

AVIS CITOYEN DES MEMBRES DE LA CONVENTION DÉMOCRATIQUE

LA CONVENTION DÉMOCRATIQUE DANS LES ÉTATS GÉNÉRAUX

Dans le cadre des États Généraux de la Santé et de la Protection Sociale, la Convention Démocratique s'inscrivait dans la phase de co-construction, à la suite de la consultation citoyenne qui avait permis de recueillir massivement les opinions et expériences des citoyens à l'égard du système de santé et de protection sociale. Positionnée en aval des ateliers territoriaux et nationaux, elle constituait à part entière un espace de co-construction, avec pour objectif d'enrichir et d'approfondir les premiers résultats de la démarche en apportant un regard collectif sur une dizaine de questions clés.

Les objectifs et finalités de la Convention Démocratique

- **Apporter un regard citoyen, collectif, informé et argumenté :** Réunir des citoyens et confronter leurs points de vue, à partir de la diversité de leurs expériences, afin de faire émerger une lecture collective, nuancée et argumentée des évolutions souhaitées.
- **Éclairer les évolutions envisagées et formuler des recommandations citoyennes :** Ouvrir un espace de discussion sur les questions clés issues des autres dispositifs participatifs (consultation, ateliers territoriaux...), pour préciser dans quelle mesure ces idées sont désirables, et à quelles conditions.
- **Alimenter la phase de convergence, phase finale des États Généraux :** Nourrir l'approfondissement et la sélection finale des propositions en travaillant sur les enjeux structurants et clivants identifiés à partir des résultats de la consultation et des ateliers précédents.

Un processus de formation et de montée en compétence des citoyens

Marqueur phare d'une démarche de convention, la montée en compétence des participants constituait un enjeu majeur pour la réussite du dispositif. Pour permettre aux membres du panel de s'acculturer progressivement aux enjeux et de bien saisir le cadre, les objectifs et les enjeux de la démarche, deux webinaires ont précédé le week-end de travail.

Le premier, organisé le 19 mai 2026, présentait les objectifs de la Convention et les résultats de la consultation citoyenne, et donnait un éclairage sur les grandes évolutions du système de santé, par Yannick Lucas, maître de conférences et directeur des relations internationales de la Mutualité Française.

Le second, le 2 juin 2026, présentait les thématiques de travail de la Convention et formait les participants aux grands enjeux propres à chacune d'entre elles, avec les interventions du Docteur Karim Ould-Kaci, docteur en santé publique et conseiller médical, d'Anne-Gisèle Privat, conseillère technique spécialisée, et d'Anne-Lise Mougin, responsable innovation et marketing de la Mutualité Française.

Les thématiques de travail de la Convention

Trois thématiques ont guidé les travaux des conventionnels, chacune assortie de plusieurs questions clés dont les réponses argumentées constituent le cœur des réflexions des participants :

- L'accès aux soins : comment permettre à la population d'être en bonne santé, partout sur le territoire, et dans des délais raisonnables ?
- Vieillesse et perte d'autonomie : comment accompagner les assurés sociaux face au vieillissement, et notamment à la perte d'autonomie ?
- Innovation et santé : comment l'innovation doit-elle être mise au service de notre santé ?

La composition du panel

Le panel de cette Convention démocratique a réuni 50 participants, aux profils volontairement diversifiés. Il était équilibré sur le plan du genre (51% de femmes, 49% d'hommes), avec des participants issus de douze régions différentes et de divers types de territoires : 31% résidaient dans une commune de 50 000 à 200 000 habitants, 18% dans une commune de 20 000 à 50 000 habitants, 16% dans une commune de plus de 200 000 habitants, 16% dans une commune de 5 000 à 20 000 habitants, 11% dans une commune de moins de 2 000 habitants, et 9% dans une commune de 2 000 à 5 000 habitants.

Cette diversité a pleinement nourri la confrontation des points de vue et des expériences, reflétant la complexité des réalités vécues par les citoyennes et citoyens sur l'ensemble du territoire.

LES GRANDS ENSEIGNEMENTS

1. Un socle de valeurs quasi-unanime : Universalité, équité, solidarité intergénérationnelle et envers les plus vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes sans ressources), refus d'un système financiarisé où la logique de profit — y compris via l'intervention de fonds financiers étrangers — prendrait le pas sur la qualité des soins : ce socle traverse toutes les séquences de travail sans fléchir, et guide l'ensemble des réponses argumentées aux questions clés.

• **Trois lignes de force, une exigence commune de cohérence :**

1. Sur la réorganisation du système, les conventionnels sont favorables au partage de compétences entre professionnels de santé, à des conditions strictes d'installation des médecins, et à une téléconsultation encadrée.
2. Sur l'accès aux soins, ils refusent nettement toute logique de rationnement ou de sélection : remboursement conditionné aux comportements, remboursement à partir d'un seuil de dépenses sont rejetés au nom des libertés individuelles et des déterminants sociaux de la santé.
3. Sur le financement, en revanche, aucun consensus ne se dégage entre cotisation, TVA sociale et taxation du capital — une polarisation qui reflète les débats de la société aujourd'hui.

Ce qui relie ces trois lignes : les citoyens acceptent des réformes contraignantes à condition que les règles soient lisibles, les décisions collectives, et qu'aucun assuré social ne soit « sacrifié » au nom de l'équilibre budgétaire.

2. Une posture réformatrice et pragmatique : Les citoyens acceptent des réformes structurelles touchant à la fois les conditions d'exercice des soignants, les modalités d'accès et de paiement des

soins, et la conception même du système et de son financement — à condition que ces transformations restent fidèles aux principes fondateurs du modèle issu du Conseil National de la Résistance.

- 3. L'émergence d'une vision élargie de la santé qui dépasse largement le système de soins :** Alimentation, climat, environnement, lien social, conditions de travail, démocratie : les conventionnels ont esquissé, parfois sans le nommer, le cadre d'une santé globale (« One Health »), où la santé d'un individu reflète l'état de la société tout entière. C'est sans doute le signal le plus fort de ces travaux : les citoyens pensent la santé plus largement que le système censé la prendre en charge.

LA BOUSSOLE CITOYENNE

Pour poser un cap collectif avant d'entrer dans le détail des thématiques de travail, les conventionnels ont été invités à définir leur « boussole citoyenne » : un socle de repères communs destiné à guider toute réforme du système de santé et de protection sociale, quel que soit le sujet traité.

