

RÉFÉRENDUM SUR LA REFONDATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Institut Santé — Mai 2026



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

Le programme complet de refondation de l'Institut Santé

À l'attention des professionnels de santé, universitaires, citoyens experts et décideurs politiques

Ce document expert présente l'intégralité du programme de refondation du système de santé français conçu par l'Institut Santé depuis 2018. Il est destiné à un public éclairé - professionnels de santé, universitaires, décideurs politiques et administratifs - souhaitant appréhender en profondeur les fondements analytiques, les outils opérationnels et le processus politique de cette réforme systémique.

Ce document accompagne la question référendaire soumise au vote citoyen du 29 mai au 31 août 2026. Il constitue le prolongement naturel du document de présentation des six réformes.

Auteur	Institut Santé
Date	Mai 2026
Référendum	4 juin 2026
Site	www.institut-sante.org

Sommaire

1. La Promesse de la Réforme	3
2. L'Institut Santé	4
Trois étapes dans le travail de l'Institut	4
3. Le Diagnostic : La Triple Transition Impose la Réforme	5
La nature systémique de la crise	5
Cette crise menace la viabilité de la Sécurité sociale	5
4. Les Trois Piliers du Nouveau Modèle : La Vision	6
5. Les 3 Axes de la Déclinaison de la Réforme : Les Outils	7
5.1 La réforme de l'organisation des acteurs	7
LE SERVICE PUBLIC DÉPARTEMENTAL DE SANTÉ	7
LE CONTRAT THÉRAPEUTIQUE POUR LES PATIENTS EN ALD	7
LA RÉFORME STRUCTURELLE DE LA RÉGULATION DU MÉDICAMENT	8
5.2 La réforme de la gouvernance	8
UNE VISION DE LONG TERME : LA LOI DE PROGRAMMATION SANITAIRE À 5 ANS	8
UN ÉTAT STRATÈGE	8
LE PARLEMENT DÉPARTEMENTAL DE SANTÉ	8
L'ASSUREUR PUBLIC : FINANCEUR SOLIDAIRE ET PILOTE DE L'OPÉRATIONNEL	9
5.3 Le nouveau modèle de financement : efficacité et solidarité	10
L'ASSUREUR PUBLIC : RECENTRAGE SUR L'ESSENTIEL	10
LES ASSUREURS PRIVÉS : RECENTRÉS SUR LES SOINS NON REMBOURSÉS	10
LE COMPTE PERSONNEL DE PRÉVENTION	11
6. Les Bénéfices de la Réforme	12
7. Le Processus Politique de la Réforme	13
8. Conclusion	14

1. La Promesse de la Réforme

Refonder notre système de santé, ce n'est pas corriger à la marge. C'est faire entrer pleinement la France dans le XXI^e siècle sanitaire.

La promesse est claire : garantir à chaque Français une espérance de vie en bonne santé et un accès à des soins de qualité parmi les meilleurs au monde, quels que soient son lieu de vie et son niveau social.

Face au vieillissement de la population, à l'explosion des maladies chroniques et à la révolution technologique, nous pouvons choisir de subir... ou d'agir. Rénover un système de santé universel et solidaire à la française revient à relever le triple défi démographique, épidémiologique et technologique du XXI^e siècle.

Ce nouveau système doit être :

- ▶ Performant aussi bien sur le maintien en bonne santé de la population que sur les soins individuels ;
- ▶ Orienté vers l'excellence permanente par une culture d'amélioration continue : organisation centrée sur le patient, valorisation de la qualité plutôt que le volume, retour d'expérience, investissement dans les professionnels, priorisation de l'innovation organisationnelle et technologique, renforcement de la citoyenneté sanitaire, pilotage par les données et la science ;
- ▶ Fondé sur des industries de santé parmi les plus performantes au monde, incitées à rechercher, développer et produire en France et en Europe pour garantir notre souveraineté sanitaire.

C'est possible, et sur le court terme !

