INSTITUT Montaigne

ACCÈS AUX SOINS

Être bien soigné partout en France

VIVRE ENSEMBLE

les REPÈRES de MONTAIGNE

Notre système de santé, longtemps considéré comme l'un des meilleurs au monde, est aujourd'hui à bout de souffle et nombreux sont les patients inquiets.

Comment garantir à chacun un accès à des soins de qualité, partout en France ?

les REPÈRES de MONTAIGNE

ACCÈS AUX SOINS

Notre système de santé, classé meilleur au monde par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2000, est aujourd'hui sous tension et apparaît à certains égards défaillant. Face au manque d'anticipation du vieillissement de la population, à la hausse des maladies chroniques, à la prolifération des déserts médicaux, à la crise hospitalière et aux freins à l'innovation thérapeutique, les Français ne se sentent plus aussi bien soignés.

Alors que le déficit de la Sécurité sociale ne cesse de se creuser, le futur de notre modèle de santé dépend d'une équation complexe, qu'il est indispensable de maîtriser : prévention, performance des soins, amélioration de l'espérance de vie en bonne santé et maîtrise des coûts.

Définition

La politique de santé en France est portée par plusieurs acteurs publics et privés, centraux et territoriaux.

Le ministère de la Santé définit les grandes orientations nationales et les budgets sont votés annuellement au Parlement, à travers les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). Elles déterminent les recettes et objectifs de dépenses pour l'année suivante. Les agences régionales de santé (ARS) organisent la politique de santé dans les régions, pilotent et régulent l'offre de soins. Enfin, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est l'opérateur principal du régime d'Assurance maladie obligatoire. Elle rembourse partiellement les dépenses de santé, une partie du « reste à charge » pouvant être complétée par une mutuelle individuelle ou d'entreprise.

L'offre de soins mobilise en France 1,2 million de professionnels de santé sur le territoire (infirmiers, médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, sages-femmes…).

Cette note fait partie d'une collection de 25 notes thématiques publiées par l'Institut Montaigne pour l'élection présidentielle 2027 :

Les repères de Montaigne
25 recommandations pour la France

L'Institut Montaigne traite ici une vingtaine de thèmes interdépendants jugés cruciaux. Ils s'organisent autour des 4 ambitions qui doivent animer une campagne présidentielle :

- **Protéger la nation**
- **Créer de la richesse pour tous**
- **Garantir le vivre ensemble**
- **Mettre en œuvre efficacement les politiques publiques**

Par souci de priorisation, certains thèmes ne font pas l'objet de note dédiée malgré leur importance (culture, sport, politique de la ville, transports, etc.).



SE PROTÉGER

SÉCURITÉ NATIONALE
Protéger nos intérêts vitaux

SÉCURITÉ ÉCONOMIQUE
Renforcer notre résilience

DÉFENSE NATIONALE
Faire face aux nouvelles menaces

POLITIQUE ÉTRANGÈRE
Assurer la crédibilité et le rayonnement de la France

FRANCE-EUROPE
Développer nos intérêts communs

SÉCURITÉ INTÉRIEURE
Garantir la sécurité sur l'ensemble du territoire

JUSTICE
Réconcilier les Français avec leur justice



CRÉER DE LA RICHESSE

COMPÉTITIVITÉ
Combattre à armes égales

TRAVAIL ET POUVOIR D'ACHAT
Vivre mieux de son travail

INNOVATION ET TECHNOLOGIES
S'adapter en continu

ÉDUCATION
Une école qui instruit et émancipe

ÉNERGIE
Produire une énergie compétitive, souveraine et durable

AGRICULTURE
Relancer notre modèle agricole



VIVRE ENSEMBLE

ACCÈS AUX SOINS
Être bien soigné partout en France

RETRAITE
Garantir un système équitable et pérenne

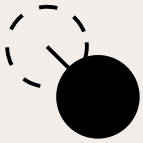
LOGEMENT
Rendre le logement accessible

POLITIQUE FAMILIALE
Répondre aux nouvelles réalités

PAUVRETÉ ET PRÉCARITÉS
Agir pour les plus fragiles

IMMIGRATION ET INTÉGRATION
Piloter, intégrer et apaiser

ENVIRONNEMENT ET CLIMAT
Faire de la transition écologique une force



METTRE EN ŒUVRE

RÉFORME DE L'ÉTAT
Rationaliser et responsabiliser

FONCTION PUBLIQUE
Moderniser pour mieux servir

DÉMOCRATIE
Restaurer la confiance politique

FINANCES PUBLIQUES
Financer nos ambitions

DÉBUT DE MANDAT
Passer à l'action

SOMMAIRE

p.06

MIEUX COMPRENDRE

p.10
En quelques chiffres
|
p.11
Comment en est-on arrivé là ?
|
p.14
Que se passe-t-il si on ne fait rien ?
|
p.15
Nos atouts
|
p.16
Vu de nos territoires
|
p.18
Et ailleurs ?
|
p.20
Le champ de contraintes
|
p.22
Les idées reçues du débat

p.24

DANS LE DÉBAT

p.28
Idée N°1
|
p.38
Idée N°2

p.50

LA RECOMMANDATION DE MONTAIGNE

p.52
Nos principes d'arbitrage
|
p.53
Pourquoi cette voie ?
|
p.60
Feuille de route
|
p.63
Indice d'acceptabilité
|
p.64
Coût et ressource

p.66

SOURCES

LES REPÈRES DE MONTAIGNE

PARTIE 1



MIEUX COM-PRENDRE

EN QUELQUES CHIFFRES

6 millions

de Français
sans médecin traitant



2 X
PLUS DE RISQUE

pour les ouvriers de développer
du diabète que pour les cadres



60 À 80%

des principes actifs
des médicaments sont fabriqués
hors UE (20% il y a 30 ans)

64 %

des Français ont
déjà reporté ou
renoncé à des soins



+ 45MIN

de temps d'attente
aux urgences en 10 ans

1/4

des 45-54 ans cumule au moins
déjà deux pathologies chroniques

Qu'est-ce que cela dit ?

SANTÉ : IL Y A URGENCE(S)

La santé, premier sujet de préoccupation des Français, souffre d'un système qui ne s'est pas suffisamment réformé pour répondre aux nouveaux besoins et demeurer viable économiquement.

D'un côté, l'augmentation des pathologies chroniques et le vieillissement de la population ; de l'autre, des inégalités sociales et des usagers se sentant de plus en plus éloignés du soin faute de médecins et de structures.

Le déficit de la branche maladie se poursuivant sans perspective stratégique, la situation appelle urgemment à une nouvelle organisation de l'accès aux soins.

COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

UNE GESTION ANNUELLE QUI RÉPOND À L'URGENCE

Le système de santé est piloté de manière annuelle lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale au Parlement chaque automne. Il dépend majoritairement des volontés politiques et des crises telles que la pandémie et nuit à la définition d'une politique de santé ambitieuse et lisible pour l'ensemble des acteurs. L'absence de projection au-delà d'une année, les soubresauts budgétaires des économies à effectuer en fin d'année, ainsi que le poids des déficits renforcent l'opacité en matière de priorités de santé, et empêchent l'anticipation, indispensable, et les vertus du temps long.

DES RÉFORMES QUI ONT MANQUÉ LEUR CIBLE

L'offre de soins pâtit de la suppression tardive (2020) du numerus clausus, institué en 1971 pour limiter le nombre de médecins à former. Les formations médicales n'ont pas été réouvertes alors même que la population vieillissait et que les pathologies touchaient de plus de plus de personnes. Les incitations financières pour encourager une meilleure répartition géographique des médecins n'ont pas empêché certains territoires de devenir des « déserts médicaux », l'installation des médecins restant libre. Cette situation a conduit à un éloignement des soins pour les citoyens qui se tournent alors vers les urgences en premier recours, pour des maux qui ne le sont pas. Déjà saturées, elles perdent ainsi leur fonction initiale de traitement des cas les plus critiques. Ces tensions dégradent les conditions de travail des soignants, épuisés, ainsi que la qualité du soin.

UN SYSTÈME QUI N'INVESTIT PAS SUFFISAMMENT LA PRÉVENTION

La prévention est trop peu développée en France par rapport à nos voisins européens. Le système a toujours priorisé l'approche curative au détriment du préventif qui ne représente que 2,3 % de nos dépenses contre 3,4 % dans le reste de l'OCDE. Alors que la dynamique de vieillissement de la population décuple les besoins et qu'un quart des 45-54 ans ont déjà au moins deux pathologies chroniques, la prévention et l'intervention en amont – par nature plus efficaces et rapides – permettraient d'éviter près d'un tiers des décès.

UN VIRAGE NUMÉRIQUE MANQUÉ

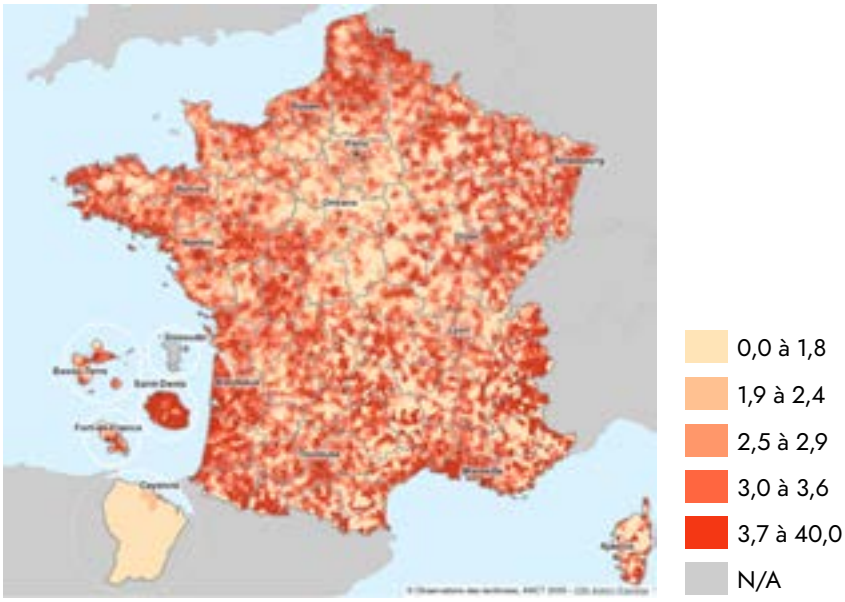
Les tentatives de numérisation du système ont échoué à tenir leurs promesses, en dépit des 2 Md€ investis. Le Dossier Médical Partagé, lancé en 2004, n'a jamais été réellement adopté par les professionnels. Son successeur, Mon Espace Santé, n'est activé que par ¼ des Français et 3,7 % d'entre eux utilisent la plateforme chaque semaine. Ces faibles résultats sont dus à une conception tournée vers l'infrastructure plutôt que vers l'expérience quotidienne des soignants et des patients.

L'intelligence artificielle, susceptible de libérer du temps médical et d'améliorer les parcours de soins, ne fait pas l'objet d'une réflexion stratégique publique, fondée sur la réponse aux besoins concrets du système. 45 % des hôpitaux déclaraient n'avoir aucun usage de l'IA en 2025 alors qu'il existe désormais des outils performants et que plusieurs millions de consultations sont déjà réalisées avec des assistants de consultation (pour les compte-rendus, courriers, rapprochements de dossiers).

●●●

Mieux comprendre

ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES (CONSULTATIONS PAR AN PAR HABITANT) EN 2023



MOYENNE EN FRANCE :
3,7 CONSULTATIONS PAR AN PAR HABITANT

Chronologie d'un système sous tension

1945

↘ Création de la Sécurité Sociale

Les ordonnances d'octobre 1945 créent la Sécurité sociale pour garantir comme cela est intégré au Préambule de la Constitution de la IVème République le droit de tous à « la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ». À partir de 1967, la Sécurité sociale s'organise autour de trois branches autonomes (santé, vieillesse, famille).

1995

↘ Plan Juppé et structuration du financement

L'instauration d'une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) annuelle permet au Parlement de voter le budget. Un an plus tard, la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) est créée dans un effort de rééquilibrage des comptes de la Sécurité sociale. Sa mission est de financer et d'éteindre la dette cumulée de la Sécurité sociale.

ANNÉES 2000

↘ Réorganisation de l'offre de soins

En 2004, le parcours de soins coordonné est créé et chaque Français doit déclarer un médecin traitant, interlocuteur principal du suivi médical. En 2009, les ARS sont instituées pour structurer l'offre de soins autour de communautés hospitalières de territoire en assumant la complémentarité entre hôpital de proximité et plateau technique sophistiqué.

ANNÉES 2010

↘ Une prise en charge croissante

En 2015, la généralisation du tiers payant puis en 2019 le 100 % Santé (lunettes, prothèses dentaires, appareils auditifs), démontrent une volonté d'améliorer l'accès aux soins en supprimant les avances de frais.

ANNÉES 2020

↘ L'impact de la pandémie

Alors que le déficit de la Sécurité sociale était presque résorbé, la crise Covid a appelé un investissement majeur de 19 Mds€ répartis sur 10 ans et la revalorisation des salaires des professionnels du secteur à hauteur de 8,2 Mds€ supplémentaires par an (Ségur de la Santé).

QUE SE PASSE-T-IL SI ON NE FAIT RIEN ?

VERS L'ÉMERGENCE D'UN SYSTÈME À DEUX VITESSES ?

La dégradation continue de notre système (complexification de l'accès aux soins, baisse de la qualité de prise en charge, pénurie de médicaments, conséquences délétères du retard préventif) entraînerait une diminution de l'espérance de vie en bonne santé.

L'aggravation du déficit de la sécurité sociale menacerait notre modèle de solidarité, nourrissant la défiance des cotisants, principaux contributeurs du système.

L'augmentation du reste à charge, régulièrement débattue au titre des pistes d'économies, aurait pour conséquences une baisse du pouvoir d'achat des ménages et un éloignement du soin pour les citoyens les plus précaires.

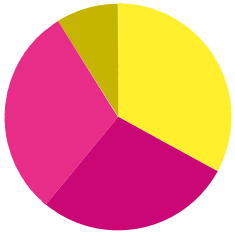
Ces difficultés favoriseraient l'émergence d'une médecine à deux vitesses, pour laquelle la qualité et l'accès aux soins dépendraient des ressources des patients.

COMMENT LA SANTÉ EST-ELLE FINANCÉE ?

En France, les dépenses de santé sont financées à 80 % par l'Assurance maladie, le reste étant couvert par les mutuelles (13 %) et les ménages (7 %). Le budget de l'Assurance maladie repose sur deux piliers solidaires. D'une part, les **cotisations sociales**, prélevées sur les salaires, qui ouvrent des droits comme les indemnités journalières. D'autre part, des **contributions fiscales comme la CSG**, prélevée sur tous les types de revenus. Cette mixité permet de financer le système selon un principe de solidarité nationale : chacun contribue selon ses moyens pour que tous bénéficient d'un accès aux soins, indépendamment de leur situation professionnelle.

NOS ATOUTS POUR RENVERSER LA TENDANCE

Les sources de financement de la branche « maladie » de la Sécurité Sociale



- Cotisations
- Contributions sociales diverses, impôts et taxes
- Contribution sociale généralisée
- Autres

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ S'APPUIE SUR UN PRINCIPE DE SOLIDARITÉ UNIQUE AU MONDE ET LARGEMENT PLÉBISCITÉ (92 % DES FRANÇAIS Y SONT ATTACHÉS).

Pour les 6,5 millions de personnes les plus précaires, cette protection est renforcée par une complémentaire santé gratuite. Ce système de financement mutualisé permet un niveau de protection populationnelle vertueux.

