



Retrouver la grandeur de la France par la santé

Un plan d'actions pour y
parvenir

À propos de l'auteur

Grégory Caumes

Expert de l'Observatoire Santé
Innovation de l'Institut Sapiens



Grégory Caumes, juriste et expert en politique de santé. Ancien juriste Hospitalier et ancien directeur adjoint de l'Ordre national des infirmiers. Spécialisé dans les sujets de l'encadrement juridique des professions de santé, de l'organisation hospitalière et des questions touchant à la grande précarité.

À propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un *think tank* (laboratoire d'idées) indépendant et non partisan réfléchissant aux nouvelles conditions d'une prospérité partagée à l'ère numérique. L'humanisme est sa valeur fondamentale. Son objectif est d'éclairer le débat économique et social français et européen.

Il fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par les grands débats actuels. Sapiens s'attache à relayer les recherches académiques les plus en pointe.

Les travaux de Sapiens sont structurés autour de **onze observatoires thématiques** : développement durable ; agriculture ; IA et éthique ; science et société ; santé et innovation ; travail, formation et compétences ; politiques, territoire et cohésion sociale ; innovation économique et sociale ; droit social ; immobilier ; échanges internationaux.

Pour en savoir plus, visitez notre site internet : institutsapiens.fr

Avant-propos

Dans ce titre, la grandeur exprime une conviction profonde de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens : la santé peut être l'un des principaux leviers du redressement de la France et lui permettre de retrouver une position de premier plan dans le monde. La France a, en effet, longtemps été considérée comme un modèle concernant son système de santé.

Il ne s'agit pas de miser uniquement sur les industries de santé, mais d'appréhender la santé dans toutes ses dimensions : la santé publique, l'organisation du système et la production de soins, l'enseignement, la recherche, l'innovation. Cette approche suppose de replacer la santé au cœur de l'action de l'État et, plus largement encore, d'en faire une priorité irriguant l'ensemble de ses politiques, au service d'une population vieillissante en bonne santé, capable de soutenir la croissance, de maîtriser ses dépenses et de vivre mieux de façon durable.

En mobilisant une part plus importante de l'économie française autour de cet enjeu, bien au-delà de sa seule dimension curative, nous pouvons faire de la santé un instrument de souveraineté, d'indépendance et de leadership. Elle peut ainsi devenir l'un des grands vecteurs par lesquels la France retrouvera sa grandeur et son rayonnement dans le monde.

Fondée sur l'ensemble des travaux de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens, cette production en propose une synthèse originale, complétée par de nouvelles orientations. Les principales publications mobilisées sont identifiées en bibliographie.

Dire que la France doit retrouver sa grandeur par la santé peut sembler décalé, tant les difficultés sont profondes. Pourtant, le constat est documenté : délais d'accès, inégalités territoriales, déficit hospitalier, fragilité industrielle et épuisement des professionnels montrent que notre pays n'occupe plus les premiers rangs auxquels son histoire et ses moyens devraient lui permettre de prétendre. Retrouver la grandeur de la France ne signifie ni célébrer le passé ni proclamer une supériorité : c'est se donner les moyens de protéger chacun et de servir le progrès humain.

I) Un constat lucide pour engager le redressement

Ce constat est douloureux. Il est pourtant indispensable. Un pays qui refuse de reconnaître ses échecs se condamne à les répéter. Pour que la France retrouve sa grandeur par la santé, elle doit commencer par regarder sans détour ses fragilités et mesurer leurs conséquences concrètes pour les patients comme pour les professionnels.

La crise du Covid-19 en a offert l'image la plus brutale. Des soignants ont dû affronter une épidémie mondiale sans disposer, pendant plusieurs semaines, des équipements élémentaires nécessaires à leur protection. La pénurie ne concernait pas seulement les masques, mais également les gants et d'autres équipements indispensables. Dans certains établissements, des professionnels ont improvisé des surblouses avec des sacs-poubelles. Derrière cette image devenue le symbole de la crise apparaissait une réalité plus profonde : l'une des principales puissances économiques mondiales n'était plus en mesure de protéger correctement ceux qu'elle envoyait au contact du danger. Les travaux du Sénat ont confirmé la pénurie de masques et le sous-équipement des soignants, tandis que la Cour des comptes a depuis souligné les difficultés persistantes de gestion et de renouvellement du stock stratégique.

Cet échec logistique s'est doublé d'un revers scientifique et industriel. La patrie de Pasteur n'a pas été capable de mettre au point l'un des premiers vaccins contre le Covid-19. L'Institut Pasteur a abandonné son principal projet, tandis que Sanofi accumulait les retards. La France a participé à la recherche mondiale et à l'effort européen, mais elle n'a pas occupé la place que son histoire scientifique pouvait lui faire espérer. Cet épisode a révélé l'affaiblissement de nos capacités de recherche, de production et de décision en situation de crise.

Il serait cependant trop facile de réduire quarante années d'atermoiements à la seule crise du Covid-19. La canicule de 2003 avait déjà révélé l'insuffisante préparation de notre système face aux risques climatiques et sanitaires. Plus de vingt ans après, de nombreux hôpitaux et établissements accueillant des personnes âgées, malades ou en situation de handicap demeurent insuffisamment adaptés aux chaleurs extrêmes. Protéger les personnes suppose de programmer la rénovation des bâtiments et d'adapter chaque structure à la vulnérabilité réelle de ceux qu'elle accueille.

