

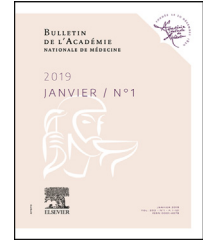


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

Quelle évolution de notre système de santé pour demain en France ?[☆]

What evolution of our health system for tomorrow in France?

F. Bizard*

ESCP Europe, Paris, France

Reçu le 13 mars 2022 ; accepté le 10 mai 2022

Disponible sur Internet le 20 octobre 2022

MOTS CLÉS

Prestations des soins de santé ;
Santé publique ;
Hôpitaux publics ;
Médecins généralistes ;
Médecine sociale ;
Sécurité sociale ;
Démocratie ;
Innovation organisationnelle ;
Prévention primaire ;
Maladie chronique

KEYWORDS

Delivery of health care;
Public health;
Hospitals;
Public;

Résumé Après avoir connu un âge d'or au XX^e siècle, notre système de santé éprouve depuis plusieurs années une crise multidimensionnelle. Ce n'est pas avant tout une crise de ressources, comme il est souvent évoqué par facilité, mais surtout une crise d'adaptation à un environnement qui a radicalement changé à l'aube du nouveau millénaire. Pour remettre notre système de santé sur les bons rails, il est nécessaire de réfléchir à sa transformation, tout en conservant les valeurs fondamentales du modèle actuel et en reprenant l'ensemble des acteurs existants. Outre une place plus stratégique de la santé dans la société, l'évolution du système suppose de construire notre politique de santé à partir de la santé globale (et non seulement du soin), des besoins de santé (et non de l'offre) et d'une régulation renouée.

© 2022 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de l'Académie nationale de médecine.

Summary After experiencing a golden age in the 20th century, our health system has been experiencing a multidimensional crisis for several years. It is not above all a crisis of resources, as is often evoked for convenience, but above all a crisis of adaptation to an environment which has radically changed at the dawn of the new millennium. To put the system back on the right track, it is necessary to think about its transformation, while maintaining the fundamental

[☆] Séance du 4/10/2022.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fbizard@escp.eu

General practitioners;
Social medicine;
Social security;
Democracy;
Organizational innovation;
Primary prevention;
Chronic disease

values of the current model and incorporating all the existing players. In addition to a more strategic place for health in society, the evolution of the system supposes building our health policy based on global health (and not only cure), health needs (rather than health supply) and a renewed regulation.

© 2022 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of l'Académie nationale de médecine.

Quelle évolution de notre système de santé pour demain ?

En mars 2020, la France déclare la guerre à un virus, le SARS-Cov-2, apparu la première fois en décembre 2020 à Wuhan, dans la province de Hubei en Chine. Comme beaucoup d'autres pays développés, la France n'était pas préparée à cette guerre. Non pas parce qu'elle était inimaginable mais parce que notre pays vit sur ses acquis du XX^e siècle et n'a pas reconstruit son système de santé pour affronter les nouveaux enjeux du XXI^e siècle.

Comme après la deuxième guerre mondiale, la France doit bâtir de nouvelles fondations, dans la continuité du modèle de 1945, pour rester parmi les nations prospères et enviées dans le monde. Cette nécessité et ces urgences ne sont pas liées à la crise, qui n'a fait que révéler une situation connue. Cependant, pour « *ne pas gâcher une bonne crise* » comme disait Churchill, il est temps de restructurer en profondeur notre système de santé pour en faire de nouveau une référence mondiale.

Après avoir énoncé les 4 crises du système actuel, nous analyserons les conséquences du changement d'environnement des années 2000 puis donnerons les points clés de l'évolution nécessaire de notre système de santé.

Les 4 crises du modèle actuel

Une crise d'efficacité

Un système de santé a vocation à optimiser l'état de santé de la population, en réduisant les inégalités sociales, en maximisant la satisfaction globale des citoyens tout en maîtrisant le niveau des dépenses.

Avec un niveau de dépenses en santé de 11,3 % du PIB contre 9,9 % pour la moyenne des pays de l'UE 28 en 2018, la France dispose d'un haut niveau de dépenses. Cependant, nous verrons que la question n'est pas que la France dépense trop mais qu'elle dépense mal, avec une mauvaise allocation des ressources, soit un problème d'efficacité.