UN SECTEUR QUI SUSCITE DES VOCATIONS

Il est encore temps d'agir. Les difficultés expérimentées par les étudiants et les professionnels de santé n'impactent pas de manière drastique les vocations initiales : les derniers chiffres disponibles (2021) indiquent un attrait toujours en hausse pour les études de santé.

UN RÉSEAU D'EXCELLENCE

Indépendamment de la dégradation des conditions de prise en charge (notamment aux urgences) et de l'accès aux soins, le modèle de soins français s'appuie sur un réseau d'excellence : les centres hospitaliers universitaires.

Ils regroupent **soins, recherche et enseignement** et permettent l'accès à des soins de haute qualité à tous les patients, et garantissent une formation de haut niveau au personnel soignant.

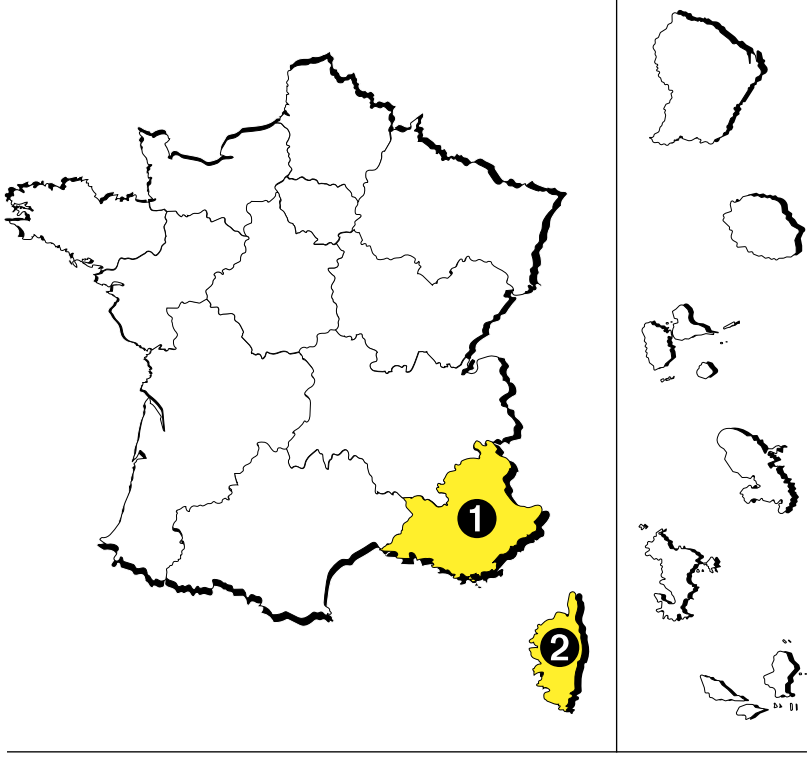
L'enjeu n'est pas la qualité des soins mais la possibilité de les prodiguer dans les conditions adéquates.

POLITIQUES VOLONTARISTES : L'EXEMPLE DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

La France sait mettre en œuvre des politiques volontaristes bénéfiques, comme dans le cas de la lutte contre le cancer (états généraux, stratégie décennale, pilotage structuré autour de l'Institut National du Cancer et des centres de pointe) qui a contribué à faire de la France un des pays ayant le taux de survie parmi les plus élevés d'Europe.

VU DE NOS TERRITOIRES

Parce que les politiques publiques concernent les Français dans toute la France, **l'Institut Montaigne et l'Institut Enterritoires ont souhaité faire entendre le point de vue d'acteurs clés de nos régions** sur les grands enjeux du débat présidentiel.



Plusieurs dizaines d'élus, de responsables économiques, de représentants associatifs ou d'acteurs engagés dans la vie locale nous livrent leur regard et leurs attentes (ci-contre, 2 extraits).



1

Frédéric Masquelier

Maire de Saint-Raphaël, président d'Esterel Côte d'Azur Agglomération

La France a longtemps été considérée comme disposant du meilleur système de santé au monde. Elle a progressivement perdu ce statut, faute d'avoir adapté son modèle aux évolutions démographiques : vieillissement, explosion des maladies chroniques, départs massifs de praticiens. Le principal enjeu est autant philosophique que budgétaire : devons-nous piloter la santé selon une logique comptable, année après année, ou selon une logique de santé publique pensée sur le long terme ?

La France disposait d'un outil industriel pharmaceutique et d'une recherche de premier plan progressivement absorbés dans la mondialisation. Pourtant, les talents sont là. L'opportunité est de garder nos chercheurs et entrepreneurs, en libérant la R&D, en réindustrialisant la production de principes actifs, en simplifiant les procédures et en finançant l'innovation.

Nous organisons localement une « Journée de la prévention » auprès de la population. Un pass dédié ouvre aux seniors l'accès à des activités sportives. Pour les jeunes, nous offrons la première licence sportive afin d'encourager dès le plus jeune âge une pratique qui participe au processus de santé.



2

Jean-Louis Albertini

Président du MEDEF Corsica, PDG du Groupe L'Olivier Bleu

L'accès aux soins est un problème qui se pose de façon récurrente aux habitants de l'île même si certaines lacunes ont été comblées ces dernières années. De nombreux malades insulaires sont forcés d'aller se soigner sur le continent, faute d'une couverture optimale de l'ensemble des pathologies. Beaucoup n'ont pas accès à un médecin traitant, certaines spécialités sont en sous nombre et plusieurs semaines sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous, y compris pour les examens, scanner, IRM, etc. Qui plus est, de façon plus générale, la médecine en France donne parfois le sentiment de fonctionner à deux vitesses, mais surtout reste plus curative que préventive, alors qu'elle devrait renforcer la prévention.

En Corse, nous avons la volonté de construire un centre hospitalier universitaire, engagement politique jugé fort et absolument nécessaire. L'échelle du territoire peut aussi constituer un avantage : avec environ 350 000 habitants, les moyens à déployer pour répondre aux besoins de la population peuvent être raisonnés à une échelle régionale relativement resserrée.

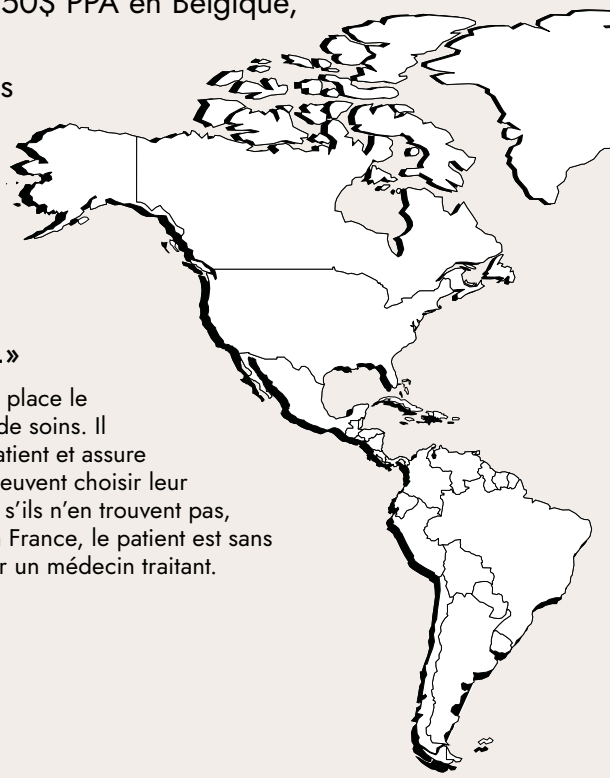
Cependant, les marges de manœuvre locales en santé restent limitées par l'encadrement de l'ARS et du ministère. En revanche, la vie associative corse est très active pour accompagner les malades non pris en charge sur l'île vers le continent.

ET AILLEURS ?

La majorité des pays occidentaux sont confrontés, comme la France, aux enjeux de vieillissement de la population, d'inégalités d'accès aux soins et de déficits persistants.

Les dépenses de santé ont ainsi un impact majeur sur les finances des pays. La France a un niveau de dépense par habitant proche de celui de ses voisins : 7 367$ PPA* en 2024 contre 6 747$ PPA au Royaume-Uni, 9 365$ PPA en Allemagne, 7 750$ PPA en Belgique, 7 071$ PPA au Danemark.

Face à ce champ de contraintes, les options politiques sont variées et peuvent nourrir la réflexion.



1 Royaume-Uni

LE CHOIX DU « MÉDECIN CENTRAL »

Public et gratuit, le *National Health Service* place le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. Il est le seul qui coordonne le parcours du patient et assure le remboursement des soins. Les patients peuvent choisir leur médecin parmi ceux agréés par le NHS et, s'ils n'en trouvent pas, on leur en attribue un automatiquement. En France, le patient est sans alternative en cas de difficultés pour trouver un médecin traitant.

2 Danemark

LE CHOIX DU NUMÉRIQUE

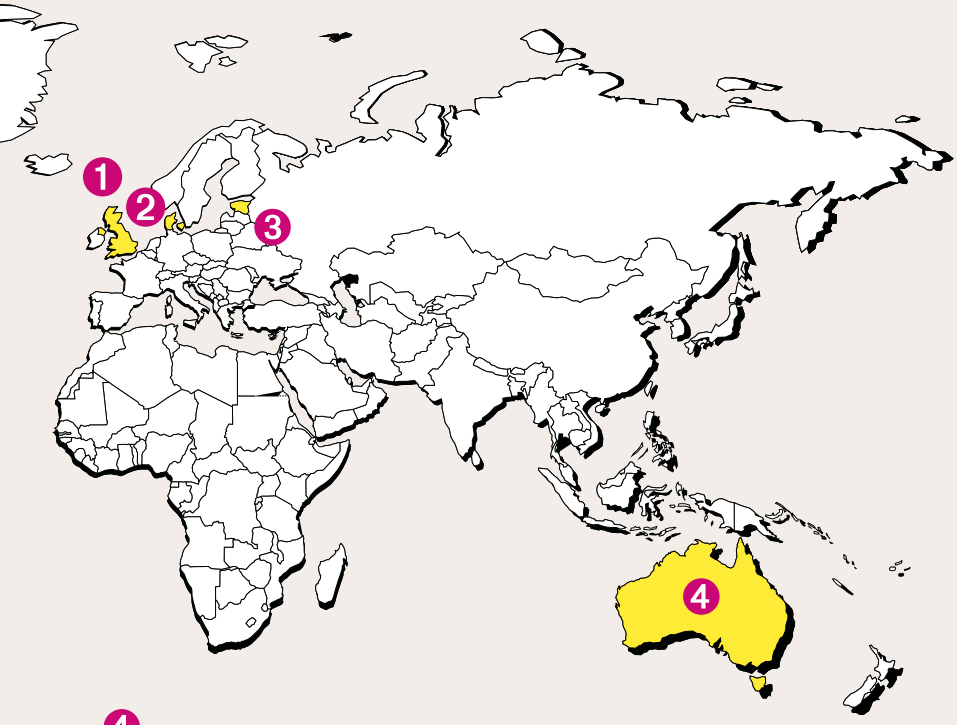
Le numérique est le pilier du système danois, grâce à une plateforme nationale qui centralise l'ensemble des données de santé et contient l'intégralité des informations du patient (dossiers médicaux, prescriptions, résultats) partagés en temps réel entre les hôpitaux, les médecins généralistes et les services municipaux chargés de la prévention. La facilité d'utilisation garantit une adhésion forte qui peine à être trouvée en France, où le développement des dossiers numériques est parfois perçu comme un poids.

* PPA : Parité de pouvoir d'achat

3 Estonie

LE CHOIX DU DOSSIER UNIVERSEL

Le pays s'appuie sur la plateforme X-Road, un dossier électronique unique. 99 % des données de santé sont ainsi numérisées, ce qui fait de l'Estonie le n°1 mondial du *Digital Health Index*. Conçu en open source, le modèle se déploie territoire par territoire, ce qui en fait l'exact opposé du dossier médical partagé français.



4 Australie

LE CHOIX DE LA PLANIFICATION

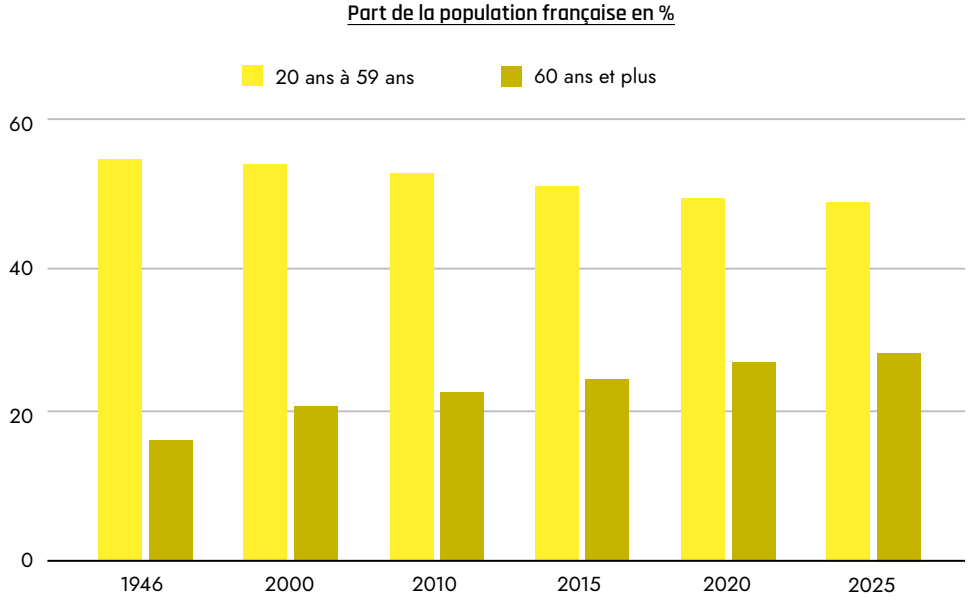
Le gouvernement australien publie tous les cinq ans un *Intergenerational Report* qui projette les évolutions démographiques et budgétaires sur une période de quarante ans pour anticiper l'augmentation des besoins de santé dont la faible prise en compte pèse aujourd'hui sur le système français. Cette réflexion est à la base d'une stratégie pluriannuelle (*Long Term National Health Plan*) qui guide l'action politique selon des objectifs définis à trois et dix ans.

LE CHAMP DE CONTRAINTES

UNE DÉMOGRAPHIE VIEILLISSANTE

En 2025, pour la première fois depuis la Seconde Guerre mondiale, la France a enregistré plus de décès (651 200) que de naissances (650 400).

Or, la soutenabilité du modèle de santé est fortement impactée par les évolutions démographiques – vieillissement de la population, diminution du nombre de personnes contribuant à la Sécurité sociale, départ à la retraite des professionnels de santé. Le financement est assis pour une part significative sur les cotisations des employeurs et des salariés. Les dépenses, elles, évoluent en fonction de l'augmentation des pathologies chroniques touchant principalement les personnes âgées. L'équation devient donc de plus en plus complexe à résoudre.



L'ÉMERGENCE DE NOUVEAUX RISQUES

Outre les bouleversements démographiques, d'autres évolutions impactent notre système de santé. Les organisations internationales alertent sur le risque de futures pandémies mondiales liées au réchauffement climatique, à l'érosion de la biodiversité ou encore à l'antibiorésistance. On estime que les décès attribués aux températures élevées ont augmenté de 63 % depuis 1990 et de nombreuses études démontrent les liens entre pollution et prévalence de certaines pathologies.