L'épisode exceptionnel du 17 juin au 2 juillet 2026 a rappelé cette urgence. Quatre-vingt-douze départements, représentant 98,5 % de la population hexagonale, ont été concernés. Santé publique France a estimé 5 764 décès toutes causes en excès sur cette période dans les départements concernés, soit une hausse de 36 %, avec une augmentation observée à domicile, à l'hôpital et en Ehpad. Ces chiffres n'autorisent aucune récupération polémique : ils obligent à mieux prévenir, mieux équiper et mieux protéger, sans attendre la crise suivante.

Faire de la science et des professionnels le socle du redressement

Sur ce sujet comme sur les autres, la décision publique doit reposer sur la science, l'évaluation du risque et la protection des personnes. La transition écologique et la sécurité sanitaire ne s'opposent pas. Une politique sérieuse consiste à rénover les bâtiments, développer le rafraîchissement passif, améliorer l'isolation, installer des protections solaires, végétaliser les établissements et, lorsque la sécurité des personnes l'exige, recourir à des systèmes de rafraîchissement ou de climatisation sobres et efficaces. La technique doit servir la vie et la santé ; elle ne doit jamais devenir une fin en soi ni un prétexte à l'inaction.

Les professionnels de santé ont vécu ces crises en première ligne. Plusieurs années après le Covid-19, beaucoup expriment encore leur désillusion. Les promesses de reconnaissance se sont heurtées au retour des restrictions budgétaires, des sous-effectifs, de l'épuisement et d'une bureaucratie toujours plus envahissante. Des soignants ont quitté l'hôpital, changé de secteur ou abandonné leur profession afin de retrouver des conditions de vie et de travail plus soutenables.

La crise n'est donc plus seulement une crise de recrutement. Elle est devenue une crise de fidélisation. Avant même de chercher à former toujours davantage de professionnels, la priorité doit être de conserver ceux qui sont déjà là. Cela suppose de reconnaître les services rendus à la Nation, de mieux utiliser leurs compétences, de sécuriser leurs conditions d'exercice, d'ouvrir des perspectives de carrière et d'assurer une rémunération à la hauteur des responsabilités.

Plus d'un million de professionnels non médecins participent à la prise en charge des Français. Les infirmiers en représentent la majorité, auxquels s'ajoutent les masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes, pédicures-podologues, diététiciens et de nombreuses autres professions.

Ces professionnels restent pourtant largement absents du débat politique national. On les remercie lors des crises, puis on les renvoie trop souvent à des compétences définies de manière restrictive, à des rémunérations insuffisantes et à une organisation trop exclusivement centrée sur le médecin, devenue incapable d'absorber seule l'ensemble des besoins de la population.

Reconnaître ces faiblesses n'est pas céder à la sinistrose. C'est au contraire la condition pour en sortir. La grandeur de la France en santé ne relève pas de la nostalgie : elle se mesure à sa capacité de soigner, de protéger les plus vulnérables, d'innover et de mettre ses découvertes au service de tous. Notre pays possède encore les ressources humaines, scientifiques et industrielles nécessaires pour retrouver cette ambition.

Notre histoire nationale est inséparable de l'histoire de la médecine et des sciences. Ambroise Paré a transformé la chirurgie. René Laennec a inventé le stéthoscope et renouvelé l'examen clinique. Louis Pasteur a ouvert la voie à la microbiologie, à la vaccination moderne et à la compréhension des maladies infectieuses. Alphonse Laveran a identifié le parasite responsable du paludisme. Alexandre Yersin a découvert le bacille de la peste.

Marie et Pierre Curie ont bouleversé notre connaissance de la radioactivité et permis les développements futurs de la radiothérapie. Jean Dausset a participé à la découverte du système HLA, indispensable aux progrès de l'immunologie et de la transplantation. Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier ont contribué à l'identification du VIH.

La France a aussi innové dans le domaine infirmier avec Léonie Chaptal, Eva Durrleman et Thérèse Matter, qui ont contribué à professionnaliser les soins infirmiers, à renforcer leur enseignement scientifique et à imposer le modèle moderne de l'hôpital-école.

Ces découvertes ne constituent pas uniquement un patrimoine scientifique. Elles appartiennent à notre identité. La France s'est longtemps pensée comme une nation capable de transformer le savoir en progrès humain. Elle n'innovait pas seulement pour elle-même : elle offrait ses découvertes à l'humanité. La recherche n'a de sens que si elle améliore effectivement la vie des personnes et demeure accessible à ceux qui en ont besoin.

C'est cette ambition qu'il faut retrouver. Non par nostalgie, mais parce que la santé est devenue l'un des principaux terrains sur lesquels se jouent la souveraineté, la cohésion nationale, la puissance économique et le rayonnement international. Dans un monde vieillissant, confronté aux maladies chroniques et à de nouveaux risques sanitaires, disposer de capacités nationales et européennes de recherche, de production et de réaction est une condition de notre liberté de décision.

II) Une doctrine française renforcée par l'Europe

La doctrine française repose sur une idée simple : chacun doit pouvoir recevoir les soins dont il a besoin, indépendamment de sa fortune, de son origine sociale ou de son lieu de résidence. Cette ambition, consolidée après la Libération et portée par l'esprit du Conseil national de la Résistance, ne peut être considérée comme une variable d'ajustement. La construction de la Sécurité sociale a donné une traduction institutionnelle au principe selon lequel la Nation protège chacun de ses membres contre les conséquences de la maladie. Cette solidarité oblige d'abord envers les personnes les plus vulnérables.