2. L'Institut Santé

Créé en 2018 par le Professeur Frédéric Bizard, l'Institut Santé est un centre de recherche appliquée dédié à la rénovation des systèmes de protection sociale en France, dont le système de santé. C'est une démarche citoyenne, indépendante, interdisciplinaire et transpartisane, destinée à créer les conditions de la réussite de cette rénovation.

La méthodologie associe utilisation exhaustive des données scientifiques (approche déductive) et expériences opérationnelles des professionnels (approche inductive). Chaque travail fait l'objet de conférences de consensus réunissant les différentes sensibilités et parties prenantes (intelligence collective).

Trois étapes dans le travail de l'Institut

2018 — 2020	Phase 1 — Construction des fondamentaux Production interne d'une première plateforme de refondation à travers six groupes de travail. <i>Publication : « Et alors la réforme globale de la santé, c'est pour quand ? » (Grand Prix BFM Business du Livre de l'Éco 2020)</i>
2020 — 2022	Phase 2 — Conférences de consensus et validation Partage et amélioration du contenu avec les principales parties prenantes : professionnels de santé, chercheurs, industriels, élus (maires, conseils départementaux, régionaux, préfets). <i>Publication : « L'autonomie solidaire en santé » — le livre expert de la refondation.</i>
2022 — ...	Phase 3 — Promotion, pédagogie et mise en œuvre (en cours) Phase d'appropriation par le plus grand nombre et de mise en place politique. Conceptualisation simple, projection dans la vie réelle des citoyens. <i>Publication : « Les itinérants de la santé. Quel futur pour notre système de santé ? » (2024) — le livre grand public de la refondation.</i>

3. Le Diagnostic : La Triple Transition Impose la Réforme

Notre système de santé, construit avant trois transitions majeures, n'a été pensé ni pour maximiser l'espérance de vie en bonne santé, ni pour gérer des parcours de patients chroniques, ni pour diffuser massivement les innovations technologiques. Il est naturellement en crise.

DÉMOGRAPHIQUE	ÉPIDÉMIOLOGIQUE	TECHNOLOGIQUE
<p>Vieillesse accélérée +60 ans : +133% de 2010 à 2050 +75 ans : +114% → <i>Maximiser l'espérance de vie en bonne santé</i></p>	<p>Chronicisation des pathologies 14 M patients ALD (19% pop.) 20% de la pop. → 80% de la hausse des dépenses → <i>Adapter le pilotage du risque long en santé</i></p>	<p>Révolution numérique et IA IA, biothérapies, nanotechnologies, robots Retard d'intégration des innovations → <i>Basculer vers le modèle Santé 4P</i></p>

La nature systémique de la crise

Notre pays n'a jamais eu autant de ressources humaines, financières et d'innovations technologiques à disposition pour la santé. Pourtant, jamais les Français n'ont autant douté de leur système de santé. Cette contradiction révèle une crise non pas de moyens, mais de modèle.

Le système actuel n'a réussi ni le virage préventif, ni le virage ambulatoire, ni le virage technologique. C'est un problème d'inadaptation structurelle d'un système à son environnement, qui s'est étendu aux services, à l'industrie et à la recherche.

Ce n'est pas une crise de moyens, c'est une crise de modèle. La seule voie de sortie de crise est donc de nature systémique — et c'est une bonne nouvelle : la refondation peut se faire à enveloppe constante, en réallouant les ressources existantes.

Cette crise menace la viabilité de la Sécurité sociale

<p>22 Md€ Déficit réel en 2025</p>	<p>>24 Md€ Déficit prévisionnel en 2028 (LFSS 2026)</p>	<p>75% Part de la branche santé dans ces déficits</p>
---	---	--

À ce rythme, la dette sociale augmentera d'environ 100 milliards d'euros tous les 4 à 5 ans — un niveau financièrement insoutenable qui pose la question de la viabilité de notre Sécurité sociale à moyen terme. Sans action rapide, les générations futures risquent de ne plus bénéficier d'une couverture sociale digne.

