

Nous réconcilier avec notre système de santé

Partir des soins primaires pour repenser le système du sol au plafond

NOTE DE LA FABRIQUE — SEPTEMBRE 2026

La Fabrique de Nos Réconciliations est une initiative civique qui vise à réconcilier les citoyens avec une vision active de la politique : les rendre acteurs plutôt qu'assujettis, dans un espace libéré des enjeux partisans, où chacun peut contribuer à l'élaboration de principes, d'idées et de projets sur l'organisation de notre vie collective.

Initiée par 250 personnes venues de tout le territoire et d'horizons variés (associations, entreprises, secteur public, etc.), **la Fabrique s'ouvre plus largement aux citoyens à l'automne 2026**, partage ses premières propositions afin de les mettre au travail publiquement, et animera plusieurs formats d'échange en ligne ou lors de délibérations locales, pour les bonifier.

Cette note fait partie des premières propositions de la Fabrique, fruit d'une année de réflexion et de discussions collectives au sein de la Fabrique de Nos Réconciliations. Sa rédaction a été coordonnée par François Crémieux et Martin Hirsch, avec Muriel Eliazewicz, Catherine Salinier, François-René Pruvot, Etienne Grass, et Pierre-Yves Géoffard, et l'équipe de coordination de la Fabrique de Nos Réconciliations.

Vous pouvez participer à la discussion en nous contactant.

[Contribuer à la réflexion](#)

Sommaire

Première partie : la santé victime de ses rigidités	4
Les contraintes financières	5
La poursuite des tendances actuelles conduit à des scénarios défavorables	7
L'esquisse d'un cadre nouveau	8
La logique de réconciliations	10
Deuxième partie : un nouveau cadre pour le système de santé	12
1. Une seule assurance maladie : la fusion entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, des effets positifs majeurs	12
2. Le bouclier sanitaire : de la logique et de l'équité dans ce qui reste à la charge du patient	13
3. Le service public des soins primaires et de la prévention	14
4. De nouveaux modes de rémunération : la capitation plutôt que le paiement à l'acte pour les soins primaires	17
5. La décentralisation de la santé	18
6. L'intelligence artificielle en santé : en faire un enjeu prioritaire des pouvoirs publics	20
7. Des hôpitaux moins contraints	22
Conclusion	24

Première partie : la santé victime de ses rigidités

Notre système de santé est en danger. Notre modèle, celui auquel nous sommes attachés, repose sur un principe simple. Nous mettons la santé au niveau des priorités les plus hautes de telle sorte que nous estimons que l'accès aux soins de tous est au nombre des garanties les plus fondamentales de notre société. Cela se traduit par une formule, qui ressemble à un slogan, mais que l'on tend, depuis l'après-guerre, à transformer en réalité : **« chacun contribue selon ses moyens et est protégé selon ses besoins ».**

La conséquence de ce principe est qu'il n'y a pas de médecins pour les riches et de médecins pour les pauvres, des hôpitaux pour les riches et des hôpitaux pour les pauvres. Dans un grand hôpital public universitaire où exercent les médecins les plus renommés, on trouve aussi bien des patients fortunés que des patients déshérités, qui seront traités de la même manière. Et, alors que des médicaments peuvent atteindre des prix pharaoniques - à l'heure actuelle, il existe quelques traitements qui coûtent, pour un seul malade, plus de deux millions d'euros, ce qui est exceptionnel, mais il y a un nombre plus important de traitements, comme les « Car T cells » qui coûtent quelques centaines de milliers d'euros, des traitements encore moins rares qui coûtent des dizaines de milliers d'euros et fréquemment des traitements qui coûtent plusieurs milliers d'euros — l'accès à ces traitements est parfaitement indépendant du montant des ressources des patients. Et pour ces traitements onéreux, le plus souvent délivrés à l'hôpital, il ne viendrait pas à l'idée d'un médecin, ni même de la structure hospitalière, de les attribuer sur d'autres critères que des critères purement médicaux.

« Chacun contribue selon ses moyens et est protégé selon ses besoins. »

C'est un principe d'une très grande valeur, d'une grande force. Mais c'est un principe menacé et déjà remis en cause dans de nombreuses situations.

Tout d'abord, malgré ce principe et malgré une couverture très élevée des dépenses de santé par la solidarité, les inégalités sociales de santé sont très fortes.

Les écarts entre catégories sociales sont particulièrement importants en France. L'espérance de vie varie de plusieurs années selon les catégories sociales. L'écart d'espérance de vie entre une personne diplômée de l'enseignement supérieur et non diplômée est de 8 ans ! De nombreuses pathologies touchent de manière très inégale les différentes catégories de la population. Ces écarts d'espérance de vie sont avant tout liés aux modes de vie et à l'exposition différente aux facteurs de risque : alimentation, tabac, alcool, mais aussi, même si cela est encore peu documenté, aux facteurs environnementaux et aux « conditions de vie », c'est-à-dire notamment le logement et le travail.

À ces inégalités de conditions de vie et de modes de vie, s'ajoutent des inégalités dans l'accès aux soins.

Il s'agit en premier lieu de barrières financières. Même si la part qui reste à la charge des malades est faible en proportion du total des dépenses de santé, elle peut représenter des sommes importantes pour des ménages modestes et ces charges, on le verra, ne sont pas équitablement réparties. Des participations, même faibles, qui sont à la charge des malades peuvent être des freins pour une partie de la population. Des dépassements d'honoraires — y compris dans l'hôpital public ! — ne peuvent être supportés par une partie des assurés, notamment ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire, ce qui peut soit les priver de l'accès aux soins soit le retarder.

En second lieu, le recours aux soins, même lorsqu'il n'y a pas théoriquement et pratiquement de barrières financières, peut dépendre de facteurs sociaux et culturels qui ne s'estompent pas spontanément. Ce fut le cas, par exemple, quand la vaccination était totalement gratuite pour le Covid, et que les catégories favorisées étaient plus nombreuses et plus rapides à y avoir recours, même lorsqu'il existait des centres de vaccination à proximité des populations les plus défavorisées.

À cela s'ajoute un problème qui s'est accentué ces dernières années : un problème « physique » d'accès aux soins. Physique, par opposition à financier. C'est, par le manque de professionnels ou leur mauvaise répartition, la difficulté de trouver un médecin traitant, ou dans des délais satisfaisants la possibilité de consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou un pédiatre. Des villages ou des petites villes où il n'y a plus de professionnels de santé. Des villes, où les délais de rendez-vous sont longs, et parfois très longs quand on veut consulter en « secteur 1 », c'est-à-dire sans dépassements d'honoraires. Et cette difficulté concerne aussi la possibilité de trouver un kinésithérapeute pour sa rééducation ou des infirmiers pour les soins à la sortie d'hôpital.

Ces difficultés ne sont plus marginales. Il ne s'agit pas de problèmes localisés, ou concernant une catégorie particulière de la population, ou une seule spécialité. Elles ont pris une importance réelle qui fait que l'accès aux soins est devenu une préoccupation, parmi les premières dans les enquêtes d'opinion.

Tout ceci n'est pas propre à la France. Il est d'ailleurs assez frappant de constater que de nombreux pays connaissent, à la même période, des problèmes similaires. Beaucoup de pays ont vu, cependant, ces dernières décennies, les performances de leur système de santé s'améliorer. On peut se réjouir que beaucoup de pays aient désormais des performances comparables aux nôtres, mais il reste la nostalgie de l'époque où l'on s'enorgueillissait d'avoir le « meilleur système de santé au monde ».

Ce qui caractérise la situation française pourrait, si on se plaçait sur un terrain psychologique, se traduire par une période de « désenchantement », un retour à une rude réalité. Les professionnels de santé ne sont pas épanouis, que ce soit à l'hôpital ou en ville, alors même que, phénomène souvent insuffisamment souligné, les études d'infirmières et les études de médecine sont les plus demandées par les lycéens sur la plateforme Parcoursup ! La population a moins confiance dans son système de santé et marque plus d'inquiétude sur sa pérennité. Et nous connaissons dans le même temps, une dégradation de la situation financière de l'assurance maladie, avec des déficits récurrents, et des performances qui, sans que cela soit spectaculaire, se détériorent.

Cela ne veut pas dire qu'il ne fait pas bon être soigné en France, bien au contraire. Ni que des prouesses n'y sont pas réalisées chaque jour, pas seulement des prouesses technologiques, mais la possibilité d'offrir d'excellentes prises en charge à une très grande partie de la population. Mais sans pouvoir garantir que toute la population aura la prise en charge dont elle a besoin, sans que les professionnels aient l'impression d'obtenir la reconnaissance de leurs efforts de la part de la Nation et des pouvoirs publics.

Dans le même temps, la France a reculé dans sa capacité d'innovation. Elle reste un pays qui tient un rang élevé dans le niveau de ses publications médicales (7e rang), mais un peu moins élevé qu'avant (elle représente 3,4 % des publications mondiales). Son industrie pharmaceutique est faible et la plupart des innovations récentes ont été réalisées à l'étranger. Cela a été la douloureuse histoire du vaccin Covid qui est symptomatique de ce qu'on retrouve sur les principaux médicaments contre le cancer et d'autres catégories importantes de médicaments. Elle a pratiquement perdu pied, depuis plusieurs décennies, dans l'industrie de l'équipement médical. Et elle n'est pas particulièrement bien placée dans les nouvelles technologies et notamment celles de l'intelligence artificielle, dont tout le monde s'accorde à considérer qu'elle va avoir un impact considérable sur nos systèmes de soins.

