États Généraux
de la Santé
et de la Protection
Sociale

sur placedelasante.fr

10 AMBITIONS

POUR DÉCIDER ENSEMBLE DE L'AVENIR DE NOTRE PROTECTION SOCIALE

TOUTES LES COMPOSANTES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE, À TOUS LES MOMENTS DE LA VIE

Ce livrable n'émane ni d'une institution, ni d'un parti, ni d'un cabinet d'experts.

Il est le fruit d'un collectif inédit de plus de cinquante organisations qui, ensemble, accompagnent la population à chaque étape de son existence : de la maternité à la fin de vie, des soins de ville à l'hôpital, de l'école au travail, du domicile à l'établissement. Elles représentent celles et ceux qui financent le système, celles et ceux qui y soignent et y accompagnent, celles et ceux qui en sont les usagers, celles et ceux qui y travaillent et celles et ceux qui l'organisent au plus près des territoires.

Leur diversité est leur force : aucune de ces organisations ne pouvait, seule, prétendre parler au nom de tous. Toutes ensemble, elles constituent une part décisive de la société civile.

PLUS DE CINQUANTE ORGANISATIONS SIGNATAIRES

AAM · AD-PA · Addictions France · Afev · ALIZÉ · ANCREAI
ANDASS · ANEJAPS · APAJH · APF France Handicap · APVF · Avenir Spé · CFDT · CFE-CGC · CNAPE · Collectif Je t'Aide · ESS France
FAPIL · Fédération des acteurs de la solidarité · FEHAP · FFEO
FFMKR · FISAF · FNADEPA · FNEHAD · FNEK · FNESI · FNO
FNP · Fédération Promotion Santé · FSPF · Impact France
Intercommunalités de France · Le Mouvement associatif
Mutualité Française · ONSSF · Réseau français Villes-Santé · SDA
SNAO · SNIIL · SNMKR · SNSP · SPS · SYNEA · UDES · UNA
Unafo · UNASSI · Unccas · Unicancer · UNIOPSS · UNPS · UNSA

SOMMAIRE

INTRODUCTION 4

LA MÉTHODE 6

LA PARTICIPATION EN CHIFFRES 7

REPÈRES À L'HORIZON 2030-2035 8

NOS 10 AMBITIONS 10

- GOUVERNANCE ET STRATÉGIE NATIONALE 12
- SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE 14
- ACCÈS À LA SANTÉ 16
- AUTONOMIE ET AIDANTS 18
- PRÉVENTION ET SANTÉ ENVIRONNEMENTALE 20
- ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS 22
- RÉMUNÉRATION 24
- COORDINATION ET EFFICIENCE 26
- CONFIANCE ET POUVOIR D'AGIR 28
- INNOVATION ET RESPONSABILITÉ 30

ET MAINTENANT ? 32

QUAND LA SOCIÉTÉ CIVILE S'EXPRIME ET PREND SES RESPONSABILITÉS

Il y a un peu plus d'un an, nous étions plus de cinquante organisations de la société civile à faire le même constat et le même pari.
Le constat : notre modèle français de santé et de protection sociale, bâti en 1945 pour protéger, émanciper et unir, est aujourd'hui fragilisé par des décisions prises sans vision, sans débat et sans association des premiers concernés.
Le pari : il est encore temps de rendre la parole à ceux qui sont soignés, qui soignent, qui accompagnent et qui financent, pour faire de cet héritage un modèle d'avenir.

Mutuelles, unions et fédérations d'associations des solidarités et de la santé, associations de patients et d'usagers, organisations de professionnels de santé, associations environnementales, syndicats de salariés et d'employeurs, acteurs de la santé, du handicap, du grand âge et du lien social, au domicile comme en établissement : nous n'avions pas l'habitude de siéger à la même table. Nous avons choisi de le faire, sans tabou ni totem.

Chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins : cette phrase de 1945 n'a pas pris une ride. Elle attend simplement qu'on lui redonne des moyens.

Sans doute aurait-il été plus simple et plus confortable, pour chacune de ces organisations, de s'en tenir à son terrain de jeux, ses intérêts et son plaidoyer propres. En choisissant d'engager une démarche collective et participative, elles ont au contraire accepté le risque de voir remonter des aspirations ou revendications parfois orthogonales à ce qu'elles promeuvent au quotidien. C'est précisément ce risque assumé qui donne toute sa crédibilité à l'exercice.

Car le moment est décisif. La part des dépenses de santé dans la richesse nationale s'accroît sans débat démocratique, les déficits s'installent et sont transférés par l'État vers les acteurs de terrain. De grandes ruptures numériques, démographiques, environnementales sont à l'œuvre.

L'intelligence artificielle fait irruption dans le soin sans réflexion exigeante sur son rôle ni contrôle humain réellement organisé.
La dénatalité et le vieillissement de la population sont connus de tous mais comme occultés. Le dérèglement climatique frappe d'abord les plus fragiles sans réflexion profonde menée sur la sobriété des soins, la prévention ou la justice sociale. Le sous-financement des politiques publiques de santé et d'accompagnement érode en silence la solidarité.

Face à cela, la réponse ne peut tenir en une nouvelle loi de financement, bouclée dans l'urgence chaque automne et défaite au printemps suivant. Nous avons besoin de penser à cinq ans, à dix ans, à l'horizon des transitions qui nous percutent.

Nous posons pour cela quatre exigences, qui forment le socle de toutes les propositions qui suivent :

L'universalité : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

La solidarité : entre les générations, entre les territoires, entre les bien-portants et les malades.

L'accessibilité réelle et effective aux droits : un droit qui ne s'exerce pas n'en est pas un.

La soutenabilité : ce que nous promettons, nous devons pouvoir le tenir, pour nous et pour nos enfants.

À ces exigences s'ajoute une conviction : la santé doit être prise dans sa globalité, humaine et environnementale – le « One Health ». Car le projet de civilisation que nous avons initié hier, nous nous devons de le rendre pérenne aujourd'hui.

Ce document rassemble dix ambitions et les propositions qui en sont la traduction concrète. Elles sont issues des près de 2,3 millions de réponses partagées par 80 000 citoyens et professionnels de santé et de l'accompagnement, de 73 ateliers dans 12 régions hexagonales et en Outre-mer, de 6 groupes de travail nationaux et d'une Convention démocratique de 50 citoyens tirés au sort. Elles forment un projet global, équilibré et cohérent. Nous demandons qu'elles soient reçues comme telles : prises isolément, certaines d'entre elles perdraient leur sens, et d'autres leur équilibre.