Ainsi, malgré ce niveau de dépenses, la France n'a pas réduit les inégalités de santé depuis 30 ans (Fig. 1), dispose d'une mortalité prématurée parmi les plus élevées d'Europe et a vu l'espérance de vie sans incapacité des hommes stagner depuis 10 ans (Fig. 2). Concernant l'espérance de vie à la naissance, la France reste très bien classée chez les femmes (en deuxième place dans l'Union européenne à 85,9 ans)

mais est en huitième position chez les hommes dans l'Union européenne (79,9 ans en 2019) [1].

Malgré tous les progrès médicaux, notre pays n'a pas réussi à réduire les inégalités de santé entre les classes sociales et entre les territoires. Pour les hommes encore aujourd'hui, treize années d'espérance de vie séparent les 5 % les plus riches des 5 % les plus pauvres. En 1980, l'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier était de 6 ans, il est de 6,3 ans en 2018.

Ces inégalités sont largement dues aux déterminants non médicaux de santé (comportements individuels, revenus, environnement) dont notre système de santé (qui est encore aujourd'hui davantage un système de soins que de santé comme nous le verrons ultérieurement) tient insuffisamment compte.

Une crise économique

L'assurance maladie est déficitaire chaque année sans interruption depuis 1988. Alors qu'un retour à l'équilibre était proche en 2019, avec un remboursement de la dette sociale achevé en 2024, la crise Covid est venue remettre en cause ce retour à l'équilibre avec un déficit de plus de 30 milliards d'euros en 2020. Hors impact Covid, l'assurance maladie est de nouveau structurellement déséquilibrée à moyen terme.

Outre ce déficit de l'Assurance maladie qui focalise l'attention des médias et observateurs du système, c'est surtout la mauvaise allocation des ressources en santé qui a affaibli l'efficacité du système ces dernières années. C'est une crise de nature économique si on en juge par la mauvaise allocation des ressources malgré une dépense globale plus élevée de 1,4 point de PIB que la moyenne des pays développés.

À titre d'exemple, la France sous-investit largement dans la prévention (Fig. 3) par rapport aux pays comparables. Ceci explique la hausse rapide des affections de longue durée (vieillesse en mauvaise santé) qui met sous pression les dépenses de soins et les mauvais indicateurs sanitaires liés au manque de prévention (tabac, alcool, espérance de vie sans incapacité, mortalité prématurée).

Un autre exemple de mauvaise allocation est la faiblesse de l'investissement en capital dans la santé en France et la concentration excessive de cet investissement sur la construction. La France privilégie à l'excès l'immobilier dans ses infrastructures santé plutôt que les équipements médicaux et technologiques et les brevets (Fig. 4).

Espérance de vie des hommes à l'âge de 35 ans selon la catégorie sociale

Unité : années

	Hommes 1976-1984	Hommes 1983-1991	Hommes 1991-1999	Hommes 2000-2008	Hommes 2009-2013
Cadres sup.	41,7	43,7	45,8	47,2	49
Prof. interm.	40,5	41,6	43	45,1	46,7
Agric.	40,3	41,7	43,6	44,6	46,2
Artis., commer. et chefs d'entrep.	39,6	41	43,1	44,8	46
Employés	37,2	38,6	40,1	42,3	44,9
Ouvriers	35,7	37,3	38,8	40,9	42,6
Inactifs	27,7	27,5	28,4	30,4	33,1
Ensemble	37,8	39,2	40,8	42,8	44,5
Ecart entre cadres sup. et ouvriers	6	6,4	7	6,3	6,4

Lecture : compte tenu des niveaux de mortalité mesurés entre 2009 et 2013, un homme cadre de 35 ans pouvait espérer vivre en moyenne encore 49 années, soit jusqu'à 84 ans au total.

Source : Insee - © Observatoire des inégalités

Figure 1 Ecart d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier depuis 1980.

Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité des hommes en France de 2007 à 2017 (Insee, Drees)