Répartis en sous-groupes d'une dizaine de personnes, ils ont travaillé sur trois questions, formulées à la première personne pour ancrer la réflexion dans leur expérience et leurs convictions propres :

- « Pour moi, quoi qu'il arrive, le système de santé et de protection sociale doit toujours garantir... »
- « Pour que les réformes soient légitimes, il est important à mon sens que les décisions soient toujours prises... »
- « Je refuserais toute réforme qui... »

Chaque sous-groupe a produit des contributions écrites, ensuite consolidées et analysées par occurrence de thèmes pour faire émerger les idées les plus partagées. Cette boussole ne préjuge pas des arbitrages à venir sur chaque question clé : elle fixe les limites et les priorités que les citoyens jugent non négociables, et dans lesquelles toute proposition de réforme devra s'inscrire pour être perçue comme légitime.

Ce que le système doit toujours garantir

Les conventionnels expriment un très fort attachement aux valeurs de solidarité et de justice sociale. Le principe le plus récurrent est l'accès universel aux soins sans discrimination de revenu, d'origine, de sexe ou de lieu de résidence (18 occurrences), suivi de l'équité dans le financement, où chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins (9), et de la solidarité, aussi bien intergénérationnelle qu'entre types de patients, sans sélection des malades (5).

Trois exigences de qualité complètent ce socle : un temps médical suffisant pour un accompagnement de qualité (4), la confidentialité des données de santé (4), et un système fondé sur la prévention autant que sur la réparation (4). S'y ajoutent un équilibre territorial garantissant des délais et des conditions d'accueil raisonnables (4), et une organisation centrée sur le patient (3).

Comment le système pourrait être réformé

Un principe guide l'ensemble des propositions : la démocratie en santé. Il se décline en un triptyque - concertations citoyennes larges et inclusives (19 occurrences), implication de tous les acteurs du

système (soignants, assureurs, patients) avec une régulation du rôle des lobbys (12), et décisions prises de façon transparente (6).

D'autres leviers viennent compléter ce socle démocratique : une responsabilisation collective face aux coûts, via l'indication systématique des prix des médicaments et des soins, associée à un effort de pédagogie (8) ; un passage progressif d'un modèle curatif à un modèle préventif (5) ; une prise en compte des enjeux de long terme (5) et des spécificités territoriales (3) ; enfin, un suivi et une évaluation réguliers des réformes engagées (3).

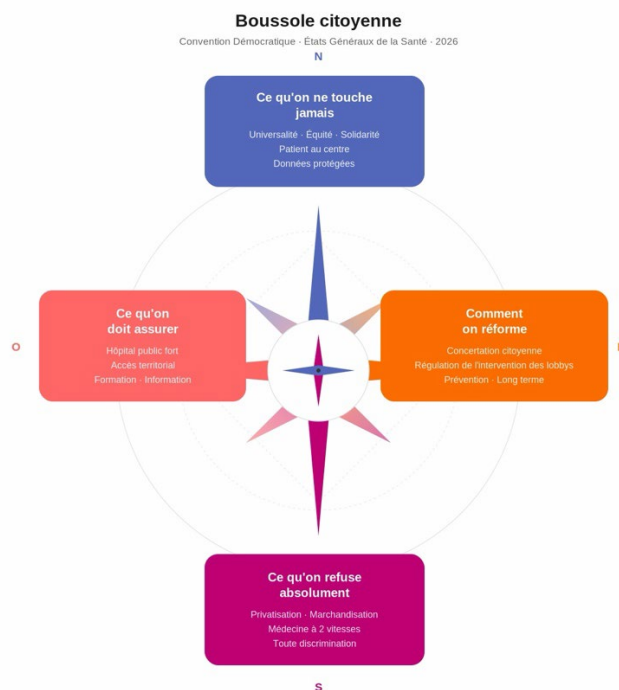
Les lignes rouges

Deux refus structurent l'ensemble des contributions : celui d'une réforme qui pénaliserait les plus précaires, et celui d'une réforme qui rognerait sur les acquis sociaux et les principes fondateurs du système.

Le refus le plus partagé porte sur la médecine à deux vitesses, aggravant les inégalités sociales et territoriales (16 occurrences), suivi du refus de la marchandisation du secteur - investissement de fonds privés et logiques lucratives au détriment de la qualité des soins (10). Viennent ensuite le refus de toute discrimination (7), celui d'un système punitif ou sans recours pour les plus précaires (5), et celui d'une réforme guidée par des impératifs strictement financiers (5).

Des lignes rouges plus ciblées complètent ce tableau : le refus de creuser les déserts médicaux (4), de transférer les remboursements vers les mutuelles (4), de dégrader les conditions de travail des soignants (2), de rogner les budgets de la recherche (2), ou d'ignorer la crise écologique (1).

Deux tensions traversent néanmoins ces contributions. D'une part, sur la responsabilisation individuelle : certains estiment que les mauvaises habitudes personnelles (tabac, alcool, drogues, sucre) ne doivent pas être supportées par la collectivité, tandis qu'une majorité refuse toute sanction liée aux comportements individuels. D'autre part, sur le financement : certains jugeraient acceptable un remboursement proportionnel aux revenus, quand d'autres refusent que les droits soient conditionnés au niveau de revenu.



La boussole organise les idées les plus récurrentes selon quatre axes :

- **Nord — Valeurs fondamentales (bleu) :** ce qui est intouchable dans la vision du système — universalité, équité, solidarité, patient au centre, protection des données. C'est le socle de valeurs.
- **Est — Méthode de réforme (rose clair) :** comment on y va — concertation citoyenne, régulation de l'intervention des lobbys, vision longue, glissement vers la prévention et l'approche globale "One Health" du système de santé
- **Sud — Lignes rouges (rouge) :** ce qu'on refuse absolument — un système financiarisé et lucratif, la médecine à deux vitesses, toute forme de discrimination. Ce sont les frontières infranchissables.
- **Ouest — Garanties structurelles (rose foncé) :** ce que le système doit concrètement assurer — un hôpital public fort, un accès équitable aux soins sur tout le territoire, la qualité de la formation des soignants, une information compréhensible pour tous.

LES POSITIONS DE LA CONVENTION SUR 10 QUESTIONS CLÉS

Pour chacune des dix questions clés structurantes pour l'avenir du système, les conventionnels ont suivi un même **protocole en trois temps**.