Notre ambition est simple à formuler et difficile à tenir : faire des questions de santé et de solidarité des sujets incontournables de l'élection présidentielle de 2027, à la hauteur de la place qu'elles occupent dans la vie des populations.

La société civile s'est exprimée.

À chacun, désormais, de s'emparer de ces propositions.

UNE MÉTHODE EXIGEANTE

Nous, partenaires, avons voulu une démarche participative à la hauteur de l'enjeu, ouverte et sans tabou ni totem. Elle s'est déroulée en trois temps.

DE NOVEMBRE 2025 À FÉVRIER 2026

Une **consultation citoyenne**, a recueilli la parole de 80 000 citoyens et professionnels de santé et de l'accompagnement, soit près de 2,3 millions de réponses, sur une plateforme en ligne ouverte à tous.

DE MARS À JUIN 2026

Une **phase de co-construction**, a confronté ces résultats au réel. En présentiel cette fois, au sein d'ateliers territoriaux et de groupes de travail nationaux. Ceci a permis de recueillir 3 000 verbatims et fait émerger plus de 140 propositions inédites par rapport à la consultation. Une Convention démocratique de 50 citoyens volontaires tirés au sort, formés en amont lors de deux webinaires puis réunis deux jours à Paris, a délibéré sur la désirabilité, la faisabilité et les lignes rouges des grandes orientations. Le 29 juin, un Forum académique et politique a refermé cette phase autour de trois ateliers consacrés à la gouvernance, au vieillissement et à l'innovation.

DE JUILLET À NOVEMBRE 2026

Une **phase de convergence**, a permis de documenter les consensus et les propositions qui font débat au sein du collectif de partenaires afin de rassembler l'ensemble en un projet cohérent, arbitré et assumé, présenté dans ce document.

Tout au long de la démarche, un comité des garants, composé d'Agnès Buzyn, ancienne ministre et professeure d'hématologie, et d'Antoine Flahault, épidémiologiste et professeur de santé publique, a veillé à l'indépendance des travaux, à la rigueur de l'analyse des contributions et à la sincérité de la restitution.

Parce que la transparence ne vaut que si elle est complète, nous rendons publics, à la fin de chaque ambition, les points sur lesquels le collectif n'a pas trouvé de consensus.



LA PARTICIPATION EN CHIFFRES

Plus de

50

organisations de la société civile

sous le regard d'un comité de deux garants indépendants

Près de

80 000

citoyens et professionnels de santé et de l'accompagnement

participant à la consultation en ligne, de novembre 2025 à février 2026

2,3 millions

de réponses

73 ateliers territoriaux

dans 12 régions hexagonales et en territoires d'Outre-mer

+ de 2 300 participants et **3 000** verbatims recueillis

+ de 600

propositions issues des territoires,

publiées sur placedelasante.fr

63

propositions retenues

par priorisation collective des partenaires

UN MODÈLE ENVIÉ, UN SYSTÈME À BOUT DE SOUFFLE

CE QUE DISENT LES CHIFFRES

Notre pays consacre à la santé l'une des parts les plus élevées de sa richesse nationale au monde : 353 milliards d'euros en 2025, soit 11,8 % du produit intérieur brut. Moins de 10 % du total est laissé à la charge des ménages, l'un des taux les plus bas d'Europe.

La fierté est légitime. Mais ce modèle vit à crédit : plus de 21 milliards d'euros de déficit en 2025. Chaque automne, le Parlement vote un objectif de dépenses, sans que quiconque ait décidé, démocratiquement, ce qu'il devait financer en priorité. Et pendant ce temps, la promesse d'égalité se fissure : près de 6 millions de Français sans médecin traitant, 13 ans d'écart d'espérance de vie entre les plus modestes et les plus aisés, 30 000 lits d'hôpital occupés chaque jour par des patients qui n'y ont plus leur place mais qui n'ont nulle part où aller.

CE QUE LES CITOYENS NOUS ONT DIT

80 000 citoyens et professionnels ont participé aux États généraux. Leur message est d'une clarté rare : l'attachement à notre modèle est aussi fort que le sont les besoins de le faire évoluer. La priorité absolue tient dans l'accès aux soins, assortie d'une hantise, celle d'une médecine à deux vitesses. Vient ensuite la prévention, entendue au sens large. Les professionnels, eux, alertent sur la perte d'attractivité de leurs métiers. Quant au financement, une majorité préfère mieux maîtriser la dépense qu'augmenter les prélèvements, à condition que chacun assume sa part de responsabilité, et que les abus et la fraude soient combattus sans faiblesse.

La Convention démocratique est venue donner corps à ces attentes. Réunis les 12 et 13 juin 2026, 50 citoyens se sont prononcés sur une dizaine de questions clés issues de la consultation et des ateliers. Leurs travaux dessinent une « boussole citoyenne » à quatre points cardinaux : au nord, les valeurs fondamentales, universalité, équité, solidarité entre les générations ; à l'est, la méthode de réforme, fondée sur la concertation et la régulation du poids des lobbies ; au sud, les lignes rouges, à commencer par le refus d'une médecine à deux vitesses et d'une forte marchandisation du soin ; à l'ouest, les garanties structurelles, dont un service public hospitalier fort et un accès équitable sur tout le territoire.

REPÈRES À L'HORIZON 2030-2035

41 Mds €
de déficit de l'Assurance maladie
à politiques publiques constantes en 2030

43%
de la population pourrait souffrir d'une pathologie chronique en 2035

17%
du PIB
consacré aux dépenses de santé en 2035 à politiques publiques constantes

~1/3
des Français
auront plus de 60 ans en 2030

700 000
séniors de plus en perte d'autonomie
d'ici 2050, avec une accélération début 2030

RENDRE DES COMPTES À CEUX QUI COTISENT

Il y a une attente que nous avons entendue partout, dans les ateliers comme dans les contributions en ligne, et que le débat public ignore pudiquement : les assurés sociaux veulent savoir ce que deviennent leurs cotisations et prélèvements sociaux. Qui décide, de quoi, avec quel résultat ? Pourquoi tel remboursement baisse-t-il quand telle dépense augmente ? À quoi ont servi les milliards votés l'an dernier ?