La France doit agir avec l'Europe, contribuer à sa souveraineté sanitaire et entraîner ses partenaires vers une stratégie commune de recherche, de production et de sécurité sanitaire. Mais coopérer ne signifie pas s'effacer. L'Europe doit renforcer notre capacité à garantir l'accès aux soins, à sécuriser les médicaments et dispositifs essentiels et à agir rapidement en cas de crise. Elle ne doit ni diluer notre responsabilité nationale ni subordonner le droit à la santé à la seule discipline comptable.

Cette ambition n'autorise pas la dépense sans contrôle. En 2024, la dépense courante de santé atteignait 333 milliards d'euros, soit 11,4 % du produit intérieur brut. Le déficit des hôpitaux publics s'élevait à 2,9 milliards d'euros ; les premières estimations pour 2025 indiquent une amélioration, mais un déficit encore égal à 2,1 % de leurs recettes. Dans le même temps, la dette publique atteignait 3 536,1 milliards d'euros, soit 117,5 % du PIB, au premier trimestre 2026. Ces données imposent de réformer l'organisation autant que le financement, d'évaluer l'utilité de chaque dépense et d'arrêter ce qui ne fonctionne pas. La rigueur est indispensable, mais le patient ne doit jamais devenir la variable d'ajustement d'un système qui refuse de se transformer.

Trois principes fondamentaux pour réussir

Le premier principe d'une nouvelle doctrine sanitaire doit être clair : l'accès aux soins est une promesse républicaine. Cette promesse n'est pas respectée lorsque des patients attendent plusieurs mois une consultation de spécialiste, renoncent à se soigner ou se rendent aux urgences faute d'autre solution. Elle ne l'est pas davantage lorsque l'accès dépend de la présence aléatoire d'un professionnel sur un territoire ou des ressources personnelles permettant de contourner les délais.

Le système du médecin traitant a eu une utilité. Il a permis de valoriser le suivi global, la continuité et la coordination. Mais, en le désignant comme porte d'entrée quasi unique, il est devenu dans de nombreux territoires un goulot d'étranglement.

Au 1^{er} janvier 2026, 101 000 médecins généralistes étaient en activité en France, soit une hausse de 1 % en un an. Cette amélioration ne résout pourtant ni les inégalités de répartition, ni la disponibilité réelle du temps médical, ni la croissance des besoins liée au vieillissement et aux maladies chroniques. La question n'est donc pas seulement celle du nombre de médecins, mais celle de l'organisation collective des compétences.

Cette situation nuit aux patients, mais également aux médecins eux-mêmes. Les généralistes deviennent les gestionnaires obligés de multiples autorisations administratives et prescriptions intermédiaires, alors que leur expertise devrait être concentrée sur les diagnostics complexes, les situations aiguës, la polypathologie et la coordination médicale exigeant réellement leur intervention. Ils reçoivent aussi des personnes dont la demande pourrait relever directement d'un infirmier, d'un pharmacien, d'un masseur-kinésithérapeute, d'un pédicure-podologue, d'un orthophoniste ou d'un autre professionnel compétent.

L'accès direct ne consiste pas à remplacer le médecin. Il vise au contraire à lui permettre de redevenir pleinement médecin, tout en donnant au patient une réponse plus rapide et en reconnaissant la responsabilité propre de chaque profession. Il doit s'accompagner de règles claires d'orientation, de coopération et de partage d'information.

Aller au bout de la réforme infirmière

La loi du 27 juin 2025 relative à la profession infirmière a marqué une évolution majeure en reconnaissant la consultation, le diagnostic infirmier, de nouvelles capacités de prescription et une conception de la profession fondée sur des missions plutôt que sur une simple liste d'actes. Son décret du 24 décembre 2025 a défini les domaines d'activité et les modalités de la consultation infirmière. Les deux arrêtés du 26 juin 2026 ont ensuite précisé, d'une part, les actes et soins pouvant être réalisés et, d'autre part, les produits de santé et examens complémentaires pouvant être prescrits ou renouvelés par les infirmiers. L'avenant 11, approuvé par arrêté du 5 mai 2026, a organisé le déploiement conventionnel de cette réforme, mais n'a pas donné à l'accès direct toute la portée voulue par le législateur. Une réforme votée à l'unanimité par les députés et les sénateurs ne peut être réduite, dans sa mise en œuvre, au point de ne presque rien changer pour les patients. Il faut évaluer rapidement les restrictions restantes et rouvrir la négociation lorsqu'elles font obstacle à un accès effectif aux soins.

L'Institut Sapiens défend cette transformation depuis plusieurs années. Sa contribution au débat sur la loi infirmière appelait déjà à reconnaître pleinement la consultation, la prévention, le suivi, la prescription et l'autonomie professionnelle. La note consacrée à la valorisation de l'ensemble des professions de santé proposait ensuite d'organiser une évolution cohérente des rôles des infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes et pédicures-podologues.