1. Ils se sont d'abord positionnés individuellement sur la désirabilité de la proposition sous-jacente à la question (désirable ou indésirable), avant d'en préciser les arguments et de proposer des conditions de mise en œuvre.
2. Ce positionnement individuel a ensuite été discuté en petits groupes, pour aboutir à une position collective argumentée — désirabilité, arguments, conditions.
3. Enfin, chaque position de groupe a été soumise en séance plénière à l'ensemble des 50 conventionnels, qui l'ont approuvée ou rejetée par vote.

Ce dispositif en trois temps — **individuel, collectif restreint, plénière** — a permis de confronter les points de vue à chaque étape tout en garantissant que la position finale sur chaque question reflète un accord de l'ensemble du panel, et non celui d'un seul sous-groupe.

RÉSUMÉ DES POSITIONS

Voici les principales tendances issues des réponses argumentées sur les questions clés :

Les propositions jugées désirables :

- **La possibilité de permettre à d'autres professionnels de santé de réaliser directement certains soins sans forcément passer par un médecin**

Pourquoi ?

- Un gain de temps et une possibilité de réduction des coûts ;
- Une opportunité dans certains cas bien spécifiques ;
- Mais une nécessité de définir précisément quels sont les actes déléguables ;
- Un besoin de formation des professionnels et de mettre en place des certifications ;
- Une nécessité de renforcer les partenariats et la coordination entre professionnels.

- **La régulation des fonds financiers étrangers dans le système de santé**

Pourquoi ?

- C'est un impératif de protection contre la marchandisation des soins ;
- Cela nécessite un traitement au cas par cas selon les secteurs et les conditions réglementaires concernés ;
- Et de développer des financements alternatifs et citoyens (fonds coopératifs, mutuelles, incitations fiscales) pour réduire la dépendance aux capitaux étrangers.

- **La généralisation de la téléconsultation comme réponse aux déserts médicaux**

Pourquoi ?

- C'est un outil complémentaire utile, notamment pour les populations situées dans des déserts médicaux, en situation de handicap, ou avec certaines pathologies ;
- La généralisation qui ne doit pas être systématique, mais ciblée sur des cas précis (premier avis médical, renouvellement d'ordonnance) et ne doit pas se substituer à la consultation physique.

- **Le renforcement de l'innovation en santé au bénéfice de toutes et tous**

Pourquoi ?

- C'est une opportunité en matière d'innovation technologique, organisationnelle et sociétale ;
- Cela doit être une innovation qui doit s'appuyer en particulier et avant tout sur la recherche publique universitaire sans fermer les innovations issues du secteur privé.

Les propositions jugées désirables, avec de fortes conditions :

- **La mise en place d'un système de contrainte dans l'installation des professionnels de santé**

Pourquoi ?

- C'est un enjeu d'égalité et d'équité dans l'accès aux soins et de lutte contre les déserts médicaux ;

- C'est un principe de redevabilité lié au financement des formations et la rémunération associée ;
- La contrainte qui ne doit pas éclipser le principal enjeu : l'augmentation des moyens et du nombre de soignants.

À quelles conditions ?

- La contrainte doit être temporaire et peut se faire en début de carrière ou être un temps de service choisi mais obligatoire, à un moment de la carrière ;
- La régulation doit se faire sur la base de règles précises et transparentes ;

- **La revue du niveau de remboursement de certains actes ou médicaments pour gagner en efficience**

Pourquoi ?

- Le prérequis est de mieux informer les citoyens sur les montants des remboursements ;
- Cela permettrait de réduire la surconsommation de médicaments ;

À quelles conditions ?

- Cela nécessite de préciser la définition des soins dits de « confort » ;
- Il doit y avoir une vigilance vis-à-vis du risque d'augmentation du reste à charge des patients ;
- Une des alternatives serait la délivrance de médicaments à l'unité.

Les propositions qui n'ont pas fait l'objet de consensus :

- **La limitation de la « surconsommation » des soins et de la multiplication des consultations ne fait pas consensus.** Une telle mesure nécessiterait en effet de définir plus précisément la notion surconsommation. Cependant, réguler la consommation des médicaments fait plutôt consensus et doit s'accompagner d'une plus forte sensibilisation des professionnels à ce sujet. Sur la dite « multiplication des consultations », les citoyens s'accordent sur le fait que l'accès aux urgences devrait être mieux contrôlé et la médecine de ville renforcée.
- **La création d'une nouvelle cotisation ou d'un nouvel impôt pour financer l'autonomie et la dépendance ne fait pas consensus :** si l'identification de nouveaux financements semble indispensable, le type exact de prélèvement ou de nouvelle source de financement est fortement discuté et sa mise en œuvre trop complexe.
Les citoyens s'alignent cependant sur la nécessité de faire du Grand âge, de l'accompagnement de la perte d'autonomie et de la dépendance, une priorité nationale pour impulser des solutions - notamment à partir des besoins et innovations des territoires.
- **Le partage des données de santé avec davantage d'acteurs ne fait pas consensus :** Si les citoyens voient l'intérêt de fluidifier le partage de l'information entre la médecine de ville et les autres acteurs, notamment dans le cadre d'une hospitalisation, des craintes autour des conditions de mise en œuvre ont émergé : le patient doit pouvoir conserver la liberté de donner son consentement sur le partage d'une partie de son dossier médical et le personnel médical doit être mieux formé à l'usage des données. Notamment, le partage des données à d'autres acteurs autres que les soignants est redouté. Outre la maîtrise du partage des données, les conventionnels ont mis l'accent également sur la sécurisation de celles-ci.
- **Le remboursement des soins qu'à partir d'un montant de dépenses ne fait pas consensus,** puisqu'il pourrait induire un renoncement aux soins des populations les plus vulnérables, renforçant ainsi les inégalités dans l'accès à la santé.
- **Le conditionnement de certains remboursements à des comportements favorisant la bonne santé ou qui pénalisent les comportements à risques ne fait pas consensus,** au nom des principes d'égalité, du respect des libertés individuelles et du principe de mutualisation des risques sur lequel est basé notre système et auxquels sont attachés les citoyens.

➤ DÉTAIL DES POSITIONS

THÉMATIQUE 1 : L'ACCÈS AUX SOINS

Six questions clés ont été adressées aux citoyens sur la thématique de l'accès aux soins.