Les contraintes financières

Aujourd'hui, la France consacre 11,5 % de sa richesse nationale à la santé (à comparer avec 14 % pour les retraites). Cela la situe dans le premier tiers des pays européens, mais cela ne la singularise pas de pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas et quelques autres. Cela représente deux points de plus qu'il y a dix ans. **L'assurance maladie** couvre environ **80 % des dépenses de santé** (79,4 % en 2024), **les complémentaires** couvrent **12,8 %** des dépenses et **les ménages** supportent **7,8 %** des dépenses de santé. Là encore,

ce n'est pas un taux de couverture exceptionnel, mais cela la situe parmi les pays qui « socialisent » le plus les dépenses de santé.

Ces dépenses de santé sont constituées de 121 milliards de soins hospitaliers, de 78 milliards de soins ambulatoires, de 35 milliards de médicaments et de 22 milliards de dispositifs médicaux, soit un total de 255 milliards ou 3723 euros par habitant¹.

Le système d'assurance maladie est déficitaire. Son déficit est compris entre 15 et 20 milliards par an. Sur les vingt dernières années, l'assurance maladie a été en déficit une quinzaine d'années. Elle est revenue à l'équilibre en 2015, pendant 3 ans.

Le déficit de l'assurance maladie fait partie des déficits économiquement et socialement « anormaux », sauf en période de crise conjoncturelle (comme lors d'une pandémie, ou d'une année de crise économique). Le déficit d'une année devient une dette sociale et cela signifie qu'une part des dépenses de santé d'une année est supportée par la génération suivante. C'est par définition insoutenable et injuste.

Il est difficile de prédire, à système inchangé, le rythme d'évolution spontanée des dépenses de santé. Mais, par l'effet du vieillissement et du progrès technique, il est plus rapide que celui des recettes : Les experts estiment qu'à eux seuls, ces deux facteurs peuvent expliquer un demi-point de PIB de dépenses supplémentaires par an.

Pour maintenir l'équilibre compte tenu de ces deux facteurs structurels, il faut soit augmenter les cotisations pour suivre les dépenses, soit demander aux acteurs des gains de productivité. Ces dernières années, c'est l'hôpital qui a accompli les principaux gains de productivité, effort qui est en partie responsable du malaise hospitalier depuis la fin des années 2010².

Est-il possible d'échapper à cette tendance à l'augmentation des dépenses en diminuant le besoin de recourir au système de soins ? Autrement dit, la prévention est-elle susceptible de limiter la hausse des dépenses de santé ?

En théorie, la réponse est oui. Une excellente politique de prévention peut diminuer l'incidence de certaines maladies, dont la prise en charge est particulièrement coûteuse, parmi lesquelles : les cancers (dont certains peuvent être évités par des comportements de prévention), le diabète, les maladies cardiovasculaires et une partie des maladies mentales (dont l'augmentation a été sensible sur une période récente).

En réalité, la réponse est plus complexe. À supposer qu'une politique de prévention soit particulièrement efficace, il ne faut pas que le comportement des acteurs s'adapte pour maintenir le même niveau de dépenses. Si par exemple, l'industrie pharmaceutique met sur le marché des produits plus coûteux, ou si les médecins augmentent leurs tarifs ou multiplient les actes, ils pourront maintenir leur revenu, même si les besoins de santé sont modérés par le succès de la prévention. Surtout, le vieillissement de la population est un facteur structurel d'augmentation des dépenses, quasiment sans limites !

En d'autres termes, le système actuel de rémunération des acteurs ne garantit pas à l'assurance maladie de bénéficier des gains financiers d'une prévention efficace. Et bien évidemment, les gains éventuels de la prévention sont à mettre en face d'autres évolutions, notamment le coût du progrès technique.

Les enjeux de la prévention concernent moins les économies attendues que ses bienfaits sur l'état de la population. La prévention dépend en grande partie de facteurs qui ne relèvent pas directement du sys-

1. « Les dépenses de santé en 2024 — Résultats des comptes de la santé. Édition 2025 », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES), 30 septembre 2025

2. « Entre fin 2009 et fin 2018, les effectifs hospitaliers ont augmenté de 3,4 %, (2,4 % pour le personnel non médical et 12,6 % pour le personnel médical). Sur la même période, la production de soins en volume a progressé de 18,7 %. L'écart entre ces chiffres permet d'apprécier la forte progression, notamment pour ce qui concerne le personnel non médical, de la productivité du travail depuis le début de la décennie. Pour soigner, produire une unité de soins, on mobilise moins de personnels. », Pierre-Louis Bras, *Comment le Covid transforme les débats sur les dépenses de santé*, Terra Nova, 24 mars 2021.

tème de santé : l'alimentation, le tabac, l'alcool, l'environnement. Mais, la première défaite de la prévention serait de considérer que les acteurs du système de santé ne peuvent influencer sur les modes et les conditions de vie. Et il y a une grande part de prévention « médicale », comme les politiques de vaccination et de dépistage, de prise en compte des facteurs de risques, de surveillance et parfois de prévention médicamenteuse.

L'autre source d'économies est la réduction des soins « non pertinents », c'est-à-dire ceux qui ne sont pas médicalement justifiés. Il est incontestable qu'ils représentent une part non négligeable des dépenses de santé. On le voit quand il existe des écarts importants entre régions ou entre établissements dans le recours à certains soins chirurgicaux. On le voit quand on constate un lien entre la prescription de médicaments et les visites médicales des laboratoires auprès des praticiens. On peut faire entrer dans cette catégorie également une part des arrêts maladie. Leur part précise est difficile à estimer. Mais les experts considèrent qu'elle est supérieure à 10 % des dépenses de santé, ce qui représente le même ordre de grandeur que le déficit. Mais ces dépenses ne sont pas faciles à traquer. Elles ne peuvent l'être que par un contrôle individuel, qui serait insupportable et terriblement lourd à mettre en œuvre, ou par une participation active des professionnels, reconnaissant l'existence de ce problème et prenant en charge une partie de cette discipline.

La participation des assurés prend aujourd'hui la forme de tickets modérateurs, de franchises et de dépassements d'honoraires. La couverture des soins médicaux pose plusieurs problèmes :

- **Les « restes à charge » sont très variables** selon la situation et peuvent atteindre des sommes importantes (plusieurs milliers d'euros) pour une part de la population qui a beaucoup recours au soin ;
- **Le calcul du reste à charge est d'une grande complexité** (tickets modérateurs, franchises, etc.) et ne répond pas à une logique de « modération », avec par exemple certains restes à charge hospitaliers importants.
- **Le coût de la complémentaire est fonction du risque et non pas du revenu**, ce qui est en contradiction avec les principes fondamentaux de la sécurité sociale ; Les primes des complémentaires sont liées à l'âge : elles sont en moyenne de 830 euros par an pour les 25-45 ans et 1475 euros pour les plus de 75 ans (source HCAAM janvier 2021).
- **Si les pouvoirs publics peuvent décider d'une part des restes à charge** (montant du taux de remboursement, montant des franchises), ils ont une **plus faible prise sur les dépassements d'honoraires** (qui représentent 10 % des restes à charge pour les patients).
- **La répartition entre couverture maladie obligatoire et complémentaire ne répond pas à une logique économique**, notamment avec la dynamique des affections de longue durée, qui conduit à un transfert de charge des complémentaires vers l'assurance maladie obligatoire.
- **Le double système conduit au doublement des frais de gestion**, avec des coûts de gestion (au sens large) élevés pour les complémentaires répercutés sur les assurés (de l'ordre de 6 milliards d'euros).

La poursuite des tendances actuelles conduit à des scénarios défavorables

Le risque pour les prochaines années est que, faute de pouvoir maîtriser les dépenses de santé et les déficits, la seule solution soit de réduire la part prise en charge par l'assurance maladie. C'est ce qui commence à se produire de plusieurs manières. D'une part par des décisions d'augmentation de la part qui reste à la charge des patients : ce sont les franchises. Ensuite, par des mesures destinées à infléchir le nombre de patients qui bénéficient d'une prise en charge à 100 %, c'est-à-dire les patients ayant la reconnaissance d'une « affection de longue durée ». Enfin, par la croissance non limitée des dépassements d'honoraires qui s'élèvent désormais à plus de 4 milliards d'euros (4,3 milliards en 2024, +5 % par an depuis 2019). Plus de la moitié des spécialistes exerce en secteur 2 et les trois quarts des jeunes spé-

cialistes choisissent le secteur 2. Pour certaines spécialités, les dépassements représentent un tiers du revenu du médecin. 40 % des dépassements sont pris en charge par les complémentaires³.

Chacune de ces mesures prise isolément peut sembler indolore, voire justifiée. Mais l'ensemble a un impact non négligeable. Une partie des dépenses non remboursées par l'assurance maladie est prise en charge par les assurances complémentaires, ce qui a comme conséquence de renchérir leur coût et de transférer la prise en charge vers un mécanisme non plus solidaire, mais assurantiel, avec des primes qui dépendent du risque et particulièrement de l'âge. Et si les salariés peuvent bénéficier d'une part prise en charge par l'employeur et de contrats collectifs négociés par celui-ci, ce n'est pas le cas du reste de la population, notamment les retraités, les jeunes et les travailleurs indépendants.

Cela peut aboutir en quelques années à une « assurance maladie à deux vitesses », avec des conditions de couverture très différentes pour les différentes catégories de la population.

Or, aujourd'hui même, on constate des difficultés d'accès aux soins, qui sont documentées par les études et qui proviennent soit de barrières financières, soit de la difficulté à trouver un professionnel de santé (barrières physiques).

Au-delà de ces difficultés sur les patients, cette évolution aura des conséquences importantes sur l'hôpital public. En effet, plus l'accès à la médecine de ville est difficile, plus le report se fait sur l'hôpital qui, tant qu'il pourra, sera accessible sans conditions, accentuant la crise hospitalière et transformant l'hôpital en premier recours pour les personnes avec une couverture santé insuffisante, avec une difficulté face aux cliniques qui pourront se substituer à l'hôpital pour des patients bien assurés.

