

Deuxième avis du comité des garants des états généraux de la santé et de la protection sociale

Le 31 août 2026

1) Rappel du périmètre de l'avis :

Ce deuxième avis concerne les **résultats de la seconde phase des Etats Généraux, de co-construction collective qui s'est tenue entre mars et juillet 2026.**

Une troisième réunion du comité des garants s'est tenue le 28 avril 2026 et a consisté en une présentation et échanges autour de notre premier avis, puis un échange sur les groupes de travail nationaux, et enfin sur les objectifs, le périmètre et les méthodes utilisées pour la phase de co-construction, notamment la Convention démocratique et le forum académique et institutionnel.

La quatrième réunion, tenue le 16 juin, a permis de recevoir un retour préliminaire sur les travaux de la Convention démocratique, un point d'étape sur les ateliers territoriaux et sur les groupes de travail nationaux et d'évoquer le programme du forum académique et institutionnel du 29 juin suivant en présence du président de la Mutualité française et de son équipe en charge.

Nous avons reçu, pour aider la rédaction de notre second avis, les documents détaillant le déroulement des différentes phases de co-construction selon les quatre dynamiques enclenchées : les ateliers territoriaux, les groupes de travail nationaux, la Convention démocratique, le forum académique et institutionnel.

2) Appréciation méthodologique de la phase de co-construction

2.1 Qualité des dispositifs

Les ateliers territoriaux ont rassemblé de mars à juin 2026 plus de 2300 participants d'une grande diversité (acteurs du système de santé, partenaires institutionnels, collectivités locales, professionnels de santé et usagers) répartis sur 73 ateliers dans 14 régions dont deux d'outre-mer (Guyane et Guadeloupe), produisant plus de 1200 propositions.

Les 6 groupes de travail nationaux formés d'une dizaine de membres par groupes, regroupant 30 organisations (les partenaires des Etats Généraux et des experts) ont traité, entre le 27 avril et le 22 mai, six thématiques¹ lors de deux sessions de deux heures trente.

La convention démocratique a rassemblé, les 11 et 12 juin, 50 citoyens issus de onze régions durant un jour et demi. Elle a travaillé sur trois thématiques² regroupant onze questions clés et produit un avis.

¹ Les six thèmes retenus étaient : 1. Décloisonner la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social ; 2. Permettre à la population de bénéficier d'une offre de premier recours ; 3. Garantir au citoyen d'être acteur de son parcours ; 4. Reformuler le système de Protection sociale pour assurer sa pérennité ; 5. Favoriser une innovation au service de l'humain ; 6. Permettre aux professionnels de santé et de l'accompagnement d'exercer dans des conditions favorables.

² Les trois thématiques retenues étaient : 1. Accès aux soins ; 2. Vieillesse et perte d'autonomie ; 3. Innovation et santé.

Le forum académique et institutionnel a réuni, le 29 juin 2026, 30 participants, associant des think tanks³, traitant trois thématiques⁴ et produisant 45 propositions.

2.2 Usage des outils d'analyse

Les garants ne sont pas en mesure de juger la qualité de rédaction des synthèses des différentes actions réalisées pendant cette phase de co-construction, ni de leur exhaustivité ou objectivité. Ils s'en remettent donc aux organisateurs. Ils n'ont pas noté cependant d'apparentes contradictions ni d'éléments de nature à douter du professionnalisme du travail produit.

2.3 Fidélité de la restitution

Les objectifs des ateliers territoriaux étaient de confronter les grands enjeux de santé et de protection sociale aux réalités de terrain, puis d'en tirer des pistes concrètes discutées collectivement. Il nous a semblé que la restitution qui en a été faite et nous a été remise était en tous points conforme et fidèle aux objectifs visés.