Question 1 - Pour qu'il y ait un médecin disponible pour chacun, faut-il contraindre les professionnels de santé à s'installer dans les zones où les besoins sont les plus forts ?

Les conventionnels ont jugé plutôt désirable la contrainte d'installation des professionnels de santé.

Pourquoi est-ce désirable ?

C'est un enjeu d'équité et d'égalité d'accès aux soins. Il doit y avoir une présence médicale homogène sur le territoire. Cela répondrait à un besoin urgent et de plus en plus prégnant.

- La lutte contre les déserts médicaux est prioritaire.

Un principe de redevabilité doit être affirmé parce que c'est une des seules professions qui n'a pas d'obligation alors qu'il y a un financement public des formations et de la rémunération des médecins, et que l'accès aux soins est un besoin essentiel de la population.

Position des conventionnels : Un principe de redevabilité des jeunes médecins, en contrepartie du financement public de leur formation, pourrait se traduire par une affectation sur le territoire selon une logique de répartition proportionnelle à la population afin de réduire les déserts médicaux et garantir l'égalité d'accès aux soins.

La Convention a validé quasi-unaniment la position du sous-groupe.

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- L'excès de contraintes peut dégrader l'attractivité du métier de médecin qui doit être protégée.
- La contrainte d'installation doit être limitée dans le temps, encadrée et planifiée.
- L'adhésion des professionnels à la mesure doit être recherchée, sans devenir un prérequis.
- Il est nécessaire d'augmenter le nombre de professionnels de santé.
- Les conventionnels ont évoqué la possibilité d'offrir une compensation financière spécifique face à cette contrainte. Cette idée n'a cependant pas été complètement instruite, notamment sur la typologie des professions concernées.

Les conditions de réussite dans la mise en œuvre de cette proposition :

- Définir des critères d'affectation transparents, objectifs et connus à l'avance, en privilégiant un système fondé sur des règles comparables à celles de l'Éducation nationale plutôt qu'un mécanisme de tirage au sort.
- Définir les règles d'installation sur la base d'indicateurs de besoins de santé territoriaux, construits et négociés avec les représentants des professionnels de santé.
- ➔ Revoir le maillage territorial de référence afin de tenir compte du développement des maisons de santé pluriprofessionnelles.
- Intégrer des critères de rapprochement familial dans les modalités d'affectation et d'installation.
- Adapter les niveaux de rémunération et les dispositifs d'incitation en fonction des caractéristiques et des besoins des territoires d'exercice.

- Mettre en place des dérogations ciblées à la contrainte d'installation pour certaines zones limitrophes des déserts médicaux, en contrepartie d'engagements de mobilité ou de permanences au sein des territoires sous-dotés.
- Renforcer la régionalisation des formations et des affectations afin de favoriser une répartition plus équilibrée des professionnels de santé sur le territoire dès l'amont de la formation.

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1** : en fonction du lieu d'affectation et de la spécialité du professionnel, les contraintes d'installation ne sont pas les mêmes (aides financières, dispositifs d'accompagnement, durée de l'affectation, etc.)
- **Piste 2** : deux modalités d'affectations sont mises en place : tirage au sort par département ou la possibilité de retourner dans un désert médical de sa région d'origine.
- **Piste 3** : un nombre plancher d'années devront être réalisées dans un désert médical avant de pouvoir choisir son lieu d'installation.

Question 2 – Afin de faire baisser la pression sur le système de santé, faut-il limiter la surconsommation des soins et la multiplication des consultations de la part des citoyens ?

Les conventionnels n'étaient pas d'accord sur la limitation de la surconsommation des soins et des consultations

Pourquoi n'étaient-ils pas d'accord ?

Parce que la formulation comporte des risques identifiés par les conventionnels : Comment définir et évaluer la « surconsommation » sur quels critères ? Ils évoquent aussi le risque de limiter l'accès aux soins pour celles et ceux qui en ont réellement besoin : le droit à un avis complémentaire doit être préservé.

Toutefois, il y a un changement de logique à affirmer :

- Le passage par un généraliste ne doit plus être systématique
- L'usage des urgences doit être davantage contrôlé et sanctionné en cas d'abus

Position des conventionnels : La surconsommation de soins et de consultations doit être définie de façon rigoureuse, officielle et concertée avec les professionnels de santé. Elle doit permettre de réduire les passages aux urgences et alléger le médecin généraliste.

La Convention a validé quasi-unaniment la position du sous-groupe.

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- Les règles d'encadrement de la surconsommation des soins ne doivent surtout pas amener des patients dans une errance médicale ou à renoncer à des soins. La possibilité d'accéder à un second avis médical doit être maintenue.
- Les professionnels à qui on délègue des tâches doivent être compétents sur le sujet

Les conditions de réussite dans la mise en œuvre de cette proposition :

- Le contrôle de la consommation de soins doit avant tout améliorer le suivi et l'accompagnement du patient
- Les professionnels doivent être sensibilisés puis contrôlés dans la prescription des soins

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1** : La régulation de l'accès aux soins et aux consultations peut se résoudre par le partage de compétences avec d'autres professionnels de santé, notamment les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.
- **Piste 2** : Le passage aux urgences est précédé par une orientation des patients, par un service chargé de filtrer l'entrée aux urgences si pertinent vers d'autres solutions de prise en charge.
- **Piste 3** : La prescription et l'usage des médicaments doivent être mieux encadrés, notamment par un ajustement des modalités de délivrance (ex. médicaments à l'unité), afin de limiter la surconsommation médicamenteuse.

Question 3 – Pour réduire les dépenses de santé, faut-il ne rembourser les soins qu'à partir d'un certain montant de dépenses ?

Les conventionnels ont jugé indésirable que le remboursement des soins n'intervienne qu'à partir d'un montant de dépenses

Pourquoi est-ce indésirable ?

- Cela induirait un renoncement aux soins dû à un reste à charge trop important pour certaines catégories de la population.
- Cela remettrait en question le principe fondateur de la protection sociale : « *Je paye selon mes moyens et je reçois selon mes besoins* ».

Position des conventionnels : Ils se positionnent contre l'instauration d'un seuil à partir duquel les assurés sociaux seraient remboursés, et préfèrent créer de nouvelles ressources financières pour préserver le même système de remboursement plutôt que réduire les dépenses de santé.

La Convention a validé quasi-unaniment la position du sous-groupe.