Par ailleurs, les dynamiques géopolitiques actuelles, en particulier la montée en puissance de la Chine et la posture des États-Unis, fragilisent l'accès aux soins et particulièrement à l'innovation thérapeutique dans le temps long. Dans ce contexte, la dépendance croissante de l'Europe concernant la production de médicaments, y compris innovants, expose les citoyens à un risque de pénurie accru. La pression commerciale infligée par Donald Trump sur les prix des médicaments place les négociations européennes des prix sous pression.

UNE POLITIQUE SOUS HAUTE TENSION

La santé touche par essence à des problématiques intimes, parfois douloureuses, et s'inscrit au cœur de toutes les trajectoires individuelles. L'opinion publique y est ainsi très sensible. Cette attention a été exacerbée par la crise du Covid-19, qui a notamment mis en exergue la fragilité du système hospitalier. Le travail politique est d'autant plus complexe que les contraintes se superposent au fil du temps, générant un cercle vicieux sur plusieurs plans : financier, avec des hôpitaux endettés, organisationnel, alors qu'il faut en moyenne 2,3 jeunes généralistes pour remplacer un généraliste partant en retraite, et humain, avec des soignants à la santé mentale particulièrement affectée.

À cette situation s'ajoute l'enjeu central de soutenabilité financière mis en lumière par les déficits successifs qui minent les finances sociales depuis la pandémie (encore 19 Mds de déficit prévu pour 2026). Dans ce contexte budgétaire contraint, les solutions de réforme peinent à être identifiées. L'exemple des déserts médicaux et de la remise en cause de la liberté d'installation, pilier historique de la médecine libérale, en est l'illustration. Les propositions se multiplient et les réformes se suivent (obligations de garde, conditionnement des installations, aides financières) sans réussir à trouver une ligne de crête qui puisse répondre à la fois aux attentes des soignants et à celles des 6 millions de Français sans médecin traitant.

LES IDÉES REÇUES DU DÉBAT

LA SANTÉ EST GRATUITE POUR LES FRANÇAIS

FAUX

Affirmer que « la santé est gratuite en France » est un abus de langage : chacun y contribue. Son coût réel est de 6 800 € par ménage et par an (15 % de leurs revenus), réparti entre cotisations sociales, mutuelles et reste à charge.

72 % des Français déclarent devoir avancer des frais lors de consultations. Le système n'est donc pas gratuit, mais mutualisé, avec une part invisible (prélèvements) et une part visible (avances et restes à charge). Le tiers payant n'est pas davantage une preuve de gratuité mais se veut un levier d'équité sociale en évitant le renoncement aux soins des personnes les plus précaires.

LA FRANCE A LE MEILLEUR SYSTÈME DE SANTÉ AU MONDE

À NUANCER

Si l'OMS nous classait premier en 2000, notre place n'a cessé de reculer depuis. Dans un récent classement portant sur 10 pays de l'OCDE, nous ne sommes plus que 5e, derrière l'Australie ou le Royaume-Uni. Avec un classement médian sur tous les indicateurs, nous sommes notamment pénalisés pour la qualité de prise en charge et l'équité d'accès aux soins. Deux points majeurs sur lesquels il nous faut évoluer.

Dans les rapports internationaux, la France est souvent pointée du doigt pour le manque d'efficience de son système et certains indicateurs – notamment les taux de dépistage – en-deçà des attentes malgré un niveau de dépense qui demeure élevé.

LA PRÉVENTION EST MOINS PRIORITAIRE QUE LE SOIN

FAUX

Le rôle de la prévention est majeur : chaque année en France, 140 000 personnes sont touchées par un cancer évitable. On estime que plus de 40 % des cancers sont attribués aux modes de vie et aux facteurs environnementaux. Le nombre élevé de maladies liées à des conduites à risques et les faibles taux de dépistage et de diagnostic illustrent notre difficulté à mettre en place une politique de prévention efficace et à promouvoir des comportements individuels adéquats.

La vaccination joue un rôle déterminant dans ce cadre. En Australie par exemple, le cancer du col de l'utérus est en passe de disparaître grâce à un taux de vaccination très élevé. En comparaison, la France reste défiante : 40 % des citoyens doutent de la sécurité des vaccins.

LES FRANÇAIS CONSOMMENT TROP DE MÉDICAMENTS

À NUANCER

Les Français ne sont plus les premiers consommateurs de médicaments en Europe mais restent dans la moyenne haute. En volume, la consommation reste relativement stable ces dernières années, mais le montant de dépenses associées, lui, continue effectivement d'augmenter. Cela s'explique notamment par l'augmentation des besoins de santé liée au vieillissement de la population et par la part importante représentée par les traitements innovants (notamment pour les maladies graves ou chroniques), très onéreux.

La France se distingue en revanche par une consommation importante d'antibiotiques, passant à l'échelle européenne de la 5e place en 2023 à la 2e place en 2024, ce qui alimente le risque de résistance des bactéries aux médicaments.

LES REPÈRES DE MONTAIGNE

PARTIE 2



DANS LE DÉBAT

L'IMPÉRATIF D'UNE STRATÉGIE POLITIQUE

La politique de santé ne peut plus se construire par des réformes éparses et successives comme elle l'est encore largement actuellement, mais **doit reposer sur une planification stratégique de long terme.** Affaiblie par ce défaut de projection, la politique de santé ne réalise plus la promesse d'un service public qualitatif et accessible à tous.

Les chantiers sont multiples : réponse à l'augmentation des besoins liés au vieillissement, attractivité et répartition des professionnels, freins à l'innovation, retard du virage préventif. La situation, préoccupante, se matérialise déjà par de fortes disparités d'accès aux soins sur le territoire et des conditions de prise en charge altérées, notamment dans les services d'urgences.

Dans ces conditions, les dépenses de santé augmentent, et le débat politique devient prisonnier de cette contrainte budgétaire. La politique de santé apparaît ainsi essentiellement dictée par les pistes d'économie identifiées par les gouvernements successifs, suscitant de nombreux débats chaque année et limitant l'acceptabilité d'un projet de santé global. Le défi budgétaire est bien réel : le déficit global, creusé dans le sillage de la crise du Covid-19 et des revalorisations exceptionnelles mises en place à sa suite, peine à se résorber.

Toutefois, **les discussions éludent souvent le lien intrinsèque entre santé et prospérité économique, qui peut générer un cercle aussi vertueux que vicieux. L'enjeu, à ce titre, n'est pas de se demander quels champs de la politique de santé peuvent être sacrifiés sur le plan budgétaire. Il consiste plutôt à identifier les leviers d'efficience et les investissements stratégiques** qui peuvent servir des objectifs ambitieux en matière d'espérance de vie en bonne santé et d'égalité d'accès aux soins.

Ce travail doit s'appuyer sur un **cadre pluriannuel indispensable** pour mener des réformes d'ampleur afin de tenir compte des évolutions, notamment démographiques et épidémiologiques, qui impacteront le système de santé à l'avenir pour assurer sa pérennité.

TOUR D'HORIZON DES **IDÉES QUI ANIMENT LE DÉBAT PUBLIC**

DANS LE DÉBAT

IDÉE DU DÉBAT N°1

UNE POLITIQUE CENTRALISÉE AUX SOINS ÉG

Quel parti pris ?

LE RATIONNEL

Les trois principes fondateurs de l'Assurance maladie – la solidarité, la qualité des soins et l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire – appellent une politique de santé centralisée. L'architecture même de son financement, socialisé entre l'ensemble des cotisants, nécessite la garantie d'une vision globale et d'une redistribution équitable.

Face à la magnitude des enjeux (prévention, évolution de l'offre de soins, équité sociale et territoriale, innovation) dans un cadre budgétaire contraint, les difficultés de notre système de santé exigent une **approche ambitieuse et systémique**.

Seul un pilotage fort au niveau de l'État, structuré autour d'objectifs évaluables, d'une stratégie pluriannuelle et d'une coordination interministérielle renforcée, permettra de mener à bien ces réformes structurelles.

Il s'agit également de s'intéresser aux comportements de santé dans une logique de prévention, à l'organisation de la formation et de l'installation des professionnels de santé, à la restructuration du maillage territorial, ainsi qu'à l'innovation comme levier clé d'accès aux soins.

DE SANTÉ POUR UN ACCÈS ALITAIRE

IDÉE N°1 DU DÉBAT

Cette stratégie prône un pilotage national fort pour garantir l'égalité d'accès aux soins et la qualité des soins prodigués. Fondée sur une stratégie de long-terme, elle mise sur des réformes structurelles, intégrant un virage préventif d'ampleur, une refonte de l'organisation des soins sur le territoire ainsi que du modèle de valorisation de l'innovation.

DÉFINIR UNE STRATÉGIE PLURIANNUELLE DE SANTÉ

La reprise en main d'une stratégie de santé de long-terme par l'État, déterminante pour assurer l'efficience du système ainsi que la soutenabilité des investissements nécessaires, repose sur une gouvernance repensée et un pilotage par objectifs. Ils sont la clef de voûte d'une politique de santé centralisée : ils garantissent la juste utilisation des deniers publics et évitent de laisser des politiques publiques inefficaces être pérennisées sur tout le territoire par manque d'évaluation.

Cette dernière s'articule autour d'une organisation interministérielle forte, à l'instar de ce qui a été mis en place pour la transition écologique, afin de garantir la cohérence des actions menées par les différents ministères (Éducation, Travail, Écologie, etc.).

L'approche « *Health in All Policies* », portée par l'OMS, repose sur le constat que les déterminants de la santé, qu'ils soient environnementaux, sociaux ou économiques, dépassent largement le seul périmètre du ministère de la Santé. Cette transversalité impose de **sortir d'une logique de silos pour intégrer l'impact sanitaire dans chaque arbitrage public**, que ce soit en matière d'éducation, d'urbanisme ou de conditions de travail et donc de se fonder sur une coordination interministérielle renforcée.

Elle passe par exemple par **la refonte du comité interministériel pour la santé** établi en 2014 et répond à la logique d'efficience préconisée par le HCAAM, qui propose **« d'élaborer, dans un cadre interministériel, une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé »**.

Ce levier d'action se centre autour d'une **réforme ambitieuse de la stratégie nationale**

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

de santé pour en faire l'outil de pilotage de toute la politique dans le domaine. De ce document unique émanera tous les autres textes ou plans en santé, y compris les LFSS annuelles. De manière cohérente avec cette organisation, la stratégie nationale de santé définit ainsi des priorités claires élaborées suite à une analyse fine des besoins des territoires et d'un travail prospectif pour prévoir les transformations à venir. Ce document **guidera l'action politique sur dix ans et intègrera des indicateurs précis** afin d'évaluer le déploiement des objectifs fixés et les enveloppes budgétaires afférentes.

DÉPLOYER UN GRAND PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION

FAIRE DE LA PRÉVENTION UN PILIER CENTRAL DU SYSTÈME DE SANTÉ

La prévention est érigée en priorité lisible et clairement identifiée des politiques publiques de santé. **« Mon espace santé » devient une plateforme dédiée à la prévention** et optimise son impact en se fondant sur les sciences comportementales, l'intelligence artificielle utilisant les données de santé disponibles, tandis que la plateforme **« Ameli » demeure concentrée sur le curatif**.

La stratégie de prévention se fonde sur 3 piliers clés : **améliorer l'accès au dépistage, agir sur l'alcool et limiter les taux de sucre**. Une feuille de route sur la prévention pluri-pathologique est également mise en place. Elle se fonde sur la compréhension des freins et des barrières à la prévention et propose des moyens de sensibiliser les Français aux enjeux préventifs, et prend pleinement en compte les inégalités de santé. En outre, une attention particulière est accordée à l'**amélioration de la couverture vaccinale, notamment pour les publics les plus à risques**, et une réflexion est engagée sur l'extension de la couverture à 100 % pour les vaccins obligatoires.

Finalement, l'accent est mis sur les vertus de l'activité physique et de **la lutte contre la sédentarité**. Aujourd'hui, environ la moitié des adultes en France n'atteignent pas les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique, et sont donc inactifs. Pourtant, son impact préventif est majeur : une pratique régulière diminue respectivement de 50 et 45 % l'apparition du diabète de type 2 ou d'un Alzheimer. Elle abaisse de 45 % le risque de récidive du cancer du sein, et de 31 % la perspective d'une ré-hospitalisation après un trouble cardio-vasculaire. **La mise en place, au plus tôt, de programmes intégrés au sein du parcours scolaire**, a démontré le potentiel de réversibilité de la forme physique, ce qui peut permettre d'ancrer des comportements vertueux.

ADAPTER LA RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU NIVEAU DE SERVICE RENDU

La qualité de l'accompagnement à travers les soins ou la promotion de la prévention est peu valorisée, alors qu'elle est un levier d'efficience pour le système autant que de bien-être pour les patients. La rémunération à l'acte, qui constitue aujourd'hui 89 % des honoraires des médecins, valorise d'abord l'acte médical (clinique ou technique) plutôt que l'accompagnement global du patient dans un parcours de soins, et notamment la prévention. Les rémunérations qui se fondent sur un forfait existent mais bénéficient principalement aux médecins généralistes et

ÉGALITAIRE

ne représentent que 16 % de leurs honoraires. Concrètement, la réforme introduit **une logique de rémunération fondée sur un triptyque : une part de rémunération à l'acte restreinte qui revalorise les consultations longues et complexes** et qui introduit une nomenclature spécifique pour la prévention (dépistage effectif, vaccination) ; **une rémunération forfaitaire élargie étendue aux médecins non traitants et aux spécialistes** dans le cas des maladies chroniques qui intègre une forte dimension populationnelle (complexité médicale, situation sociale, coordination du parcours) ; **une rémunération au service rendu** fondée sur des indicateurs clairs reposant sur l'expérience patient, les résultats cliniques.



LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

RÉGULER L'OFFRE LIBÉRALE POUR GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS SUR TOUT LE TERRITOIRE

Une réflexion de moyen et long-terme est engagée sur le plan de la régulation de l'installation des médecins libéraux, en complément des différentes mesures, dont certaines déjà engagées par le gouvernement au sein du Pacte de

La mesure phare de cette stratégie

Élaborer un Grand Plan de prévention national autour de trois piliers prioritaires

1 - Dépister au plus près des réalités

Suite à la nouvelle recommandation européenne, le dépistage organisé du cancer du sein est abaissé à 45 ans afin de répondre à l'augmentation des cancers chez les personnes jeunes. Ainsi, une récente étude a démontré que chez les femmes jeunes, les cancers du sein représentent le diagnostic le plus fréquent, avec une hausse moyenne d'environ +1,6 % par an entre 2000 et 2020.

2- Instaurer un prix plancher pour l'alcool

La consommation d'alcool ne fait pas à ce jour l'objet de mesures ambitieuses malgré un coût social estimé à 12 milliards d'euros par an. Dans une logique préventive, un prix plancher est instauré pour limiter la surconsommation d'alcool à bas prix. Cette politique, qui se fonde sur plusieurs études disponibles, permet en fonction du prix fixé, de baisser de 15 % le volume d'alcool acheté par ménage et abaisserait ainsi la mortalité des cancers liés à la consommation d'alcool de 20 %.

3 - Baisser les taux de sucre

Dans un contexte d'augmentation de l'obésité chez les plus jeunes, le plan prévoit à court terme une négociation d'un accord collectif avec les industriels commercialisant des confiseries, biscuits et chocolats sucrés, céréales de petit déjeuner, ou encore pâtes à tartiner et pâtisseries industrielles afin de parvenir à une réduction dégressive du taux de sucre. Sans accord, à moyen terme, une taxe sur les sucres est instaurée.