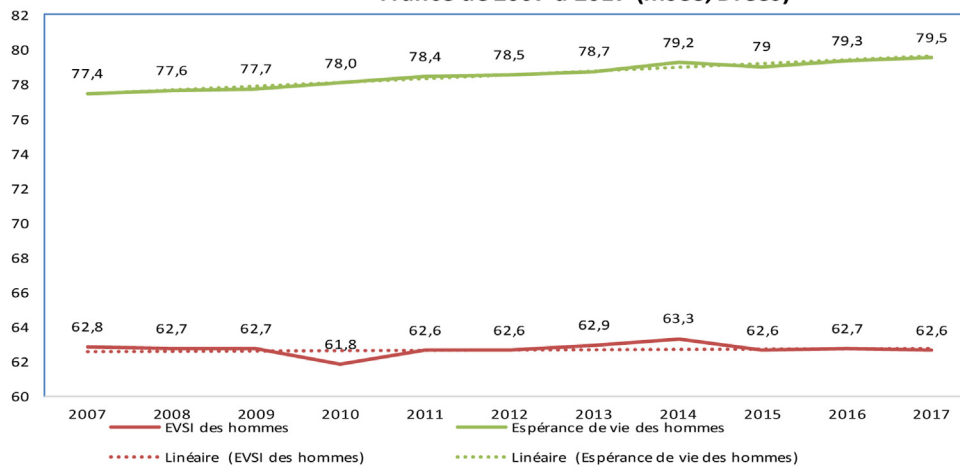


Figure 2 Espérance de vie sans incapacité des hommes en France. Source : Drees, Insee.

Le système génère aussi un niveau élevé de dépenses improductives, dont des dépenses administratives élevées¹.

Une crise de gouvernance

C'est aussi et surtout une crise de gouvernance dont les prémices de l'étatisation des soins sont apparues dès les ordonnances Juppé de 1996. La rupture par rapport au modèle de 1945, qui prônait une délégation de service public à une Assurance maladie pilotée par les représentants des assurés, a été accélérée au moment de la loi HPST dite Bachelot de 2009.

¹ La France dépense 15,7 milliards d'euros en coûts de gestion de la santé, soit près de 6 % de l'ensemble de santé, un record en Europe. Source : « Dépenses de santé 2018 », Drees 2019.

Après avoir affaibli l'institution hospitalière en la sur-administrant et en éloignant les soignants du processus de décision, l'extension de la mainmise de l'État, via les agences régionales de santé sur l'ensemble de l'offre de soins, a précipité le système dans un environnement ultra-bureaucratique et ultra-centralisé.

Cet excès de bureaucratie dans l'évolution du système représente des coûts administratifs les plus élevés en Europe, avec près de 5,6 % des dépenses totales de santé dédiées aux coûts administratifs [2]. De plus, il freine l'esprit d'innovation et nuit à l'attractivité des lieux de soins.

Le système n'a pas de véritable pilote et agit avant tout par réaction aux événements. La crise sanitaire Covid-19 a révélé cette faille institutionnelle avec une absence d'anticipation et des difficultés de coordination entre les acteurs [3,4].

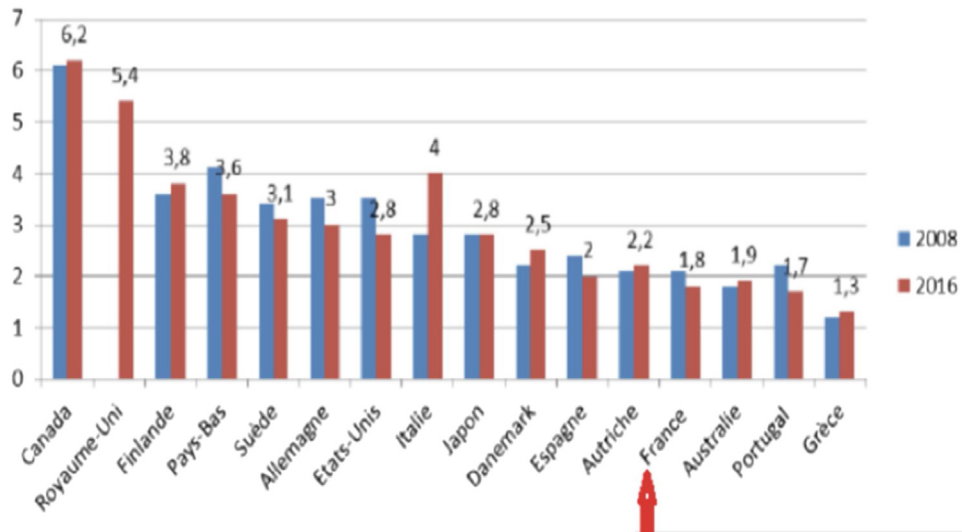
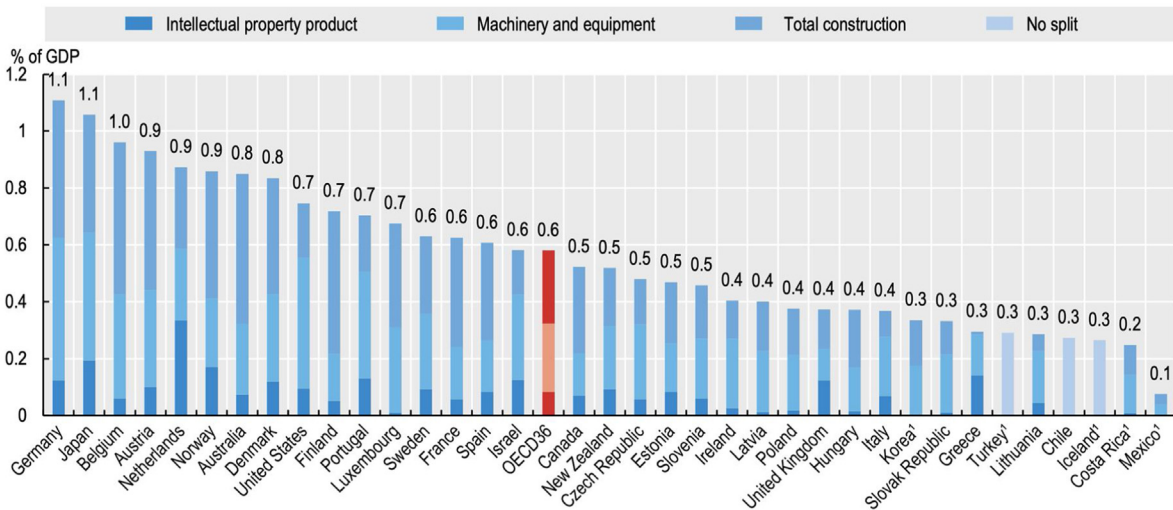