3) Regard sur l'expression des parties prenantes

3.1 Ce qui ressort des AT, GT et Convention – confirmation ou surprises par rapport à la phase 1

Les ateliers territoriaux ont identifié trois thèmes (santé et environnement, santé au travail et handicap) et deux focus territoriaux (outre-mer et zones rurales). Ce qui domine dans les expressions émergeant des ateliers c'est la préoccupation vis-à-vis de la dégradation et des inégalités d'accès aux soins (freins géographiques, financiers et organisationnels). Un débat vif porte sur l'encadrement de la liberté d'installation des médecins. De plus, la prévention, souvent qualifiée de « parent pauvre » du système de santé, nécessite davantage d'investissements, une approche globale de la santé dès le plus jeune âge (à l'école notamment), en gardant à l'esprit les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

Les groupes de travail nationaux ont abordé six thématiques : décroiser la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social ; accès à l'offre de premier recours ; garantir au citoyen d'être acteur de son parcours ; réformer la protection sociale pour assurer sa pérennité ; l'innovation au service de l'humain ; conditions favorables d'exercice des professionnels de santé. La synthèse de ces groupes montre que les acteurs ont réussi à s'accorder sur les constats et ont traduit les attentes en des propositions concrètes sur chacune des thématiques. Cependant, la question majeure de la qualité et de la pertinence des soins n'a pas été couverte par ces thématiques.

La convention démocratique a travaillé sur trois thématiques : l'accès aux soins ; le vieillissement et la perte d'autonomie ; et l'innovation en santé. Les enseignements tirés sont avant tout un vœu de sauvegarder les acquis historiques de la protection sociale offrant des soins de qualité à tous, sans discrimination, en solidarité. L'une des premières préoccupations citoyennes reste l'accès aux soins : régulation de l'installation des médecins, développement de la téléconsultation, élargissement des pratiques avancées de professionnels de santé non médecins. La prévention et l'approche « One Health » ont été mises en avant comme des

³ Institut Montaigne ; Terra Nova ; Fondation Jean Jaures

⁴ Les trois thématiques retenues étaient : 1. Vieillesse et perte d'autonomie ; 2. Innovation et santé ; 3. Gouvernance et accès aux soins.

pilliers de l'avenir du système de santé. La nécessité d'une meilleure régulation accompagnant le soutien à l'innovation en santé a aussi été soulignée.

Le forum académique et institutionnel a discuté de la perte d'autonomie et de son financement en pointant quatre exigences : améliorer la prospective et la prévisibilité ; décloisonner des acteurs, notamment pour mieux organiser et soutenir les aidants et le maintien à domicile ; rendre plus lisible et cohérentes les aides et les contributions ; et favoriser les financements innovants telle la mobilisation du patrimoine immobilier des seniors selon des mécanismes de viagers centrés sur la perte d'autonomie plutôt que le décès.

3.2 Qualité et profondeur des recommandations produites

Prévention

Les ateliers territoriaux ont proposé des pistes concrètes, comme l'institution de parcours de prévention, incluant des bilans de santé et des dépistages selon l'âge, qui pourraient être systématiques et obligatoires. Ils ont aussi proposé d'instituer une surtaxe des aliments ultra-transformés. Les participants suggèrent de recourir au marketing social en matière de communication ciblée visant à mieux toucher les publics éloignés. Les participants soulignent les inégalités sociales devant l'accès à la prévention (logement, environnement, alimentation, activités physiques, etc...). Ils proposent aussi de végétaliser le paysage urbain, promouvoir les mobilités douces, mieux protéger la biodiversité et davantage sécuriser les ressources en eau. Ils demandent une plus grande participation citoyenne aux politiques publiques en la matière.

Les groupes de travail nationaux ont proposé une « révolution de la prévention » : faire de la prévention une « Grande cause nationale », créer une délégation interministérielle à la prévention rattachée au Premier ministre, former les élus à la prévention, proposer un module d'éducation à la santé à l'Education nationale, développer des équipes mobiles pour le « aller vers » les publics isolés ou défavorisés, renforcer l'éducation thérapeutique des patients (prévention tertiaire) et un « passeport prévention » intégrant vaccins et rendez-vous de prévention renouvelable à différents âges de la vie.

Les garants partagent ces orientations tout en soulignant la nécessité de toujours faire reposer les mesures de prévention sur un haut niveau de preuve scientifique.

La convention démocratique comme le forum académique et institutionnel ont rejeté la conditionnalité des remboursements à des comportements de santé. Leur argument étant que les déterminants sociaux et économiques de ces comportements favorables à la santé pénaliseraient les segments les plus vulnérables de la société. Un ciblage plus spécifique des mesures de prévention et de promotion de la santé permettrait d'atteindre les publics plus éloignés du système de santé.