C'est tout l'enjeu de remettre dans le bon sens le système de santé.

C'est ce qui nous conduit à considérer comme clé de rétablir un système de soins primaires solide, accessible, capable de répondre à l'ensemble des besoins.

Nous partons donc d'une première conviction : le talon d'Achille, ce sont les soins primaires. Leur faiblesse est un facteur de vulnérabilité pour l'hôpital. Leur désorganisation est l'une des causes de la difficulté de maîtriser les dépenses d'assurance maladie et, en même temps, de rendre difficile l'accès aux soins. À l'inverse, les soins primaires étant le fondement du système de santé, une organisation performante des soins primaires peut avoir des répercussions favorables sur l'ensemble du système dans toutes ses dimensions : la prévention, la qualité, la réponse aux besoins, l'efficience.

L'esquisse d'un cadre nouveau

Par la présente note, nous ne prétendons pas résoudre, comme par miracle, l'ensemble des défis auxquels notre système de santé est confronté. **Il n'existe d'ailleurs probablement pas de « système idéal » et le système de santé sera toujours soumis à de fortes tensions.** L'impact du vieillissement, le coût de l'innovation, les difficultés d'exercice des professionnels représenteront dans les années à venir des défis considérables et difficiles à surmonter. Chaque discipline médicale est confrontée à ses propres enjeux, particulièrement complexes. Il serait absurde de prétendre traiter les enjeux de la santé mentale, de la pédiatrie, de la cancérologie, pour ne prendre que trois domaines, ou d'appréhender les champs immenses de la santé publique, qui vont de la santé au travail à la santé des plus précaires, en passant par la santé scolaire, la nutrition, la santé environnementale, la prévention des maladies infectieuses, les maladies cardiovasculaires, le diabète.

En outre, un système de santé se construit avec de nombreux acteurs et repose sur un équilibre entre des intérêts divergents, des points de vue complémentaires, des arbitrages complexes.

3. « Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux. », Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), 2 octobre 2025

Ce que nous proposons, c'est simplement de concevoir un cadre différent dans lequel nous pensons que les problèmes auxquels nous sommes confrontés trouveront plus facilement des solutions que dans le système actuel.

Nous ne proposons pas de définir un nouveau système de santé, clé en mains, mais uniquement un nouveau référentiel **qui permette de se débarrasser de ce qu'on pourrait appeler les « malfaçons » de notre système de santé**. Et nous considérons que ces malfaçons empêchent de pouvoir faire face aux défis, de résoudre les problèmes.

C'est donc à l'architecture de notre système de santé que nous nous attaquons. Cela peut paraître abstrait et conceptuel. Car notre architecture est si complexe qu'elle est difficile à décrypter.

Cette complexité induit la perplexité : pourquoi ces défauts sont-ils si bien décrits, et si mal vécus, et jamais résolus ? Les sujets sont tellement intriqués les uns aux autres, qu'il est difficile de savoir par où commencer. Il existe à la fois une soif et une peur du changement. On pourrait dire qu'il y a une forme puissante de conservatisme, qui a deux composantes.

Une part de conservatisme liée à l'attachement légitime aux valeurs originelles qui fondent la sécurité sociale et l'assurance maladie, cette part essentielle du « patrimoine national », comme si ses défauts étaient le prix à payer pour ne pas rompre avec l'idéal de départ, issu du Conseil national de la résistance. Mais aussi une part de conservatisme qui relève des forts corporatismes qui structurent le monde de la santé, la culture individualiste encouragée dans la formation et une méfiance exacerbée à l'égard des pouvoirs publics de la part des professionnels de santé, prompts à dénoncer, de manière manichéenne, l'opposition entre les soignants dévoués et la technostructure gestionnaire maltraitante, alors que réciproquement, et sans plus de nuances, les pouvoirs publics fustigent l'irresponsabilité des acteurs de la santé !

Ce que nous appelons des « malfaçons », comme on peut évoquer des malfaçons dans un ouvrage d'art — un pont, un monument, une maison — ne sont pas forcément visibles au premier coup d'œil. Elles ne produisent pas toujours des effets immédiats. Mais lorsque l'ouvrage est soumis à de très fortes tensions, ces vices longtemps cachés peuvent provoquer l'écroulement.

Pour le système de santé, ces malfaçons trouvent leur origine dans l'histoire. Notre système de santé, comme notre assurance maladie et comme l'ensemble de notre sécurité sociale ne s'est pas construit, au lendemain de la seconde guerre mondiale, à partir d'une feuille vierge. Il a fallu composer avec ce qui existait auparavant, mais aussi avec les réticences d'un grand nombre d'acteurs. Au moment de la création de l'assurance maladie, les représentants du corps médical étaient, paradoxalement, hostiles à ce qu'ils percevaient comme une menace pour leur liberté d'exercice. Il a fallu également maintenir une place pour les mutuelles, qui, à juste titre, considéraient avoir joué un rôle majeur avant que l'État ne se préoccupe de bâtir une assurance pour l'ensemble de la population. Ainsi, l'architecture du système de santé est le fruit de multiples compromis sur de nombreuses décennies, qui en font un édifice bancal.

Si on file la métaphore jusqu'au bout et qu'on compare notre système de santé à un immeuble, on peut alors le décrire ainsi. Les étages ont été ajoutés, sans le rez-de-chaussée : c'est l'absence d'un service public des soins primaires, dont l'organisation aurait dû précéder l'étage du service public hospitalier. L'immeuble est desservi par deux circuits électriques, comme si deux électriciens avaient travaillé indépendamment l'un de l'autre : ce sont les deux systèmes d'assurance avec l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire qui concourent au remboursement des mêmes prestations ! Dans cet immeuble, les loyers pratiqués pour les différents occupants varient de manière erratique, indépendamment du logement occupé. Ce sont les participations financières qui sont demandées aux assurés. Et cet immeuble repose sur un plan unique qui ne tient pas compte des caractéristiques du terrain sur lequel il est bâti, comme si on utilisait le même plan pour une habitation en ville, à la campagne, indépen-

damment de la nature du sol. Dans de telles conditions, on voit bien qu'au fur et à mesure que l'immeuble vit, le risque qu'il s'effondre grandit.

Notons également ce paradoxe. Le système de santé donne l'impression de faire l'objet de réformes incessantes. Il y a eu de nombreuses lois, sur l'organisation de la santé et de l'assurance maladie et chaque année, depuis 30 ans, la loi de financement de la sécurité sociale contient des mesures qui modifient l'organisation. Les acteurs ont l'impression de subir ces différentes réformes.

Mais pour autant, il n'a jamais été remédié aux malfaçons originelles que nous évoquons plus haut. Ces réformes, ou ces ajustements, ont pu corriger certains effets de ces malfaçons, superposer d'autres organisations à l'organisation de base, mais sans proposer véritablement de nouvelle architecture. La coupure entre « la médecine de ville » et « l'hôpital » reste très marquée. Les principes qui régissent la médecine de ville sont restés quasi intangibles depuis la création de la sécurité sociale. Les deux étages de l'assurance maladie ont chacun évolué, mais continuent à être deux étages superposés. La décentralisation n'a pas concerné la santé et l'assurance maladie : ce sont toujours des statuts nationaux qui régissent les hôpitaux et leurs personnels, des conventions nationales pour les différentes professions qui exercent en ville et les agences régionales de santé, créées il y a bientôt une vingtaine d'années, sont des établissements publics de l'État, sans articulation avec les régions, ces collectivités qui n'ont pas de compétences en matière de santé.

Dans l'architecture actuelle, faute de pouvoir avoir la maîtrise des événements, et notamment de l'évolution des dépenses, la réponse est bureaucratique. Les professionnels de santé ont le sentiment de vivre sous le contrôle permanent et de subir des reproches incessants, y compris quand ils se dévouent pour leurs patients et pour l'intérêt général.

C'est parce que les dernières années, les dernières décennies ont montré la difficulté de la politique des petits pas que nous pensons nécessaire de débattre d'une nouvelle architecture globale. Plutôt que de procéder par petites secousses, envisager un choc, une sorte de remise à plat.

La logique de réconciliations

La Fabrique de Nos Réconciliations cherche à surmonter des contradictions qui conduisent à ce que les comportements des acteurs ne s'alignent pas sur l'intérêt général et le bien commun. Ceci s'applique au système de santé qui a progressivement divergé de son idéal initial.

La première réconciliation, fondamentale, est de réconcilier l'organisation du système de santé avec les principes et les valeurs qui le fondent et notamment revenir au principe selon lequel « chacun contribue selon ses moyens et est protégé selon ses besoins ».

La deuxième réconciliation majeure consiste à réconcilier les acteurs du système avec le système lui-même, ce qui n'est certainement pas le plus facile. Cela n'est pas une fatalité que ceux qui se consacrent au système de santé pestent contre leur direction quand ils travaillent à l'hôpital, contre l'assurance maladie alors que celle-ci leur procure leur revenu, contre les pouvoirs publics en général incapables de comprendre leurs besoins, leurs souffrances. S'il est un secteur gouverné par les méfiances, c'est bien le système de santé.

La troisième réconciliation est la réconciliation entre les différents compartiments du système de santé, et particulièrement de réduire la coupure entre l'hôpital et la ville. Il n'y a pas des « patients de ville » et des « patients de l'hôpital », mais des patients qui au cours de leur vie, auront besoin de l'ensemble du système de santé. C'est d'autant plus vrai que se développent les maladies chroniques, qui nécessitent un suivi au long cours, avec des ajustements réguliers des traitements, avec quelques épisodes qui peuvent nécessiter le recours à l'hôpital.

Enfin, il nous faut nous réconcilier avec la solidarité. Cette solidarité est de moins en moins consentie, parce que nombreux sont ceux qui pensent qu'il y a trop de gâchis, trop de passagers clandestins, trop d'incohérences.