Figure 3 Part des dépenses de santé dans la prévention en pourcentage des dépenses courantes de santé dans l’OCDE en 2008 et 2016. Source : OCDE, base de données 2020.



1. Refers to gross fixed capital formation in health providers under the System of Health Accounts. Breakdown by type of asset refers to the last available year based on either National Accounts or Health Accounts data.
Source: OECD National Accounts, OECD Health Statistics 2021.

Figure 4 Dépenses annuelles en capital en santé dans l’OCDE, en pourcentage du PIB, par type d’actifs.

La centralisation de la gouvernance dans les mains de la technostructure induit un pilotage par des normes, souvent inadapté à la réalité médicale du terrain, qui fait perdre l’autonomie indispensable du personnel soignant dans la relation patient et dans l’organisation de son exercice. Historiquement décentralisée dans les services pour les hôpitaux et dans la relation médecin patient (le colloque singulier) pour la ville, les lieux de décision (et de pouvoir) sont tous remontés dans les mains de la technostructure.

Une crise de confiance

Enfin, c’est une crise de confiance qui s’est installée entre les acteurs, nourrie par la dégradation des performances qui

met sous tension toutes les composantes du système. Que ce manque de confiance provienne de l’État, de l’assurance maladie, du personnel administratif ou des professionnels de santé eux-mêmes, il bloque le fonctionnement d’un système basé sur la contractualisation entre les acteurs.

À titre d’exemple, Opinion Way mesure tous les ans pour l’Institut Solidaris la satisfaction des Français pour leur système de santé. En 2019, 61,6 % des Français jugent le système de santé de bonne qualité, soit 8 points de moins qu’en 2018 et 60,2 % estiment que le système est bien adapté à leurs besoins, soit 5 points de moins qu’en 2018.

Un sondage réalisé en 2022 a montré que 76 % des Français jugent leur système de santé en « danger » et même 46 % en « détresse ». Un avis partagé par 86 % des professionnels de santé [5].

La refonte des institutions et de la gouvernance visera à rétablir une pleine confiance entre les acteurs.

Un nouvel environnement depuis les années 2000 : La triple transition

Tous les systèmes de santé des pays développés font face à un bouleversement sans précédent de leur environnement de trois ordres : démographique, épidémiologique et technologique. C'est la triple transition d'un monde vers un autre, comme cela a été le cas à la Renaissance [6].

Ce triple choc extérieur touche tous les risques sociaux et donc tous les modèles en charge de les gérer. C'est pour cela que l'évolution de notre système de santé s'inscrit dans une évolution systémique de notre modèle social [7].

La transition démographique

La transition démographique correspond à un vieillissement de la population, c.-à-d. à une hausse significative de la part de la population des plus de 65 ans. Ce premier choc est historique dans son intensité et prend toute son ampleur entre 2010 et 2030. Cette période correspond à l'entrée des baby-boomers à un âge de 65 ans et plus. À partir de 2030, ces mêmes baby-boomers auront plus de 85 ans, ce qui va fortement intensifier le risque de dépendance en France.