Organiser l'accès direct selon les compétences

Il faut désormais aller au bout de cette logique. Chaque professionnel doit pouvoir intervenir directement dans le champ correspondant à sa formation et à ses compétences. L'infirmier doit pouvoir évaluer une situation relevant de son domaine, poser un diagnostic infirmier, prescrire les produits et examens autorisés, assurer le suivi des maladies chroniques et orienter le patient vers le médecin dès que la situation l'exige. Le kinésithérapeute doit pouvoir prendre en

charge directement certaines pathologies musculo-squelettiques. Le pharmacien doit pouvoir contribuer davantage à la prévention, au dépistage, à la vaccination et au suivi thérapeutique. Les professions de rééducation, de santé visuelle, de santé auditive et de santé mentale doivent être intégrées à cette gradation.

Il faudra mesurer précisément l'effet humain, sanitaire et économique d'une telle réforme. Nos premiers travaux conduisent à considérer qu'une réorientation massive des consultations évitables pourrait représenter plusieurs milliards d'euros d'économies annuelles, avec un ordre de grandeur de 4 à 5 milliards à expertiser. Ce chiffre ne doit pas devenir un slogan : il doit faire l'objet d'une étude médico-économique indépendante, profession par profession et parcours par parcours. L'économie ne proviendrait pas d'une dégradation des soins, mais d'une mobilisation plus pertinente des compétences, d'une prise en charge plus précoce, d'une diminution des consultations intermédiaires inutiles et d'un moindre recours aux urgences. Le premier critère de réussite doit rester le service rendu à la personne.

Le second principe est que la santé constitue une richesse nationale et non une simple dépense. Elle crée des emplois, maintient la population en activité, renforce l'attractivité des territoires, stimule la recherche, soutient l'industrie et protège la souveraineté nationale. L'Institut Sapiens l'a notamment démontré à propos de l'imagerie médicale : un examen pertinent, réalisé au bon moment, peut raccourcir l'errance diagnostique, accélérer le traitement et diminuer le coût global du parcours. Réduire mécaniquement l'imagerie reviendrait alors à augmenter les dépenses futures et les pertes de chance.

Pour traduire cette conception, le ministère de la Santé doit retrouver une autorité politique correspondant à l'importance de sa mission. Yannick Neuder a proposé que la santé devienne une fonction régaliennne, que le ministère soit élevé au rang de ministère d'État et que son action s'inscrive dans une programmation pluriannuelle, plutôt que dans le seul horizon annuel du projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Cette proposition mérite d'être prise au sérieux.

Transformer un système encore trop curatif et trop centré sur le médecin et l'hôpital exige une politique de moyen et long terme : parcours pluridisciplinaires coordonnés, virage ambulatoire, prévention, évaluation, innovation, lutte contre les actes redondants, les dépenses inutiles et la fraude, rénovation des établissements et préparation aux crises. Une loi de programmation sanitaire sur cinq ans doit fixer les objectifs, les moyens, les indicateurs et

les responsabilités. La soutenabilité financière doit être mise au service d'une politique sanitaire pensée, assumée et cohérente, et non l'inverse.

L'État doit redevenir stratège. Il doit fixer le cap, garantir l'égalité, organiser la solidarité nationale, planifier les ressources humaines et engager les investissements que les acteurs isolés ou les mécanismes de marché ne peuvent assumer. Il doit aussi garantir nos stocks stratégiques, soutenir les productions essentielles et préserver notre capacité de décision en cas de crise. Mais il ne doit pas administrer chaque initiative depuis Paris ni décourager les acteurs de terrain par une accumulation de normes.

Les territoires doivent disposer d'une véritable capacité d'action sanitaire. Les besoins et les ressources de la Creuse, de la Seine-Saint-Denis, des Alpes, de la Corse ou des territoires ultramarins ne sont pas identiques. Les collectivités doivent pouvoir intervenir davantage dans la prévention, la coordination, l'attractivité des professionnels et des établissements, les mobilités, le logement, la santé environnementale et l'organisation des réponses de proximité. Cette différenciation ne doit toutefois jamais devenir un désengagement de l'État : l'égalité d'accès demeure une garantie nationale.

L'expérimentation prévue par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 devait précisément permettre aux acteurs de terrain d'inventer de nouvelles organisations et de nouveaux financements. Elle a produit des projets remarquables autour de la coordination, de la prise en charge globale et de la rémunération forfaitaire. Mais la lourdeur des procédures, la succession des évaluations et les difficultés administratives et économiques du passage dans le droit commun ont trop souvent épuisé les porteurs. Une expérimentation utile doit être généralisée dans des délais connus ; une expérimentation inefficace doit être arrêtée. L'entre-deux permanent gaspille l'énergie, l'argent public et la confiance.

Le troisième principe doit donc être celui de la subsidiarité et de la participation : l'État garantit, planifie et contrôle ; les territoires organisent au plus près des besoins ; les professionnels agissent dans le champ de leurs compétences ; les patients et leurs représentants participent aux décisions qui les concernent ; l'évaluation permet de généraliser ce qui fonctionne et de remplacer ce qui échoue.

III) Une temporalité claire : des 100 premiers jours au quinquennat

La première étape de ce redressement doit tenir dans les 100 premiers jours.

Il ne s'agit pas de tout transformer en trois mois, mais de prendre les décisions qui ne peuvent plus attendre, de protéger les équipes soignantes existantes, de rétablir la confiance et d'engager les réformes dont le déploiement occupera le quinquennat.

