une forte efficacité ;
- Un renforcement du pacte social, grâce à une réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé.
- Une maîtrise des dépenses publiques à travers un modèle économique vertueux visant l'amélioration de l'état de santé de la population ;
- Des externalités positives du système de santé sur le développement économique, le bien-être social et l'influence internationale (le soft power) ;
- Un développement dynamique de la recherche et des industries de santé, soutenu par une vision de long terme et une intégration rapide des innovations.



6. QUEL CALENDRIER POLITIQUE ?

DEUXIÈME TRIMESTRE 2025

- Décision politique prise par le chef de l'État et le Premier Ministre de lancer la réforme.
- Élaboration de la trame juridique de la refondation, avec une identification des mesures relevant du domaine législatif et réglementaire.

SEPTEMBRE - DÉCEMBRE 2025

- Présentation dans les médias et au Parlement du contenu de la refondation.
- Publication des décrets en rapport avec la réforme structurelle.
- Conception de la section santé du PLFSS 2026 en prévision de la refondation, notamment sur la future loi de programmation et d'orientation sanitaire à 5 ans.

PREMIER TRIMESTRE 2026

- Adoption d'une loi sur la refondation du système de santé.

ANNÉE 2026

- Mise en œuvre des composants essentiels de la refondation.



7. CONCLUSION

Inscription de la réforme dans la continuité historique :

*La réforme s'ancre dans l'histoire de la protection sociale française,
en écrivant une nouvelle page pour la santé.*

Renforcement des fondamentaux du modèle français :

*Elle consolide les piliers du système de santé français, notamment son universalité, sa solidarité, la
liberté et la responsabilisation des acteurs, ainsi que l'égalité des chances pour tous les citoyens.*

Transformation structurelle :

*Elle propose une transformation globale et structurelle qui permettra à chaque profession de
s'adapter aux enjeux émergents.*

Réponse aux défis contemporains :

*La réforme est conçue pour relever efficacement,
rapidement et durablement les défis de la triple transition.*

Contexte favorable :

*Son équilibre et son caractère consensuel rendent sa mise en œuvre réaliste
dans le contexte politique actuel.*

SITE INTERNET DE L'INSTITUT SANTÉ

<https://www.institut-sante.org/>