Si le vieillissement de la population touche la plupart des pays de l'OCDE, son intensité est variable d'un pays et d'un continent à l'autre. Il est très soutenu dans l'Union européenne, où la part des plus de 80 ans est passée de 1,5 % en 1960 à 5 % en 2010 et sera de 11 % en 2050. En France, la part des plus de 65 ans va passer, sur la période 2010–2050, de 17 % à 26 %, sachant que les plus de 60 ans représenteront un peu plus d'un tiers de la population en 2050, contre moins d'un quart en 2010.

Un double impact du vieillissement de la population

L'impact de ce vieillissement de la population sur le système de santé sera d'autant plus fort que les pays n'adopteront pas la bonne stratégie de gestion du risque santé. Tout dépendra de la qualité de ce vieillissement et de la capacité à faire évoluer les sources de financement des dépenses de santé. Le vieillissement en bonne santé devient une priorité nationale de santé publique tout aussi importante que l'accès aux soins pour tous.

Pour cela, l'évolution du système de santé tend à considérer les bien portants tout autant que les malades et donc passer d'une gestion du risque santé en aval (attendre que les personnes tombent malades) à une gestion en amont, dès le plus jeune âge. La France est déjà engagée dans la structuration d'une Stratégie Nationale de Santé, dont la dernière couvre la période 2018–2022 [8] et laisse une part significative à la prévention. On y trouve notamment deux pôles importants avec le programme des 1000 premiers jours de l'enfant [9] et le plan national de lutte contre le tabagisme [10].

Seul un objectif de compression de la morbidité (ou d'allongement de l'espérance de vie en bonne santé) permet de « neutraliser » l'effet démographique. Ainsi, une politique efficace de santé sur tous les déterminants de santé est

gagnant-gagnant pour toutes les parties. Elle permet d'avoir une population en meilleure santé, des dépenses de santé maîtrisées, une économie plus prospère, une réduction des inégalités sociales de santé et un bien-être des citoyens plus élevé.

Pour les systèmes financés par une sécurité sociale historiquement assise sur les revenus des actifs, tels que l'Allemagne et la France, le deuxième impact du vieillissement de la population est un déséquilibre entre la source originelle du financement (les revenus des actifs) et la source traditionnelle des dépenses (les séniors). Ce déséquilibre se traduit par un déficit chronique des comptes de l'assurance maladie.

Une extension de la base de financement s'impose donc pour compenser la baisse du ratio actifs/inactifs. C'est ce qui a été en partie réalisé en France en 2018 avec le transfert de 20 milliards d'euros des cotisations sociales qui reposaient uniquement sur les revenus du travail vers la contribution sociale généralisée (CSG) qui, comme son nom l'indique, repose sur une assise plus large de revenus, dont ceux liés au capital et aux revenus de substitution.

L'extension du financement de la branche santé s'est réalisée depuis 1950 en parallèle de l'extension de la couverture des soins par la sécurité sociale passée de 50 % en 1950 à près de 80 % en 2020 du financement des dépenses de santé. On peut noter que la consommation de soins et biens médicaux est passée sur cette période de 2,6 % du PIB à 9,1 % du PIB [11]. Ce triplement de la part de la richesse nationale consacrée aux dépenses de soins a été un moteur essentiel de la médicalisation des territoires et de la hausse de l'espérance de vie en France.

Cette évolution du financement est interprétée à tort comme justifiant la reprise en main par l'État de la sécurité sociale et la fin de la démocratie sociale. En effet, le choix de la gouvernance de l'assurance maladie, avec un financement moins dépendant des cotisations, est un choix purement politique. Le financeur reste toujours le citoyen, et sa participation à la gouvernance du système est indispensable. Il serait contradictoire de prétendre faire évoluer un système de santé centré sur le patient/citoyen et de l'exclure du pilotage de son financement.

La transition épidémiologique

La deuxième transition correspond à une évolution tout aussi radicale liée à la nature du risque, dans le cas présent, la maladie (le chômage dans le travail ou la paupérisation des personnes âgées pour les retraites). L'allongement de la durée du risque en santé, avec la dominance des pathologies chroniques, change la donne stratégique.

Il s'agit du passage d'un risque aigu à un risque chronique avec la chronicisation des pathologies qui allonge sensiblement la durée du risque. Alors que le combat du XX^e siècle était la lutte contre des pathologies dites aiguës, le combat du XXI^e siècle porte sur les pathologies chroniques. Aujourd'hui, 80 % des personnes meurent de pathologies chroniques en France, comme dans la plupart des pays développés. À ce risque dominant chronique s'ajoute le risque pandémique dont la crise de la Covid19 est venue nous rappeler avec perte et fracas son acuité.