Remettre debout. Remettre sur pied. Agir du sol au plafond. Nous sommes partis de quelques incohérences de notre système de santé et proposons de construire sur la résolution de ces incohérences :

- *Incohérence à ne pas avoir un véritable service public pour la santé*
- *Incohérence lorsque les frais supportés par les patients sont d'autant plus importants que leur maladie est grave.*
- *Incohérence d'avoir deux payeurs différents pour le même soin, qu'il s'agisse d'une simple consultation ou d'un séjour hospitalier complexe*
- *Incohérence d'avoir un cadre national uniforme face à des différences de situation entre les territoires*
- *Incohérence de ne pas intégrer la prévention dans le système de santé.*

Deuxième partie : un nouveau cadre pour le système de santé

1. Une seule assurance maladie : la fusion entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, des effets positifs majeurs

Pour la majorité des Français couverts par une assurance complémentaire, chaque soin fait l'objet d'un double remboursement : un remboursement principal par l'assurance maladie; un complément de remboursement par la mutuelle ou l'assurance privée qu'ils ont contractée, obligatoirement s'ils sont salariés, volontairement dans tous les autres cas, choisie parmi les centaines d'organismes qui procurent cette assurance complémentaire avec des règles dont les différences sont difficiles à décrypter.

Ce double remboursement est souvent invisible pour l'assuré qui bénéficie du tiers payant et qui ne voit pas le double circuit de remboursement par deux organismes différents. Il ne voit pas toujours non plus que l'assurance maladie obligatoire rembourse désormais moins de la moitié des dépenses de ville.

Pour avoir accès à ce double remboursement, il y a une double cotisation. D'une part, la cotisation à l'assurance maladie, qui repose pour moitié sur la CSG et pour une autre moitié sur une cotisation salariale. Cette cotisation à l'assurance maladie ne varie qu'en fonction d'un paramètre : le revenu. Pour la complémentaire, il en va différemment. La cotisation ne varie pas en fonction du revenu. Elle est moins élevée pour les salariés, qui bénéficient à la fois d'une part prise en charge par leur employeur et d'avantages fiscaux. Elle est plus élevée pour les plus âgés, considérés comme « plus à risque », mais aussi pour les chômeurs.

Cet effet peut être considérable. Ce qui aboutit à cet extraordinaire paradoxe. **Pour un certain nombre d'assurés et surtout des personnes âgées, la cotisation pour la complémentaire, qui ne couvre que 20 % des dépenses de santé est plus élevée que la contribution à l'assurance maladie obligatoire qui couvre la majorité de ses dépenses!** Pour prendre une image simple, c'est un peu comme ces compagnies aériennes low cost qui font payer plus cher le coût du bagage que le coût du passager!

Deuxième paradoxe : alors que l'assurance maladie obligatoire prend en charge 250 milliards de dépenses d'assurance maladie et les complémentaires 36 milliards, les frais de gestion des complémentaires sont équivalents à ceux de l'assurance maladie obligatoire, soit entre 6 et 7 milliards d'euros par an. Si l'assurance maladie obligatoire prenait en charge la part complémentaire (comme elle le fait pour les ménages les plus modestes qui relevaient auparavant de la CMU), ses frais de gestion n'augmenteraient pas et ceux des complémentaires disparaîtraient.

Quand des patients bénéficient du régime dit « d'affections de longue durée », leur prise en charge coûte plus cher à l'assurance maladie obligatoire et moins cher à l'assurance maladie complémentaire. Le système est donc ainsi construit que l'évolution épidémiologique spontanée (le vieillissement et le développement des maladies chroniques) allège les dépenses des complémentaires.

À l'inverse, quand les pouvoirs publics, pour réduire le déficit de l'assurance maladie, limitent le remboursement « obligatoire », pour éviter d'augmenter la CSG ou la cotisation maladie, ils font basculer la différence vers les complémentaires, qui, elles, n'ont d'autres choix que d'augmenter leurs propres cotisations. Le mistigri passe d'une poche à l'autre. Et ce n'est pas neutre pour tous les assurés car cela pèse proportionnellement davantage sur les plus modestes et les plus âgés.

Il y a cependant une partie de la France où le système est plus simple : l'Alsace-Moselle où l'assurance maladie est « unifiée ». Étendre cette fusion à l'ensemble de la France serait à la fois une simplification considérable et un bond en faveur d'une plus grande équité.

Avec l'intégration de l'assurance maladie complémentaire dans l'assurance maladie obligatoire, celle-ci aura plus de remboursements à supporter. Cependant, la nouvelle cotisation sera plus faible que la somme des deux précédentes, pour une majorité de la population, sauf pour les personnes d'âge actif ayant des revenus élevés, qui aujourd'hui ont des cotisations complémentaires faibles, qui ne tiennent pas compte de leurs revenus.

La fusion que nous préconisons permet, selon un rapport officiel qui fait autorité (source : rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de 2022) une redistribution forte : un gain de 140 à 300 euros par an pour les 50 % les plus modestes et une perte de 300 euros pour les 10 % des ménages les plus aisés.

Si l'on prend l'exemple d'un retraité qui perçoit une pension de retraite de 1200 euros par mois, sa contribution à l'assurance maladie est limitée à la CSG à un taux de 3,8 % (plus la CRDS de 0,5 %) soit environ 50 euros par mois, tandis que le coût d'une complémentaire est en moyenne de 130 euros par mois (80 euros pour une couverture minimale, 220 euros pour une couverture maximale) avec donc une assurance complémentaire qui représente environ 10 % de ses revenus. Après la fusion, sa cotisation maladie unique passerait à 60 euros par mois.

Du jour au lendemain, il est possible d'ouvrir l'option de souscrire une assurance complémentaire auprès de l'assurance maladie obligatoire, à la place d'une complémentaire privée, pour organiser, au fur et à mesure du choix des assurés, le transfert vers une assurance maladie unique.

C'est une première option. La seconde option est de faire la bascule d'emblée, en proposant aux organismes mutualistes de jouer un autre rôle dans le système de santé : devenir des acteurs de l'accès aux soins et de la prévention en se transformant en « opérateurs », impliqués dans le service public de soins primaires et de prévention que nous proposons plus loin.

2. Le bouclier sanitaire : de la logique et de l'équité dans ce qui reste à la charge du patient

L'assurance maladie laisse à la charge de l'assuré une partie des dépenses, selon des modalités et des règles complexes :

- **Le ticket modérateur « de ville »**, qui représente 30 % du tarif des consultations médicales, entre 35 et 85 % du prix des médicaments, 45 % du tarif des transports médicaux et entre 30 et 40 % des autres produits de santé.
- **Le ticket modérateur hospitalier** qui représente 20 % du coût de certaines hospitalisations, selon le motif de l'hospitalisation, certaines hospitalisations étant exonérées de ce ticket modérateur, notamment lorsque le patient subit un acte chirurgical.
- **La participation forfaitaire de 2 euros par consultation médicale**, de 1 euro par boîte de médicament, de 4 euros par trajet en transport sanitaire.
- **Le forfait de 24 euros pour les actes lourds** et le forfait de 20 euros pour le passage aux urgences.

À ces participations s'ajoutent les dépassements d'honoraires pour les médecins qui ont choisi d'exercer avec des honoraires libres, c'est-à-dire supérieurs à ceux qui sont négociés dans la convention entre les médecins et l'assurance maladie.

Le total de ces participations représente environ 50 milliards d'euros en 2023 (source DREES).

Les restes à charge (DREES 2022) représentent 2,8 % du revenu des 10 % des ménages les plus modestes et 0,6 % du revenu des ménages les plus aisés, ce qui représente une différence considérable et une brèche de taille au principe fondamental selon lequel « chacun contribue selon ses moyens ».

Le principe du bouclier sanitaire est simple.

Il remplace toutes ces participations par une participation unique à la charge du patient soumise à un plafond : ce qui reste à sortir de la poche du patient ne peut pas dépasser un certain montant. Ce montant peut être absolu (le même pour toute la population) ou fixé en fonction du revenu.

Tant que le plafond n'est pas atteint, le patient paye donc une fraction des soins, la même pour tous les soins. Une fois le plafond atteint, les soins sont pris en charge à 100 %.

Ce système présente de multiples avantages, au plan individuel, comme au plan collectif.

Tout d'abord, il est simple. Nul besoin d'aller chercher des participations multiples, comme les deux euros sur la consultation, ni de faire des calculs complexes.

Nul besoin de déterminer les patients qui bénéficient de la prise en charge à 100 % pour une affection de longue durée, de tenir la liste de ces affections et de faire la part, patient par patient, des soins qui relèvent de cette affection et des autres soins, non pris en charge à 100 % pour ses autres affections.

Ensuite, il apporte plus d'équité. Ce qui sortira de la poche des patients ne dépendra pas de la gravité de leur maladie, de leur âge, mais uniquement de leurs revenus.

Ce montant sera prévisible. Aucun patient n'aura la surprise d'une facture importante après un long séjour à l'hôpital ou de nombreux transports sanitaires pour aller suivre une chimiothérapie loin de son domicile.

Ce système est celui qui existe dans plusieurs pays européens comme l'Allemagne, la Suisse, la Suède et la Belgique.

Il a fait l'objet depuis une quinzaine d'années de différents travaux qui montrent qu'il est faisable. Il ne s'agit pas d'une chimère ou d'une construction purement théorique. (Rapport Briet Fragonard de 2008; note de la direction du trésor en 2012; rapport du HCAAM de 2022, par exemple).

Le bouclier sanitaire ne provoque pas de dépenses supplémentaires. Il suffit de fixer le plafond au niveau correspondant exactement au montant du total de l'ensemble des participations qui restent à la charge de l'assuré.