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

Lutte contre les déserts médicaux, dont la complémentarité est nécessaire. Actuellement, les incitations financières ne sont pas suffisantes pour attirer les médecins dans les zones sous-dotées et la majorité des aides fiscales se révèlent inutiles tandis qu'elles représentent 205M d'euros par an.

Une **consultation nationale** incluant notamment les représentants des usagers et des différentes professions médicales et paramédicales est mise en place pour **définir les modalités de la régulation de l'installation des médecins libéraux**. Cette dernière ne s'applique qu'aux générations de médecins dont la première année de formation est postérieure à l'adoption de la mesure, afin de garantir un contrat transparent. Les modalités de régulation pourront s'inspirer du dispositif de régulation dans les zones mieux dotées, similaire à celui qui prévaut actuellement pour les sage-femmes, les infirmières et les kinésithérapeutes. Ainsi, **toute installation dans ces zones est conditionnée à un départ, sur la base d'une autorisation délivrée par les ARS**. Les études concernant la mise en place du « zonage infirmier » depuis 2014 montrent qu'il réduit sensiblement les inégalités territoriales. Cette mesure s'inscrit dans une perspective de moyen et long-terme face à la potentielle sur-concentration de l'offre en territoire urbain, conséquente à l'augmentation à venir des effectifs.

RESTRUCTURER LE MAILLAGE HOSPITALIER

La qualité et la pertinence des soins prodigués est érigée comme boussole de l'accès aux soins, sur la base d'une **restructuration nationale** de l'offre, plus adaptée aux besoins de santé des populations. Le report de certains patients vers le système hospitalier conduit à une allocation non pertinente des ressources humaines et techniques. Dans un contexte de tension, la qualité des soins en établissement tend à se dégrader. On estime ainsi en 2025 à 22 milliards d'euros le coût des soins considérés comme « inutiles » ou à faible valeur dispensés dans les établissements de santé.

Cette nouvelle organisation prolonge l'effort engagé avec le plan « Ma santé 2022 », qui **adapte le maillage en distinguant le suivi de proximité et les soins spécialisés**, et introduit la labellisation des « hôpitaux de proximité ». Ainsi, les **petits hôpitaux et établissements ayant des seuils d'activité insuffisants sont transformés en structure de proximité, axées sur la médecine générale, le suivi des pathologies chroniques et le maintien en autonomie**.

De fait, aujourd'hui, 50 % des lits d'hôpital sont occupés par des personnes de plus de 65 ans et l'augmentation des passages aux urgences est intrinsèquement liée à l'augmentation des maladies chroniques, dont le suivi doit être amélioré. **Les moyens sont ainsi concentrés sur des hôpitaux de recours équipés d'un « plateau technique » spécialisé**, qui garantissent un niveau de sécurité et de qualité des soins plus élevé. Une étude précise devra être conduite par le ministère de la Santé permettant d'identifier les activités de soins des différents établissements et de **proposer un nouveau maillage territorial afin de combiner prise en charge de proximité et regroupement des actes les plus techniques**.

Enfin, une stratégie nationale pour le **déploiement des soins ambulatoires et à domicile en ville** est mise en place. Ces pratiques, qui se fondent notamment sur la coopération des différents professionnels,

ÉGALITAIRE

dégagent du temps médical, sont appréciées des jeunes professionnels et améliorent la soutenabilité du système. La Haute autorité de santé construit et diffuse des protocoles de prise en charge ambulatoire par pathologie et l'exercice coordonné est valorisé et intégré au sein de la part de rémunération forfaitaire nouvellement créée. Une cartographie des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux est mise à disposition par chaque CPTS à destination des citoyens afin de garantir la lisibilité des parcours de soins.



VALORISER L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE

Sanctuariser un budget pluriannuel pour permettre l'accès à l'innovation et ne pas être dépendant des contraintes budgétaires de court terme en élaborant une loi de programmation pour l'innovation en santé. Cette dernière donnera de la lisibilité aux acteurs et assurera que la clause de sauvegarde chaque année ne devienne pas une variable d'ajustement pour parvenir à l'équilibre budgétaire.

Par ailleurs le déploiement limité de l'évaluation médico-économique et la difficulté à valoriser les économies indirectes ne permettent pas aujourd'hui de pleinement tenir compte des effets bénéfiques de l'innovation comme la réduction des durées d'hospitalisation. Cette évaluation est aujourd'hui permise uniquement pour certaines molécules particulièrement innovantes mais elle est par exemple totalement absente pour certains vaccins qui peuvent considérablement modifier les soins et limiter les coûts de prise en charge. Cette absence de prise en compte de la valeur globale de l'innovation ne crée pas un cercle vertueux de recherche. **Une nouvelle logique s'éloignant du seul bénéfice clinique permettrait de mieux gérer l'accès aux médicaments innovants**, dans une situation concurrentielle accrue à l'échelle internationale. Il convient donc de prendre en compte les données de vie réelle comme outil d'évaluation, essentielles pour identifier la pleine valeur des médicaments. En parallèle, l'intégration **de l'expérience patient au sein du processus d'évaluation** est améliorée, via le recours de témoignages directs, afin d'apprécier l'innovation au-delà du seul bénéfice clinique. Enfin, la prise en compte du caractère industriel dans la tarification permise par la LFSS 2022 doit être renforcée alors qu'en 2024, seuls 4 produits ont bénéficié d'une valorisation à ce titre.

De plus, la dynamique actuelle qui pousse vers **la distribution des génériques en France doit être limitée aux intérêts médicaux** et non économiques et le médecin devrait redevenir garant du souhait de prescription.

Enfin, les délais d'accès sur le marché et les difficultés administratives devront également faire l'objet d'une évaluation fine afin de définir la place de la France par rapport aux pays européens voisins mais aussi de faciliter les processus lorsque cela est possible. Dans cette logique, la réflexion permettant de **rapprocher HAS et ANSM** paraît pertinente.

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

Ce qu'on a déjà su mettre en place, en France ou ailleurs

Une vision de long terme

À l'image du *Long Term Plan* du NHS anglais, certains pays adoptent une vision prospective de leur système de santé sur dix ans. Cette stratégie intègre de manière transverse le financement, les ressources humaines et l'organisation pour bâtir un modèle résilient et durable. Les priorités sont claires : sécuriser les budgets de long terme pour piloter des réformes structurelles, telles qu'un plan de recrutement massif, le déploiement des nouvelles technologies, des programmes de prévention pour limiter les inégalités de santé et la modernisation numérique des échanges patients-soignants. Par ailleurs, il examine les politiques mises en œuvre par la passé et leurs résultats afin de motiver la poursuite de ces dernières ou bien le déploiement de nouvelles réformes. L'Australie s'inscrit dans une démarche similaire avec le *Long Term National Health Plan*. Une stratégie décennale autour de quatre piliers transversaux : la santé mentale, l'accessibilité des médicaments, l'aide à l'innovation et la consolidation du réseau hospitalier avec des enveloppes dédiées.

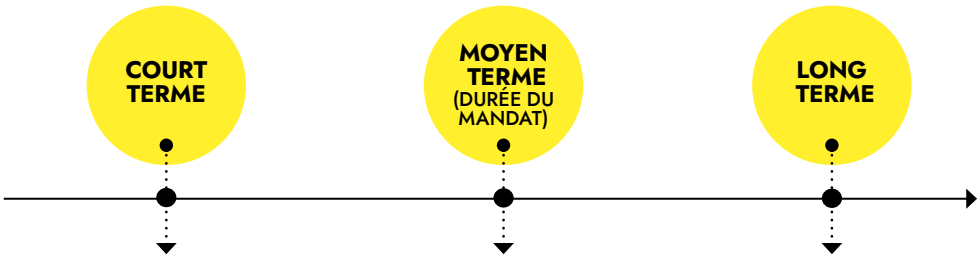
Une lutte contre la consommation d'alcool

L'Écosse a fait figure de pionnière en instaurant, en mai 2018, un prix unitaire minimum à 0.50 £ par unité d'alcool (10 ml ou 8 g d'alcool pur). Une récente étude dans *The Lancet* a démontré l'utilité de cette mesure pour réduire les inégalités de santé et les impacts sanitaires liés à l'alcool avec une réduction de 13,4 % des décès totalement attribuables à l'alcool et à une diminution de 4,1 % des hospitalisations liées à des maladies chroniques de l'alcoolisme. L'Irlande a introduit une politique similaire avec un prix minimum de 0.10 € par gramme d'alcool en 2022. Enfin, le Pays de Galles vient en février 2026 d'introduire une augmentation du prix minimum de vente d'alcool à 0.65 £ par unité d'alcool.

ÉGALITAIRE

GOUVERNANCE ET FAISABILITÉ

Quelle gouvernance et temporalité ?



La construction de la stratégie nationale de santé, qui fait de la prévention un pilier du système, est entamée dès le lendemain de l'élection afin d'orienter les débats budgétaires de l'automne et impulser un cap pour le quinquennat. Une loi de programmation pour l'innovation est présentée l'année suivante.

Les leviers d'incitations auprès des professionnels de santé pour les actes de prévention sont votés à l'automne à l'occasion du PLFSS.

Un projet de loi est soumis au vote parlementaire pour instaurer un prix minimum de l'alcool, selon les modalités retenues par le vote des parlementaires.

La négociation sur les taux de sucre est finalisée et une taxation est mise en œuvre selon les modalités retenues.

Les évaluations médico-économiques sont renforcées et une nouvelle méthode d'analyse des bénéfices de l'innovation est déployée.

Suite à la consultation nationale sur la régulation de l'installation lancée au début du quinquennat et sur la base de l'évaluation des dispositifs en place, de nouvelles voies de réformes sont proposées.

La réforme aboutie du maillage territorial, qui nécessite une réorganisation et modification des infrastructures, est concrétisée à horizon cinq ans.

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

Combien cela coûterait approximativement ?

GAIN +

430 M€

Axe 1 - Définir une stratégie pluriannuelle de santé : Coûts constants

Axe 2 - Grand plan national de prévention : Gain total 430M€

· Étendre le dépistage du cancer du sein aux femmes à partir de 45 ans : Coût 75 M€

En intégrant que 47,7 % des femmes adhèrent aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein et que 15 % le font de manière opportuniste ; 2 157 000 femmes ont entre 45 et 49 ans en France et le dépistage a lieu une fois tous les deux ans ; le prix d'une mammographie étant de 66,42 €, le rendez-vous chez un médecin généraliste 30 € et la seconde lecture (15 €).

Le surcoût d'étendre le dépistage serait ainsi de 111,42 € x ((47,7 %+15 %) x (2 157 000/2)) = 75 M€

· Taxe sucre : Gain entre 500 et 600 M€

Pour l'année 1, les gains d'une telle taxe s'élèvent à 560 millions d'euros. En intégrant une marge d'erreur, le montant potentiel des gains permis par la taxe pourrait être compris entre 500 et 600 millions d'euros. Les catégories retenues sont les suivantes : les confiseries, les biscuits sucrés, les céréales de petit déjeuner, les chocolats et pâtes à tartiner, les viennoiseries et les pâtisseries industrielles. Les seuils retenus sont de 0-20 % de taux de sucre pour 100 g : 0 €, 20-30 % de taux de sucre pour 100 g : 0,48 € / kg et plus de 30 % de taux de sucre pour 100 g : 0,64 € / kg. En prenant l'hypothèse que 100 % de la taxe sera répercutée dans les prix, on obtient une inflation moyenne de 6 % sur ces catégories (allant de 0 % pour les viennoiseries à 9 % pour la biscuiterie sucrée). En prenant l'hypothèse d'une élasticité prix de -0,8, la taxe entraînerait une baisse de la consommation de ces catégories de -4,4 % en moyenne (de 0 % pour les viennoiseries à 7 % sur la biscuiterie sucrée).

· Instaurer un prix plancher pour l'alcool : 0 €

ÉGALITAIRE

Le coût de l'intervention du prix plancher de l'alcool est négligeable : une modélisation réalisée par une étude estime que l'instauration d'un prix plancher en France, suivant l'application actuelle réalisée au Royaume-Uni, coûterait 0,07 euros par habitant (dépenses d'administration, planification et suivi de mise en œuvre au niveau national). Toutefois, et outre les gains individuels pour leur santé, cette mesure génère des économies à l'échelle du pays : en matière de dépenses de santé, l'instauration d'un prix minimum permettrait d'économiser 237 millions d'euros par an en moyenne sur une période de 30 ans.

Axe: 3 - Coûts constants voire financements additionnels avec la suppression de certaines incitations inefficaces

Axe 4 - Valoriser l'innovation thérapeutique : Coûts constants

Faisabilité et arbitrages

FAISABILITÉ

La faisabilité des différents axes de cette stratégie est vérifiable.

ARBITRAGES MAJEURS

Les arbitrages financiers nécessitent de considérer des investissements de court terme pour la prévention et l'innovation en santé : deux axes majeurs aux effets de long terme.

Les leviers d'incitation visant à améliorer la prévention (vaccination et dépistage notamment) peuvent être coûteux selon les modalités retenues et doivent donc être considérés en parallèle d'autres arbitrages en faveur de la prévention et aux gains de court terme tels que la taxe sucre par exemple.

POINTS DE TENSION

La régulation de l'installation est source de tensions entre l'exécutif et les professionnels de santé, qui considèrent la liberté d'installation comme un pilier de leur exercice libéral.

Le prix plancher pour l'alcool et la taxation sur le sucre peuvent être sources de tensions entre les industriels du secteur, les élus locaux et les pouvoirs publics.

La révision du maillage hospitalier et la transformation, voire dans certains cas, la fermeture des petits hôpitaux, suscite parfois des tensions pour les citoyens et les professionnels, pour qui ces structures représentent la garantie d'une santé de proximité sur leur territoire.

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

DANS LE DÉBAT

IDÉE DU DÉBAT N°2

UNE POLITIQUE AU PLUS PROC

Quel parti pris ?

Le rationnel

Le système de santé repose sur une approche encore trop centralisée et homogène, qui ne permet pas de répondre à la diversité des besoins des Français selon leurs territoires et leurs situations de vie. Or, la politique de santé suppose une compréhension fine des déterminants de santé : comportements individuels, facteurs environnementaux et psychosociaux… La pertinence des politiques repose sur une implication forte des acteurs de proximité et une lecture plus fine des besoins locaux. Cette approche s'inscrit cependant dans un cadre étatique donné qui fixe les objectifs, les seuils de couverture et les modalités d'évaluation.

Cette stratégie politique implique une gouvernance plus partagée et une meilleure prise en compte des réalités de terrain et des parcours de vie, **en créant des programmes de santé à l'échelle des bassins de vie**. Aujourd'hui, les dispositifs de démocratie en santé et de territorialisation de l'action publique (ARS, CPTS) restent partiels et n'associent pas suffisamment l'ensemble des parties prenantes : usagers, professionnels de santé, collectivités, mutuelles et acteurs privés. Il est donc nécessaire de rapprocher la décision publique des réalités de terrain, en impliquant davantage l'ensemble des acteurs et en les outillant pour adapter le système au plus près des besoins.

DE SANTÉ
HE DU TERRAIN

IDÉE N°2 DU DÉBAT

De plus, améliorer l'accès aux soins des citoyens impose d'adopter une approche plus structurelle pour garantir des résultats pérennes. Cela implique de relier directement l'offre de soins aux évolutions démographiques et sociales, en renforçant l'attractivité des territoires pour inciter les professionnels à s'y installer durablement et en diversifiant les localisations des formations de santé sur l'ensemble du territoire.