Le forum académique et institutionnel a proposé des pistes pour favoriser la prévention et l'adoption des comportements favorables à la santé, par l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, les campagnes nationales de sensibilisation, la mobilisation des communautés professionnelles territoriales de santé et des acteurs de proximité (pour promouvoir le « aller vers »), un statut des aidants, le recours aux outils numériques certifiés pour l'incitation de comportements vertueux.

Innovation

Les groupes de travail nationaux ont proposé de créer une loi pluriannuelle pour sortir « du manque de projection » induit par le PLFSS et de créer une délégation interministérielle de la

prévention et la lutte contre les addictions. Ils suggèrent de créer un institut des soins primaires sur le modèle de l'Inca. Ils ont suggéré aussi de créer un référentiel sécurisant l'usage des solutions IA.

Les garants prennent acte de la volonté de soutenir l'innovation par de telles mesures mais souhaitent alerter sur deux points : 1. La difficulté de la mise en œuvre d'une loi pluriannuelle si elle concerne le budget de la santé en raison de l'article 47 de la Constitution. 2. La création d'instituts pourrait aller à l'encontre de l'exigence de décloisonnement des acteurs pour un parcours des patients plus fluide et de simplification administrative du paysage de la santé déjà très fragmenté.

Le forum académique et institutionnel a discuté de la « mauvaise consommation de soins » et du « manque d'accès à la santé », notamment à la prévention et à l'information en santé en soulignant l'aide des outils technologiques et numériques pour libérer du temps médical et aider la prévention. Le potentiel sous-exploité des données de santé a été pointé en soulignant les défis éthiques et de sécurisation des données sensibles. L'urgence d'un pacte social sur l'intelligence artificielle a été soulignée, tant pour réguler les usages que valoriser leur potentiel thérapeutique et diagnostique.

Les garants notent que les travaux portant sur la pertinence des soins (« sur- » ou « sous-consommation » de soins) se sont concentrés plutôt sur les inégalités d'accès aux soins négligeant les aspects portant sur la sobriété et la qualité des soins.

3.3 Ce qui reste non résolu

Le forum académique et institutionnel a relevé le paradoxe qui entoure le système de protection sociale auquel les citoyens se montrent unanimement attachés tout en reconnaissant mal en comprendre le fonctionnement et le financement. Le déficit de légitimité démocratique rendrait difficile les tentatives de réforme. Il y aurait donc un enjeu de démocratie sociale dont les instances – qui existent - devraient viser à un fonctionnement plus participatif et opérationnel et non seulement consultatif.

Les garants souhaitent plus de précisions sur les propositions du forum concernant l'aspect « démocratie sociale » et notamment le partage des pouvoirs envisagés entre exécutif, législatif et rôle consultatif.

Selon le forum, la politique de santé du pays, encadrée par le PLFSS annuel et l'ONDAM ne favoriserait pas suffisamment la fixation d'orientations, de priorités ni de suivi de résultats. Le forum tout comme **les groupes de travail nationaux** proposent une programmation pluriannuelle (ex. 5 ans) pour soustraire la politique de santé aux seuls coups de rabot qu'elle connaît à présent pour combler ses déficits (au prix le plus souvent de l'hôpital, épargnant la médecine de ville.

Les garants rappellent la possibilité d'avoir une loi de santé qui permet de nouvelles orientations programmatiques voire d'afficher des objectifs pluriannuels s'ils ne concernent pas le budget. Une clarification s'impose sur ce que sous-entendent les participants du forum et des groupes de travail nationaux quant à une loi de programmation pluriannuelle. Si elle est budgétaire, elle n'empêche pas des coups de rabot annuels (cf la Loi de Programmation de la Recherche...)

Il a été souligné aussi, par **les divers acteurs consultés lors de cette phase 2**, le manque de données territoriales de santé pour piloter les inégalités. La relation soignants (de ville) / soigné restent selon eux trop opaque. Un fort rejet de la financiarisation et de la

marchandisation des soins a été exprimé unanimement, plaidant pour un renforcement des mécanismes de contrôle et de régulation, afin de protéger la souveraineté nationale, la qualité des soins et les conditions de travail des soignants.