À l'inverse, il peut être un puissant mécanisme de régulation des déficits de l'assurance maladie. Il suffit de faire légèrement varier le plafond pour permettre de réaliser des économies, sans avoir d'impact sur l'accès aux soins.

En réalité, le principal obstacle à la mise en œuvre de ce système est qu'il rend inutiles les protections complémentaires. Si aujourd'hui, on prend une complémentaire, c'est que le « reste à charge » peut atteindre un niveau insupportable. Si l'on a la garantie que ce qu'on aura à payer ne dépassera pas 4 ou 5 % de ses revenus, quel est l'intérêt de prendre une couverture complémentaire dont la cotisation représente elle-même plus de 5 % de ses revenus? Comme indiqué plus haut, nous proposons un nouveau rôle aux organismes complémentaires : être acteurs du service public de soins primaires et de prévention.

3. Le service public des soins primaires et de la prévention

Il n'existe pas de service public de la santé en France! Cela paraît complètement contre-intuitif, alors que la santé est majoritairement financée par l'argent public, alors que l'assurance maladie nationale couvre l'ensemble de la population, alors que l'égalité d'accès aux soins est un objectif revendiqué et alors que la France se considère comme pionnière pour la théorie, la promotion et la défense des services publics!

Dans l'organisation sanitaire, seul l'hôpital relève d'un service public, qui comprend les hôpitaux, établissements publics, et les établissements privés à but non lucratif « participant au service public », tels les centres de lutte contre le cancer. Il existe certes quelques centres de santé municipaux, qui ont un sta-

tut public, mais ils sont très minoritaires dans les soins primaires et ne constituent pas un véritable service public.

Dans la santé, ce qu'on appelle « le premier recours », c'est-à-dire la voie d'entrée dans le système de santé, les soins auxquels on accède directement — la médecine générale et un certain nombre de spécialités – ne relève pas d'une logique de service public.

Si l'on compare avec l'éducation, c'est comme si le service public de l'éducation commençait avec le lycée ou l'université mais ne concernait pas l'école élémentaire et le collège. Or, c'est bien parce que le service public de l'éducation couvre l'ensemble des âges scolaires, qu'il garantit à chaque enfant de pouvoir être scolarisé et d'avoir face à lui des enseignants. Il n'existe pas de « désert scolaire », comme il existe des déserts médicaux!

Dans l'édifice du système de santé, principalement financé par l'argent public, il manque donc le rez-de-chaussée et les étages supérieurs sont, en quelque sorte, suspendus dans le vide.

« Il n'existe pas de « désert scolaire », comme il existe des déserts médicaux! »

Cela signifie que personne n'est responsable de garantir l'accès aux soins primaires : la possibilité d'avoir un médecin traitant, d'avoir un rendez-vous dans un délai raisonnable, d'être suivi médicalement pour une maladie chronique.

C'est l'inverse pour l'hôpital public qui, lui, a l'obligation d'accueillir tous les patients, d'être accessible 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce contraste pèse d'ailleurs sur l'hôpital public et explique la tension que subissent les services d'urgences, qui servent, en partie, de substitut à ce service public de soins primaires qui n'existe pas.

La caractéristique première d'un service public est d'avoir une « personne publique » qui a l'autorité sur ce service public, c'est-à-dire la responsabilité de son organisation et de son accessibilité. Cette personne publique peut être l'État ou une collectivité territoriale.

Un service public, ce sont ensuite des règles et des garanties, en général définies par la loi : la garantie de recevoir son courrier pour le service postal, d'être raccordé à l'eau et à l'électricité, de pouvoir saisir la justice, pour ne prendre que quelques exemples.

En revanche, créer un service public n'impose pas de le confier à des opérateurs publics et à des agents publics. L'accès à l'eau est un service public qui est en grande majorité assuré par des entreprises privées, de même que l'assainissement.

Le besoin de service public pour les soins primaires est tel que, ces dernières années, se multiplient les initiatives pour, faute de service public, inciter ou contraindre les professionnels de santé, et particulièrement les médecins, à s'installer ou exercer dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante. Il est paradoxal de prétendre faire peser sur eux ou sur quelques-uns d'entre eux ce qui s'apparente à une obligation de service public... sans service public!

Construire un service public de soins primaires, c'est pour les pouvoirs publics se donner les moyens d'organiser l'offre de soins primaires sur l'ensemble du territoire, à hauteur des besoins de la population.

Nous ne proposons pas de le faire par la voie la plus directe qui consisterait à « nationaliser » la médecine libérale, c'est-à-dire à faire des professionnels de santé des agents publics relevant d'un employeur public. Cela ne serait pas compatible avec la culture des professionnels de santé; d'ailleurs ce n'est pas le choix fait par les pays qui ont adopté une logique de service public pour les soins primaires.

Ce qui semble le plus adapté, c'est le modèle du service public concédé. Aux pouvoirs publics de définir le cahier des charges et à des opérateurs d'y répondre et de passer un contrat avec la puissance publique pour la réalisation de ce cahier des charges. Ces opérateurs pourraient être des groupements de professionnels de santé, des organismes privés à but non lucratif, mais aussi des hôpitaux ou des centres de santé ou une alliance entre ces différents acteurs.

Les organismes mutualistes pourraient notamment se transformer en opérateurs des soins primaires et de la prévention, retrouvant une utilité indiscutable. Ils renoueraient ainsi avec leurs propres racines, quand ils assuraient pour les « mutualistes », les soins et la prévention à travers des centres de santé, à la fin du dix-neuvième siècle et pendant la première moitié du vingtième siècle.

Ce cahier des charges prévoirait la prise en charge d'une population avec des obligations portant sur la disponibilité et la qualité, dans des conditions définies avec l'opérateur. Si celui-ci estime qu'il faut davantage rémunérer les professionnels pour couvrir des territoires moins attractifs, il en sera tenu compte dans la détermination du prix retenu par les pouvoirs publics.

Si la participation à ce service public n'impose pas au professionnel de santé de devenir fonctionnaire, elle conduit en revanche à un mode d'exercice plus collectif, plus intégré, plus interprofessionnel. C'est un ensemble de professionnels qui prennent la responsabilité de la prise en charge d'une population, ce ne sont pas des professionnels isolés qui raisonnent patient par patient.

Cet exercice collectif correspond à une tendance de plus en plus forte, recherchée par les professionnels. Il présente des avantages pour les professionnels comme pour les patients. Pour les professionnels, il permet de s'organiser à plusieurs pour assurer la continuité des soins, sans que cela repose sur leurs seules épaules, avec des contraintes de disponibilité difficilement supportables. Cela permet aux professionnels de pouvoir exercer dans des structures qui comportent toutes les compétences pour une prise en charge globale, où l'on trouve des médecins, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et tous les métiers nécessaires à cette prise en charge. Pour les patients, c'est la garantie d'être pris en charge par une équipe, d'avoir un accès au professionnel recherché dans des délais raisonnables et de ne plus avoir à faire face au problème des dépassements d'honoraires.

Le périmètre du service public de soins primaires et de prévention est l'ensemble des professionnels qui participent aux soins primaires : les médecins généralistes et spécialistes, y compris la radiologie, ainsi que les professionnels paramédicaux exerçant en ville et, idéalement, la biologie.

Cette organisation ne concerne pas les soins hospitaliers, qui sont déjà structurés, qui font l'objet d'une rémunération par pathologie, différente de la rémunération à l'acte et pour laquelle la capitation est moins aisée à mettre en place. On verra que cependant l'organisation proposée pour les soins primaires a une influence positive sur l'hôpital et, surtout, permet de traiter la question de l'articulation entre médecine de ville et hôpital.

La construction de ce service public permet, en effet, de réduire la fameuse coupure entre l'hôpital et la ville. Celle qui fait qu'un malade qui sort d'une hospitalisation n'est pas certain de trouver l'infirmier et le masseur kinésithérapeute pour la suite de son séjour hospitalier, un médecin qui connaisse son dossier d'hospitalisation. Qu'à l'inverse, le médecin de ville ait du mal à trouver la bonne porte dans l'organisation hospitalière pour son patient. Car il est difficile pour un hôpital, structuré en services, d'interagir avec une médecine de ville faite de professionnels isolés, la continuité de la prise en charge des patients reposant alors sur les relations individuelles et parfois sur la chance ! Il sera plus facile d'organiser l'articulation entre les hôpitaux et les opérateurs de soins primaires, avec deux compartiments du système de santé organisés et structurés. Au cœur de cette relation, le développement de l'hospitalisation à domicile, repensée pour tenir compte de l'existence d'un service public de soins primaires, peut jouer un rôle majeur.

La création de ce service public permet aussi de faire une vraie place à la prévention. L'opérateur n'est pas seulement en charge des soins, mais de la santé de la population dont il a la charge. Il peut être rémunéré pour réaliser des programmes de prévention et le système de « capitation » que l'on propose l'incite à favoriser la prévention.

En termes de prévention, la mission est d'augmenter la part de la population qui participe aux actions de prévention (programmes nationaux de dépistage, notamment) et qui peut avoir accès à une prévention personnalisée (en fonction des facteurs de risques, des antécédents et du mode de vie).

C'est la responsabilité de l'opérateur de mettre en œuvre les programmes nationaux pour la population dont il a la charge (dépistage, vaccination, tabac, activité physique, disease management etc.); dans ce cadre les opérateurs peuvent se voir également déléguer des missions de santé scolaire, de médecine du travail, en l'intégrant dans le suivi de la population qu'ils prennent en charge.

Construire le service public de soins primaires et de prévention peut se faire par étapes progressives. Cela peut commencer par des territoires qui représentent les plus grands déserts médicaux. On remarquera que la démarche engagée par la région Occitanie, qui recrute directement des médecins qui acceptent de s'installer dans les territoires les moins bien dotés, peut être l'embryon d'un service public. Il est également possible d'encourager les hôpitaux à s'allier avec des professionnels libéraux pour assurer des missions de service public en soins primaires, et de proposer aux futurs diplômés de souscrire un engagement de service public.