Un système socialisé, financé par tous, doit de façon transparente et constante rendre des comptes à tous. Cette redevabilité n'est pas une formalité de communication : elle est la condition de la confiance, et la confiance est la condition du consentement à la solidarité et de la responsabilité. Nous en faisons l'un des fils conducteurs de nos dix ambitions.

LES 10 AMBITIONS DES ÉTATS GÉNÉRAUX

HUMBLES ET DÉTERMINÉS

Cette démarche et les propositions qui en sont le fruit sont apartisanes. L'ensemble des partenaires s'inscrivent dans ce cadre. Par ailleurs, en publiant ce document, nous ne prétendons pas avoir tout réglé, ni même avoir tout traité. Les retraites, la fin de vie, la politique familiale et les accidents du travail n'entrent pas dans le champ de cet exercice. Nous appelons plutôt à poursuivre, sur chacun de ces sujets, la démarche participative engagée par les États généraux, en donnant la parole aux assurés sociaux et en les écoutant.

Nous n'avons pas non plus cherché à faire plaisir à tout le monde y compris pas à nous-mêmes : certaines des propositions qui suivent peuvent bousculer nos propres organisations. Les mois de travaux entre partenaires, la prise en compte de l'expression citoyenne et l'approfondissement des propositions nous ont parfois conduit à ne pas être d'accord entre nous sur quelques-unes d'entre elles : ces propositions sont indiquées en « dissensus » dans ce document.

Mais nous sommes déterminés. Déterminés à contribuer au débat public avec sérieux à un moment où celui-ci est trop souvent réduit à la question des moyens et au tumulte de l'urgence. Déterminés, surtout, à redonner la parole aux assurés sociaux au sujet de leur santé et de leur protection sociale, et à faire en sorte qu'elle soit entendue par celles et ceux qui aspirent à diriger le pays.

Refonder la gouvernance du système de santé autour d'une stratégie nationale « 5 ans, 5 priorités »

Garantir la soutenabilité financière de notre modèle de protection sociale

Instaurer une garantie territoriale d'accès à la santé et aux accompagnements, notamment en favorisant l'« aller vers »

Préparer la société de l'autonomie et soutenir les aidants

Repenser notre système de protection sociale à partir d'une logique de prévention sociale, avec une attention particulière à la santé environnementale

Proposer un « plan d'accompagnement à l'installation et à l'exercice » aux professionnels de santé et de l'accompagnement

Mieux rémunérer ce et ceux qui soignent utilement

Fluidifier les parcours grâce à une meilleure coordination et une plus grande efficience

Bâtir un « pacte de confiance en santé » en garantissant l'association des citoyens aux décisions et le pouvoir d'agir des patients et des personnes accompagnées

Garantir un système de santé fondé sur un principe d'innovation responsable

GOUVERNANCE

REFONDER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ AUTOUR D'UNE STRATÉGIE NATIONALE « 5 ANS, 5 PRIORITÉS »

Quelles priorités et quel pilotage pour notre système de santé ?

L'État, quand il fixe des orientations, ne les tient pas, l'Assurance maladie négocie avec les professionnels sans partager le pouvoir de décision avec les complémentaires santé pourtant financeurs (parfois même majoritairement), les agences régionales déclinent des plans que, bien souvent, les élus locaux découvrent, les départements portent l'autonomie sans en maîtriser les moyens, et le Parlement vote chaque automne un objectif de dépenses qu'il n'a ni construit ni évalué. Aucune instance n'a le dernier mot, et chacun peut donc, en toute bonne foi, renvoyer la responsabilité à l'autre.

Cette absence de stratégie concertée et cette gouvernance éclatée ont un coût, entre impuissance et inefficience. Les ateliers territoriaux l'ont dit avec force : une réponse uniforme ne suffira pas, mais la diversité des réponses locales n'a de sens que si un cap national est fixé, connu de tous et tenu dans la durée.

Propositions structurantes

Inscrire à l'ordre du jour du Parlement un projet de loi définissant une stratégie pluriannuelle pour la santé et l'autonomie et organisant sa gouvernance, en articulation avec le PLFSS et l'ONDAM. Cette loi doit **définir les objectifs prioritaires de santé et de l'autonomie, notamment en matière d'accès aux soins et à l'accompagnement, de prévention, de promotion de la santé, d'attractivité des métiers et d'innovation.** La loi permettra de conduire une réforme de l'aménagement du territoire et de la carte sanitaire d'ici 2030, co-construite avec les acteurs et les représentants des personnes concernées, pour réduire les inégalités territoriales et mieux articuler soins, accompagnements, prévention et déterminants de santé.

Simplifier et renforcer la cohérence de la gouvernance territoriale en associant toutes les parties prenantes et les professionnels, en clarifiant les responsabilités, en améliorant l'articulation des dispositifs existants et, après évaluation, en supprimant les doublons.

Refonder une gouvernance décisionnaire, gestionnaire et responsable de la santé et de l'autonomie, intégrant une participation effective des parties prenantes et évaluant des objectifs nationaux partagés.

Autres propositions

- **Déployer,** à partir des dispositifs existants et en lien avec les agences régionales de santé et acteurs territoriaux, **un plan national d'accès aux soins dans les territoires ultramarins,** adaptant les objectifs, les moyens et l'organisation aux besoins propres à chaque territoire.

- **Créer une gouvernance nationale du service d'accès aux soins,** déclinée localement et adaptée à chaque territoire.

SOUTENABILITÉ

GARANTIR LA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE DE NOTRE MODÈLE DE PROTECTION SOCIALE

Nous ne pouvons pas redresser un système en lui demandant chaque année de faire plus avec moins. Depuis 15 ans, le financement de la protection sociale s'est construit à coups d'exonérations non compensées, de transferts de dépenses et d'économies dont les effets sont épuisés dès l'année suivante.

La population ne demande pas des cotisations supplémentaires ; elle demande que l'argent soit utile et que chacun contribue justement. Deux principes doivent donc guider la recherche de marges de manœuvre financières.

Le premier lie la fiscalité à l'utilité : ce qui est favorable à la santé doit ouvrir droit à une fiscalité réduite ou à des aides, ce qui lui est délétère peut être soumis à une fiscalité plus lourde.