4. Les Trois Piliers du Nouveau Modèle : La Vision

La réforme proposée par l'Institut Santé vise un changement de paradigme fondamental, articulé autour de trois ruptures :

- ▶ Ne plus soigner seulement la maladie (réparation), mais investir massivement dans le maintien en bonne santé (prévention et capital humain en santé) ;
- ▶ Ne plus piloter les dépenses à partir de l'offre dans une logique de soins ponctuels, mais à partir des besoins des citoyens dans une logique de parcours ;
- ▶ Ne plus opposer public et privé, mais les responsabiliser ensemble dans une mission de service public partagée.

PILIER STRATÉGIQUE	PILIER ÉCONOMIQUE & SOCIAL	PILIER POLITIQUE
<p>Repenser la gestion du risque en santé</p> <p>Élargir la focale de la gestion du risque vers l'amont - de la personne malade à la personne bien portante. Investissement social dans le capital humain en santé. Passage de l'accès aux soins à la Santé Globale pour Tous.</p>	<p>Piloter les ressources à partir des besoins</p> <p>Territorialisation du pilotage opérationnel, décloisonnement des acteurs, responsabilité populationnelle partagée entre public et privé, budgets construits à partir de la demande. Stratégie nationale + gestion territoriale autonome.</p>	<p>Renforcer la citoyenneté sociale en santé</p> <p>Éducation à la santé dès le plus jeune âge, accès universel aux innovations, démocratie sociale et sanitaire forte, responsabilisation de tous les acteurs - assurés, professionnels, prescripteurs.</p>

5. Les 3 Axes de la Déclinaison de la Réforme : Les Outils

Les trois piliers de la vision se déclinent opérationnellement selon trois axes : la réforme de l'organisation des acteurs, la réforme de la gouvernance, et le nouveau modèle de financement.

5.1 La réforme de l'organisation des acteurs

LE SERVICE PUBLIC DÉPARTEMENTAL DE SANTÉ

La déclinaison opérationnelle du nouveau système se traduit par la création d'un service public départemental de santé, reposant sur quatre transformations majeures :

- ▶ Territoires de santé uniques et communs à tous les acteurs, organisés à l'échelle des 104 départements français — unité géographique connue de tous et déjà référence des politiques sociales (fusion de toutes les organisations territoriales actuelles dans ces territoires communs) ;
- ▶ Délégation de service public (accès pour tous, continuité, mutabilité) à l'ensemble des acteurs locaux, publics et privés, dans un esprit d'égalité des droits et des devoirs ;
- ▶ Liberté de choix pour chaque professionnel de son mode d'exercice (libéral, salarié, fonctionnaire) dans le cadre de la délégation de service public, et liberté de choix pour chaque citoyen de son soignant;
- ▶ Décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social, et coordination avec le service public départemental de l'autonomie des personnes âgées.

Application à l'hôpital : les professionnels de santé négocieront des contrats d'obligation de service quinquennaux, permettant un exercice à temps plein ou partagé dans le territoire. Une évolution des ordonnances Debré de 1958 permettra d'insérer l'hôpital dans le territoire tout en préservant ses missions d'excellence (enseignement, recherche, spécialités pointues).

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

Application à la ville : les professionnels libéraux pourront diversifier leur activité — un généraliste consacrant une journée par semaine à la gériatrie ou à un projet de recherche en santé publique. L'universitarisation de la médecine de ville sera accélérée. Le déploiement massif du numérique et de l'IA accompagnera cette restructuration.

LE CONTRAT THÉRAPEUTIQUE POUR LES PATIENTS EN ALD

Pour les 14 millions de patients souffrant d'affections de longue durée (ALD), qui représentent 66 % du stock et 80 % de la croissance des dépenses publiques, un nouveau dispositif sera créé :

- ▶ Un contrat signé au moment du diagnostic de l'ALD entre le patient, la CPAM et l'équipe soignante (représentée par un coordinateur) ;
- ▶ Obligatoire pour bénéficier du remboursement à 100%, il comprend le plan personnalisé de santé, les professionnels référents, les informations à connaître et les objectifs attendus ;
- ▶ Un assistant numérique compilera les données et utilisera l'IA pour permettre une évaluation annuelle en réunion de concertation pluriprofessionnelle ;
- ▶ Ce dispositif concrétise le virage ambulatoire en structurant le parcours des patients chroniques en ville, sauf si l'état du patient exige une coordination depuis l'hôpital.