L'allongement de la durée du risque en santé induit une évolution du pilotage de ce risque de deux ordres : qui le pilote et comment le piloter ? Alors que, dans le précédent système, le pilote principal était l'offreur de soins, c'est maintenant le demandeur, le citoyen-patient. Seul un engagement de ce dernier dans la gestion de son risque, qui nécessite une motivation, mais aussi des capacités suffisantes en termes de connaissances et de moyens, permettra une gestion efficace du risque en santé au XXI^e siècle. Le système de santé doit donc être piloté à partir des besoins de santé plutôt qu' à partir de l'offre de santé.

Cette nouvelle stratégie de gestion du risque santé exige d'investir massivement dans les capacités individuelles en santé, ce qui est appelé l'investissement social. La santé n'a rien d'inné, il faut former, éduquer les citoyens au maintien en bonne santé dès le plus jeune âge. On peut faire un parallèle avec le plan d'investissement compétences (PIC) de 15 milliards d'euros sur 5 ans lancé en 2018, visant à former les actifs pour renforcer leurs compétences et les garder employables tout au long de leur vie professionnelle.

La transition technologique

Si les deux premières transitions concernent la demande de santé, la troisième concerne aussi l'offre, avec une révolution technologique qui va considérablement améliorer l'arsenal thérapeutique (comme la génomique et les thérapies cellulaires), la pertinence des prises en charge (comme l'intelligence artificielle), la productivité des offreurs de soins et les capacités de la demande (numérisation, génomique).

Les révolutions technologiques applicables au secteur de la santé telles que la numérisation des données, le *big data*, l'intelligence artificielle ou les neurosciences repoussent les frontières de ce qui semblait possible en médecine à la fin du XX^e siècle. C'est la confluence de plusieurs révolutions (dite hyper révolution) qui fait de la santé un des secteurs les plus stratégiques au XXI^e siècle en matière d'innovations et de potentiel de développement économique associé. La souveraineté et la puissance des nations sont aussi en jeu si on tient compte de la maîtrise des données de santé, des sources d'approvisionnement et de fabrication des futures innovations thérapeutiques.

Si la révolution génomique a été permise par la découverte de l'ARN et de l'ADN au cours du XX^e siècle, ce sont bien les innovations technologiques, notamment en informatique et en électronique, qui ont conduit au séquençage de l'ADN, à la lecture puis à l'écriture du génome. Si elle ouvre le champ des possibles en médecine comme aucune autre révolution avant elle, faisant fantasmer les transhumanistes d'une victoire possible sur la mort, la révolution génomique nécessite une régulation éthique particulièrement efficace. Cette nouvelle régulation, qui s'applique aussi à la maîtrise budgétaire, implique de repenser les institutions de régulation en conséquence.

C'est le grand paradoxe de la situation actuelle de notre système de santé qui, malgré des innovations technologiques sans précédent, n'en fait pas bénéficier pleinement les parties prenantes et se trouve dans une situation de crise. Le progrès technologique ne se traduit pas suffisamment en progrès social. La modernisation des hôpitaux s'est ainsi

traduite en France par une dégradation des conditions de travail des soignants et une perte d'attractivité des postes.

Les principes clés pour réfléchir à l'évolution de notre système de santé [13,14]

Une approche de la santé créatrice de valeur ajoutée humaine et économique

La santé est considérée dans le modèle actuel de santé dans sa dimension restrictive d'absence de maladie et comme une source de dépenses pour la Nation. Une réflexion sur l'évolution du modèle de santé intègre une nouvelle approche de la santé qui va être considérée comme une source de création de richesse, de réduction des inégalités sociales, de bien-être social et de rayonnement pour la France à l'étranger (*soft power*).

La santé contribue à hauteur de 10,5 % à la création de notre PIB chaque année et représente plus de 2,2 millions d'emplois, non délocalisables pour la plupart, dont une partie représente des postes très qualifiés dans le soin, la recherche, le développement clinique et la production industrielle.

La santé contribue également largement à optimiser la croissance économique potentielle de notre pays. La *health tech* – qui regroupe les biotechnologies, la e-santé et la medtech – dispose d'un potentiel de chiffre d'affaires en France de 40 milliards d'euros et de 130 000 emplois en 2030 [12]. Dans l'économie de l'innovation qui prédominera le rapport de force économique, la santé sera une des principales locomotives de la croissance.