La priorité absolue doit être de garder les soignants. Cela suppose d'abord de mieux les considérer. Une société qui affirme que la santé constitue l'un de ses biens les plus précieux ne peut pas continuer à traiter ceux qui la protègent comme une variable d'ajustement. La reconnaissance ne se réduit pas au salaire, mais les rémunérations doivent tenir compte des compétences, des responsabilités, de la pénibilité, des horaires et de l'évolution du coût de la vie.

Mais la rémunération ne suffira pas. Les professionnels demandent du temps, des équipes suffisantes, des organisations stables et la possibilité d'exercer réellement leur métier. La loi du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé, dont les dispositions générales relatives aux ratios entreront en vigueur le 1er janvier 2027, répond à une évidence : la qualité et la sécurité des soins ne peuvent pas être séparées du nombre de professionnels effectivement disponibles.

Ces ratios doivent être définis à partir des besoins des patients, de la charge en soins, de la nature des services et des données scientifiques. Ils doivent tenir compte des progrès médicaux, organisationnels et technologiques sans jamais réduire la personne à un indicateur de charge. Ils ne doivent conduire ni à fermer mécaniquement des lits ni à demander aveuglément davantage de ressources, notamment temporaires. Ils doivent obliger l'État et les employeurs à programmer les recrutements, augmenter les capacités de formation, améliorer les stages, réduire les abandons en cours d'études et construire de véritables parcours professionnels.

Il faut également réformer le financement. La tarification à l'activité a permis de mesurer et de stimuler l'activité hospitalière, mais son utilisation excessive a encouragé la multiplication des actes et placé les établissements dans une course permanente au volume. À l'inverse, une capitation intégrale pourrait conduire à limiter indûment certaines prises en charge. La solution réside dans un modèle pluriannuel et mixte associant une part d'activité, une

part populationnelle, une rémunération de la qualité, une prise en compte de la complexité sociale et des financements identifiés pour la prévention et la coordination.

La note « Éloge de la capitation » publiée par l'Institut Sapiens en janvier 2026 rappelle que le vieillissement, le développement des maladies chroniques et la dérive des coûts imposent de ne plus rémunérer exclusivement la multiplication des actes. La réforme doit toutefois conserver des garanties contre le sous-soin et mesurer les résultats qui comptent réellement pour les patients.

Cette transformation doit concerner l'hôpital, les soins de ville, le domicile et le médico-social, en associant les acteurs publics, privés et associatifs. Un patient ne vit pas dans une catégorie administrative. Son parcours ne s'arrête pas à la porte d'un établissement. Le financement doit suivre ses besoins, soutenir la coopération, permettre le partage sécurisé de l'information et éviter les ruptures de prise en charge.

Le domicile doit être reconnu comme un lieu de soins à part entière. Les infirmiers libéraux, services d'aide et de soins, structures d'hospitalisation à domicile et prestataires de santé à domicile participent au maintien de l'autonomie et au suivi des maladies chroniques. Leur rôle ne peut pas être réduit à la livraison d'un dispositif ou à l'exécution d'un acte. Ils doivent être intégrés à la prévention, à l'éducation thérapeutique, au télésuivi et à la détection précoce des décompensations. La technologie doit soutenir la relation de soin, jamais s'y substituer.

Le médico-social doit sortir de sa position périphérique. Les Ehpad, établissements pour personnes en situation de handicap, appartements de coordination thérapeutique, lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés accompagnent souvent les personnes les plus vulnérables et soulagent les structures de soins aigus. La personne ne peut jamais être réduite à un coût, à un lit ou à une donnée. La performance doit intégrer la dignité, la qualité de vie, le respect des choix, la continuité de l'accompagnement, la pertinence et l'efficacité. Les financements publics doivent être conditionnés à la qualité, à la transparence et au réinvestissement dans l'accompagnement, afin de protéger ces missions contre les logiques de prédation financière. À domicile comme en établissement, l'accompagnement de la fin de vie doit être garanti et ne jamais être subordonné à une logique de rentabilité.

Faire de la prévention la première politique de santé

La prévention doit devenir la première politique de santé, et non le chapitre que l'on ajoute lorsque le reste du budget a déjà été distribué. Elle doit disposer d'objectifs pluriannuels, de financements identifiés et d'une évaluation indépendante.

La prévention primaire doit agir avant l'apparition de la maladie. Elle passe par la vaccination, l'activité physique, la nutrition, la lutte contre les addictions, la santé environnementale, la santé scolaire, la santé au travail et l'action sur les déterminants sociaux. Elle ne peut pas se réduire à une simple politique d'affichage. Comme l'Institut Sapiens l'a souligné dans « Quand l'État soigne par affiche », la communication ne remplace ni les professionnels, ni les structures, ni les financements nécessaires à l'action.

La prévention secondaire doit détecter les maladies le plus tôt possible. Elle nécessite des campagnes de dépistage plus accessibles, une meilleure utilisation de l'imagerie et de la biologie, un accès plus rapide aux innovations préventives et prédictives, ainsi qu'une mobilisation directe des pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, laboratoires de biologie médicale, cabinets de radiologie et autres professionnels de proximité. Chaque contact avec le système de santé doit pouvoir devenir une occasion de repérage et d'orientation.