LA RÉFORME STRUCTURELLE DE LA RÉGULATION DU MÉDICAMENT

Les objectifs sont de faire de l'innovation thérapeutique un pilier stratégique du progrès médical et de la réindustrialisation, de libérer le potentiel des génériques et biosimilaires, et de renforcer la souveraineté pharmaceutique française - avec un accès rapide au marché des innovations et une tarification dynamique adaptée au cycle de vie des produits.

5.2 La réforme de la gouvernance

UNE VISION DE LONG TERME : LA LOI DE PROGRAMMATION SANITAIRE À 5 ANS

Une politique de santé publique pertinente exige une vision pluriannuelle pour mesurer son impact. Une loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans — comprenant des objectifs de santé publique mesurables, une stratégie nationale et un plan de financement — sera votée au Parlement au début de chaque quinquennat. Ce cadre structurera les décisions de l'industrie pharmaceutique, de la recherche médicale et des services de santé.

UN ÉTAT STRATÈGE

L'organisation de l'État sanitaire sera repensée autour de deux pôles centraux : pilotage de la santé publique, et pilotage de l'évaluation des produits et services de santé. L'objectif est de construire des structures de réputation mondiale, comparables aux CDC et FDA américains et au NICE britannique.

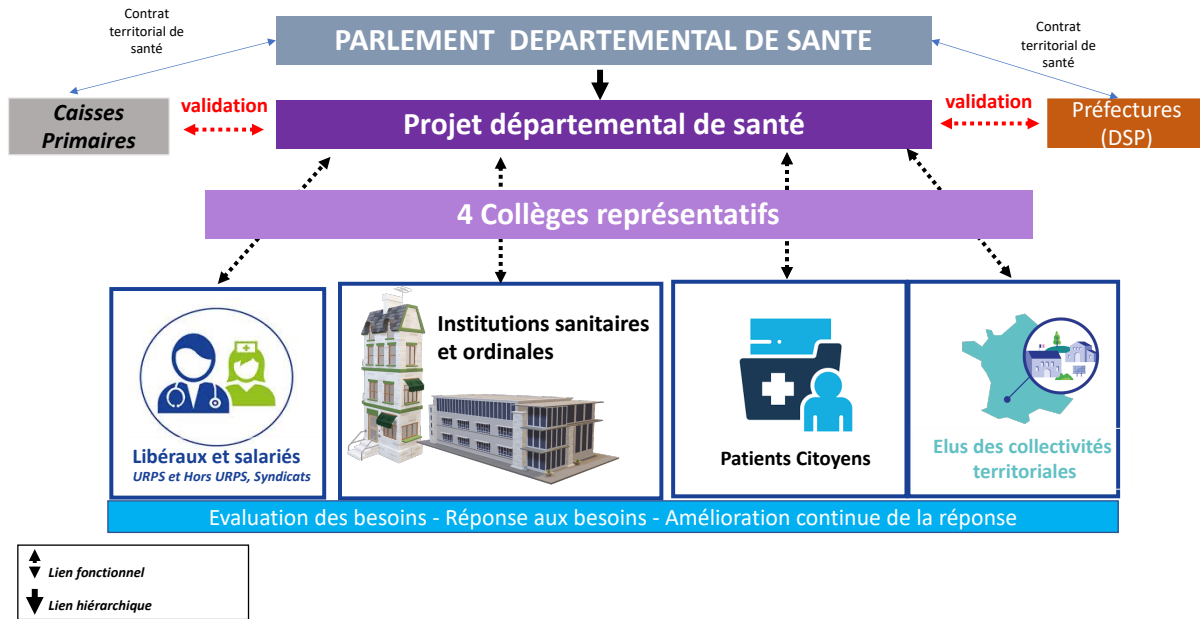
Les ressources aujourd'hui disséminées dans une vingtaine d'agences aux multiples superpositions de missions (Hcaam, Hcsp, SPF...) seront rationalisées. En région, les agences régionales de santé seront remplacées par des directions de santé publique intégrées dans les préfetures.