Alors que les répondants à la consultation en ligne avaient priorité la maîtrise des dépenses plutôt que l'augmentation des recettes, les citoyens de la Convention ont proposé directement de créer de nouvelles recettes plutôt que de réduire les dépenses, autour de 3 pistes :

- **Piste 1** : Élargir les assiettes des cotisations patronales et salariales
- **Piste 2** : Taxer les revenus du capital
- **Piste 3** : Augmenter les dépenses de prévention pour limiter les dépenses curatives sur le long terme

Question 4 – Pour gagner en efficience, faut-il revoir le niveau de remboursement de certains actes ou médicaments ?

Les conventionnels ont jugé plutôt désirable de revoir le niveau de remboursement de certains actes ou médicaments

Pourquoi est-ce désirable ?

- La baisse du niveau de remboursement peut permettre de réduire la consommation de certains médicaments ou actes dont l'utilité n'est pas prouvée scientifiquement ;

- La restructuration des prix des médicaments et de certains soins jugés trop chers pour les assurés sociaux permettrait un meilleur accès à ces derniers (ex. les soins dentaires et optiques).

Position des conventionnels : Revoir la structuration des prix et le niveau de remboursement de certains services médicaux rendus pour les patients, prouvés scientifiquement, à la hausse ou à la baisse, et donc qualifier en conséquence les soins dits de confort.

La moitié des conventionnels n'ont pas validé la position du sous-groupe, notamment du fait du manque de clarté du terme « de confort ».

Les cas spécifiques :

- Rembourser les actions de prévention ;
- Dérembourser certains soins dits de « confort » (balnéo, etc.).

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- La nécessité de définir clairement la notion de soins de « confort » pour évaluer quels soins entrent dans cette catégorie : Les conventionnels expriment des positions divergentes sur les cures thermales : certains réaffirment leur intérêt thérapeutique, notamment pour les personnes atteintes d'affections de longue durée (ALD) ou en situation de handicap, tandis que d'autres les considèrent comme des soins de confort qui ne devraient plus être remboursés ;
- Les citoyens doivent pouvoir donner un avis sur ce qui devrait être mieux ou moins remboursé ;
- Les restes à charge ne doivent pas augmenter ;
- Chaque pathologie doit pouvoir avoir a minima un processus de soin remboursé par la Sécurité sociale.

Les conditions de réussite :

- Rembourser ce qui est efficace, en se basant sur des preuves scientifiques ;
- Encadrer les évaluations scientifiques des médicaments par des critères très précis ;
- Augmenter la transparence des remboursements en informant les gens sur le montant, pourquoi c'est remboursé et ce que cela coûte au système ;
- Renforcer la transparence des laboratoires pharmaceutiques sur la fixation des prix des médicaments et des soins pour aider les pouvoirs publics à les contrôler et à réduire les marges là où elles sont trop fortes.

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1 :** Dérembourser l'ensemble des soins qui ne seraient pas jugés utiles scientifiquement pour mieux rembourser les soins utiles (ex. dentaire, optique...).
- **Piste 2 :** Revoir la base de remboursement de certains actes pour les professionnels de santé qui font le plus de marges (ex. prothésiste dentaire, orthodontie, etc.) avant de dérembourser certains soins pour réduire les dépenses de santé.
- **Piste 3 :** Réduire les dépenses de santé en réduisant les prix des médicaments fixés par les laboratoires pharmaceutiques.

Question 5 – Faut-il permettre à d'autres professionnels de santé de réaliser directement certains soins sans passer par un médecin ?

Les conventionnels ont jugé désirable de permettre le partage de compétences entre les professionnels de santé

Pourquoi est-ce désirable ?

- Un gain de temps pour les médecins généralistes ;
- Une réduction des délais d'attente pour les patients qui peuvent se rendre directement chez un autre professionnel de santé ;
- Une réduction des dépenses de santé en réduisant les actes réalisés par le médecin traitant.

Position des conventionnels : Permettre à d'autres professionnels de santé de réaliser directement certains soins, sans passer par un médecin, pour alléger le temps médical du médecin en partageant des compétences sur des soins moins complexes (vaccin, renouvellement d'ordonnance...).

La Convention a validé à l'unanimité la position du sous-groupe.

Liste (non-exhaustive) des soins qui pourraient être réalisés par d'autres professionnels non-médecins :

- La prescription et le renouvellement des contraceptions ;
- Le suivi et le renouvellement des traitements pour les maladies chroniques et pour les ALD ;
- Le renouvellement d'ordonnance dans certains cas spécifiques qui seraient à préciser ;
- Les vaccins ;
- Les certificats médicaux.

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- Le partage de compétences ne doit pas venir combler l'absence de médecin mais venir en complément ;
 - Définir clairement une liste de l'ensemble des soins et des actes partageables et par quels professionnels ;
 - S'assurer que les professionnels qui récupèrent certains actes ont les compétences adéquates ;
 - Les professionnels de santé doivent être volontaires ;
 - Le partage de compétences ne doit pas venir surcharger certains professionnels (pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers...) et créer un goulot d'étranglement.

Les conditions de réussite :

- Former les professionnels, s'assurer qu'ils soient suffisamment nombreux et les reconnaître financièrement ;
- Mettre en place une certification et vérifier régulièrement la mise à jour des compétences ;
- Mettre en place des partenariats entre professionnels pour assurer une permanence et une coordination entre praticiens (ex. pharmaciens et infirmiers, maisons de santé pluridisciplinaires) ;
- Avoir une transparence d'information vers les patients et les orienter.

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1 :** Les professionnels de santé qui ont reçu une formation et une certification spécifique peuvent réaliser des actes sans prescription médicale préalable du médecin généraliste

Question 6 – Faut-il rendre beaucoup plus systématique l'accès au soin par la téléconsultation pour combler l'absence de médecins ?

Les conventionnels ont jugé plutôt désirable de généraliser l'accès au soin par la téléconsultation, mais sous conditions

Pourquoi est-ce désirable ?

- Un accès aux soins facilités pour les personnes situées dans les déserts médicaux
- Un outil d'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap
- Une opportunité pour les consultations en santé mentale
- Un instrument pour un premier avis médical afin de désengorger les urgences
- Une bonne idée pour des besoins « simples » : renouvellement d'ordonnance, suivi...