La prévention tertiaire doit éviter les complications, les rechutes et la perte d'autonomie chez les personnes déjà malades. Elle repose sur une démarche pluridisciplinaire coordonnée : suivi des maladies chroniques, éducation thérapeutique, réadaptation, observance, intervention précoce à domicile, activité physique adaptée, nutrition et soutien psychologique. Elle doit partir du projet de vie de la personne, et non d'un parcours administratif standardisé.

Une véritable politique de prévention ne produira pas nécessairement des économies dès la première année. Elle exigera d'abord des investissements. Mais elle réduira à terme les hospitalisations évitables, les complications, les arrêts de travail prolongés et les pertes d'autonomie. Elle améliorera surtout la durée et la qualité de vie, qui doivent demeurer les premiers objectifs.

L'urgence est humaine autant qu'économique. L'Assurance Maladie recensait 14,1 millions de bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2023 et signalait encore une progression de 2,6 % de leur nombre en 2025 par rapport à 2024. La dernière étude détaillée disponible, portant sur 2022, estimait que les personnes en ALD représentaient 66,1 % de la dépense totale remboursée. Chaque

politique de prévention doit donc être évaluée à partir d'indicateurs objectifs : amélioration de la santé, réduction des complications, qualité de vie, diminution des inégalités et efficience. L'évaluation doit reposer sur la science et non sur l'affichage ou l'idéologie.

Simplifier radicalement l'administration sanitaire

Pendant les 100 premiers jours, le redressement doit identifier les procédures redondantes, les financements superposés et les contrôles sans valeur ajoutée. Concrètement, il faut unifier les dossiers demandés aux professionnels et aux établissements, réduire les remontées d'information répétitives, rendre les systèmes numériques interopérables, proportionner les contrôles aux risques et créer un guichet unique pour le financement des innovations. Simplifier ne signifie ni diminuer les droits ni affaiblir la sécurité ; cela signifie rendre du temps au soin et de la responsabilité aux équipes.

Les économies dégagées par la suppression des actes inutiles, des dispositifs inefficients, des doublons administratifs et de la fraude doivent être réinvesties selon une règle claire. Ce qui relève du fonctionnement consolide les effectifs, la prévention, le domicile et le médico-social ; tout ce qui relève des financements hors fonctionnement rejoint l'effort consacré à l'innovation et à la recherche. Cette discipline doit s'appliquer à tous les dispositifs, anciens comme nouveaux : ce qui fonctionne doit être consolidé ; ce qui échoue doit être corrigé ou remplacé. Le bon usage de l'argent public est une condition de la justice sociale, car chaque gaspillage prive d'abord les personnes qui ont le plus besoin de la solidarité nationale.

Deuxième étape : après les 100 premiers jours, huit plans de recherche

Au terme des 100 premiers jours doit s'ouvrir la deuxième étape : préparer le système de santé des vingt prochaines années par huit grands plans de recherche. Leur lancement ne doit pas être une annonce supplémentaire, mais le début d'une programmation scientifique, industrielle et financière stable, conduite sur le quinquennat.

Cette deuxième étape suppose un choix budgétaire clair. Une fois garantis les crédits nécessaires au fonctionnement courant du système, l'ensemble des financements de santé hors fonctionnement — investissements, crédits de transformation, fonds d'innovation, programmes de recherche et enveloppes exceptionnelles — doit

être concentré sur l'innovation et la recherche. Ces moyens doivent être pluriannuels, évalués et dirigés vers des priorités nationales lisibles. L'histoire montre que les ruptures scientifiques naissent de la rencontre entre des chercheurs libres, des infrastructures puissantes, une stratégie de long terme et une capacité industrielle à transformer la découverte. L'État doit fixer les priorités, garantir la continuité des investissements et associer les chercheurs, les professionnels, les patients et les industriels responsables.

Un premier plan doit réunir la génomique, l'intelligence artificielle appliquée au génome humain, la médecine personnalisée et les thérapies géniques et cellulaires. La cartographie complète du génome humain résulte d'un vaste effort scientifique international auquel la France a participé, notamment par ses infrastructures de séquençage. Notre ambition doit désormais être de transformer cette connaissance en diagnostics précoces, en traitements personnalisés et en thérapies accessibles. Ce plan doit comprendre un programme national d'intelligence artificielle fondé sur des données génomiques françaises et européennes de grande qualité, afin de construire des modèles capables d'identifier des variants, de mieux comprendre les interactions entre le génome, l'environnement et les maladies, d'accélérer le diagnostic des maladies rares et de concevoir des traitements véritablement personnalisés. Il doit reposer sur des cohortes représentatives, des infrastructures souveraines et des outils auditables, interopérables et réversibles. Les biais, la sécurité et les usages doivent faire l'objet d'audits réguliers ; la supervision humaine demeure obligatoire et les professionnels doivent pouvoir contester toute recommandation. Aucune personne ne doit être réduite à son profil génétique. La gouvernance doit garantir le consentement, la confidentialité, la non-discrimination et l'accès équitable aux bénéfices de la recherche, tout en prévenant la captation des données et l'enfermement propriétaire. Enfin, le référentiel des actes innovants hors nomenclature doit rester un financement transitoire : après une évaluation rigoureuse, les actes apportant un bénéfice démontré doivent rejoindre sans délai excessif le financement de droit commun.

Un deuxième plan doit porter sur les cancers, les maladies neurodégénératives, les maladies rares et les maladies chroniques. Ces pathologies concentrent une part croissante de la souffrance humaine et des dépenses. La France doit réunir recherche fondamentale, recherche clinique, données de santé, biologie, imagerie et industrie autour de programmes clairement identifiés, avec un accès équitable aux innovations sur tout le territoire.