LE PARLEMENT DÉPARTEMENTAL DE SANTÉ

Dans chaque département, un Parlement de santé sera institué, réunissant quatre collègues représentatifs. Ce Parlement n'est pas une administration supplémentaire : c'est un lieu de dialogue, d'échanges et de résolution de problèmes, doté d'une forte autonomie d'actions et de

décisions, inscrit dans la stratégie nationale. Il s'appuie sur des dispositifs existants — diagnostic territorial, plan territorial et contrat territorial de santé — auxquels il confère une fonction concrète.

La délégation de service public à l'ensemble des professionnels, publics et privés, entraîne une égalité des droits et devoirs de tous les soignants financés par la Sécurité sociale, ainsi qu'une liberté réelle de choix du professionnel de santé pour le citoyen.



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

L'État délèguera à l'Assurance santé (nouvelle dénomination de l'Assurance maladie) le pilotage opérationnel de la stratégie nationale pour l'ensemble des acteurs de santé. L'État évalue — dissociant ainsi l'opérateur de l'évaluateur, comme en 1945.

Le Conseil de l'assureur public, dont la composition sera davantage représentative de la démocratie sanitaire et sociale, deviendra un Conseil d'Administration aux pouvoirs élargis — véritable contre-pouvoir à l'exécutif de la Cnam actuelle. Les caisses locales (CPAM) verront leur autonomie renforcée pour adapter les réponses aux besoins territoriaux.

5.3 Le nouveau modèle de financement : efficacité et solidarité

La troisième composante de la réforme systémique est l'évolution de l'architecture de financement. Les objectifs principaux sont :

- ▶ Faire de la présence de deux financeurs puissants (public et privé) une force — et non une source de lisibilité insuffisante et de coûts administratifs élevés ;
- ▶ Maximiser l'efficacité du système de financement pour financer les nouveaux besoins (prévention, innovation, capital humain en santé) ;
- ▶ Mettre en place un modèle économique vertueux et soutenable à partir de la bonne santé et de l'efficacité des soins ;
- ▶ Faire de la santé un levier de croissance économique et de réduction des inégalités sociales.

L'ASSUREUR PUBLIC : RECENTRAGE SUR L'ESSENTIEL

L'assureur public remboursera seul l'essentiel des dépenses de soins, sur un périmètre redéfini autour des produits et services essentiels de santé dont la pertinence est démontrée par les preuves scientifiques (HAS). Le décroisement des paniers de soins sera guidé par les principes fondamentaux de 1945.

Mesure clé	Modalités
Ticket modérateur non assurable	10-15% des tarifs Sécu. Toutes les exonérations existantes maintenues (ALD, grossesse, AT/MP, bas revenus). Suppression des franchises et participations forfaitaires actuelles.
Bouclier financier	Reste à charge financier plafonné à 2% du revenu net disponible de chaque citoyen.
Comité démocratique et scientifique	Comité d'experts et de citoyens chargé de la gestion dynamique du panier de produits et services remboursés par l'assureur public.
Tiers payant ciblé	Limité aux seules prestations remboursées à 100%.
Complémentaire publique	Sur le modèle Alsace-Moselle, pour autoriser une liberté d'honoraires régulée à certains professionnels (refonte des nomenclatures).

LES ASSUREURS PRIVÉS : RECENTRÉS SUR LES SOINS NON REMBOURSÉS

Les assureurs privés seront concentrés sur les soins non remboursés par la Sécurité sociale et l'investissement dans le capital humain en santé (prévention). L'affiliation sera uniquement individuelle, avec trois conditions pour corriger les imperfections du marché assurantiel :

- ▶ Interdiction de toute discrimination sur des critères médicaux ou socioéconomiques (mutualisation des risques) ;
- ▶ Affiliation individuelle obligatoire pour toute la population (éviter la sélection adverse) ;
- ▶ Subventionnement des bas revenus.