Les garants s'interrogent sur la signification d'une relation soignant soigné « opaque ». Doit-on traduire cela en manque d'indicateurs de résultats et de performance ?

4) Vérification des engagements pris et recommandations de la phase 1

4.1 Les angles morts (sur le fond) de la phase 1 ont-ils été pris en compte ?

Parmi les angles morts qui restent soulignés par les acteurs consultés eux-mêmes au terme de cette seconde étape des Etats Généraux, on peut noter la santé au travail, la question de la perte d'autonomie, la santé scolaire et plus largement le risque d'aboutir rapidement à une médecine à deux vitesses notamment dans le cas de la prévention.

Les garants souhaitent ajouter à cette liste la pertinence et la qualité des soins.

4.2 Les questions clivantes ont-elles été abordées ?

Les garants souhaitaient à l'issue de la phase 1, une meilleure représentation des outre-mer pour les ateliers territoriaux. Deux ateliers, l'un en Guadeloupe et l'autre en Guyane, ont été organisés avec près de cent participants pour chacun des deux.

De même, les participants de la phase 2 de co-construction ont bien pris en compte la demande formulée par les garants de recommandations opérationnelles de la part des beaucoup de propositions opérationnelles et concrètes ont émergé.

Les garants souhaitaient que les citoyens et les professionnels débattent sur des questions clivantes et cela a été fait pour des questions comme la liberté d'installation des médecins ou encore le bienfondé ou non d'injonctions, du type bonus-malus, en matière de modifications de comportements pour la santé.

Cependant, les questions de l'équilibre budgétaire du système et la prospective sur sa soutenabilité à moyen et long terme ont été très peu abordées.

4.3 La pédagogie sur les contraintes a-t-elle été mise en œuvre ?

Si une forme de pédagogie a été utilisée pour la phase 2 de co-construction avec un refus affiché et assumé d'un discours trop lisse sur les questions de santé et de protection sociale, les citoyens, professionnels et experts n'ont pas beaucoup évoqué la question de la soutenabilité et de la pérennité du système de santé et de protection sociale. Ils ont cité comme mesure phare la demande d'un passage à la pluri-annualisation du budget de la sécurité sociale (au lieu du rythme annuel du PLFSS). Le discours aborde encore trop peu la question de la qualité des soins dispensés, la redondance et le gaspillage.

L'essentiel de l'effort doit être apporté, selon les participants, par un surcroît de recettes, apportées par des taxes nouvelles (sur les aliments ultra-transformés, les boissons sucrées, le tabac et l'alcool) ou par une refonte du droit des successions pour ce qui concerne la perte d'autonomie. Est également évoquée une assurance perte d'autonomie, mais peu de propositions concrètes portent sur la réduction des dépenses, notamment des dépenses indues.

5) Recommandations pour la phase 3 de convergence et la clôture des Etats Généraux

Les garants ont été impressionnés par la qualité du rendu des débats, de la richesse des propositions, tout comme de la qualité méthodologique de la concertation avec de très nombreux partenaires.

Il reste cependant à finaliser un certain nombre de recommandations qui nous paraissent encore un peu floues dans leur énoncé afin d'étudier leur faisabilité tant budgétaire que légale et éviter ainsi que les États généraux n'aboutissent à des propositions inflationnistes ou irréalistes qui les fragiliseraient.

En conclusion

L'appréciation globale de la phase 2 :

Les garants n'ont pas de réserve méthodologique mais regrettent que le thème de la qualité et pertinence des soins n'ait pas émergé. Les garants ont été sensibles à la crainte d'une évolution vers une médecine à deux vitesses et l'attachement des participants au système solidaire mais soulignent que des propositions inflationnistes, qui creuseraient encore le déficit de l'ONDAM, ne feraient qu'accentuer ce risque.

Condition de réussite pour la clôture

Apporter des précisions demandées sur un certain nombre de propositions pour garantir le réalisme des conclusions des États généraux.

Points d'attention particuliers :

Veiller à ce que l'équilibre budgétaire soit pris en compte dans la version finale des recommandations pour éviter un recueil de propositions inflationnistes.