Le second réaffirme que la santé n'est pas un marché comme les autres : des fonds spéculatifs qui captent des rentes au détriment du soin et de l'intérêt général n'ont pas leur place.

Propositions structurantes

Élargir davantage les sources de financement de la protection sociale (par nature pérennes et solidaires)**, en allant au-delà du seul travail** (par ex. en rendant la CSG plus progressive et de manière équivalente sur le travail et le capital ou en créant une taxe sur les robots et l'IA sans porter atteinte à la compétitivité et en partageant la valeur) et en les fléchant vers notre modèle social.

17,9 Mds €

Un point de CSG est égal à 17,9 Mds € en 2025.
Les trois principaux postes de ces 17,9 Mds : 11,8 Mds proviennent de revenus d'activité, 1,9 Md de revenus du patrimoine et issus de placements et 3,8 Mds de revenus de remplacement. (1)

Sans pénaliser les investissements d'intérêt général, taxer les profits réalisés par les fonds spéculatifs via leurs participations dans les établissements et services de santé et d'autonomie et définir des seuils de profitabilité maximale précis pour limiter la recherche de profit au détriment du soin.

Créer les conditions pour que l'État organise en transparence le retrait des fonds spéculatifs ne répondant pas à des critères définis d'intérêt général. Ces mesures devront respecter le droit européen applicable et garantir la continuité de l'offre de santé et d'autonomie.

Engager une progressivité accrue de la taxation des grandes successions afin de contribuer au financement solidaire de la perte d'autonomie.

1 Md €

Le rendement d'un prélèvement supplémentaire de 1% sur les flux patrimoniaux successoraux pourrait représenter un montant de l'ordre de 1 Md €. (2)

Favoriser l'orientation de l'épargne populaire pour financer l'investissement dans la santé et l'autonomie en créant un livret S. Ce livret ne devra jamais se substituer au financement solidaire de notre système par la protection sociale.

Autre proposition

- **Réévaluer régulièrement les exonérations de cotisations sociales,** en lien avec les lois de programmation des finances publiques, en évaluant leur pertinence et leur efficacité. Et appliquer la loi Veil en compensant systématiquement les exonérations de cotisations sociales via un reversement d'une somme équivalente par l'État à la Sécurité sociale.

86,8 Mds €

En 2025, le montant total des exonérations de cotisations a atteint 86,8 Mds €. Sur ce montant, 2,78 Mds € représentent des mesures d'exonérations non compensées. (3)

1. REPSS - *Valeurs du point de CSG et des points de cotisation du régime général*
2. Rapport des trois Hauts Conseils Hcaam, HCFEA et HCFiPS (2025) - *Pour un redressement durable de la sécurité sociale*
3. REPSS - *Exonérations compensées et non compensées par l'Etat*

ACCÉS À LA SANTÉ

INSTAURER UNE GARANTIE TERRITORIALE D'ACCÈS À LA SANTÉ ET AUX ACCOMPAGNEMENTS, NOTAMMENT EN FAVORISANT L' « ALLER VERS »

L'accès aux soins est la première préoccupation de la population et la première blessure de notre modèle. Dans des territoires entiers, ruraux, périurbains, ultramarins, obtenir un rendez-vous est parfois très difficile et les urgences sont devenues la porte d'entrée du système.

Les inégalités d'accès sont partout mais n'ont pas partout le même visage, géographiques ici, financières là, numériques ailleurs, et souvent tout cela à la fois pour les mêmes personnes : isolées, âgées, en situation de handicap, précaires.

Certains, par manque d'information, ne se protègent pas contre les risques longs (incapacité de travail, invalidité ou décès), alors qu'ils peuvent par nature concerner tout le monde. D'autres ne connaissent pas l'offre de prévention, de soin et d'accompagnement sur leur territoire, renforçant le non-recours.

Le système ne peut plus se contenter d'attendre les patients : il doit « aller vers » eux, et parfois les « emmener vers » les accompagnements. À l'accès s'ajoute un autre enjeu : la pertinence des soins prodigués, sans laquelle un système soutenable et efficace ne pourra pas être garanti.

Propositions structurantes

Développer, lorsque les besoins territoriaux le justifient, des cabinets et des équipes mobiles coconstruits avec les professionnels et adossés aux structures existantes, en garantissant la qualité et la continuité des soins (« aller vers »).

200 000 €

En 2023, le déploiement d'un médicobus – avec au moins un généraliste à bord – revenait à environ 200 000 € pour l'année.[4]

Organiser et financer des solutions de mobilité et de relayage pour les personnes isolées et les aidants, en lien avec les associations et structures du territoire dans un cadre garantissant la qualité des interventions (« emmener vers »).

49%

Parmi les 5,9 M d'aidants déclarant un besoin de répit, 49 % ne parviennent pas à en bénéficier dans des conditions jugées satisfaisantes.[5]

Là où les besoins le justifient, **développer les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé** sur la base de projets portés par les acteurs du territoire, accompagnés de mesures favorisant l'installation des professionnels.

Autres propositions

- **Faciliter, lorsqu'elle est adaptée à la situation, l'orientation vers le premier recours ambulatoire avant les urgences,** en s'appuyant sur la création d'antennes rattachées aux services d'accès aux soins et aux structures existantes pour assurer une offre territoriale accessible, notamment aux populations vulnérables.

70%

En 2022, un peu plus de 70 % des 20,9 M de passages aux urgences hospitalières correspondaient à des cas peu graves ou peu urgents (classification clinique des malades des urgences 1 et 2). Le coût d'un passage aux urgences (non suivi d'une hospitalisation) représentait 224 € en 2021.[6]

- **Développer l'hospitalisation à domicile** lorsqu'elle répond aux besoins et au choix du patient, en complémentarité avec les professionnels libéraux, avec les moyens nécessaires pour garantir la qualité des soins sans transférer leur charge aux proches aidants.

Dissensus exprimé

Proposition

Conditionner l'installation des professionnels de santé et paramédicaux libéraux non déjà régulés sur des territoires denses, de manière départementalisée, à la réalisation de 3 jours par mois de consultation sur un territoire sous-dense.