Un contrat standard étalon, voté au Parlement, définira les garanties socles, chaque opérateur conservant la liberté de commercialiser des options supplémentaires. Ce contrat pourrait inclure un volet pour le financement de la dépendance.

Réformer la régulation économique des budgets au sein de la CNAM

C'est une transformation radicale de la gestion des dépenses publiques de santé à réaliser, pour passer d'une logique budgétaire statique à une logique économique, d'optimisation dynamique des ressources.

Le nouveau système devrait impérativement :

1. Distinguer clairement les dépenses d'investissement dans le capital humain (prévention, suivi, éducation en santé), des dépenses de soins courants ;
2. Produire régulièrement des études médico-économiques pour évaluer le rapport coût/efficacité, et mesurer la rentabilité marginale de chaque euro investi ;
3. Orienter les financements vers les dépenses les plus rentables sur les plans sanitaire, économique et social.

Le budget de la santé sera construit à partir des besoins de santé de la population, en écho aux priorités établis dans la loi de programmation sanitaire à 5 ans.

LE COMPTE PERSONNEL DE PRÉVENTION

Sur le modèle du compte personnel de formation, un compte personnel de prévention en santé sera attribué à chaque citoyen. Pilotable depuis l'espace numérique santé personnalisé, ce forfait prévention annuel permettra l'accès à des biens et services reconnus scientifiquement et labellisés par la HAS. L'IA sera utilisée pour adapter l'offre aux besoins individuels.

Le financement sera multipartite : assurance santé publique, assureurs privés, entreprises, collectivités locales, État. La capacité d'économies nettes estimées par le CPP est de 6 à 8 milliards d'euros à maturité pour l'Assurance Maladie¹.

L'impact financier estimé de la réforme du financement : économies de l'ordre de 10 Md€ pour l'État²(coût des contrat collectifs) et 12 Md€ pour les entreprises³ (suppression des coûts des contrats collectifs), réduction d'au moins un tiers des 17 Md€ de dépenses administratives actuelles liées au financement⁴. Ces économies seront redistribuées vers : prévention, innovations, rémunération des soignants, équilibre budgétaire.

¹ Sources : Key figures – Référendum 2026

² Les complémentaires santé : Un système protecteur mais peu efficient – Cour des comptes – Juin 2021- p 68.

³ Rapport annuel 2025 de la Drees - Rapport annuel au gouvernement – Part collective des OCAM proche de 24 Mrds€ en 2024 dont plus de 50% financée par l'entreprise.

⁴ Les dépenses de santé en 2024 – Edition 2025 – Drees – p138 – Dépenses de gestion du système de santé – Les dépenses administratives en santé sont de 7 Mrds € pour l'assurance maladie ; 8,75 Mrds€ pour les OCAM et 1,2 Mrd € pour l'État.

6. Les Bénéfices de la Réforme

La réforme produit des bénéfices concrets et mesurables pour l'ensemble des acteurs du système de santé.

<p>Pour les citoyens</p>	<p>Meilleur état de santé quelle que soit la situation socio-économique. Capacité à agir favorablement sur sa santé tout en conservant la liberté de choix. Accès à un service public performant sur tout le territoire. Accès élargi aux innovations technologiques. Gouvernance locale, pilotée par les acteurs de terrain. Système lisible qui respecte l'humain et tient ses promesses.</p>
<p>Pour les professionnels de santé</p>	<p>Système centré sur les besoins de santé publique, redonnant du sens aux métiers soignants. Reconnaissance professionnelle et autonomie effective à l'échelle des territoires. Libre choix du mode d'exercice dans le cadre du service public. Accès aux innovations et excellence médicale. Rémunération à la hauteur de la valeur ajoutée.</p>
<p>Pour les industries de santé</p>	<p>Cap stratégique clair à 5 ans, apportant visibilité et stabilité pour investir. Régulation optimisée garantissant l'accès rapide au marché. Tarification dynamique adaptée au cycle de vie des produits. Accès universel aux innovations. Fortes incitations pour la R&D, la production et la distribution en France et en Europe.</p>
<p>Pour la collectivité</p>	<p>Gestion du risque santé caractérisée par l'égalité des chances et une forte efficience. Renforcement du pacte social par la réduction des inégalités. Maîtrise des dépenses publiques via un modèle économique vertueux. Externalités positives sur le développement économique, le bien-être social et le soft power. Développement dynamique de la recherche et des industries de santé.</p>

7. Le Processus Politique de la Réforme

La refondation systémique du système de santé ne peut s'imposer par décret ni par la seule volonté d'une majorité parlementaire passagère. Elle exige un assentiment populaire clair sur ses grands principes — une légitimité démocratique qui seule lui donnera la force et la durabilité nécessaires.