Ce nouveau paradigme d'une santé de proximité repose aussi sur l'enracinement d'une culture commune de la prévention sur le terrain, pour garantir sa bonne appropriation.

Cela passe par la sensibilisation et l'outillage de l'ensemble des acteurs (usagers, médecine scolaire et du travail) et la systématisation des actions de prévention lors des contacts avec le système de santé. Le développement du numérique est guidé par les besoins concrets, pour en faire un véritable levier d'accès aux soins dans tous les territoires.

CO-CONSTRUIRE LA POLITIQUE DE SANTÉ FRANÇAISE

CRÉER UNE CONCERTATION MULTIPARTITE DANS LA PRISE DE DÉCISION EN SANTÉ

Sur la base du modèle allemand, un comité de concertation réunissant divers représentants des parties prenantes du système est complémentaire au schéma décisionnel de l'Assurance maladie sur la constitution du panier de soins. Éphémère, ce comité ne constitue pas une structure supplémentaire mais réunit annuellement des représentants issus des structures existantes (fédérations hospitalières, instances de démocratie en santé, CEPS, HAS, agences de l'État, services déconcentrés). Il est par ailleurs entendu, à titre consultatif, en amont du vote du PLFSS. Aujourd'hui, l'État et l'Assurance maladie demeurent les principales instances de décision en matière d'organisation du système, de définition des modalités de prise en charge et de

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

remboursement. **L'inclusion des différents acteurs** possède à la fois la vertu de **garantir une meilleure adéquation entre les modalités de prise en charge et les réalités issues du terrain**, tout en desserrant la pression financière exercée sur l'assurance maladie en offrant potentiellement un rôle accru aux organismes complémentaires. Elle ouvre la voie à une réflexion collective et démocratique sur la soutenabilité du système.

INTÉGRER LA PERSPECTIVE DES PATIENTS AU SEIN DU SYSTÈME

Le rôle des citoyens comme partie prenante du système de santé est réaffirmé, afin de faire des citoyens des acteurs de leur propre santé et contribuer à la soutenabilité de l'offre. Cela correspond à une demande forte : un tiers des patients aimeraient que leur médecin les encourage davantage à poser des questions. Le système incite à **mettre en place la logique du patient partenaire**, un patient qui transforme son « expérience vécue de la maladie en expertise au service de la collectivité ». Elle est permise par l'incitation accrue à **l'intégration des** *Patient-Reported Outcomes* **(PROs), des questionnaires qui permettent d'intégrer les résultats des soins perçus par les patients dans l'évaluation des stratégies thérapeutiques et des PREMs** (*Patient Reported Experience Measures*), qui recueillent à la fois la satisfaction et l'expérience des patients. Pour ce faire, une mission d'information sur la mise en place d'incitations « positives » et « négatives » sur le remplissage des questionnaires « E-statis » est réalisée par l'IGAS. Par ailleurs, **l'extension de la part de rémunération fondée sur le service rendu** valorise l'expérience patient et permet d'augmenter la pertinence et donc, l'efficacité de l'offre de soins. Enfin, **la construction des indicateurs de qualité et de sécurité des établissements** est élargie : la part de mesure des résultats des soins prodigués, qui s'élève aujourd'hui à 10 % est *a minima* doublée, et la méthode de calcul des indicateurs est revue par la HAS afin d'intégrer les retours patients.

INSTITUTIONNALISER LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES

Le modèle de responsabilité populationnelle, qui consiste à **attribuer la responsabilité de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire** est institutionnalisé et systématisé sur l'ensemble du territoire national, dans le cadre de la prise en charge des pathologies chroniques. Actuellement, les pathologies chroniques concernent 25 millions de personnes en France et leur prise en charge représente 62 % des dépenses de l'Assurance Maladie. L'efficacité et la pertinence d'une stratégie de prévention et de maintien en santé dépend d'une compréhension fine des déterminants de santé de la population et repose sur une coordination locale des acteurs et des parcours répondant aux enjeux propres de chaque bassin de vie.

L'expérimentation de la Fédération Hospitalière de France, menée dans cinq territoires ciblant le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque, affiche des résultats éloquents. En moyenne, on observe sur ces territoires

une réduction de 33 % de la part des séjours de patients diabétiques qui entrent par les urgences, une augmentation de plus de 20 % de la part de séjours ambulatoires, et une diminution de moitié des longs séjours pour les patients atteints de diabète.

En se fondant sur la même méthodologie, **un schéma de responsabilité populationnelle est conçu à l'échelle de chaque communauté professionnelle territoriale de santé** (CPTS). Il cible les trois pathologies chroniques dont la prévalence est la plus élevée dans le bassin de vie. Le chef de file du programme est défini de manière autonome par les acteurs concernés (association *ad hoc*, GHT, CPTS). L'ARS s'assure de la mise en place du modèle dans chaque CPTS et conduit l'évaluation des dispositifs.



METTRE LA SANTÉ AU CŒUR DU QUOTIDIEN

DÉPLOYER UNE STRATÉGIE NATIONALE DE LITTÉRATIE EN SANTÉ, INTÉGRANT UN « ASSR SANTÉ »

La « Stratégie nationale pour la littératie en santé » s'organise autour d'actions clés pour responsabiliser les citoyens, accroître la transparence financière et généraliser la prévention en milieu scolaire.

Le plan d'action opérationnel intégrant l'ensemble des données chiffrées :

· **Ambassadeurs de santé** : Déployer des acteurs de terrain pour diffuser des messages de prévention ciblés selon le profil des usagers (âge, catégorie socio-économique, risques).

· **Transparence financière** : Communiquer systématiquement le coût réel des soins prodigués (hors ALD et maternité) ainsi que le montant des cotisations citoyennes versées.

· **Culture numérique et des données** : Former les usagers à la littératie numérique pour encourager le partage de données pour la recherche et la numérisation du système.

· **Création de l'ASPS (Attestation Scolaire de Prévention et Santé) construit sur le modèle de la prévention routière** : Cette dernière est déclinée en 2 niveaux au collège :

· **Niveau 1** (classe de 6ème) : Focus sur la prévention (vaccins, dépistage) et l'activité physique pour lutter contre la sédentarité :

· 37 % des enfants de 6 à 10 ans n'atteignent pas les recommandations d'activité physique.

· 73 % des jeunes de 11 à 17 ans sont également en dessous des seuils recommandés.

· 5 millions de décès par an pourraient être évités dans le monde en respectant les recommandations de l'OMS.

· **Niveau 2** (classe de 3ème) : Préparation à l'usage autonome du système de soins (compréhension d'une ordonnance, parcours de soins).

· **Pilotage :** Programme dispensé en lien avec le personnel de médecine scolaire, un référent en établissement et un coordonnateur académique. Il est intégré dans le code de l'éducation.

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

FAIRE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LA MÉDECINE SCOLAIRE LES PORTES D'ENTRÉE DU PARCOURS DE SANTÉ

La médecine du travail et la médecine scolaire sont réinvesties et dotées des moyens nécessaires pour construire une culture de la promotion de la santé au plus proche du quotidien des individus, alors qu'enfants et actifs passent une part significative de leur temps d'éveil à l'école et sur leur lieu de travail. Actuellement la visite médicale obligatoire de sixième année n'est ainsi effective que pour 20 % des élèves. Concernant la santé et la prévention au travail, moins de la moitié (40 %) des services de santé et de prévention au travail interentreprises affirment avoir réalisé des actions « relatives à la prévention des cancers, maladies chroniques évolutives et maladies cardio-vasculaires » et seuls un peu plus d'un tiers (respectivement 34 % et 37 %) évoquent la sensibilisation à la pratique sportive et aux campagnes de dépistage.

Pour renforcer ces canaux de promotion de la santé, une attention particulière est portée à l'attractivité de ces professions, et au déploiement du partage de compétences aux infirmiers, notamment *via* la **création de statuts d'infirmier en pratique avancée**, face aux taux de vacance importants de la médecine scolaire et du travail. La stratégie issue des Assises de la Santé scolaire conclues en mai 2025 et focalisée sur la santé mentale, est élargie en une **stratégie globale pour la promotion de la santé en milieu scolaire**. Elle acte notamment la création de l'ASPS. Concernant la médecine du travail, **la mise en place d'un cahier des charges précis, intégrant des objectifs de santé publique prioritaires, favorise la systématisation des actions préventives**. Les ambitions relatives aux rendez-vous de prévention et d'information, notamment en matière de fréquence et de contenu sont étendues, et intègrent un « Check Santé ». Ce plan est associé à une stratégie au sein de France Travail, afin que les populations durablement éloignées de l'emploi puissent bénéficier de dispositifs analogues.

METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DU *« MAKING EVERY CONTACT COUNT »*

En s'inspirant de la stratégie britannique, une politique de mobilisation de l'ensemble des médicaux et paramédicaux est mise en place afin de profiter de chaque opportunité de contact avec le système de santé pour faire de la prévention. Elle se fonde notamment sur le **remplissage systématique d'un Check-Santé unique, réalisable en une minute** et adaptable aux différentes spécialités et professions, qui mutualise les questionnaires existants sur la prévention en se fondant sur les principaux déterminants de santé. Le conditionnement du remplissage du questionnaire pour obtenir un rendez-vous est étudié.

IDÉE N°2 DU DÉBAT

ADAPTER L'OFFRE DE SOINS AUX RÉALITÉS DÉMOGRAPHIQUES, TERRITORIALES ET SOCIÉTALES

ATTIRER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES SOUS-DOTÉS

Un plan d'**attractivité de la pratique médicale dans les territoires sous-dotés** est mis en place et doté de moyens dédiés. L'installation des **centres de santé salariés et de groupements pluridisciplinaires, plébiscités par les jeunes médecins**, est ainsi soutenue de manière prioritaire par les ARS locales, y compris financièrement. Le déploiement des outils technologiques innovants est également priorisé dans ces territoires pour garantir une pratique moderne.

Des **stages obligatoires de deuxième et troisième cycle au sein des territoires sous-dotés** sont intégrés dans la formation de médecine afin de favoriser leur potentielle installation dans ces territoires. Récemment, deux réformes majeures visent à renforcer la présence médicale dans les déserts médicaux : la création d'une quatrième année d'internat de médecine générale pour laquelle les « docteurs juniors » sont incités à la réaliser en zones sous-denses, et l'instauration d'une « mission de solidarité territoriale » qui oblige les médecins libéraux installés dans les zones

La mesure phare de cette stratégie

CRÉER DES CAMPUS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES TERRITOIRES

Un médecin généraliste sur deux exerce à moins de 43 km de son université d'internat.

Or, le maillage territorial des universités de médecine ne permet pas aujourd'hui de pleinement répondre à l'enjeu de l'accès aux soins. Ainsi dans la lignée des engagements pris à travers le Pacte de lutte contre les déserts médicaux, il est proposé de créer des antennes satellites des universités de médecine.

Ces « Campus Med-Gé Territoires » abritent **la première année de médecine dans chaque département** tel que cela est préconisé par les pouvoirs publics.

Deux campus expérimentaux viseront à dispenser également l'entièreté d'une formation d'**internat en médecine générale**, ne nécessitant pas de CHU à proximité.

Le campus est rattaché au centre hospitalier intercommunal ou tout autre établissement de santé local.

La création de ces établissements intègre un quota de boursiers, repose sur un diagnostic des besoins locaux et est soumise à une autorisation des ARS.

Un investissement initial est prévu pour équiper le centre de formation en équipements innovants afin d'attirer les étudiants vers une formation de pointe.

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

bien dotées à réaliser deux jours de consultation par mois dans les zones prioritaires. Ces expérimentations sont poursuivies et rigoureusement évaluées afin de déterminer leur bénéfice et leur potentielle extension.

RENFORCER LES MISSIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PRÉSENTS DANS LES TERRITOIRES SOUS-DOTÉS

Afin de mobiliser les kinésithérapeutes, infirmiers, sage-femmes et pharmaciens soumis à des règles d'installation et *de facto* présents sur ces territoires, le partage de compétences est développé, notamment en lien avec la prévention, la gériatrie et les pathologies chroniques. En particulier, **l'habilitation de ces professions à dispenser les bilans prévention** est rendue effective. La **« consultation infirmière » est étendue à d'autres motifs prioritaires validés par la HAS**, comme le retour d'hospitalisation post AVC ou la prévention en santé mentale. Enfin, la réforme sur l'accès direct aux kinésithérapeutes est accélérée et menée à son terme.

TERRITORIALISER LA FORMATION POUR ATTAQUER LE DÉSÉQUILIBRE À LA RACINE

La **formation est réformée en faveur d'une meilleure représentativité des étudiants issus des zones sous dotées** dans les études médicales. Actuellement, un cinquième de la population de professionnels médicaux est issu d'une zone sous-dotée alors que les personnes qui y résident représentent un tiers de la population générale. Or, le lieu d'origine des médecins généralistes est le premier déterminant de leur installation en zone sous-dotée, et la moitié des médecins exercent de fait à moins de 85 km à vol d'oiseau de leur commune de naissance. Ainsi, une hausse de 5 % d'étudiants en médecine issus de zones rurales entraînerait une hausse de 13 % de souhait d'exercice. L'orientation et la réussite des étudiants issus de zones sous-dotées est ainsi soutenue grâce à la mise en place systématique d'une filière « santé » dans ces territoires, et au déploiement des dispositifs spécifiques d'égalité des chances au sein de ces établissements s'inspirant du programme « Cordées de la Réussite ». Les **bourses d'études financées par l'État**, dont l'efficacité a été démontrée, sous réserve d'un plafonnement de leur durée sont renforcées et alimentées par la suppression des aides à l'installation non pertinentes.



FAIRE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ UNE CHANCE POUR LES TERRITOIRES

L'intelligence artificielle peut être un outil majeur pour les professionnels de santé, notamment pour l'amélioration du diagnostic. Ainsi, l'IA en outil de triage augmente le nombre de cancers détectés et diminue de 50 % la nécessité d'une double lecture humaine par des radiologues, assurant un gain de temps médical non négligeable spécifiquement dans les territoires en tension. Enfin, certains outils aujourd'hui déployés auprès des professionnels de santé leur permettent un gain de temps majeur tels que les assistants téléphoniques et de consultation qui génèrent une synthèse en moins de 15 secondes. Il est donc crucial de **renforcer encore davantage le déploiement de ces outils et leur assimilation auprès des acteurs de terrain** et les citoyens pour assurer leur acceptabilité vers ces nouveaux usages.

La **téléconsultation et les dispositifs de télésurveillance pourraient également pallier une offre de soins inégale sur le territoire** mais cela nécessitera que les citoyens les plus éloignés des soins aient accès à ces innovations et s'en saisissent avec confiance. Bien que l'utilisation de la téléconsultation augmente, cela a principalement lieu dans les zones urbaines et répond davantage à une logique de commodité que d'accès aux soins. Ainsi, l'Île-de-France est par exemple le territoire où cette offre est la plus développée. Ainsi, en 2023 alors que la part moyenne nationale des téléconsultations dans l'offre de consultation était de seulement 1,9 %, elle représentait 10,5 % de l'offre de consultation en IDF. Un outillage particulier doit donc être pensé pour les territoires sous dotés avec par exemple un déploiement privilégié des bornes de téléconsultations en pharmacie dans les zones de désert médical.