C'est aussi vrai pour le rapport de force diplomatique, comme l'a montré la diplomatie des vaccins et du matériel médical de crise. Les pays qui maîtriseront les innovations technologiques de santé et disposeront d'une souveraineté sanitaire suffisante seront les plus influents sur la scène internationale.

Trois piliers stratégiques pour réfléchir à l'évolution de la santé en France

Trois évolutions stratégiques majeures dans la gestion du risque aident à penser sur l'évolution de notre système de santé.

Du soin à la santé : la considération holistique de la santé (la santé globale) induit un modèle qui est au service de la santé des bien portants tout autant que de celle des malades. La prise en compte des déterminants de santé non médicaux, en plus des déterminants médicaux, étend le champ d'actions du système de santé et impose une approche transversale aussi bien sur le plan politique que scientifique. Elle induit aussi l'utilisation plus exhaustive de certains acteurs comme les collectivités territoriales, à travers une politique de décentralisation de certaines missions de santé publique.

Ce premier pilier génère un avantage comparatif par rapport au modèle de 1945 à travers la capacité de réduire les inégalités sociales de santé et d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé grâce à la politique de santé. Nous passons de la promesse due l'accès aux soins pour tous de 1945 à

celle de l'accès à la santé pour tous de 2022. Cette plus grande efficacité sur l'état de santé de la population d'un modèle agissant sur l'ensemble des déterminants médicaux et non médicaux est largement documentée [15,16].

De l'offre à la demande : le système actuel est piloté à partir de l'offre de santé, son évolution partira d'un pilotage à partir de la demande, installant l'individu, l'usager en son centre. Cette demande se traduit en termes de besoins de santé et induit un système fondé stratégiquement sur la santé publique (i.e. une approche populationnelle et préventive) et non plus sur le soin. Il induit une territorialisation aboutie de la santé (avec un territoire identique pour tous les soignants) pour répondre de façon personnalisée aux besoins de santé de chacun et adaptée aux territoires.

Cette approche par la demande répond à l'exigence de personnaliser la réponse aux besoins individuels de santé et de prendre en compte l'environnement social et familial des personnes. A titre d'exemple, un contrat thérapeutique est élaboré avec chaque patient souffrant d'une affection de longue durée afin de créer un écosystème personnalisé de ressources humaines, techniques et technologiques pour gérer le parcours du patient. Un budget personnalisé de santé est aussi mis en place pour ces patients.

De l'étatisme à la démocratie sanitaire et sociale : un système centré sur l'individu usager et sa santé globale exige un processus de démocratisation avancée. Cet individu capable, informé et responsable de sa santé devient un acteur à part entière du système de santé. La démocratisation des institutions de la gouvernance de la santé, dont la sécurité sociale et les établissements de santé, aiderait à redonner une réelle capacité de décision et d'organisation des soins aux professionnels de santé, dans le cadre défini par la politique de santé nationale.

Le principe de l'autonomie solidaire

Toute réflexion sur l'évolution de la santé doit s'appuyer sur une philosophie politique, une conception de l'individu et de la société, comme ce fut le cas pour la sécurité sociale en 1945. Pour répondre au changement de l'environnement, nous proposons le concept d'*autonomie solidaire* en protection sociale.

Ce concept prend en compte l'évolution de l'individu *anonyme* et *abstrait* vers un individu *singulier* et *unique*, à la recherche d'égalité réelle et d'autonomie, de reconnaissance et de dignité, même quand il est en situation de faiblesse et de vulnérabilité. C'est un individu capable de développer ses potentialités tout au long de sa vie et c'est cette capacité qu'il faut protéger dans le modèle social de demain.

C'est une nouvelle forme de solidarité qui vient irriguer la protection sociale du XXI^e siècle, plus active que dans le modèle de 1945, assise sur le solidarisme et le concept de justice sociale. Elle garantit que l'évolution du modèle ira vers le renforcement de la capacité d'actions de chacun, y compris des plus défavorisés, pour gérer de façon autonome leur risque santé. Ceci est rendu possible par la nouvelle stratégie qui part des besoins de santé, de la santé globale et respectent les choix et aspirations individuels.

Cette philosophie s'inspire des Lumières avec une autonomie qui est l'expression du « *respect de l'humanité* » selon

les propos de Rousseau. C'est aussi l'expression d'une sortie de l'individu de son « *état de minorité* » selon la définition de Kant des Lumières. Cela revient à redonner la capacité de se servir de son entendement dans la conduite de sa santé.