<p>ÉTAPE 1 Juin 2026</p>	<p>Référendum citoyen — A partir du 4 juin 2026</p> <p>Ce premier vote populaire n'est pas un aboutissement mais un point de départ. Il s'agit de construire, dans l'espace public, un rapport de force démocratique favorable à une réforme que les gouvernements successifs n'ont jamais osé engager.</p>
<p>ÉTAPE 2 2026–Avril 2027</p>	<p>Campagne présidentielle transformée</p> <p>Fort de l'assentiment populaire, et avec l'appui de l'association « Référendum Citoyen », une campagne de sensibilisation active sera menée auprès des candidats à la présidentielle de 2027 pour que les plus sérieux intègrent la refondation du système de santé au cœur de leur programme. 2026 et les premiers mois de 2027 sont décisifs.</p>
<p>ÉTAPE 3 Mai 2027</p>	<p>Validation officielle après la Présidentielle</p> <p>Une fois portée au pouvoir une Présidence de la République favorable à cette réforme, il restera à en obtenir la validation officielle par référendum — comme le prévoit la Constitution. C'est à cette condition que la réforme acquerra la légitimité pleine et entière qu'exige un changement de cette ampleur.</p>
<p>ÉTAPE 4 2027 — 100 jours</p>	<p>La règle des 100 jours et les ordonnances</p> <p>Les échecs des réformes des retraites de 2018 et de 2023 ont montré une vérité politique implacable : seule la fenêtre des 100 jours suivant une élection présidentielle permet de faire passer une réforme structurelle profonde. Le seul véhicule institutionnel adapté reste celui des ordonnances — qui avait permis les grandes réformes sociales fondatrices de 1945, 1958, 1967 et 1996.</p> <p>Ces ordonnances intégreront impérativement une réforme du financement des retraites et de la dépendance des personnes âgées — trois défis indissociables de notre modèle social.</p>

Quatre-vingts ans après sa création, la Sécurité sociale a de nouveau besoin d'un souffle fondateur. Elle a besoin que la parole soit redonnée au Peuple, et que des ordonnances courageuses, en 2027, tracent le chemin d'une protection sociale refondée, juste et durable pour les générations à venir.

8. Conclusion

Inscription dans la continuité historique

La réforme s'ancre dans l'histoire de la protection sociale française, en conservant les fondamentaux de 1945 — universalité, solidarité, liberté, égalité des chances, responsabilité — tout en écrivant une nouvelle page pour la santé du XXI^e siècle.

Renforcement des piliers du modèle français

Elle consolide l'universalité, la solidarité, la liberté et la responsabilisation des acteurs, ainsi que l'égalité des chances pour tous les citoyens, quels que soient leur lieu de vie et leur niveau social.

Transformation structurelle

Elle propose une transformation globale qui permettra à chaque profession, chaque territoire et chaque acteur de s'adapter aux enjeux émergents — démographiques, épidémiologiques et technologiques.

Réponse rapide aux défis contemporains

Conçue pour être mise en œuvre rapidement, à enveloppe financière constante dans un premier temps, grâce aux gains massifs d'efficacité qu'elle génère dès la restructuration du système.

Contexte favorable

Son équilibre, son caractère transpartisan et consensuel, et la demande citoyenne croissante en faveur d'une réforme systémique rendent sa mise en œuvre réaliste dans le contexte politique post-2027.

Pour aller plus loin

SITE INTERNET DE L'INSTITUT SANTÉ

www.institut-sante.org