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

Ce qu'on a déjà su mettre en place, en France ou ailleurs

Making every contact count (MECC) : une initiative britannique exportée à Angers

La démarche britannique *Making every contact count* MECC repose sur l'idée que « chaque interaction [avec un professionnel de santé] est une opportunité de prévention ». Le CHU d'Angers met en œuvre depuis 2021 une expérimentation inspirée de cette politique afin de prolonger les actions de repérage et de détection en place. Les études ont ainsi révélé qu'une intervention très rapide, inférieure à trois minutes, par un professionnel de santé sur la prévention du tabagisme augmente de manière significative les chances d'arrêt du tabac : de 22 % à moins de 6 mois et de 17 % à plus de 6 mois.

Singapour : le numérique au service de la prévention

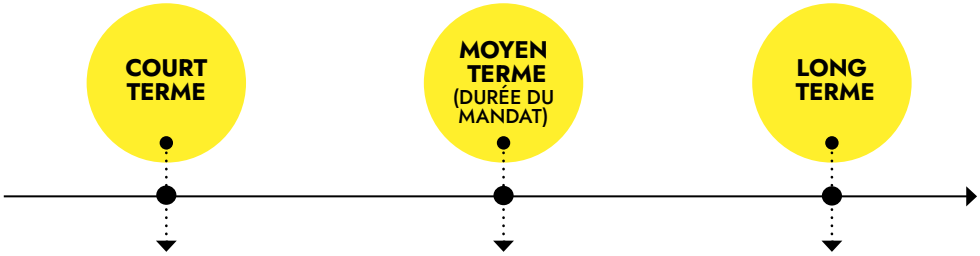
La stratégie de Singapour en matière de prévention repose sur un virage numérique ambitieux. À partir de 2027, le pays déploiera une prévention personnalisée fondée sur l'intelligence artificielle, avec des systèmes prédictifs capables d'identifier précocement les individus vulnérables au diabète ou à l'hyper-cholestérolémie et d'annualiser leur suivi médical, actuellement prévu tous les trois ans. D'une manière plus générale, Singapour est le deuxième pays au monde qui utilise le plus les agents d'IA. Le pays dispose d'une stratégie nationale pour développer l'IA et prévoit d'investir 1 milliard de dollars dans la recherche pour les cinq ans à venir.

Des facultés satellites de l'Université de McGill, au Québec

Afin d'accroître l'accès aux soins et améliorer le recrutement et la rétention des professionnels dans les territoires les moins bien dotés, le gouvernement de Québec a soutenu l'implantation de plusieurs « antennes satellites » de l'Université McGill, permettant de réaliser l'entièreté de la formation de médecine générale au sein de ce territoire. 40 % des effectifs formés au sein de ces territoires seraient ainsi restés en place exercer au sein de ces territoires, selon la ministre de la santé.

GOUVERNANCE ET FAISABILITÉ

Quelle gouvernance et temporalité ?



Le comité de concertation multipartite est réuni dès la première année.

La mission sur les incitations à compléter les formulaires patients est confiée à l'IGAS par le ministre de la Santé.

La stratégie de littératie en santé est construite dans les premiers mois et l'introduction de « l'ASPS » est votée dans le PLFSS 2027. Les dispositifs d'ouverture des professionnels vers les territoires sont reconduits dans le PLFSS 2027 et les modalités d'évaluation précisées. Le prolongement du partage de compétences y est intégré.

Après avoir conçu l'outillage adapté, les CPTS se voient confier la mise en place d'un schéma de responsabilité populationnelle pour le maintien en santé du bassin de vie.

Le « check santé » est progressivement systématisé après des expérimentations préalables sur sa forme la plus adéquate.

Le soutien financier des ARS aux centres de santé et aux groupements pluridisciplinaires dans les territoires sous-dotés transforme l'attractivité de la pratique.

Les dernières antennes de formation de médecine sont déployées dans les territoires encore en tension afin que tous les départements en soient dotés.

Chaque CPTS comporte un nombre défini d'outils de téléconsultations, et des formations auprès des publics encore éloignés de ces outils sont proposées par ces dernières en lien avec leur mission de responsabilité populationnelle.

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

Combien cela coûterait approximativement ?

12,4 M€

par an

Axe 1 - Co-construire la politique de santé française : Coûts constants

Axe 2 - Prévention : coût de l'ASPS : 4,8 M€ / an

Axe 3 - Campus Médecine générale de Territoires : 3,8 M€ la première année par campus (prévoir deux campus pour expérimenter)

Campus Médecine générale de Territoires

Estimation budgétaire calculée à partir d'un cas théorique : modélisation d'un Campus à Alençon (désert médical) rattaché à l'Université de médecine de Caen.

· Construction d'un pavillon pédagogique au sein du Centre Hospitalier Intercommunal d'Alençon-Mamers - CHICAM : 3,1 M€

· environ 2,1M€ pour la construction d'une annexe de 1 000 m² sur le site du CHICAM avec amphithéâtre hybride pour les cours en visioconférence, salles de travaux dirigés et bureaux administratifs).

· installation d'un centre de simulation médicale de pointe (sur l'exemple canadien) : 1 M€.

· Coût de fonctionnement annuel : 770 000 € (une équipe académique composée d'un Professeur des Universités en médecine générale, d'un Maître de Conférences et de deux Chefs de Clinique en Médecine Générale, tout en intégrant des primes d'attractivité pour les Maîtres de Stage Universitaires du territoire).

· Deux maisons des internes existant déjà sur le territoire viseront à loger les étudiants sans coût supplémentaire.

Un gain économique pourrait être réalisée en formant des partenariats avec l'IFSI du territoire pour partager les équipements innovants.

Axe 4 - Plan numérique : dans le budget actuel des établissements, des financements de la stratégie du numérique en santé ou à travers le plan de déploiement IA dans l'ensemble de la fonction publique (cf. *note Fonction publique*)

Faisabilité et arbitrages

FAISABILITÉ

La faisabilité de la recommandation relative à la responsabilité populationnelle représente la réforme organisationnelle la plus lourde et potentiellement la plus complexe à déployer (en raison notamment du temps d'appropriation par les acteurs, outillage, accès aux données). Toutefois, les expérimentations en cours prouvent qu'elle est tout à fait réalisable.

Les autres pans de cet axe sont faisables.

ARBITRAGES MAJEURS

Si la priorité est de réinvestir la médecine scolaire et la médecine du travail comme acteurs centraux de la prévention, un arbitrage financier leur donnant les moyens d'agir est nécessaire.

Le coût des formations dans les territoires nécessitent un arbitrage en faveur d'une priorité d'investissement pour lutter contre les déserts médicaux par ce levier.

POINTS DE TENSION

Le partage de compétences, nécessaire pour étendre les missions des professionnels de santé dans les territoires sous-dotés, peut se heurter à un corporatisme médical important.

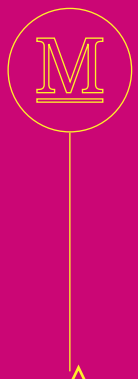
De même, l'obligation de réaliser des stages en zone sous-dotée peut être mal accueillie par les étudiants.

La mise en œuvre de l'ASPS au sein du parcours scolaire peut s'avérer complexe, compte tenu de la multiplication des attentes à l'égard de l'école.

Ces idées sont celles qui animent le débat public. Vous trouverez la recommandation de Montaigne en partie 3.

LES REPÈRES DE MONTAIGNE

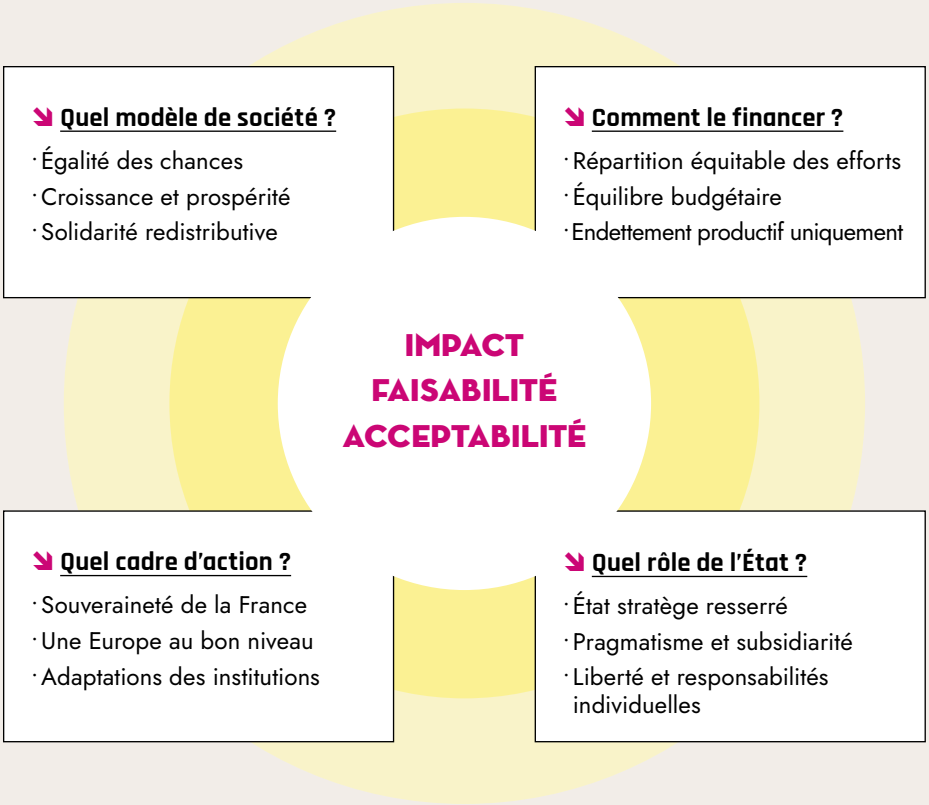
PARTIE 3



LA RECOM-MANDATION DE MONTAIGNE

NOS PRINCIPES D'ARBITRAGES

Pour ses propres recommandations, l'Institut Montaigne a structuré sa grille de réflexion selon les principes suivants :



LA VOIE CHOISIE PAR L'INSTITUT MONTAIGNE

NOTRE RECOMMANDATION

UNE IMPULSION NATIONALE AU SERVICE DES RÉALITÉS TERRITORIALES

POURQUOI CETTE VOIE ?

COMMENT NOUS AVONS ARBITRÉ, LA JUSTIFICATION DES CHOIX

Les limites de la vision court-termiste de notre modèle de santé, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, ainsi que le risque d'une médecine à deux vitesses imposent de traiter 4 niveaux de problématique :

- la mise en place d'un projet national de santé, pour proposer une stratégie claire vers l'avenir ;
- la prévention, pour agir aujourd'hui plutôt que de tenter de guérir demain ;
- l'innovation, pour améliorer les prises en charge ;
- l'organisation territoriale, pour accompagner les citoyens partout sur le territoire.

Le constat est clair : **l'accès aux soins ne pourra être garanti que si un pilotage stratégique de santé est effectué et si une politique publique de prévention parvient à désengorger progressivement les structures d'accueil** pour consacrer les efforts nécessaires aux spécificités de chacun. Ce nouveau paradigme appelle une organisation de l'accès aux soins qui prenne en compte les **caractéristiques populationnelles de chaque territoire** tout en assurant un maillage de l'offre adéquat et en actant un réel virage numérique permettant de gagner en efficience et en performance.

C'est cet alliage du granulaire et du systémique qui permettra un accès aux soins à la fois plus pertinent et plus égalitaire.

AXE 1

UN PILOTAGE NATIONAL DE L'OFFRE DE SOINS POUR REDONNER UN CAP AU SYSTÈME

1 - Une stratégie nationale pluriannuelle

Cette stratégisation de l'offre de soins s'inscrit dans le sillage d'une vision pluriannuelle, pré-requis indispensable pour la visibilité des acteurs et l'intégration des enjeux prospectifs à la politique de santé.

- Elle s'appuie sur **une stratégie nationale de santé**, cœur du pilotage de la politique de santé sur les dix prochaines années, qui se fonde sur deux principes clés garantissant son efficience. Elle est centrée autour de cinq priorités structurées en plan avec des objectifs précis, des indicateurs de réussite et des évaluations avant, pendant et après la mise en œuvre. Elle comprend des **enveloppes de financement dédiés et définit les impacts économiques des politiques publiques visées**.
- Elle s'inscrit dans une logique d'efficacité réelle des soins, mesurée par l'amélioration de la qualité de vie du patient par rapport à la quantité d'actes médicaux, et vise à garantir des services pour tous, tout en adaptant l'offre envers les plus vulnérables, qui font face à des enjeux spécifiques.

2 - Un maillage de l'offre fondé sur les besoins concrets

Un accès aux soins de qualité, adapté aux besoins de chacun, reste un impératif social. Il nécessite néanmoins au vu des contraintes existantes une restructuration de l'offre de soins et de ses modalités.

- Un effort est d'ores et déjà engagé avec le plan « Ma santé 2022 », qui **adapte le maillage des centres de soins en distinguant le suivi de proximité pour les maux du quotidien ou les pathologies chroniques et les soins d'urgence ou spécialisés**. Il s'agit donc de poursuivre cette distinction et de mieux communiquer entre les « hôpitaux de proximité » désormais dédiés au premier recours et les **établissements de pointe, accueillant des plateaux techniques et ayant des seuils d'activité suffisants pour offrir une prise en charge optimale**.
- En parallèle, une **feuille de route stratégique doit être élaborée pour faciliter le déploiement des soins ambulatoires et à domicile**. La Haute Autorité de Santé pourra ainsi diffuser des protocoles de prise en charge ambulatoire par pathologie. Une cartographie des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux sera mise à disposition des citoyens afin de leur faciliter leur accès aux soins.
- La **prise en charge et le suivi des patients doit faire l'objet d'une approche intégrée**, impliquant l'ensemble des professionnels de santé concernés. Cette pratique, qui valorise la coopération des différents professionnels, dégage du temps médical, est appréciée des jeunes professionnels et améliore la pérennité du système. Dans cette perspective, la **part de rémunération forfaitaire** (effective depuis 2026) **est élargie aux autres professionnels de santé et non plus réservée aux seuls médecins généralistes**.
- Afin de rationaliser le partage des compétences entre professionnels de santé en valorisant l'expertise réelle de chacun et les besoins des patients, un travail de fond est engagé pour **mettre en cohérence les formations (initiales et continues) suivies par les professionnels de santé avec les compétences qui leur sont attribuées sur le terrain**. Loin d'être un frein, cette mise en cohérence constitue un outil d'accélération et de sécurisation des coopérations. Pour maintenir cette dynamique au plus près des réalités de terrain et des innovations

médicales, la HAS, tous les trois ans pilotera l'évaluation, l'actualisation et l'élargissement des compétences ainsi partagées selon cette méthode. A titre illustratif, le partage de compétences permet à une infirmière de pouvoir vacciner contre la grippe saisonnière.

AXE 2

PRÉVENTION ET INNOVATION : DES PRIORITÉS CLÉS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

1 - La prévention devient une priorité nationale

Le premier levier d'amélioration de l'accès aux soins demeure de ne pas avoir à y recourir. En cela, la prévention devient une priorité nationale. Elle se fonde sur des chantiers nationaux permettant de soutenir les comportements vertueux (dépistage, alcool, sucre), l'alimentation et l'activité physique étant les premiers actes de santé, et sur le déploiement de la littératie en santé.