Organisations en opposition

FNEK, UNPS

Alternative possible

Inciter et accompagner, y compris par des dispositifs dérogatoires et des financements dédiés, les professionnels de santé et paramédicaux souhaitant s'installer sur un territoire sous-dense. Ensuite, établir une responsabilité territoriale et attractive de tous les professionnels de santé salariés, fonctionnaires et libéraux pour organiser l'accès effectif à la santé.

4. Banque des Territoires (2023) - *Accès aux soins : l'Etat financera à hauteur de 30 à 50% les "médicobus"*
5. Drees (2026) - *Un aidant à la vie quotidienne sur trois exprime un besoin de répit, non satisfait pour la moitié d'entre eux*
6. Cour des comptes (2024) - *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital*

AUTONOMIE

PRÉPARER LA SOCIÉTÉ DE L'AUTONOMIE ET SOUTENIR LES AIDANTS

Vingt-cinq années de vie gagnées en un siècle : c'est l'une des plus belles victoires de notre modèle social, et nous en parlons comme d'un fardeau. La question du grand âge est prise en étau entre l'angoisse du financement et celle de la fin de vie, sans que l'horizon du bien-vieillir ne soit jamais dessiné.

Les chiffres, pourtant, sont là : plus de 2 millions de personnes âgées en perte d'autonomie et 108 000 places d'Ehpad à ouvrir d'ici 2030, alors que la population veut, massivement, vieillir chez elle. La société du vieillissement repose en silence sur l'épuisement de millions d'aidants, des femmes le plus souvent.

Face à la dépendance, les citoyens opposent un frein psychologique tout en étant conscients de l'importance de s'y préparer. Le maintien dans l'autonomie, la prévoyance et l'accès aux structures d'accompagnement adaptées deviennent des enjeux cruciaux au regard de l'évolution démographique en cours.

Les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, se heurtent aux mêmes ruptures de parcours et aux mêmes effets de seuil.

Propositions structurantes

Revaloriser les professionnels du soin et du lien des branches aide, accompagnement, soins et services à domicile (BAD) et associative sanitaire, sociale et médico-sociale (BASSMS), en établissement comme à domicile.

-21%

En 2021, les salaires des aides à domicile sont en moyenne inférieurs de 21 % à ceux de l'ensemble des employés.[7]

Proposer des visites préventives aux personnes âgées, en situation de handicap, isolées ou vulnérables, organisées par les CCAS ou d'autres acteurs selon les ressources du territoire, à partir de modalités d'identification diversifiées, avec le consentement des personnes et dans le respect de leurs données personnelles.

Supprimer la barrière d'âge de la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'éviter les effets de seuil et de garantir la continuité des droits à compensation en fonction des besoins liés au handicap.

67 000

Un bénéficiaire de la PCH sur deux touche au moins 4 270 € au titre de cette aide en 2022. Près de trois bénéficiaires sur dix sont âgés de 60 ans ou plus, et un quart d'entre eux ont entre 50 et 59 ans. Le non recours à la PCH pourrait concerner 67 000 personnes.[8][9]

Reconnaître la juste place de l'aidant auprès des équipes soignantes et l'associer comme partenaire du parcours lorsque le patient le souhaite, dans le respect de son autonomie, de la confidentialité et du secret professionnel.

Autre proposition

- **Pour chacun, proposer la prise en charge d'un bilan psychologique annuel pour dépister précocement les troubles psychiques,** en garantissant son accessibilité effective à tous (personnes isolées, en situation de handicap, aidants, etc.).

Dissensus exprimé

Proposition

Créer une couverture dépendance, financée par des cotisations sur le principe d'une répartition solidaire.

Organisations en opposition

APF France Handicap

Alternative possible

Achever la construction d'une véritable branche autonomie de la Sécurité sociale afin de garantir à toute personne, quelle que soit l'origine de sa situation de handicap et quel que soit son âge, un droit universel à la compensation des conséquences du handicap ou de la perte d'autonomie, financé par la solidarité nationale et fondé sur les besoins des personnes.

7. Drees (2025) - *Aides à domicile : un revenu salarial annuel moyen de 7 040 euros en 2021*
8. Drees (2026) - *Prestation de compensation du handicap : profils des bénéficiaires et montants perçus*
9. Cour des comptes (2025) - *La prestation de compensation du handicap*

PRÉVENTION

REPENSER NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE À PARTIR D'UNE LOGIQUE DE PRÉVENTION SOCIALE, AVEC UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Le soin n’exerce une influence que sur 20 % de l’état de santé d’un individu. L'essentiel se joue avant et ailleurs, dans ce que nous mangeons, l'air que nous respirons, le travail que nous faisons, notre niveau de revenu, le logement que nous habitons, les liens que nous entretenons. Le nombre de maladies chroniques est dopé par l’exposition aux perturbateurs endocriniens.

Et pourtant la prévention reste le parent pauvre de la dépense de santé, ballottée d'un plan à l'autre, sans pilote interministériel ni continuité budgétaire. La prévention est essentielle tant pour préserver l’intégrité physique que mentale. Cela suppose de protéger les droits de chacun et d’encadrer le partage des données via une gouvernance précise.

Les branches de la Sécurité sociale doivent mieux intégrer les effets du changement climatique et contribuer à la réduction des gaz à effet de serre. Par ailleurs, les crises environnementales et sanitaires frappent d'abord les populations les plus précaires : canicules, pollutions, pesticides, dégradation de la santé mentale des jeunes.

Un véritable changement de paradigme doit être opéré. Agir sur les causes plutôt que sur les seules conséquences est à la fois plus juste et, à terme, moins coûteux : la prévention et l'investissement social et humain ne sont pas une dépense de plus, ils sont la seule stratégie de soutenabilité crédible.

Propositions structurantes

Mettre en place un nutri-score obligatoire adossé à un score d'ultra-transformation fondé sur la classification NOVA, **et moduler la TVA en l'augmentant sur les produits transformés** et en la réduisant sur les produits de bonne qualité tout en prévoyant des mesures d'aides pour les ménages les plus défavorisés.

200 M €

Les économies annuelles sur les dépenses de santé liées à l'instauration du nutri-score obligatoire s'élèveraient à 1,5 € par habitant en moyenne sur la période 2026-2050. Instaurer une taxe sur les produits alimentaires ultra-transformés contenant des sucres ajoutés pourrait rapporter jusqu'à 200 M € par an.[10]

Réaliser une étude d'impact sur toutes les propositions de loi ou tous les projets de loi soumis au Parlement et sur la mise en œuvre des politiques publiques pour prévenir l'ensemble des expositions environnementales.