Un troisième plan doit concerner les maladies infectieuses, les vaccins et l'antibiorésistance. L'échec du vaccin français contre le Covid-19 ne doit pas conduire au renoncement, mais à la reconstruction d'une filière capable de réagir rapidement à une nouvelle pandémie. La sécurité sanitaire exige des plateformes vaccinales, des capacités de production, des stocks stratégiques et des procédures d'essais mobilisables sans attendre. La souveraineté n'est pas l'autarcie : elle est la capacité de décider et d'agir lorsque la crise survient.

Un quatrième plan doit être consacré aux technologies réparatrices : prothèses intelligentes, interfaces cerveau-machine, biomatériaux, médecine régénérative, organes artificiels, robotique chirurgicale et nanotechnologies. Il ne s'agit pas de poursuivre un fantasme d'augmentation indéfinie de l'être humain, mais de réparer, compenser et rendre de l'autonomie : permettre à une personne amputée de se déplacer, à un patient paralysé de communiquer, à une personne aveugle de récupérer une partie de sa vision ou à un malade atteint d'une insuffisance d'organe de vivre plus longtemps et dans de meilleures conditions. La question de l'humain augmenté doit être posée.

Un cinquième plan doit porter sur l'intelligence artificielle et les données de santé, en les replaçant à leur juste place (un plan différent de celui sur le génome). L'intelligence artificielle est un support, non une finalité. Elle peut aider à interpréter une image, améliorer un diagnostic, identifier un signal faible, personnaliser un traitement, alléger une tâche administrative ou accélérer la recherche. Elle ne doit ni réduire une personne à ses données, ni déresponsabiliser le professionnel, ni remplacer la relation humaine. La décision clinique doit rester explicable, contrôlable et placée sous une responsabilité clairement identifiée. Les données de santé constituent un actif stratégique : leur protection et leur gouvernance doivent servir l'intérêt général et notre indépendance de décision.

Un sixième plan doit être consacré à la santé publique et aux sciences humaines. Les meilleures technologies resteront insuffisantes si nous ne comprenons pas les comportements, les inégalités, la défiance, les conditions de travail et les déterminants sociaux de la santé. La communication de prévention doit être adaptée aux réalités des personnes et des territoires, sans manipulation ni culpabilisation. La recherche sanitaire ne peut pas se limiter au médicament et au dispositif médical ; elle doit aussi éclairer l'organisation, la participation des usagers et la qualité de la relation de soin.

Ce plan s'inscrit dans la continuité des travaux de l'Institut Sapiens sur la santé mentale, notamment de ceux consacrés aux déterminants organisationnels de la santé mentale des soignants.

Un septième plan doit être consacré à la santé mentale, aux neurosciences et au neurodéveloppement. Ce plan s'inscrit dans la continuité des travaux de l'Institut Sapiens sur la santé mentale, notamment de ceux consacrés aux déterminants organisationnels de la santé mentale des soignants. Il doit relier la recherche fondamentale et clinique à l'organisation concrète des parcours, depuis la périnatalité et l'enfance jusqu'au grand âge. La priorité doit porter sur la prévention, le repérage précoce, les troubles psychiques et neurodéveloppementaux, l'évaluation rigoureuse des traitements, des psychothérapies, de la neuromodulation et des outils numériques, ainsi que sur le développement de prises en charge coordonnées et accessibles au plus près des lieux de vie. L'innovation ne peut pas être réduite à la mise à disposition d'un outil : la recherche doit mesurer ses effets réels sur l'accès, la continuité, la qualité des soins et la relation humaine. Ce plan doit également étudier les déterminants organisationnels de la santé mentale des soignants — intensité du travail, prévisibilité des plannings, charge cognitive et émotionnelle, sécurité psychologique et capacité à demander de l'aide — afin de passer d'une logique de réparation individuelle à une prévention structurelle.

Un huitième plan doit porter sur l'autonomie, le handicap, le vieillissement et les lieux de vie. Son objectif doit être de prévenir la perte d'autonomie et de permettre à chacun, quel que soit son âge ou son handicap, de vivre, décider et participer à la vie sociale dans les meilleures conditions possibles. Ce plan doit associer la recherche sur la réadaptation, les aides techniques, l'adaptation de l'habitat, les technologies d'assistance, la mobilité, la communication et la coordination entre l'hôpital, les soins de ville, le domicile et les structures médico-sociales. Le domicile doit devenir un pivot des parcours de prévention et d'accompagnement lorsqu'il correspond au choix et aux besoins de la personne, et non une solution imposée par défaut. Les technologies de l'autonomie doivent être considérées comme des leviers au service de la personne et des professionnels, jamais comme un substitut à la présence humaine. Les expérimentations doivent être conduites en conditions réelles, dans les territoires, les habitats, les EHPAD, les services à domicile et les structures accueillant des personnes en situation de handicap. Elles doivent mesurer la qualité de vie, la participation sociale, l'exercice des droits, la sécurité, la charge des proches et des professionnels, la continuité des parcours et la soutenabilité des organisations. Les personnes concernées doivent être associées à toutes les étapes de la recherche. Leur autonomie ne peut jamais

être réduite à un score de dépendance : elle suppose de reconnaître leur capacité de choix, d'initiative et de prise de risque, dans un cadre de responsabilité partagée.