- **Un « ASSR Santé » ou ASPS (Attestation scolaire de prévention et de santé) est créé pour enseigner la « préservation du capital santé »**. En 6e, il sensibilise aux comportements préventifs (vaccination, dépistage, comportements) et en 3e, il apprend à utiliser le système de soins (parcours, ordonnance). Ce deuxième volet permet aussi de repérer les élèves les plus fragiles pour les orienter vers un Examen de Prévention en Santé (EPS) anticipé, garantissant leur réinscription dans un parcours de soins coordonnés et un accompagnement dans leurs droits administratifs et médicaux, le cas échéant. Ce dispositif est complémentaire de la politique du « *Making Every Contact Count* » afin de transformer chaque interaction avec le système de santé en opportunité de prévention.
- Pour **accroître l'efficacité du dépistage**, une stratégie pour renforcer la participation est mise en place sur la base de dispositifs personnalisés (messages digitaux, ambassadeurs santé, automatisation des rendez-vous) combiné à des actions d'« aller-vers » pour cibler les populations les plus précaires. L'accès au dépistage du cancer du sein organisé est élargi en abaissant l'âge d'éligibilité dès 45 ans.
- Sur le plan de la consommation, encourager des comportements vertueux et dissuader des comportements néfastes, en particulier concernant la surconsommation de sucre et d'alcool.
  - **Cibler les produits ultra-sucrés grâce à un calendrier de réduction dégressive du taux de sucre négocié avec les industriels, encadré dans un second temps par l'application d'une taxe**. Cette mesure permet de réduire la consommation de 4,4 % et de générer 560 millions d'euros par an, redistribués par exemple sous forme de chèque alimentaire à 4 millions de ménages modestes.
  - **Viser une diminution de 15 % de la consommation d'alcool en fixant un prix minimum sur l'alcool**. En effet, la consommation d'alcool, jusqu'ici délaissée par l'État, a un coût social annuel de 12 milliards d'euros. Les études montrent que cette approche permet de réduire les décès de 13 % et les cancer de 22 % ainsi que les hospitalisations liées à l'alcool de 4 %. La politique de prix minimum est ainsi préférée à une politique de taxation classique afin d'impacter prioritairement les alcools peu chers, protéger les producteurs indépendants et avoir le plus grand impact sur la consommation.

2 - L'innovation est déployée à partir des usages

- Pour pérenniser notre système de santé, il est indispensable d'aligner l'innovation technologique et thérapeutique sur les besoins réels du terrain ainsi que le quotidien des usagers.

  En France spécifiquement, les nouveaux médicaments mis sur le marché au cours de la période 1995–2004 ont réduit le nombre de jours d'hospitalisation en 2009 d'environ 11 %. Or, faire perdurer cette dynamique nécessite de s'assurer que l'innovation perdure sur notre territoire. Dans ce contexte, le vote d'une **loi de programmation dédiée à l'innovation en santé** paraît indispensable pour donner de la visibilité aux acteurs et sécuriser les investissements de long terme, restaurant ainsi la confiance de l'écosystème national tout en s'adossant à une dynamique de souveraineté européenne. Ces enjeux d'innovation et d'approvisionnement sont également traités dans les *Notes Innovation, Compétitivité et Sécurité économique*.

  Pour **valoriser efficacement cet écosystème, le système de santé doit renforcer l'évaluation médico-économique des thérapies**, en prenant en compte leur impact sur l'organisation des soins, même lorsque leur service médical rendu est jugé plus faible. Cette dynamique doit obligatoirement intégrer l'usage des données de vie réelle et de nouveaux critères dans la négociation des prix afin de garantir à la fois l'amélioration de la qualité de vie des patients et la soutenabilité des finances sociales.

- Le déploiement de l'intelligence artificielle est susceptible de libérer du temps médical. L'État équipe massivement les hôpitaux et centres de santé publics d'outils d'IA afin d'alléger la charge administrative des soignants, ce qui pourrait permettre de réduire de 29 % le temps de rédaction des comptes-rendus et de diminuer leur stress de 30 %. Le projet Alliance IA au sein du CHU de Montpellier est un exemple de la manière dont l'IA peut s'inscrire dans tous le services d'un hôpital pour l'utilité des soignants et des usagers. Cela est également détaillé dans la *Note Fonction Publique*.

- La formation garantit l'appropriation de ces outils sur le terrain : Les ARS proposent des formations continues via les CPTS et les GHT pour pallier le manque de maîtrise des professionnels (seuls 6 % utilisant l'IA au quotidien) tandis qu'un assistant virtuel est directement intégré dans le Dossier Médical Partagé.

- L'usage de la téléconsultation est déployé de manière préférentielle dans les territoires sous-dotés, grâce à la poursuite du déploiement de bornes dans les pharmacies et à l'intégration de ces dernières au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, pour donner accès aux médecins non présents dans la structure. Cela doit se faire en lien avec les équipes sur place afin de s'assurer de la bonne appropriation de ces outils par les usagers. Aujourd'hui, la téléconsultation est en effet majoritairement utilisée par les cadres urbains.

SERVICE DES RÉALITÉS TERRITORIALES

AXE 3

VERS UNE SANTÉ AU PLUS PRÈS DES BESOINS : REPARTIR DES RÉALITÉS TERRITORIALES

1 - Le modèle de responsabilité populationnelle est étendu

La responsabilité populationnelle consiste à attribuer la responsabilité de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. Ce modèle peut être systématisé et déployé à l'échelle nationale, en particulier pour la prise en charge des pathologies chroniques afin de proposer des parcours de santé incluant prévention, soins, et suivi médico-social. La mise en place de ce modèle suppose l'aboutissement de plusieurs réformes ou stratégies : en particulier, la pleine exploitation du potentiel des données de santé et d'outils digitaux garantissant un suivi pertinent, et l'introduction d'une plus grande part de paiement forfaitaire pour orienter les pratiques vers les résultats plutôt que les actes. La valorisation des données de santé auprès des citoyens est promue par des outils de data-visualisation, diffusés sur Mon espace santé et permettant d'apprécier l'impact de l'utilisation des données de santé.

- Il est proposé de **déployer un schéma de responsabilité populationnelle** à l'échelle des bassins de vie en ciblant les trois pathologies chroniques à plus forte prévalence locale. La mise en œuvre de ce projet peut être confiée aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), ou s'appuyer sur d'autres structures selon les dynamiques locales. (Groupements Hospitaliers de Territoire, associations dédiées)

2 - La formation est territorialisée grâce à la mise en place de campus délocalisés

Le déploiement de formations médicales décentralisées permet de répondre aux enjeux d'accès aux soins en traitant des réalités structurelles et en anticipant la réponse à long-terme. L'objectif est de susciter des vocations dans les territoires actuellement les plus éloignés du soin, et de favoriser ainsi l'installation durable des futurs médecins dans ces zones sous-dotées. Une hausse de 5% d'étudiants en médecine issus de zones rurales entraînerait une hausse de 13 % de souhait d'exercice. Cette réflexion est complémentaire du déploiement du partage de compétences et de dispositifs d'astreinte dans les territoires ruraux à court-terme.

- Des **campus de médecine générale dans les territoires sont déployés** en zones sous-dotées. Sous réserve de l'autorisation des ARS, des antennes satellites universitaires (publiques ou en partenariat public-privé) adossées aux hôpitaux locaux dispensent la première année de médecine et l'internat de médecine générale, tout en garantissant un quota de boursiers et des équipements de pointe pour fixer durablement les futurs médecins dans ces territoires.

FEUILLE DE ROUTE

DANS LES 100 PREMIERS JOURS

Cette première phase est celle de la fixation rapide d'un cap national et stratégique clair, afin d'identifier, à l'occasion du premier projet de loi de financement de la Sécurité sociale, les véhicules financiers nécessaires à sa mise en place.

CONSTRUCTION ET PUBLICATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

Le gouvernement rédige et publie la Stratégie Nationale de Santé au terme de ces 100 premiers jours, pour fixer le cap des dix prochaines années autour de cet axe. Ce pilotage s'appuie sur des enveloppes financières pluriannuelles et des indicateurs d'évaluation systématiques, activés avant, pendant et après la mise en œuvre des réformes. Elle se décline autour de trois axes principaux : la prévention, l'innovation et l'organisation des soins. Pendant la période estivale, le gouvernement prépare les arbitrages du PLFSS et rédige les articles de loi pour les mesures nécessitant d'être soumises au vote parlementaire. Les premiers chantiers sont mis en œuvre :

· **Sur le plan prévention** : ouverture immédiate des tables de négociation avec les industriels de l'agroalimentaire pour fixer le calendrier de réduction dégressive du taux de sucre ; si l'avis de la HAS est rendu, publication du décret réglementaire abaissant l'âge d'éligibilité au dépistage du cancer du sein organisé dès 40 ou 45 ans ; cadrage politique et constitution du groupe de travail paritaire (Éducation nationale / Santé) pour concevoir l'ingénierie pédagogique de l'ASPS et lancer les formations des référents ; rédaction d'un projet de loi, soumis au vote des parlementaires, sur l'instauration d'un prix minimum de l'alcool.

· **Sur l'innovation** : lettre de cadrage et rédaction du projet de loi de programmation dédiée à l'innovation en santé pour sécuriser les investissements de long terme et réformer les critères d'évaluation médico-économique de la HAS ; rédaction des cahiers des charges en collaboration avec les ARS et les représentants des professionnels de santé sur la dotation des établissements publics en outils d'intelligence artificielle.

· **Sur l'organisation des soins** : lancement d'une feuille de route nationale pour les soins ambulatoires et saisine de la HAS pour entamer la construction des protocoles de prise en charge ambulatoire par pathologie ; ouverture des négociations et des groupes de travail avec les ordres professionnels et les syndicats sous l'égide de la HAS concernant le partage de compétences ; envoi de la circulaire ministérielle aux ARS leur demandant de cartographier les petits établissements sous le seuil d'activité réglementaire ; sélection par le Ministère et les ARS des 2 territoires pilotes prioritaires pour accueillir les premières antennes satellites universitaires « Campus Méd-G Territoires ».

SERVICE DES RÉALITÉS TERRITORIALES

DURANT LE MANDAT

Cette période est consacrée au vote successif des différents investissements (innovation, technologies, stratégie de déploiement du dépistage) ainsi qu'à la mise en place concrète des réformes proposées par la stratégie.

GÉNÉRALISATION DU VIRAGE PRÉVENTIF

L'ASPS (Attestation scolaire de prévention et de santé) est déployée dans les collèges. Sur le plan nutritionnel et comportemental, l'État applique la taxe sur les produits ultra-sucrés pour financer le chèque alimentaire de 4 millions de ménages modestes, et promulgue la loi fixant le prix minimum de l'alcool à 0,5 € par unité standard. Enfin, l'Assurance maladie, sur la base des ressources votées, déploie sa stratégie de prévention et d'information grâce à l'aller-vers et à la personnalisation des outils de communication.

POURSUITE DE LA RESTRUCTURATION DE L'OFFRE

Chaque CPTS conçoit, édite et diffuse une cartographie numérique et papier recensant l'ensemble des professionnels de santé, des structures paramédicales et des services sociaux du territoire ; la HAS réunit une commission paritaire pour évaluer les premiers retours du partage de compétences, réajuster les protocoles de coopération de terrain.

ACCÉLÉRATION TECHNOLOGIQUE

Sur la base des enveloppes votées, les ARS financent des bornes de téléconsultation dans les pharmacies et maisons de santé pluridisciplinaires des zones sous-dotées, tout en formant les professionnels locaux à l'accompagnement des patients. En parallèle, les CPTS et GHT déploient des formations continues à l'intelligence artificielle pour les soignants, tandis que l'Assurance Maladie intègre un assistant virtuel dans le DMP.

AMORCE DE LA POLITIQUE DE PROXIMITÉ

Les premiers jalons du modèle de responsabilité populationnelle sont posés : Les CPTS et GHT signent des contrats d'objectifs territoriaux pour prendre en charge collectivement les trois pathologies chroniques les plus fréquentes de leur bassin de vie, en prévoyant un retour sur expérience afin d'identifier les améliorations possibles de l'expérimentation.

Les premières antennes universitaires délocalisées sont construites et les premières promotions d'étudiants font leur rentrée.

À PLUS LONG TERME

L'objectif de cette phase ultime sera d'évaluer rigoureusement l'impact des mesures déployées afin de consolider et de pérenniser ces réformes au cœur du système de santé.

CONSOLIDATION DU MODÈLE DE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Sur la base du projet pilote mis en place pendant le mandat, ce modèle est consolidé sur la base des premiers retours, et généralisé à l'ensemble du territoire pour la gestion de toutes les pathologies chroniques, faisant définitivement passer le système d'une logique d'actes à une logique de parcours et de résultats de santé.

ANCRAGE DE L'INNOVATION TECHNOLOGIQUE

L'usage de l'intelligence artificielle est généralisé et intégré dans le quotidien de tous les établissements et des structures d'exercice coordonné, notamment grâce à la mise en place de dispositifs de formation initiale et continue qui garantissent l'appropriation de ces outils et leur évolution, en adéquation avec les progrès technologiques et les nouveaux besoins.

PÉRENNISATION DES CAMPUS TERRITORIAUX

En se fondant sur les expérimentations lancées pendant le mandat, le réseau des « Campus Méd-G Territoires » est étendu progressivement sur le territoire grâce au vote de crédits successifs pour de nouveaux projets, et garantit l'installation durable des premières promotions de médecins au sein des zones sous-dotées, résorbant ainsi la fracture médicale de manière structurelle.

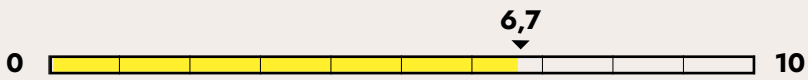
SERVICE DES RÉALITÉS TERRITORIALES

INDICE D'ACCEPTABILITÉ CITOYENNE

Afin de mesurer l'acceptabilité des réformes proposées, **l'Institut Montaigne et Verian** ont développé un Indice d'Acceptabilité Citoyenne, noté de 0 à 10.

Cet indice synthétise trois dimensions essentielles de l'acceptabilité d'une réforme : son impact perçu pour la société, sa légitimité et son acceptabilité morale, ainsi que l'adhésion personnelle qu'elle suscite.

UNE IMPULSION NATIONALE AU SERVICE DES RÉALITÉS TERRITORIALES



Il est calculé à partir des réponses des Français à trois questions posées après présentation de chaque projet de réforme. **Plus le score est élevé, plus la réforme est jugée acceptable par les citoyens.**

Les résultats sont issus d'une enquête en ligne réalisée en août et septembre 2026 auprès d'un échantillon de 1 500 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

COÛT ET RESSOURCES

87,6 M€

par an

UN ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE FONDÉ SUR L'EFFICIENCE ET LA PRÉVENTION

La recommandation de l'Institut Montaigne repose sur un double objectif d'efficience médico-économique et d'équité territoriale. L'équilibre budgétaire de la recommandation réside dans la transition d'un modèle de dépenses purement curatives et pensées à l'acte vers un modèle d'investissement préventif et forfaitaire, guidé par le *value-based healthcare*.

AXE 1 - Un pilotage national de l'offre de soins pour redonner un cap au système : Coûts constants

AXE 2 - Prévention et innovation : des priorités clés pour améliorer l'accès aux soins : Coût de 80M€ par an

· Le déploiement de l'Intelligence Artificielle hospitalière : L'équipement massif des hôpitaux publics en outils d'IA (projet type Alliance IA) demande un investissement technologique initial (licences et logiciels), immédiatement compensé par une réduction de 29 % du temps de rédaction des comptes-rendus, libérant ainsi un temps médical précieux, qui a vocation de ruisseler de manière vertueuse sur le système.