4. De nouveaux modes de rémunération : la capitation plutôt que le paiement à l'acte pour les soins primaires

La logique de service public permet de modifier les relations financières entre l'assurance maladie et les professionnels de santé pour passer d'une logique individuelle de paiement à l'acte à une logique populationnelle.

Un mécanisme de financement vertueux à l'égard de la prévention existe. Il a un nom un peu technique : la capitation. Cela signifie que le professionnel touche une rémunération forfaitaire pour le suivi du patient (pour chaque « tête »). Si le patient est souvent malade, le professionnel touche cette rémunération forfaitaire, mais il doit lui consacrer beaucoup de temps. Si le patient est maintenu en bonne santé, il perçoit la même rémunération forfaitaire, mais peut lui consacrer moins de temps.

Ce mécanisme, vertueux, est difficile à établir à l'échelle individuelle, pour un professionnel et un patient : les aléas sont trop nombreux, du côté du patient, pour qu'il conduise à une juste rémunération. Et la santé d'un patient ne dépend pas d'un seul professionnel.

Ce que nous proposons, c'est de l'établir à l'échelle d'une population de patients et d'un groupe de professionnels de santé. Si 100 professionnels de santé ont la responsabilité d'une population de 10 000 personnes, on réduit, voire élimine, les aléas et on peut disposer d'un effectif de professionnels de santé permettant la prise en charge de l'ensemble des soins primaires (médecine générale, médecine spécialisée, soins infirmiers et paramédicaux).

Expliquons cela de manière très schématique. Si chaque Français dépense en moyenne 500 euros par an pour les soins primaires, un opérateur qui prend en charge 10 000 patients se voit confier 5 millions d'euros pour leur suivi annuel, de manière forfaitaire, sans que cette dotation soit le produit du nombre d'actes (de consultations par exemple) par le tarif de cet acte.

Bien évidemment, cela n'est pas équivalent si ces 10 000 patients sont jeunes, de catégories sociales favorisées et plutôt bien portants ou si, au contraire, ils sont âgés, précaires et atteints par des maladies chroniques. Cela signifie que le calcul de la dotation pour chaque population doit tenir compte des caractéristiques de cette population.

Ce système est plus vertueux que le paiement à l'acte : moins le patient a besoin de recourir au système de soins, mieux se porte l'opérateur, qui n'a donc pas besoin de « faire du chiffre », c'est-à-dire de multiplier son activité pour assurer ses revenus. Il a au contraire tout intérêt à promouvoir la prévention pour que la population dont il a la charge soit bien portante. Il convient cependant que le cahier des charges soit suffisamment contraignant pour contenir des engagements de l'opérateur de ne pas fermer la porte à ses patients et de les recevoir dans des délais prévus par le contrat.

Surtout le paiement à la capitation favorise considérablement, pour les professionnels de santé, le travail en équipe. Cela a été démontré dans tous les pays qui le pratiquent et cela répond à un enjeu majeur pour l'organisation des soins : la prise en charge par des équipes pluri-professionnelles où médecins et paramédicaux ont intérêt à travailler ensemble. Ce n'est pas le cas avec le paiement à l'acte puisque pour le médecin déléguer une partie de la prise en charge à des infirmiers réduit ses revenus ! Avec la capitation, il revient aux professionnels de choisir leur organisation, le partage des tâches et le partage des revenus.

Ce mode de paiement fait l'objet, en France, d'expérimentations depuis quelques années, avec un « paiement en équipe de professionnels de ville (Peps) ». Les premières évaluations confiées à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) montrent les effets suivants :

« La mise en place du forfait Peps s'accompagne de changements des pratiques de travail des médecins généralistes, ainsi que de leurs conditions de travail.

1. Dans les centres de santé comme dans les maisons de santé, les professionnels déclarent que la mise en place du forfait leur a permis de se détacher de la nécessité de produire des actes en grand nombre pour obtenir une rémunération ou un financement suffisant. S'il conviendra de vérifier l'effectivité de ces changements de pratiques par les analyses d'impacts, il est intéressant de noter que la perception des professionnels semble positive à cet égard. Les médecins généralistes indiquent que le forfait a également permis plus de souplesse dans les prises en charge des patients.

Ils déclarent alors avoir pu développer ou faire reconnaître (et rémunérer) des activités qui se déroulent en dehors des consultations et donc hors du panier de soins traditionnel.

2. Dans les structures où est mis en place le forfait, les changements des pratiques des médecins généralistes s'accompagnent également d'évolutions dans les tâches attribuées à d'autres professionnelles de santé (infirmières, accueillantes, secrétaires). Ces évolutions ne sont pas toutes attribuables à Peps, mais le forfait peut également y contribuer.

3. En MSP, les médecins revendiquent une amélioration de leurs conditions de travail liées au forfait. La nature collective de celui-ci a notamment permis de contrer certains désavantages du statut libéral, par exemple en lissant leurs rémunérations mensuelles ou en permettant des systèmes de « congés payés » organisés au sein du collectif de médecins. » (source : Evaluation de rémunérations alternatives à l'acte. Rapport (volet 1) du programme d'évaluation ERA2 sur l'expérimentation du paiement en équipe de professionnels de ville (Peps) inscrite dans l'article 51 de la LFSS pour 2018, IRDES, 2024.)

Ces nouveaux modes de rémunération ne laissent pas de place aux « dépassements d'honoraires », ce mécanisme créé pour compenser l'uniformité des tarifs et le manque de reconnaissance, qui repose aujourd'hui sur sa solvabilisation partielle par les assurances complémentaires et qui ouvre la porte à un système de santé à deux vitesses, au sens littéral du terme : il devient plus rapide d'être pris en charge là où les honoraires dépassent ceux qui sont remboursés par l'assurance maladie.

5. La décentralisation de la santé

Les élus locaux sont nombreux à témoigner que l'accès à la santé est l'un des sujets sur lesquels ils sont le plus souvent interpellés par leurs électeurs. Pourtant, ils n'ont quasiment aucun pouvoir, aucune

compétence dans ce domaine. En France, c'est l'État et son « bras armé », l'assurance maladie, qui disposent de la quasi-totalité des pouvoirs. Les régions ne disposent que de compétences très limitées en matière de formation de certains professionnels de santé, mais aucune compétence sur l'hôpital ou sur la médecine de ville. Les départements n'ont qu'une seule compétence : celle de la protection maternelle et infantile, alors qu'ils ont de nombreuses compétences dans le secteur social. Les communes n'ont aucune compétence en santé. Elles ont juste obtenu le droit, depuis quelques années, de fournir des aides à l'installation de professionnels de santé, en mettant à disposition des locaux.

Certes, tout ne remonte pas à Paris car il existe des agences régionales de santé, mais ces agences relèvent de l'autorité de l'État et appliquent des politiques nationales. Est-il sain d'avoir le quasi-monopole de l'État sur l'ensemble de la politique de santé et d'organisation des soins et de laisser les élus se contenter de pouvoir répondre à leurs électeurs qu'ils feront remonter leurs préoccupations ?

Cette centralisation puise ses racines dans l'histoire. Au moment de la création de la sécurité sociale, la décision était de confier celle-ci aux partenaires sociaux, au patronat et aux syndicats, l'État ne conservant qu'un rôle de garant ultime, fixant certaines règles et laissant de nombreuses règles aux mains des partenaires sociaux. Au fur et à mesure de l'extension de la sécurité sociale et de sa part dans les dépenses publiques, l'État a repris les rênes pour ne laisser qu'un rôle symbolique aux partenaires sociaux.

On pourrait penser que le caractère national et centralisé du système de santé a permis de tendre vers l'égalité entre les territoires. Ce n'est absolument pas le cas. La densité en professionnels de santé connaît des disparités très importantes d'un département à l'autre, d'un facteur 20, aussi bien pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes. Selon la DREES, l'accès au généraliste varie de 1 à 4, les 10 % des Français vivant dans les territoires les moins dotés disposant en moyenne de l'équivalent de 1,3 consultation de généraliste par an, contre 5,7 pour les mieux dotés. Cet écart est encore plus fort pour les kinésithérapeutes (6,8) pour les infirmiers (6,1) et pour les sages-femmes (4,9).

Les indicateurs sanitaires présentent aussi de fortes variations : dans le Pas-de-Calais, les années de vie perdues prématurément par maladie cardiovasculaire dépassent de 48 % la moyenne nationale, et elles sont plus de deux fois plus élevées que dans la Haute-Savoie⁴.

Changer de territoire peut représenter près de 5 années d'espérance de vie et multiplier par 4 l'accès effectif à un médecin généraliste et par 7 l'accès à un dentiste.

Le caractère national privilégie l'uniformité sur l'égalité.

L'argument selon lequel la centralisation serait gage d'égalité et la décentralisation rimerait avec creusement d'inégalités ne peut pas être retenu. En décentralisant, l'État pourrait non seulement maintenir mais renforcer son rôle de garant. Les régions seraient responsables et l'État pourrait d'une part, par ses dotations, réduire les disparités régionales et d'autre part, par la contractualisation, pousser à l'amélioration des performances régionales.

Faire de la santé une compétence régionale permet de renforcer la cohérence entre l'hôpital et les soins primaires.

Cette compétence régionale pourra être déléguée aux communes et aux intercommunalités.

La décentralisation du système de santé met fin à l'uniformité des rémunérations et des tarifs sur tous les points du territoire. Ce serait désormais dans un cadre régional que seraient définis les tarifs et les rémunérations, ce qui permettrait de mieux tenir compte des spécificités des territoires.