Promouvoir des recherches interventionnelles en prévention, notamment en santé environnementale, incluant des évaluations d'impact économique et d'utilité sociale fondées sur des critères préalablement définis et transparents.

Créer une délégation interministérielle à la prévention rattachée au Premier ministre, chargée de piloter une stratégie nationale de prévention primaire, incluant la santé environnementale, et sa déclinaison dans chaque politique publique, en l'articulant avec les instances existantes et en lui donnant les moyens nécessaires à son action.

Mettre en place une redevabilité d'information des populations en termes de santé publique et d'usage de perturbateurs endocriniens (ex. système d'alerte lors de l'utilisation ou de la vente de produits nocifs, d'épandages phytosanitaires, de produits amincissants, etc.) et mettre en place des dispositifs vertueux comme les ordonnances vertes.

Autres propositions

- **Fixer une trajectoire progressive et concertée de réduction de l'empreinte écologique,** des secteurs sanitaire et médico-social, assortie des financements nécessaires, et en suivre territorialement l'atteinte en s'appuyant sur les observatoires et démarches existants.

10,3 Mds €

10,3 Mds € d'investissement seraient nécessaires d'ici 2030 pour atteindre les objectifs de décarbonation du secteur médico-social.[11]

- **Donner les moyens d'exploiter pleinement des données de santé populationnelles** anonymisées et environnementales, dans un cadre éthique sécurisé, pour mieux identifier les besoins de prévention des populations et des territoires.
- **Instaurer une taxe « pollueur-payeur »** sur les activités ayant un impact négatif avéré sur la santé et l'environnement, articulée avec les dispositifs fiscaux existants et dont le produit serait fléché vers la prévention, en veillant à limiter les risques de délocalisation.

2,3 Mds €

En 2023, 2,3 Mds € ont été consacrés à la protection et à la dépollution des sols et des eaux en France.[12]

- **Renforcer les capacités d'intervention des communes et intercommunalités en matière de prévention et de santé environnementale** en clarifiant leur champ d'intervention, en coordonnant leur action avec l'État, l'Assurance maladie et les professionnels et en leur donnant des moyens adaptés afin de limiter les inégalités territoriales.
- **Renforcer et coordonner le plan de lutte contre l'iatrogénie** en associant l'ensemble des parties prenantes, notamment les professionnels de santé, l'État, l'Assurance maladie, les complémentaires, les associations d'usagers et les organisations étudiantes en santé.

10. L'Assurance maladie (2026) - *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*
11. CNSA (2026) - *Rapport annuel 2024*
12. SDES (2026) - *La dépense de protection et de dépollution des sols et des eaux en 2023*

ACCOMPAGNEMENT

PROPOSER UN « PLAN D'ACCOMPAGNEMENT À L'INSTALLATION ET À L'EXERCICE » AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

De la petite enfance au grand âge, de l'hôpital au domicile, notre protection sociale tient d'abord à celles et ceux qui en sont les bras quotidiens, et ces métiers du soin et du lien traversent une crise d'attractivité sans précédent : postes vacants, services fermés faute de personnel, gardes à rallonge, manque d'accès confidentiel à une écoute neutre, charge administrative qui dévore du temps de soin, isolement des professionnels libéraux, violences subies, rémunérations qui ne reflètent ni les responsabilités ni parfois même la pénibilité. Ils doivent bénéficier de moyens à la hauteur de leur engagement et de leur mobilisation.

Les métiers de l'accompagnement social et médico-social connaissent un vrai déficit d'attractivité. Les professionnels qui ont participé aux États généraux l'ont dit avec une constance qui devrait alerter : ils aiment leur métier mais ne se reconnaissent plus dans le système qui l'organise. Dans les Outre-mer s'ajoutent l'éloignement des lieux de formation et la distance culturelle et linguistique entre des soignants venus d'ailleurs et des populations qui ont besoin d'être comprises. Partout, les jeunes professionnels demandent de pouvoir s'installer, se former et fonder une famille là où ils vivent, sans parcours du combattant.

Propositions structurantes

Faire de la qualité de vie et des conditions de travail des professionnels un critère impératif de certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé, incluant des moyens suffisants pour les améliorer.

Intégrer un module d'auto-prévention dans la formation initiale et un module de santé mentale dans la formation continue des professionnels, avec des objectifs et modalités d'évaluation définis en articulation avec la certification périodique existante.

Développer dans les territoires ultramarins des formations des professionnels de santé adaptées aux langues et aux spécificités culturelles, sociales et alimentaires locales.

Autres propositions

- **Créer un dispositif de soutien à la parentalité** pour les jeunes professionnels de santé et de l'accompagnement.
- **Harmoniser les dispositions des codes de déontologie et leur application** afin de garantir un droit de retrait effectif aux professionnels de santé en cas de situations de menaces ou violences physiques ou verbales, dans des conditions clairement définies préservant l'intérêt du patient, la continuité et l'accès aux soins.

RÉMUNÉRATION

MIEUX RÉMUNÉRER CE ET CEUX QUI SOIGNENT UTILEMENT

Depuis vingt ans, notre système rémunère l'acte et l'activité : plus un hôpital produit de séjours, plus un professionnel enchaîne de consultations, plus ils sont financés. Cette logique possède certains avantages et a eu ses vertus. Mais faute de réforme ambitieuse ces dernières années, elle a progressivement conduit à une course au volume, des inégalités de rémunération entre professionnels, des nomenclatures peu lisibles et déconnectées, une prévention structurellement sous-payée. Et dans le champ social et médico-social, des écarts de conditions d'emploi entre conventions collectives qui mettent en concurrence des structures qui devraient coopérer.

Les professionnels ne demandent pas seulement d'être mieux payés : ils demandent de l'être pour ce qui compte. Le temps de coordination, la prise en charge globale d'une population, la prévention, le travail en équipe avec le patient. Les ressources humaines, la préservation du temps médical et les plateaux techniques doivent être réalloués selon des objectifs de santé publique clairs répondant aux besoins des populations spécifiques selon les territoires.