Position des conventionnels : La téléconsultation mérite d'être développée de façon progressive et intelligente, notamment dans les déserts médicaux ou pour des consultations « simples », par exemple pour renouveler les ordonnances, sans pour autant être systématisée et remplacer les consultations « physiques ».

La Convention a validé à l'unanimité la position du sous-groupe

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- Le nombre de téléconsultations doit être limité ;
- La téléconsultation doit en priorité s'adresser aux motifs peu graves ou pour lesquels des actes physiques (palpation, fièvre, tension...) ne sont pas nécessaires.
- La délivrance des arrêts maladies par téléconsultation ne doit pas être la règle unique, notamment vis-à-vis des cas spécifiques (ALD par exemple) ;
- La transmission des données de santé doit être sécurisée. ;

Les conditions de réussite :

- Dans certains cas, si des actes physiques sont nécessaires par exemple, téléconsultation devrait être réalisée aux côtés d'un professionnel du paramédical, qui serait susceptible de réaliser certains gestes physiques ;
- Pour lutter contre la fracture numérique, la téléconsultation devrait pouvoir être réalisée dans différents lieux (pharmacies, Maison France Services) ;
- Le développement de la téléconsultation devrait être accompagné d'une évaluation régulière pour ajuster le dispositif et repérer les éventuelles « surconsommation » des consultations.

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1 :** La téléconsultation est généralisée, avec l'accord du praticien, pour l'ensemble des consultations de suivi, portant sur des renouvellements d'ordonnance ou encore pour le suivi sur des pathologies chroniques ne nécessitant pas d'examens physiques du patient.
- **Piste 2 :** La téléconsultation est proposée pour demander un premier avis médical, avant d'être éventuellement orienté vers les services d'urgence.
- **Piste 3 :** La téléconsultation est développée sur l'ensemble du territoire dans une logique de « forfait » pour éviter la sur-consultation. Ce forfait est adapté selon les territoires et le profil des patients (en affection de longue durée ou en situation de handicap) et leurs pathologies, notamment en matière de santé mentale.

Question 7 – Faut-il réguler l'intervention des fonds financiers étrangers dans le système de santé ?

Les conventionnels ont jugé désirable de réguler l'intervention des fonds financiers étrangers dans le système de santé

Pourquoi est-ce désirable ?

- Un moyen de lutter contre la marchandisation du secteur de la santé ;
- Un enjeu de souveraineté nationale et européenne, permettant de créer de la richesse sur les territoires ;
- Un instrument pour préserver les conditions de travail des soignants.

Position des conventionnels : Réguler l'intervention des fonds financiers étrangers dans le système de santé, en fonction des secteurs, tout en permettant au système de s'appuyer sur ces ressources sans en dépendre complètement afin d'assurer sa pérennité financière.

La Convention a validé à l'unanimité la position du sous-groupe

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- L'accumulation de richesses grâce au système de soin est considérée comme une ligne rouge, mais la régulation de ces fonds financiers ne doit pas entraîner le système de santé et de protection sociale dans un mauvais équilibre budgétaire et devra être accompagnée par l'État.
- La définition de ce qu'est un fonds financier désirable devrait également être précisée pour une prise de décision et des débats éclairés.
- La régulation ne doit pas constituer un frein important à la recherche médicale et aux investissements à forte valeur ajoutée ;
- Les acteurs présents dans toute négociation sur le sujet devraient être variés, assurant une pluralité (associations de la santé, du soin et de patients, hôpitaux et cliniques, entreprises du secteur, scientifiques, fonds d'investissement, décideurs publics...).

Les conditions de réussite :

- Au regard de la pluralité des conditions réglementaires et des secteurs de la santé, la réglementation des investissements étrangers méritera d'être étudiée au cas par cas.
- Pour assurer l'absence de marchandisation de la santé, des garde-fous devront être décidés comme une limite de rentabilité imposée aux fonds étrangers.

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1 :** Afin de réguler l'intervention des fonds étrangers, différents seuils de rentabilité maximale sont mis en place avant l'entrée au capital des fonds d'investissements pour limiter la recherche de profit au détriment du soin et des conditions de travail. Un système de veto est mis en place par les pouvoirs publics sur des interventions du fait de la souveraineté sanitaire.
- **Piste 2 :** Afin de réguler les investissements étrangers, une part du marché, en fonction des différents secteurs, est réservée à des parts françaises et européennes. Par ailleurs, cette régulation s'appuierait sur une nouvelle classification plus exigeante en matière d'investissements responsables, en lien avec la réglementation européenne.
- **Piste 3 :** La régulation des fonds financiers étrangers est accompagnée par le développement de l'investissement direct (fonds d'investissements citoyens), par l'incitation à la création de modèles coopératifs, ou encore par des incitations et niches fiscales à destination des riches particuliers pour les amener à investir dans le système de santé.

THÉMATIQUE 2 : LE VIEILLISSEMENT ET LA PERTE D'AUTONOMIE

Deux questions clés ont été adressées aux conventionnels sur la thématique du vieillissement et de la perte d'autonomie.

Question 1 – Pour financer la perte d'autonomie et la dépendance, faut-il créer une nouvelle cotisation ou un nouvel impôt ? Cette nouvelle contribution devrait-elle être basée sur le travail (cotisation), l'entreprise, le patrimoine, l'héritage, la consommation (TVA), autre chose ?

Les conventionnels n'étaient pas d'accord sur la création d'une nouvelle cotisation ou un nouvel impôt, ni sur les modalités de mise en œuvre

Pourquoi n'étaient-ils pas d'accord ?

Les arguments en faveur d'un nouveau financement dédié au Grand Âge :

- La mise en œuvre d'un plan Grand Âge financé par des nouvelles ressources ;
- La possibilité de créer une nouvelle cotisation, type CSG dédiée à la perte d'autonomie ;
- La proposition de créer une nouvelle contribution sur le capital, le patrimoine financier, le patrimoine immobilier et l'héritage.

Les arguments en défaveur d'un nouveau financement dédié au Grand Âge :

- Le rejet d'un impôt ou une cotisation supplémentaire au profit d'une réforme organisationnelle du système pour gagner en efficience et réallouer les dépenses de santé ;
- La possibilité d'agir sur d'autres leviers pour réduire les dépenses de santé existantes :
 - Agir sur la prévention pour réduire les dépenses dans le curatif
 - Agir sur l'égalité salariale pour augmenter les cotisations perçues
 - Réorienter certaines dépenses étatiques vers la santé
- La préférence pour un financement à l'accompagnement des aidants plutôt que des personnes en perte d'autonomie directement.