Cette proposition de décentralisation ne repose pas sur le dogme qu'une collectivité, par principe, gère mieux que l'État mais sur l'idée que l'État a du mal à jouer simultanément le rôle de garant et d'opéra-

⁴. Santé publique France, BEH, 2020

teur et qu'il sera possible de comparer les performances régionales. Cela permet à chaque région de pouvoir faire évoluer son organisation, sans que cela provoque la dramatisation des réformes nationales.

La décentralisation n'impose pas une révolution dans le financement. Il faut qu'une petite part du financement, en complément de l'assurance maladie, soit assurée par les collectivités qui exerceront désormais des responsabilités, pour qu'elles puissent faire des choix, exprimer des priorités et rendre compte devant leurs électeurs.

6. L'intelligence artificielle en santé : en faire un enjeu prioritaire des pouvoirs publics

Il ne fait aucun doute que l'intelligence artificielle va très profondément transformer le système de santé, avec un impact considérable. Les professionnels disposeront d'outils performants qui leur seront rapidement aussi indispensables que ne l'était le stéthoscope. Les patients auront également accès à des outils « grand public » d'une grande précision. Une étude publiée dans le JAMA (Journal of the American medical association) en décembre 2017 est déjà éclairante de ce point de vue, même si elle a presque 10 ans : elle a montré, par une analyse rétrospective des données issues de 110 patientes ayant des métastases de cancer du sein et de 160 patientes ayant un cancer du sein sans métastases, que l'utilisation d'algorithmes de Deep Learning faisait aussi bien que les pathologistes pour la détermination de l'existence de métastase⁵.

Selon la fameuse revue médicale The Lancet, 1500 dispositifs médicaux sont aujourd'hui autorisés par l'autorité sanitaire américaine (la FDA), impliquant des IA, sur lesquels 86 essais ont été réalisés et sont revus par les auteurs⁶. 81% d'entre eux font état de résultats positifs sur l'espérance de vie des patients. Il s'agit prioritairement d'utilisation des modèles dans le contexte du diagnostic. Une vaste majorité des modèles testés dans cette étude utilise la reconnaissance d'image (computer vision), qui est devenue prédominante en gastroentérologie, dermatologie ou radiologie. L'utilisation de l'IA pour trier les patients ou segmenter un groupe de malades est ancienne, notamment dans le secteur des services d'assurance. Elle gagne aussi les équipes hospitalières. Une étude publiée en 2017 a par exemple évalué l'apport d'une technique de triage des patients informatisée avec une approche d'apprentissage machine⁷. Cette étude a montré que cette orientation des patients basée sur un algorithme électronique était plus performante que le calcul du score classique utilisé par les professionnels qui repose de façon importante sur le jugement du clinicien et dont le calcul est donc sujet à de nombreuses variations.

L'explosion de l'IA générative depuis 3 ans ouvre des cas d'usage complémentaires qui pénètrent les activités cliniques. On constate une profusion de modèles dans le monde de la santé. Le site de référence *Hugging Face* en répertorie 5500 à vocation médicale, parmi lesquels un petit nombre seulement délivre des performances satisfaisantes en langue française.

La question qui se pose aujourd'hui n'est donc pas de savoir si l'intelligence artificielle va se diffuser dans le système de santé, mais à qui « obéiront » ces intelligences artificielles et si elles échapperont au contrôle public et démocratique.

L'intelligence artificielle peut apporter des fonctionnalités susceptibles d'améliorer sensiblement notre système de santé. Elle peut s'intégrer dans la construction du « service de soins et de prévention pri-

5. Bejnordi BE, Veta M, van Diest PJ, et al. Diagnostic Assessment of Deep Learning Algorithms for Detection of Lymph Node Metastases in Women With Breast Cancer. JAMA 2017;318(22):2199-210.

6. R Han and al, « Randomised controlled trials evaluating artificial intelligence in clinical practice : a scoping review », The Lancet digital health, may 2024. DOI : [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(24\)00047-5](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(24)00047-5)

7. Cette étude a consisté en une analyse rétrospective des données de près de 173 000 adultes ayant consulté aux urgences. Le score de référence était le ESI, ou indice de sévérité aux urgences. Le triage électronique est composé d'un modèle de forêt aléatoire appliqué aux données de triage des patients (signes vitaux, plainte principale et antécédents médicaux) qui prédit le besoin de soins intensifs, d'une procédure d'urgence et d'une hospitalisation en parallèle et classe le patient en niveau de risque. Levin S, Toerper M, Hamrock E, et al. Machine-Learning-Based Electronic Triage More Accurately Differentiates Patients With Respect to Clinical Outcomes Compared With the Emergency Severity Index. Ann Emerg Med 2017.

maire », tant pour faciliter l'accès et le recours, pour recentrer les professionnels de santé sur leur cœur de métier et pour conduire une véritable politique de prévention personnalisée.

« La question qui se pose aujourd'hui n'est donc pas de savoir si l'intelligence artificielle va se diffuser dans le système de santé, mais à qui « obéiront » ces intelligences artificielles et si elles échapperont au contrôle public et démocratique. »

Surtout, l'intelligence artificielle, en « redistribuant » le savoir médical, peut modifier la place du patient dans le système de santé. Si mettre le patient au cœur du système de santé est un slogan utilisé depuis des décennies, il est resté en grande partie un slogan creux à cause de l'asymétrie de l'information. L'intelligence artificielle ne transforme pas le patient en expert, mais lui donne accès à une information partagée de bout en bout, à la possibilité de trouver des réponses à ses questions, de contrôler les données qui le concernent et d'avoir une vision complète et précise de ce qui peut lui apparaître comme une boîte noire, c'est-à-dire le système de santé auquel il se confie.

Cela suppose que les outils de l'intelligence artificielle en santé fassent l'objet d'une politique publique. Laisser les acteurs privés définir les finalités de l'IA en santé, les bases de données de référence, disposer des algorithmes et définir eux-mêmes les règles éthiques ruinerait toute politique publique de santé. Il serait alors loisible de mettre l'IA au service des producteurs de soins (industrie pharmaceutique, industrie des medical devices, cliniques, corporations, etc.) et non pas au service de la population et de la santé publique. Les enjeux sont majeurs et le risque d'un système de santé totalement sous influence est gigantesque. Si ces outils sont entraînés par ceux qui produisent et vendent des médicaments, ils n'apporteront pas les mêmes réponses que s'ils sont conçus par des acteurs de santé publique. Si les outils d'intelligence artificielle sont des outils américains ou chinois, nous perdrons rapidement notre souveraineté en santé.

La passivité ou la pusillanimité des pouvoirs publics face à cette perspective signerait, là aussi, la fin d'un modèle de système de santé solidaire, fondé sur la qualité des soins.

Il faut donc, sans tarder, établir les principes d'une « IA de confiance » :

- **Une IA qui reste au service d'objectifs définis par des personnes humaines**, sans en restreindre l'autonomie;
- **Une IA qui doit respecter les règles de la médecine fondée sur les preuves** (l'evidence based medicine) avec des processus rigoureux d'évaluation et de fiabilisation des algorithmes;
- **La maîtrise de leurs données personnelles** par les citoyens;
- **La non-discrimination et l'équité.**

Il revient aux pouvoirs publics, et évidemment aux autorités scientifiques et médicales, de pouvoir garder l'entière maîtrise sur ces outils et de ne pas en être le jouet. Dans quelques années il sera trop tard. Il s'agit d'une urgence.

L'irruption de l'intelligence artificielle est une raison supplémentaire pour faire évoluer la formation des professionnels de santé.

Les études de santé représentent, dans l'univers de l'enseignement supérieur, un monde à part, comme si les professions de santé étaient elles-mêmes des professions à part, auxquelles on devrait décider de se consacrer, dès la fin de l'adolescence et jusqu'à la fin de sa vie professionnelle. C'est sur cette idée qu'a reposé pendant des décennies le numerus clausus pour les étudiants en médecine. Sélectionner avant l'âge de 20 ans, sur des résultats à des épreuves théoriques, ceux dont on déterminait le nombre, en

comptant sur le fait qu'ils exerceraient toute leur vie, comme l'avaient fait les générations précédentes, avec une sélection qui s'opère au moment où on ne connaît rien du métier, de l'environnement, des conditions d'exercice et où on en connaît peu sur soi-même !

Là aussi, les réformes ont été nombreuses, mais pas toujours heureuses, et la conception des études en santé est restée très centralisée avec des programmes nationaux. S'il est logique que l'on puisse, au moment du diplôme, s'assurer qu'un étudiant maîtrise tous les savoirs nécessaires à son exercice, il n'est pas indispensable que le nombre d'heures pour chaque matière soit défini de manière centralisée et que ce qu'on appelle les « maquettes » soient les mêmes, sans faire confiance aux universités pour trouver la meilleure manière de former les professionnels et de proposer des cursus différents, sans imposer le même « moule » à tous les étudiants.

Un étudiant qui est attiré par la médecine générale continue aujourd'hui à avoir, durant ses études, passé plus de temps dans les services hospitaliers qu'auprès de médecins généralistes. La création du service public de soins primaires peut être l'occasion de proposer des cursus plus centrés sur la médecine générale pour ceux qui le souhaitent.

Là encore, l'irruption de l'intelligence artificielle devrait conduire à faire évoluer des formations. Ce qui comptera dans la qualité d'un professionnel sera, précisément, ce qu'un algorithme ne pourra pas faire à sa place : les relations avec les patients, la manière de s'adresser à eux, de les guider, de connaître le système de santé et de prévention, de pouvoir apprécier les dimensions sociales et environnementales qui influent sur leur état de santé. Mais cela sera aussi la capacité à travailler en équipe, avec d'autres professionnels de santé. Et cela sera également, la démarche critique et scientifique, à commencer par celle qui permet de ne pas être otage de l'intelligence artificielle, mais d'en faire un auxiliaire précieux d'une pratique sûre.