Propositions structurantes

Valoriser dans les négociations conventionnelles la réalisation d'actes de prévention précisément définis, fondés sur une démarche structurée et coordonnée avec les ressources territoriales, selon des modalités de rémunération privilégiant leur pertinence plutôt que leur volume.

Structurer un corps de santé populationnelle à partir des services existants de protection maternelle et infantile PMI, médecine scolaire, universitaire et du travail, en renforçant leurs moyens, leur coordination territoriale et leur attractivité, et en intégrant les professions concernées et les enjeux de santé environnementale.

Refonder l'allocation de ressources à partir des données de santé publique dans une approche populationnelle tout en préservant la tarification à l'acte pour les prises en charge standardisées et aisément descriptibles.

Autres propositions

- **Reconnaître et développer les équipes de soins coordonnés avec le patient (ESCAP),** en évaluant leur valeur ajoutée et en favorisant l'adhésion des différentes professions concernées.
- **Dresser une liste d'actes simples identifiés (ex. vaccination) et faire converger leur rémunération** lorsqu'ils sont réalisés avec des exigences comparables de compétence, de qualité et de responsabilité, sans baisse de rémunération.

2/3
Les pharmaciens réalisent désormais près de 2 vaccinations contre la grippe sur 3.[13]

- **Remettre à plat et rationaliser les nomenclatures et actes techniques** avec les professions concernées, puis organiser leur actualisation régulière selon une méthode réactive, sans baisse uniforme des rémunérations et en préservant les modes de financement adaptés à chaque activité.
- **D'ici le 1er janvier 2029, rendre effectif et opposable le bon accomplissement de la formation continue des professionnels de santé,** après avoir garanti une offre accessible et compatible avec l'exercice professionnel, en l'articulant avec la certification périodique.

13. Cour des comptes (2026) - *La politique de vaccination depuis 2018*

EFFICIENCE

FLUIDIFIER LES PARCOURS GRÂCE À UNE MEILLEURE COORDINATION ET UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE

L'efficience n'est pas l'austérité. Elle en est même le contraire, puisqu'elle vise l'optimisation des ressources et non la soustraction des moyens. Pour consolider la confiance de ceux qui financent le système, chaque euro doit être dépensé à bon escient : soins redondants, actes inutiles, transports sanitaires injustifiés, examens répétés, fraudes, les marges sont considérables. **Avec un objectif supérieur : grâce à une meilleure coordination des acteurs et à une meilleure organisation du secteur, fluidifier au maximum les parcours de soins et d'accompagnements.**

Cela suppose de clarifier ce que nous souhaitons collectivement solvabiliser, sur la base de données scientifiques et de choix démocratiques, pour opérer les arbitrages et les réorganisations nécessaires. Cela suppose aussi de repenser l'aménagement du territoire et la carte sanitaire sans sacrifier la qualité au nom d'une accessibilité supposée.

Le juste soin, ni plus ni moins, est une exigence de qualité avant d'être une exigence comptable.

Propositions structurantes

Produire et distribuer en France une part accrue des médicaments essentiels, dans le cadre d'une politique de réindustrialisation pharmaceutique coordonnée au niveau européen, afin de sécuriser l'accès aux traitements et de réduire les pénuries.

Sous 3 ans, rendre effective l'interopérabilité des logiciels utilisés par les professionnels de santé, y compris avec le dossier médical partagé. Cela inclut des exigences opposables aux éditeurs, sans reste à charge pour les professionnels et en garantissant la portabilité de leurs données ; à défaut, confier à l'Assurance maladie la responsabilité d'apporter directement des solutions aux professionnels.

2 Mds €

Lancé en 2021, le « Ségur du numérique » devait notamment permettre de renforcer l'interopérabilité des logiciels entre eux, grâce à un investissement de 2 Mds €.[14]

Augmenter, jusqu'à une durée définie par le prescripteur, la validité des ordonnances pour les traitements des maladies chroniques stabilisées, avec possibilité de renouvellement encadré et sans interrompre le suivi médical et pharmaceutique nécessaire.

Évaluer les dispositifs existants sur l'orientation des patients dès leur arrivée aux urgences et généraliser ceux qui fonctionnent en s'appuyant sur une offre graduée de solutions alternatives accessibles, pour assurer une permanence effective des soins.

Développer le partage de compétences entre professionnels de santé.

Développer l'accès direct à un plus grand nombre de professionnels de santé, dans la limite de leurs compétences reconnues.

Conditionner le remboursement par les complémentaires santé à l'inscription du professionnel de santé au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), après identification des professionnels concernés et période de régularisation, sans remettre en cause la prise en charge des prescriptions pour les patients.

Autre proposition

- **Fixer des objectifs de santé publique concernant les prescriptions,** sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé et des sociétés savantes, contribuant à des enjeux de soutenabilité, de qualité, d'efficience et des caractéristiques de populations prises en charge.

14. Agence du numérique en santé (2021) - *Lancement opérationnel du volet numérique du Ségur de la santé*

CONFIANCE

BÂTIR UN « PACTE DE CONFIANCE EN SANTÉ » EN GARANTISSANT L'ASSOCIATION DES CITOYENS AUX DÉCISIONS ET LE POUVOIR D'AGIR DES PATIENTS ET DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

La démocratie en santé est inscrite dans la loi depuis 2002 ; un quart de siècle plus tard, elle reste une abstraction. Les usagers siègent dans des instances qui ne décident pas, les patients reçoivent des soins dont ils ignorent le coût. Le système parle de « responsabilisation » sans donner ni l'information, ni la formation, ni la place qui permettraient de donner corps à cette notion.

De même, les professionnels de santé et de l'accompagnement sans qui notre système ne pourrait pas exister sont trop peu associés aux décisions qui les concernent eux ainsi que ceux dont ils prennent soin.

Les États généraux l'ont pourtant montré : quand on leur donne les moyens de comprendre, les assurés sociaux et les professionnels de santé et de l'accompagnement sont capables de délibérer sur des sujets réputés techniques. Il n'y a donc aucune raison de les tenir à l'écart des décisions qui les concernent.

Propositions structurantes

Renforcer l'éducation à la santé dans les écoles primaires et secondaires en mobilisant, en complémentarité, les professionnels de santé disponibles et des acteurs spécifiquement formés à l'éducation pour la santé, selon un cadre garantissant l'équité territoriale.

Développer l'éducation thérapeutique des patients.