Position des conventionnels : Faire du Grand Âge une priorité nationale assumée avec une branche dédiée, un plan d'actions structuré (Plan Grand Âge) et un engagement financier dans la durée.

La Convention a validé quasi-unanimement la position du sous-groupe.

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- Les modalités de mises en œuvre du Plan Grand Âge sont jugées complexes
- Plusieurs pistes de financement par de nouvelles sources existent mais ne font pas l'unanimité dans le débat public

Les conditions de réussite :

- Tracer et piloter les nouvelles sources de financement décidées et mises en place ;
- Adapter le plan Grand Âge aux réalités locales pour lutter contre les inégalités territoriales ;
- Capitaliser sur les projets qui fonctionnent dans les territoires (innovations, bonnes pratiques, dispositifs...) pour construire le plan d'actions ;
- Prioriser une taxation du capital plutôt qu'une augmentation des cotisations sociales ou patronales.

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1** : Le financement du Plan Grand Âge repose en partie sur une réallocation du budget dédié à la protection sociale en réduisant les dépenses par ailleurs grâce à des mesures d'efficience et de réorganisation.
- **Piste 2** : Le financement du Plan Grand Âge sera complété par des nouvelles sources de financements (cotisation, taxation...) à déterminer en co-construction avec les assurés sociaux.

Question 2 – Pour inciter à mieux prendre soin de sa santé, faut-il conditionner certains remboursements (médicaments, soins, etc.) à des comportements qui favorisent la bonne santé (activités physiques, alimentation saine, dépistage...) et/ou qui pénalisent les comportements à risque (tabac, alcool, écrans...) ?

Les conventionnels ont jugé indésirable l'incitation à mieux prendre soin de sa santé par un conditionnement des remboursements

Pourquoi est-ce indésirable ?

- La remise en cause d'un certain nombre de principes fondateurs de la protection sociale
 - Le principe d'égalité d'accès aux soins avec le risque inhérent du renoncement aux soins
 - Le principe du respect des libertés individuelles
 - Le principe de mutualisation des risques (« on paye selon nos moyens et on reçoit selon nos besoins »)
- Le rejet de la responsabilisation individuelle par une logique de culpabilisation, de discrimination voire de pénalisation de certains comportements

Les conventionnels rappellent que sa santé de chacun ne dépend pas uniquement de son comportement et de ses choix mais de déterminants sociaux et environnementaux.

Position des conventionnels : Privilégier une approche fondée sur l'éducation, la prévention et l'accompagnement pour inciter à mieux prendre soin de sa santé plutôt que par le conditionnement des remboursements, ainsi que par la création d'un environnement favorable à la santé tout au long de la vie.

La Convention a validé à l'unanimité la position du sous-groupe

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- Les dispositifs qui pénaliseraient les personnes les plus vulnérables ou qui ne disposent pas des mêmes capacités d'agir sur leur santé doivent être évités ;
- La prise en compte des inégalités sociales, territoriales ou liées à un handicap dans la mise en pratique de comportements favorables à la santé (activités sportives, alimentation saine, etc.).

Les conditions de réussite :

- Ne pas faire reposer la responsabilité de la santé sur les individus sans agir au préalable sur leur environnement de vie ;
- Aménager des temps et des espaces favorables à la santé dans les lieux de vie accessibles par tous (école, université, milieu professionnel, espaces publics, etc.) ;
- Garantir un accès effectif à une alimentation saine, à des espaces permettant la pratique d'activité physique et à des environnements inclusifs pour toutes et tous, en s'appuyant sur les dispositifs existants, comme la restauration collective, en limitant les possibilités de promotion d'une alimentation de mauvaise qualité (contrôle renforcé de la publicité, nutriscore obligatoire...) et en expérimentant de nouveaux mécanismes de solidarité, tels qu'une solidarité sociale de l'alimentation.

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1** : La prévention doit être renforcée dès le plus jeune âge en intégrant l'éducation à la santé, le développement des compétences psychosociales et l'apprentissage des comportements favorables à la santé tout au long du parcours scolaire.
- **Piste 2** : La réglementation sur le travail doit évoluer afin de garantir aussi bien aux salariés du secteur privé, aux agents publics et aux indépendants des temps dédiés à la santé et au bien-être, tels que l'activité physique, la sensibilisation à la prévention ou les temps de récupération.
- **Piste 3** : L'accès de tous à une alimentation saine doit être garanti en s'appuyant sur les dispositifs existants, comme la restauration collective, et en expérimentant de nouveaux mécanismes de solidarité, tels qu'une sécurité sociale de l'alimentation.

THÉMATIQUE 3 : L'INNOVATION EN SANTÉ

Deux questions clés ont été adressées aux conventionnels sur la thématique de l'innovation en santé :

Question 1 – Faut-il renforcer l'innovation en santé (l'intelligence artificielle, nouveaux médicaments, nouvelle organisation des soins) ? Comment faire en sorte qu'elle bénéficie à tous et toutes ?

Les conventionnels ont jugé désirable le renforcement de l'innovation en santé en faisant en sorte qu'elle bénéficie à tous et toutes

Pourquoi est-ce désirable ?

- L'innovation est perçue comme un outil prometteur au service de la qualité des soins : diagnostic accéléré, aides aux équipes médicales et amélioration des analyses ;
- Elle favorise des parcours de soins plus fluides grâce à une meilleure coordination entre les acteurs et à de nouvelles organisations ;

- L'innovation permet d'anticiper et de mieux prévenir certains problèmes de santé par la prévention et des actions plus précoces.

Position des conventionnels : L'innovation technologique et organisationnelle en santé doit être renforcée à condition qu'elle reste au service des patients, qu'elle bénéficie à tous et qu'elle soit encadrée sur les plans éthique, humain, environnemental et démocratique.

La Convention a validé quasi-unaniment la position du sous-groupe

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- La préservation de la place de l'humain dans la décision et dans la relation de soin, l'innovation ne devant jamais se substituer aux professionnels de santé.
- Les risques éthiques, environnementaux et de dépendances associées aux nouvelles technologies, notamment l'intelligence artificielle, et une vigilance quant à la structure et à l'influence des acteurs privés développant ces technologies.
- Les inégalités d'accès à l'innovation et le risque d'un déploiement insuffisamment évalué ou déconnecté des besoins réels des patients.