Bien que certains investissements opérationnels restent à évaluer en volume (bornes de téléconsultation, équipement et formation à l'IA, programmes d'« aller-vers » pour le dépistage, ou outils numériques de la responsabilité populationnelle), leur déploiement peut être envisagé sans excéder l'enveloppe budgétaire actuelle et/ou répond à une logique d'investissement productif rapidement autofinancé : **par le gain d'efficience** : l'équipement technologique (IA, outils de données) optimise les parcours et le temps médical ; **par l'évitement des soins** : ces mesures ont vocation à traiter les pathologies très en amont, évitant des complications et des hospitalisations d'urgence et les séjours long, coûteux pour l'Assurance maladie.

Par ailleurs, cela s'inscrit dans le plan de déploiement IA pour l'ensemble de la fonction publique (cf. mesure prévue dans la *note Fonction publique*)

· Le déploiement de l'ASPS au collège (4,86 M€/an)

Adossé au modèle de l'ASSR, ce budget finance la délivrance de l'attestation (0,13 M€)

SERVICE DES RÉALITÉS TERRITORIALES

et la formation des personnels (4,73 M€, dont 3,6 M€ en initial et 0,72 M€ en continu).

· Le dépistage élargi du cancer du sein (75 M€/an)

L'intégration des femmes de 45-49 ans (parcours à 111,42 € pour 62,7 % d'adhésion) évite le coût financier et humain des traitements lourds tardifs.

· La taxe sucre (560 M€ de recettes en Année 1)

Cette fiscalité sur les produits ultra-sucrés peut être budgétairement neutre, les recettes étant intégralement redistribuées en chèques alimentaires à 4 millions de ménages modestes, ou constituer une manne financière pour financer les autres mesures préventives.

· Le prix plancher de l'Alcool

Fixé à 0,50 € l'unité standard il n'a pas d'impact direct sur les dépenses de santé. Cependant, comme ce dernier, réduit de 15 % les volumes d'alcool pur consommés à risque, il génère un gain net et pérenne pour le système de soins, appréciable à terme.

Axe 3 - Vers une santé au plus près des besoins : repartir des réalités territoriales : Coûts 7,6M€ en année 1

La formation territorialisée (Campus MG)

L'implantation d'antennes universitaires délocalisées requiert un investissement initial de 3,1 M€ par campus (2,1 M€ pour l'infrastructure pédagogique de 1 000 m² et 1 M€ pour un centre de simulation médicale de pointe). Ce coût est assorti d'un budget de fonctionnement de 764 000 € / an par campus (masse salariale académique et primes d'attractivité des maîtres de stage). La proposition est d'en financer deux pour l'expérimentation soit un total de 7,6M€.

GAINS

À court terme, cette transformation exige des investissements initiaux ciblés, qui doivent être appréciés au regard de leur impact potentiel sur les dépenses de santé, parmi lesquels la prévention et la formation.

À moyen et long terme, ces coûts sont structurellement compensés par deux leviers clés :

· des mécanismes d'autofinancement direct (à l'instar de la taxe sucre dont les recettes immédiates sont potentiellement pour partie reversées par le biais du chèque alimentaire) ;

· des externalités positives majeures (gains de productivité et économies de santé) : libération de temps médical grâce à l'IA, réduction drastique des hospitalisations évitables via le prix plancher de l'alcool et le dépistage élargi, impact progressif du plan prévention ; amélioration du suivi issu de la responsabilité populationnelle.

Ainsi, le prix plancher sur l'alcool pourrait permettre 237 M€/an d'économies à horizon 2050 selon l'étude de la Mildeca.

De même, une étude aux États-Unis avait défini que la faible littératie en santé coûtait de 7 à 17 % de la dépense de santé par habitant. soit aux États-Unis entre 106 et 238 milliards de dollars par an. Bien que la prise en charge universelle française limite certains coûts de santé, il serait tout de même possible de définir que, si on minore l'impact à 7 % de la dépense de la la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), on réalise une économie de 17 Mds€ par an. Dans cette même logique la meilleure coordination dans les parcours de soins pourrait permettre de réduire les hospitalisations évitables et les séjours hospitaliers **anormalement longs qui représentent 4,2 Mds€**.

MIEUX COMPRENDRE

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2025). *La démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2025.*

Organisation mondiale de la santé. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant.*

Sécurité sociale. (s. d.). *Les grandes dates.*

Sénat. (2025). *Projet de loi de finances pour 2026 : Santé.*

Australian Government, The Treasury. (2023). *2023 Intergenerational report: Australia's future to 2063.*

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2025). *Un attachement accru des Français au modèle de protection sociale.*

Cour des comptes. (2024). *Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et l'accès.*

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2025). *Urgences : la moitié des patients y restent plus de trois heures en 2023.*

Union nationale des centres communaux d'action sociale. (2024). *Le renoncement aux soins, une réalité pour la majorité des Français.*

Santé publique France. (2024). *Adultes et avancée en âge.*

Institut national de la statistique et des études économiques. (2023). *Projections de population 2021-2070.*

Institut national de la statistique et des études économiques. (2024). *Bilan démographique 2023.*

Cour des comptes. (2020). *Les résultats de la Sécurité sociale en 2019.*

Direction générale de l'administration et de la fonction publique. (consulté en juillet 2026). *Définitions et principes en santé et sécurité au travail.*

Institut Montaigne. (2021). *La prévention en santé : Les nouveaux impératifs.*

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2024). *Les dépenses de santé en 2023 - Édition 2024.*

Direction de la Sécurité sociale. (2025). *Chiffres clés de la Sécurité sociale 2024.*

Institut national de la statistique et des études économiques. (2024). *Produit intérieur brut (PIB).*

Organisation de coopération et de développement économiques. (2025). *Health at a glance 2025: Health expenditure per capita.*

National Health Service. (consulté en juillet 2026). *NHS services.*

World Health Organization. (2021). *Estonia: Digital technologies ensuring continuity in access to essential medicines during the COVID-19 pandemic.*

Healthcare DENMARK. (consulté en juillet 2026). *Digital infrastructure*

Australian Government, The Treasury. (2023). *2023 Intergenerational report.*

Institut national de la statistique et des études économiques. (2025). *Naissances en 2024.*

The Lancet Countdown. (2025). *The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change.*

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2023). *Qualité de l'air : Sources de pollution et effets sur la santé.*

Zhao, J., Xu, L., Zheng, Y., & Zhang, X. (2025). *Global burden and trends of early-onset cancers among young adults.*

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2025). *Les dépenses de santé en hausse.*

Institut français d'opinion publique. (2023). *L'impact du reste à charge sur le renoncement aux soins médicaux.*

Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K., & Williams, R. D., II. (2024). *Mirror, mirror 2024: Reflecting poorly: Health care in the U.S. compared to ten other developed nations.*

Organisation de coopération et de développement économiques. (2025). *Health at a glance 2025: Country note - France.*

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *40 % des cancers pourraient être évités : Le point sur l'alcool et l'alimentation.*

Santé publique France. (2024). *Prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville : Augmentation en 2024.*

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). *Pour les fêtes de fin d'année, pensez à la vaccination.*

Harvey Cushing Symposium. (2025, 28 avril). *Replays 2025 : Réinventer l'hôpital universitaire : une vision internationale.*

Observatoire des territoires (2023). *Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes (consultations par an par habitant)*

IDÉE DU DÉBAT N°1

World Health Organization. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action.*

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). *Stratégie nationale de santé 2023-2033 : Ouverture d'une consultation publique.*

France Assos Santé. (2018). *Vaccination obligatoire, et maintenant ?*

Commission de comptes de la Sécurité sociale. (2022). *Les honoraires des médecins libéraux.*

Chevillard, G. (2024). *Le zonage des infirmiers libéraux et l'accès aux soins.*

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Ma santé 2022 : Un engagement collectif.*

Cour des comptes. (2021). *La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé.*

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021). *Les établissements de santé - Édition 2021.*

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023). *Éclairer la situation des services des urgences.*

Assemblée nationale. (2021). *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.*

National Health Service. (2019). *The NHS Long Term Plan.*

Australian Government Department of *Health and Aged Care. (consulté en juillet 2026). Health, aged care and sport portfolio.*

Robinson, M., Mackay, D. F., Giles, L., Lewsey, J., Richardson, E., & Beeston, C. (2023). *Evaluating the impact of minimum unit pricing for alcohol on deaths and hospital admissions in Scotland.*

Welsh Government. (2024). *Setting a minimum price for alcohol beyond 2026.*

Sécurité sociale. (consulté en juillet 2026). *Dépistage organisé des cancers*

Kopp, P. (2021). *Le coût social des drogues en France.*

Public Sénat. (2023). *Alcool : des sénateurs veulent un prix plancher de 3,50 euros pour une bouteille de vin pour diminuer la consommation.*

Institut Montaigne. (2023, octobre). *Dépistage : investissons notre capital santé.*

Institut Montaigne. (2024, septembre). *Politique de santé : pour une stratégie pluriannuelle.*

IDÉE DU DÉBAT N°2

Cour des comptes. (2021). *La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé.*

Sorbonne Université. (consulté en juillet 2026). *Qu'est-ce qu'un patient partenaire ?*

Fédération Hospitalière de France. (2024). *Méthode et démarches FHF.*

Presses de l'EHESP. (2016). *Le coût des soins et l'efficience du système de santé.*

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2025). *La prise en charge des soins et des dépenses de santé.*

PLOS ONE. (2024). *Evaluation of healthcare delivery models and patient outcomes.*

Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (2022). *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne.*

Agence nationale de performance sanitaire. (consulté en juillet 2026). *Expérience patient et mesure des PREMs.*

Institut national de santé publique du Québec. (consulté en juillet 2026). *Exercer la responsabilité populationnelle.*

Chevillard, G. (2024). *L'attractivité médicale et l'organisation territoriale des soins.*

Banque des Territoires. (2024). *Santé scolaire : Élisabeth Borne appelle à une refondation associant après-coup les collectivités.*

Ministère de l'Éducation nationale. (2024). *Agir pour favoriser la santé mentale et le bien-être des élèves.*

Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (2010). *La numérisation et la médecine de ville.*

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2019). *L'usage des technologies numériques par les professionnels de santé.*

Assemblée nationale. (2024). *Projet de loi de finances pour 2025 : Sécurités.*

Université McGill. (2020). *Le Campus Outaouais prend forme.*

Radio-Canada. (2015). *Faculté satellite de médecine à Gatineau : Annonce du Québec.*

ISNAR-IMG. (consulté en juillet 2026). *DES de médecine générale.*

Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche. (2022). *Rapport relatif à l'organisation des formations médicales et des campus.*

Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes. (2025). *2025 : Les kinésithérapeutes au cœur des réformes de santé.*

Doctissimo. (2024). *Consultation infirmière à 20 € : Ce qui va bouleverser vos petits soins.*

Assurance Maladie. (consulté en juillet 2026). *Tableau récapitulatif des taux de remboursement.*

Mutualité Française. (2024). *Des médecins de plus en plus souvent formés à l'étranger.*

Institut Montaigne. (2023). *Données de santé : Libérer leur potentiel*

Société Nationale de Médecine du Travail en Santé au Travail. (2025). *Chiffres clés 2024 de la prévention en santé au travail.*

Institut Montaigne. (2022). *Santé : faire le pari des territoires.*

Université McGill. (consulté en juillet 2026). *Site d'enseignement UMF Gatineau.*

INSEE 2024. *Silhol, J. (2024, 12 novembre). Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat (Insee Première n° 2024).*

LE CHOIX DE MONTAIGNE

The Conversation. (2024). *Près d'un Français sur deux peine à comprendre et à utiliser les informations de santé.*

Assurance Maladie. (consulté en juillet 2026). *Examen de prévention en santé.*

Institut Montaigne. (2023). *Dépistage : Investissons notre capital santé.*

Agence du Numérique en Santé. (2023). *Mon espace santé : Dossier de presse.*

Franceinfo. (2026). *La France va investir 655 millions d'euros supplémentaires pour le développement de l'intelligence artificielle, annonce Sébastien Lecornu.*

Cour des comptes. (2022). *La prévention et la prise en charge du cancer du sein.*

Santé publique France. (2023). *Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein.*

Santé publique France. (2024). *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2022-2023 et évolution.*

Direction générale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2026). *Dépistage du cancer et inégalités sociales.*

Assemblée nationale. (2024). *Amendement relatif à la fiscalité des produits sucrés.*

Sénat. (2025). *Amendement n° 857 au projet de loi de financement de la sécurité sociale.*

Institut Montaigne. (2022). *Santé : faire le pari des territoires.*

Institut Montaigne. (2024). *Fracture alimentaire : Maux communs, remède collectif.*

Institut Montaigne. (2024). *Budget 2025 : Taxe sucre, repenser la formule.*

Addictions France. (2025). *Plaidoyer pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2026.*

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (2023). *Rapport sur les effets économiques et épidémiologiques des politiques de prix de l'alcool.*

les REPÈRES de MONTAIGNE

Cette note, publiée par l'Institut Montaigne, fait partie de la collection :
Les repères de Montaigne, 25 recommandations pour la France
Dépôt légal : Octobre 2026
Sous la direction générale de Marie-Pierre de Bailliencourt
Enquête territoriale : Institut Enterritoires
Enquête d'acceptabilité : Verian

Design graphique : Élodie Ruiz ; Studio Nathalie Bastide
Mise en page : Vy-Linh Nguyen



Imprimé en France par Maqprint
ISSN : 1771-6756

Institut Montaigne
59 rue La Boétie, 75008 Paris
Tel. +33 (0)1 53 89 05 60
institutmontaigne.org

INSTITUT Montaigne

MÉTHODOLOGIE

Chaque note est le produit d'une réflexion collégiale. Celle-ci mobilise **25 années d'expertise en politiques publiques, plusieurs mois de revue de littérature scientifique et d'analyses de données officielles sourcées.** Elle s'appuie sur des auditions de chercheurs, d'économistes et d'experts indépendants, ainsi que sur des échanges réguliers avec les entreprises adhérentes de l'Institut Montaigne, des élus et des personnalités œuvrant au quotidien dans les territoires.

Nous avons tenu compte des idées présentes dans le débat politique et des attentes exprimées par les Français, telles qu'elles ressortent des enquêtes et sondages de ces derniers mois. Les mesures que nous proposons découlent ainsi d'arbitrages pris dans l'intérêt de la France en conciliant efficacité, faisabilité opérationnelle et acceptabilité citoyenne.

MERCI !

L'Institut Montaigne remercie chaleureusement son comité directeur, ses équipes internes, les experts permanents et associés, les entreprises adhérentes ainsi que l'ensemble de ses partenaires, qui ont contribué pendant 18 mois à l'élaboration de ces notes.

INSTITUT Montaigne

REPÈRES POUR LA FRANCE

L'Institut Montaigne, espace de réflexion indépendant et apartisan, au service de l'intérêt général, s'engage dans la préparation de l'élection présidentielle 2027.

Parce que nous pensons qu'il est indispensable de favoriser un débat démocratique sur le fond, réaliste et nuancé, **nous publions 25 notes thématiques pour informer les citoyens et inspirer les candidats.**
En diffusant un contenu accessible à tous, nous souhaitons **donner des repères sur l'état réel de la France, poser un diagnostic et encourager les arbitrages nécessaires** au service de 4 ambitions : créer de la richesse, vivre ensemble, se protéger et mettre en œuvre nos politiques publiques.

Cette initiative vise à restaurer la confiance politique et à dessiner pour la France un futur désirable.