7. Des hôpitaux moins contraints

Nous avons beaucoup insisté sur les soins primaires, car comme nous l'avons dit d'emblée, il nous semble que l'absence d'organisation en France de ce secteur constitue le talon d'Achille de notre système de santé et qu'une partie des difficultés que connaissent les hôpitaux résulte de cette faiblesse.

Des soins primaires mieux organisés, mieux répartis sur l'ensemble du territoire, **devraient avoir un effet bénéfique sur les hôpitaux,** à commencer par une sollicitation moins forte des services d'urgence.

Comme nous l'avons indiqué, les hôpitaux pourront d'ailleurs s'impliquer dans le service public de soins primaires et de prévention. Dans de nombreux pays, les hôpitaux ne limitent pas leur activité aux activités purement hospitalières mais ont des prolongements dans ce qu'on continue à appeler en France la médecine de ville. Leur activité en soins primaires est parfois aussi importante que leur activité purement hospitalière, avec la responsabilité de centres de santé ou le déploiement de médecins qui exercent en dehors de leurs murs.

Cette évolution du rôle des hôpitaux qui nécessite évidemment que cette mission soit reconnue et rémunérée et qu'elle ne se développe pas au détriment de leurs missions traditionnelles, est en soi vertueuse. Elle permet à des professionnels de santé de pouvoir avoir un exercice mixte, de se partager entre plusieurs activités et d'avoir un continuum entre la ville et l'hôpital, avec des parcours plus adaptés pour les patients.

Pour les plus petits hôpitaux, menacés de fermeture, car ils ne peuvent assurer des fonctions de soins qui nécessitent une taille critique — comme la chirurgie — ce déploiement vers les soins primaires devient une alternative à une mort programmée.

Ceci s'inscrit dans une nécessité de mieux assurer la « gradation des soins » à l'hôpital, depuis des hôpitaux de proximité centrés sur les soins primaires et sur la prise en charge de personnes âgées malades,

des hôpitaux généraux jusqu'à des hôpitaux plus spécialisés dans les prises en charge les plus complexes. Cette évolution a été amorcée depuis une dizaine d'années par l'obligation faite aux hôpitaux d'adhérer à des « groupements hospitaliers de territoires », disposant d'un projet médical commun. Les premières années ont été houleuses avec la crainte de voir le plus important hôpital du groupement vider les plus modestes de leur substance, mais à terme, tous devraient bénéficier d'une organisation mieux répartie et d'activités plus partagées.

C'est aussi l'intérêt d'impliquer les collectivités territoriales dans le système de santé – les régions et les communes — pour qu'elles puissent exercer une responsabilité réelle sur l'adéquation entre l'offre de santé et les besoins des territoires.

La décentralisation, que nous préconisons pour le système de santé, permettra d'assouplir les cadres nationaux contraints qui font que les rémunérations sont décidées pour toute la France à Paris. Alors que les hôpitaux sont les premiers employeurs de leur territoire, ils n'ont que peu de marges de manœuvre sur la rémunération de leurs personnels, qui relèvent de règles statutaires nationales. L'essor de l'intérim en est l'une des conséquences fâcheuses : l'absence de marge de manœuvre sur la rémunération des personnels permanents contraste avec la liberté pour faire appel à des intérimaires, à travers des « marchés » où les prix ont été jusqu'à très récemment totalement libres.

L'organisation hospitalière reste une organisation qui favorise les conflits avec des chaînes hiérarchiques distinctes : une chaîne administrative, une chaîne médicale et une chaîne paramédicale. Cette organisation, comme pour les statuts, résulte de textes réglementaires qui laissent peu de place à la capacité des acteurs de l'établissement à décider de la meilleure organisation. La question n'est pas de savoir si l'hôpital doit être dirigé par un administratif ou par un médecin, mais comment s'institue une gouvernance collégiale qui, non seulement comporte l'un et l'autre mais aussi des paramédicaux (qui constituent l'essentiel des effectifs) et des patients.

Conclusion

Les acteurs du système de santé et probablement les Français ont le sentiment que leur système de santé est sans cesse réformé. C'est une réalité, car les changements sont fréquents, mais une illusion : il est sans cesse retouché, mais son architecture n'a pas été fondamentalement modifiée depuis des décennies. Malgré des générations de schémas et de plans, les principes de son organisation n'ont pas été revus. La dernière grande réforme qui a très sensiblement modifié le paysage sanitaire date de 1958 : il s'agit de la réforme Debré qui a fait émerger l'hôpital moderne, malgré de nombreuses oppositions, qui voyaient dans le salariat désormais proposé aux médecins hospitaliers, une remise en cause de leur liberté. Depuis, il y a eu de nombreuses lois, d'innombrables décrets et des évolutions très sensibles de l'assurance maladie, passée d'une assurance professionnelle à une assurance universelle, mais aucune évolution fondamentale de la structuration de notre système de santé et d'assurance maladie. L'organisation des soins primaires est, peu ou prou, celle qui répond à des principes cristallisés il y a un siècle, dans les années 1920, au moment de la naissance des premières assurances sociales. Les deux étages de l'assurance maladie n'ont pas bougé depuis la création de la sécurité sociale en 1945 et constituent une superposition lourde, coûteuse, inéquitable... et inutile. Les participations financières des assurés sont d'une complexité que personne ne maîtrise et sont sources d'inégalités fortes. Les modes de rémunération privilégient l'exercice individuel quand la prise en charge des malades nécessite le travail en équipe.

Faute de transformation, il y a divergence entre les principes fondamentaux et la réalité. En repensant l'architecture de notre système de santé, nous cherchons à réconcilier l'organisation avec les principes que nous souhaitons sauvegarder pour renouer avec un système de santé solidaire, c'est-à-dire garantissant l'accès aux soins et à la prévention indépendamment du revenu, de la condition sociale ou du territoire. Un système qui soit soutenable financièrement avec un mécanisme de financement qui puisse être ajusté sans faire peser sur certains un « reste à charge » incompatible avec l'accès aux soins.

En résumé

Le point de départ est la volonté de maintenir un système de santé solidaire, c'est-à-dire garantissant l'accès aux soins indépendamment du revenu, de la condition sociale ou du territoire. Or, nous constatons que son organisation actuelle ne permet pas de le garantir dans les prochaines années.

Ce qui conduit à proposer plusieurs changements fondamentaux

- **Introduire les mécanismes qui intègrent explicitement la prévention** dans le système de soins.
- **Organiser les soins primaires comme un service public**, faisant peser une obligation sur les pouvoirs publics sur l'ensemble des territoires.
- **Modifier, pour les soins primaires, la relation entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.** À la place d'une relation contractuelle individuelle entre chaque professionnel et l'assurance maladie, nous proposons d'instaurer une relation, sur chaque territoire, entre un ensemble de professionnels en charge d'une population (et constituant un opérateur de soins primaires et de prévention) et l'assurance maladie.
- Pour les soins primaires, que **l'assurance maladie ne rétribue plus les professionnels à l'acte** (chaque consultation, chaque geste technique dispose d'un tarif) mais les opérateurs à la capitation, c'est-à-dire sur la base d'un forfait annuel pour chaque patient suivi. **La contrepartie de la garantie à l'égalité d'accès aux soins est d'instaurer des règles nouvelles, ou des contraintes supplémentaires sur l'ensemble des acteurs. Pour les patients, il s'agira de s'inscrire auprès d'un opérateur pour son suivi.** Cela peut non pas supprimer mais restreindre sa liberté de choix : le patient devra faire appel aux professionnels qui constituent cet opérateur et s'inscrire dans les protocoles de cet opérateur. C'est aujourd'hui le cas quand il a recours au système hospitalier.

Pour les professionnels de santé, leur exercice se fera dans le cadre d'un contrat avec l'opérateur, qui déterminera les modes de rémunération des professionnels. Ce nouveau mécanisme permet de mettre fin aux dépassements d'honoraires, non pris en charge par l'assurance maladie. Cependant les opérateurs pourront tenir compte dans la rémunération de l'expérience, de l'expertise et de la spécialisation du professionnel de santé.

- **Substituer à l'ensemble des participations de l'assuré** (tickets modérateurs, franchises, reste à charge) **une seule participation plafonnée en fonction du revenu.** C'est le mécanisme du bouclier sanitaire qui permet des simplifications drastiques, une lisibilité incomparablement meilleure et une plus grande équité. Ce mécanisme permet de ne plus avoir besoin des « affections de longue durée », qui permettent à certains malades d'être pris en charge à 100 % pour la maladie qui a justifié l'octroi de ce statut.
- **La fusion des deux étages de l'assurance maladie, l'assurance de base et l'assurance complémentaire, dans une seule assurance maladie.** Outre les économies substantielles de frais de gestion que cela génère, cela induit une plus grande équité, en mettant fin aux cotisations qui tiennent compte du risque.
- **Décentraliser le système de santé, en confiant aux régions la responsabilité de l'organisation de l'offre de soins,** responsabilité qu'elles pourront elles-mêmes déléguer aux communes ou aux intercommunalités, de telle sorte que la santé puisse s'organiser au plus près des territoires. L'État, n'étant plus opérateur direct, pourra jouer son rôle de garant de l'égalité d'accès, de la qualité et de la sécurité.

Ces changements définissent un cadre nouveau, mais seulement un cadre.

Le contenu sera à écrire par les professionnels et les patients, qui se verront ainsi reconnaître les uns et les autres une place nouvelle.



La Fabrique de Nos Réconciliations

www.fabrique-reconciliations.fr

[Contribuer à la réflexion](#)

LES NOTES DE LA FABRIQUE MISES AU TRAVAIL PUBLIC EN SEPTEMBRE 2026

[Vers une société de réconciliations](#)

[Notre alimentation](#)

[Notre système de santé — cette note](#)

[Notre système éducatif](#)