Outre les aspects philosophiques, cette évolution renforce les fondamentaux existants du modèle français de santé : le libre choix de son professionnel de santé, les droits et devoirs, l'égalité des chances, le financement solidaire et l'indépendance professionnelle des soignants. S'il est d'inspiration française, il a une vocation universelle car il relance la vision humaniste et autonome pour tous de la révolution française.

Une régulation rénovée du système de santé

L'amélioration du système de santé passe par une réflexion sur sa régulation, permettant d'optimiser les choix de santé publique, d'allouer de façon efficiente les ressources et d'optimiser la satisfaction des citoyens.

À titre d'exemple, un dispositif utilisé pour piloter les questions de défense et de sécurité, la loi d'orientation et de programmation budgétaire à 5 ans [17], pourrait être proposé pour gérer la politique de santé. Il permettrait d'apporter une vision de long terme sur les objectifs et les moyens pour tous les acteurs et de générer un débat politique de fond sur la santé publique à chaque début de quinquennat.

Cette évolution s'accompagnerait d'un nouvel objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) qui ne serait plus bâti à partir de l'offre de soins (ville, hôpital, médico-social) mais à partir des besoins de santé (prévention, soins chronique, soins courants) d'une part et du type de dépenses (recherche, formation, enseignement, produits de santé) d'autre part. L'excellent rapport réalisé chaque année par l'assurance maladie, depuis la loi du 13 août 2004 [18], sur les charges et produits en santé permet de réaliser rapidement cette évolution [19].

La place de l'éthique dans cette régulation devrait rester centrale. Selon John Rawls, la démarche éthique consiste à rechercher un équilibre réfléchi. La gouvernance rénovée vise à trouver cet équilibre réfléchi. Face à des arbitrages budgétaires inévitables, c'est le processus de décision qui importe pour que l'éthique de la décision permette d'objectiver le plus équitablement possible les arbitrages. Cette éthique de la décision est au cœur du vaste mouvement de démocratisation de la santé souhaité.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Life expectancy at birth in Europe and other developed ORCD countries, INED, 2018. [En ligne] Disponible sur: https://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/europe-developed-countries/life-expectancy/.
- [2] Système international des comptes de la santé (SHA)—OCDE—Eurostat, OMS.

- [3] Algan Y, Cohen Daniel - Les Français au temps du Covid-19: économie et société face au risque sanitaire—Conseil d'analyse économique—N° 66, octobre 2021.
- [4] Nay O, Béjean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel et P, Ventelou B. *Achieving Universal Health Coverage in France: Policy Reforms and the Challenge of Inequalities*. *Lancet* 2016;387:10034.
- [5] Sondage IFOP réalisé en mars 2022 pour la FHF. [En ligne] Disponible sur: <https://www.lejdd.fr/Societe/les-francais-veulent-changer-le-systeme-de-sante-4099075>.
- [6] Bizard F. « Politique de santé: réussir le changement »; Editions Dunod; 2015.
- [7] Bizard F. « Protection sociale: pour un nouveau modèle »; Editions Dunod; 2017.
- [8] Stratégie nationale de santé 2018-2022 - Ministère de la Santé et des Solidarités.
- [9] Programme national des 1000 premiers jours de l'enfant—Ministère de la Santé et des Solidarités.
- [10] Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022—Ministère de la Santé et des Solidarités.
- [11] Comptes de la santé—Drees—Ministère de la santé et des Solidarités.
- [12] Étude du BCG pour France Biotech, « Faire de la France un leader mondial de la biotech », (novembre 2017).
- [13] Bizard F. « Et alors la réforme globale de la santé, c'est pour quand ? »; Editions Fauves-Michalon; 2019. Grand Prix BFM du meilleur livre de l'économie de l'année 2020.
- [14] Bizard F. « L'autonomie solidaire en santé »; Editions Michalon; Octobre 2021. Sélectionné pour le « Grand prix de la protection sociale 2020-2021 » de l'EN3S et de la direction des politiques sociales de la Caisse des dépôts, remis en avril 2022.
- [15] If you could do one thing, British Academy, January 2014.
- [16] Health in all policies, Framework for Action, January 2014.
- [17] Projet de loi d'orientation et de programmation du Ministère de l'Intérieur 2022-2027. [En ligne] Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/sites/minint/files/medias/documents/2022-03/16-03-2022-projet-de-loi-d-orientation-et-de-programmation-du-ministere.pd>.
- [18] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- [19] Rapport charges et produits 2022—Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses: propositions de l'assurance maladie pour 2022- Assurance maladie.