Renforcer la recherche et la formation médicale sur les spécificités de la santé féminine, notamment l'endométriose, la ménopause, les maladies auto-immunes, le cancer du sein et l'infertilité, en tenant compte de leur intersection avec d'autres caractéristiques dont le handicap.

Autres propositions

- **Renforcer la participation citoyenne dans les projets régionaux de santé** avec avis conforme de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, en donnant aux citoyens et aux personnes concernées un rôle clairement défini et en articulant ce rôle avec les instances de démocratie en santé existantes, sans se substituer à la représentation des professionnels.
- **Reconnaître un statut juridique du patient-partenaire,** définissant son rôle, sa formation, ses modalités d'intervention et de rémunération et son articulation avec les représentants des usagers, sans l'assimiler à un professionnel de santé.
- **Informer systématiquement les patients du coût réel et de la prise en charge des soins reçus**, via un support pédagogique et clairement distinct d'une facture à payer, accessible notamment sur Ameli, sans culpabilisation, ni stigmatisation, ni risque de renoncement aux soins.

INNOVATION

GARANTIR UN SYSTÈME DE SANTÉ FONDÉ SUR UN PRINCIPE D'INNOVATION RESPONSABLE

L'innovation, prise au sens large, est un formidable vecteur de progrès social, thérapeutique, organisationnel. L'intelligence artificielle en est aujourd'hui l'avatar le plus visible et le plus ambivalent. Elle peut éviter des ruptures de suivi, soulager les professionnels d'une charge administrative, aider au diagnostic et à la décision. Elle peut aussi conduire à l'exclusion des plus fragiles par une micro-segmentation des risques alors que nos mécanismes de solidarité ont précisément été inventés pour empêcher.

Mais l'utilisation du numérique et de l'IA soulève l'enjeu de la gouvernance des données. Les groupes de travail nationaux et les ateliers territoriaux ont posé une condition claire à sa présence dans ce document : la responsabilité humaine. L'IA et l'innovation sont des outils au service de l'humain, jamais l'inverse.

Cette exigence n'est d'ailleurs pas à inventer : l'article 14 de l'« AI Act » l'impose déjà. Il s'agit donc moins de revendiquer un principe nouveau que de veiller à ce qu'il soit pleinement respecté et mis en œuvre malgré les bouleversements en cours.

Avant même de rêver d'innovation, il faudrait d'ailleurs que les logiciels des professionnels de santé se parlent entre eux : **après 15 ans de promesses l'interopérabilité reste à conquérir.**

Propositions structurantes

Favoriser l'investissement d'acteurs contribuant à l'intérêt général en ouvrant la possibilité de réaliser une levée de doute via l'IA en établissement, tout en conditionnant tout usage de l'IA en santé à plusieurs facteurs : la préservation de la responsabilité médicale et du contrôle humain, la clarification des responsabilités respectives du professionnel, de l'établissement, de l'éditeur et du fournisseur de l'outil et le respect des droits du patient et de la protection des données.

Développer et déployer dans les logiciels médicaux un système d'aide à la décision permettant d'identifier les programmes de prévention et de vaccination pertinents pour chaque patient, fondé sur des recommandations validées, actualisées et transparentes, dans le respect des droits du patient et sous la responsabilité du professionnel de santé.

Avoir recours à l'IA, notamment via la télésurveillance, pour prévenir les ruptures de suivi thérapeutique, avec le consentement du patient, sans substitution au suivi humain et en garantissant la protection des données et l'accès des personnes éloignées du numérique.

Autre proposition

- **Utiliser l'IA pour faciliter le traitement des démarches administratives des professionnels de santé,** sous contrôle humain, en garantissant la sécurité et la confidentialité des données et sans en faire un outil de substitution systématique aux personnels administratifs.

ET MAINTENANT ?

Ce document n'a pas de conclusion, parce qu'il se veut un commencement.

Dix ambitions, une soixantaine de propositions et une conviction solidement ancrée : notre modèle de santé et de protection sociale peut tenir, et même prospérer, à condition d'être refondé dans sa gouvernance, son financement et sa relation aux assurés sociaux. Il peut et doit redevenir un motif de fierté nationale, un horizon collectif, un moteur de justice et de cohésion.

Nous savons ce qu'il adviendra de cette plateforme de propositions si nous n'y prenons garde : une contribution de plus sur une pile déjà haute. C'est pourquoi nous prenons trois engagements.

Le premier est celui de la lisibilité.

Chacune de ces propositions doit pouvoir être comprise par l'assuré social qu'elle concerne. Nous les traduirons, avec les partenaires du collectif, en un langage accessible à tous, et nous les porterons sur les territoires où elles sont nées.

Le deuxième est celui de l'évaluation dans le temps.

Nous demandons qu'un rendez-vous public soit fixé, à échéance régulière, pour mesurer l'atteinte de ces ambitions, en rendre compte aux assurés sociaux et ajuster ce qui doit l'être. Nous nous appliquerons cette exigence à nous-mêmes : le collectif se réunira à nouveau pour dresser le bilan de ce qui aura été repris, engagé ou ignoré.

Le troisième est celui de l'interpellation.

Dans la perspective de l'élection présidentielle de 2027, nous soumettrons ces dix ambitions à chacun des candidats. Nous leur demanderons de dire, publiquement, ce qu'ils en retiennent, ce qu'ils rejettent et ce qu'ils s'engagent à faire. Et nous rendrons leurs réponses publiques.

La santé est un bien commun et la protection sociale notre affaire à tous.

80 000 citoyens et professionnels, plus de **50** organisations signataires, **2 300** acteurs de terrain, **50** citoyens tirés au sort ont pris le temps de dire ce qu'ils voulaient pour leur santé et leur protection sociale.

Il serait impardonnable de ne pas les entendre.

La société civile s’est exprimée.

À chacune et à chacun, aux candidats à l’élection présidentielle de 2027, formations politiques et décideurs publics de s'emparer de ces propositions.



UNE DÉMARCHE PORTÉE PAR UN COLLECTIF DE PLUS DE 50 ORGANISATIONS





Retrouvez l'ensemble
des publications
de la démarche
sur placedelasante.fr

États Généraux de la Santé et de la Protection Sociale

sur placedelasante.fr

Novembre 2026 - Conception : Septième Fonction