Ces plans doivent être construits avec l'Europe. Aucun pays européen ne peut, seul, financer toutes les infrastructures nécessaires. Mais la France doit proposer le cap, défendre ses priorités et assumer un leadership. Coopérer ne signifie pas s'effacer ; cela signifie unir des capacités pour préserver notre liberté d'action et mettre le progrès scientifique au service de tous.

Conclusion

Retrouver la grandeur de la France par la santé exige un calendrier clair. Les 100 premiers jours doivent protéger les équipes soignantes existantes et ouvrir les réformes prioritaires. Puis les huit plans de recherche prépareront les vingt prochaines années. L'ensemble sera déployé, évalué et consolidé au cours du quinquennat.

Cette stratégie repose sur dix principes indissociables. L'accès aux soins est une promesse républicaine. La santé est une richesse nationale. L'État doit être stratège et garant. Les territoires doivent pouvoir agir sans que l'État se défausse de sa responsabilité. Toutes les professions doivent être reconnues et les patients associés aux décisions. L'autonomie doit être fondée sur la compétence, la formation et la responsabilité. Le financement doit être pluriannuel, mixte et orienté vers la prise en charge globale, la prévention, la qualité et la coordination. L'hôpital, la ville, le domicile et le médico-social doivent constituer un parcours continu, porté par des acteurs publics, privés et associatifs. L'innovation doit être évaluée puis généralisée lorsqu'elle fonctionne, tandis que les dispositifs inefficients doivent être arrêtés ou remplacés. Enfin, la dignité de chaque personne et la relation de soin doivent rester supérieures aux logiques administratives, techniques et financières.

La France ne retrouvera pas sa grandeur sanitaire en répétant que son système demeure le meilleur du monde. Elle la retrouvera en regardant lucidement ses faiblesses, en fixant un cap et en mobilisant dans la durée les professionnels, les patients, les territoires, les chercheurs, les entreprises responsables et les pouvoirs publics.

Elle doit viser à nouveau la première place, non dans un classement abstrait, mais dans ce qui compte réellement : l'accès effectif aux soins, la qualité de la prise en charge, les conditions de travail des professionnels, la protection des plus vulnérables, la capacité à affronter les crises, l'excellence de la recherche et l'autonomie de décision.

La sinistrose n'est pas une fatalité. Notre pays possède encore les professionnels, les établissements, les chercheurs, les entrepreneurs, le tissu associatif, le système de protection sociale et la mémoire scientifique nécessaires à son redressement. Ce qui lui manque est une volonté politique durable, une stratégie et la certitude que la santé, par son importance, son universalité et sa complexité, ne peut s'accommoder de solutions simplistes ou de court terme.

En 1851, la France a réuni à Paris la première Conférence sanitaire internationale et contribué à faire naître la coopération sanitaire moderne. Pasteur et la révolution microbiologique ont ensuite montré ce que notre pays pouvait offrir à l'humanité. Après la Libération, la solidarité nationale a donné une traduction politique et institutionnelle à l'égale dignité de chacun face à la maladie. Cet héritage nous oblige à retrouver la même ambition, la même confiance dans la science et la même volonté de mettre le progrès au service de la personne. C'est ainsi que la santé pourra de nouveau contribuer à la grandeur de la France et que les Français pourront être fiers de leur système de santé.

Bibliographie sélective

- Principaux travaux de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens mobilisés
- Grégory Caumes, Contribution de l'Institut Sapiens au futur débat parlementaire sur la loi infirmière, Institut Sapiens, 27 novembre 2024.
- Grégory Caumes, sous la direction de Guy Vallancien, Valoriser l'ensemble des professions en santé pour retrouver le chemin de l'excellence médicale, Institut Sapiens, 2 avril 2025.
- Olivier Babeau, La radiologie au cœur de la santé de demain, Institut Sapiens, 22 mai 2025.
- Marie-Victoire Chopin, Santé mentale au travail : un nouveau déterminant de la performance durable, Institut Sapiens, 4 août 2025.
- Vincent Diebolt, La recherche en santé française, chef-d'œuvre en péril ?, Institut Sapiens, 10 novembre 2025.
- Josette Guéniau, Marie-Victoire Chopin, Vincent Diebolt et Grégory Caumes, Éloge de la capitation, Institut Sapiens, 12 janvier 2026.
- Marie-Victoire Chopin, Innovation technologique, habitat et grand âge, Institut Sapiens, 2 février 2026.
- Marie-Victoire Chopin, La santé mentale des soignants, un déterminant stratégique de la qualité et de la continuité des soins, Institut Sapiens, 16 février 2026.
- Cédric Grouchka, Imagerie médicale : impact sur la santé publique et les dépenses de santé, Institut Sapiens, 16 mars 2026.
- Olivier Babeau, Faisons grandir les PME françaises du dispositif médical, Institut Sapiens, 21 mai 2026.
- Grégory Caumes, Quand l'État soigne par affiche, Institut Sapiens, 25 mai 2026.
- Valentin Hammoudi, Le Biotech Act européen : accélérer sans renoncer au contrôle ?, Institut Sapiens, 21 juillet 2026.
- L'ensemble des publications de l'Observatoire peut être consulté sur la page Santé et Innovation de l'Institut Sapiens.
- Liens consultés le 16 août 2026.