Les conditions de réussite :

- Garantir que la responsabilité des décisions demeure entre les mains des professionnels et que le consentement des patients soit respecté ;
- Associer les citoyens, les patients et les professionnels de santé à la conception, à l'évaluation et au déploiement des innovations ;
- Soutenir la recherche publique et universitaire, tout en évaluant systématiquement les impacts sanitaires, sociaux, éthiques, environnementaux et économiques des innovations.

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1 :** Des outils d'intelligence artificielle et des innovations médicales déployés comme aides à la décision pour les professionnels de santé, dans un cadre éthique garantissant la protection des données et le consentement des patients.
- **Piste 2 :** Des innovations organisationnelles pour une meilleure coordination des parcours de soins grâce au développement de partenariats locaux et de tiers-lieux accessibles à tous.
- **Piste 3 :** Un modèle d'innovation en santé fondé sur la complémentarité entre recherche publique, acteurs privés et société civile, avec une gouvernance partagée et une évaluation continue des bénéfices pour les patients.

Question 2 – Pour mieux vous soigner et mieux coordonner votre parcours de santé entre les différents professionnels, faut-il accepter que vos données de santé personnelles soient partagées entre davantage d'acteurs ?

Les conventionnels n'étaient pas d'accord sur le fait de partager les données de santé entre davantage d'acteurs, et débattaient notamment des conditions du partage de ces données.

Pourquoi est-ce désirable ?

- Le partage de données permet d'assurer la continuité des soins entre les différents professionnels et structures de soins et évite les ruptures dans les parcours ;

- Le partage des données limite la redondance des soins grâce à un accès à l'information simplifié pour les professionnels tels que les actes, les examens ou les analyses déjà réalisés par d'autres professionnels ;
- Au-delà du parcours de soin d'un patient, le partage des données permet à l'ensemble du secteur de capitaliser sur les expériences, d'évaluer les pratiques et d'améliorer en continu l'organisation des soins.

Position des conventionnels : Le partage des données de santé doit être strictement encadré et soumis au secret médical. Le patient doit conserver la maîtrise complète de ses données, et doit donner systématiquement son consentement à l'accès à tout ou partie du dossier médical partagé. Des règles éthiques doivent également encadrer l'usage des données par les professionnels dans l'éventualité d'un partage pour améliorer la qualité et la coordination des soins.

La Convention a validé quasi-unaniment la position du sous-groupe.

Les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette proposition :

- Le respect de la vie privée et la protection contre les risques de fuites, de piratage ou d'utilisations non autorisées des données de santé ;
- La perte du contrôle des patients sur l'accès à leurs données, leurs usages et les acteurs susceptibles de les consulter ;
- Les risques de réutilisation à des fins commerciales, de discrimination ou de concentration du pouvoir entre quelques acteurs détenteurs de ces données.

Les conditions de réussite :

- Garantir un consentement libre, éclairé et modulable permettant au patient de choisir les données qu'il souhaite partager et avec quels acteurs. Les patients doivent pouvoir être informés et sensibilisés à l'utilisation des données avant de donner leur accord ;
- Restreindre l'accès aux données partagées aux professionnels et organismes soumis au secret médical et à des règles strictes de confidentialité ;
- Sensibiliser les professionnels dans le partage des données et le recueil d'un consentement éclairé des patients ;
- Éclairer les patients sur les conséquences de l'absence de partage de la donnée médicale sur son parcours de soin.

Les pistes de mise en œuvre :

- **Piste 1 :** La généralisation du dossier médical partagé accessible par tous les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins, avec autorisation à chaque interaction avec un professionnel pour le partage de données ;
- **Piste 2 :** L'interopérabilité des logiciels et des systèmes utilisés par l'ensemble des professionnels pour améliorer la coordination et le partage d'information sécurisé, notamment entre la médecine de ville et l'hôpital ;
- **Piste 3 :** L'utilisation des données de santé à des fins d'innovation pour produire de nouvelles connaissances et améliorer les traitements pour certaines maladies mais en garantissant l'anonymisation des données utilisées et l'encadrement des usages.

LA VISION DU CHANGEMENT POUR RÉFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE

En fin de session, les conventionnels ont été invités à travailler, en groupes, sur leur vision idéale à long terme, en 2050, du système de santé et de protection sociale. Plus précisément, ils ont évoqué ensemble les potentiels « déclics », soit du point de vue des citoyens, soit d'acteurs du système de santé, qui permettraient d'améliorer la santé et la protection sociale à long terme.

Le citoyen, un acteur de la santé et de la démocratie en santé

L'enseignement le plus récurrent dans les récits est la nécessité de passer à une organisation où le citoyen est acteur du système de santé. Cela suppose que chaque personne se sente concernée par les enjeux et décisions, et dispose des ressources pour agir de façon éclairée et continue en faveur de sa propre santé. Ce changement de posture est présenté comme la condition première d'un parcours de soin qui doit être coconstruit entre le patient et les professionnels qui l'accompagnent. **Les récits font en outre apparaître une conviction partagée : les grandes décisions relatives à la santé et à la protection sociale ne peuvent être prises « en silo » :** elles doivent être prises grâce à des espaces de délibération ouverts, réguliers et pluriels, où citoyens, patients, soignants, employeurs, et représentants institutionnels peuvent se parler pour construire la santé de demain.

Idées illustratives :

- « Tout a changé quand les citoyens ont commencé à se sentir responsables de leur santé, à être mieux éduqués et formés aux enjeux de leur santé et de celle de leur famille ».
- « Son parcours de soin est coconstruit par le patient et les différents acteurs avec lesquels il interagit. »
- « Des conventions citoyennes plus nombreuses sur différents sujets et organisées à une fréquence annuelle »
- « Tout a changé quand les citoyens ont commencé à construire une citoyenneté active sur le sujet ».
- « Tout a commencé quand les citoyens et professionnels ont commencé à se regrouper : kinésithérapeutes, médecins, patients, directions d'hôpital, se sont assis ensemble ».

Notes : Les participants ont particulièrement insisté sur ce point qui revient notamment dans les contributions « cartes blanches », présentées ci-dessous.

La prévention, une pratique qui doit s'inviter partout

La prévention est unanimement identifiée comme un levier d'amélioration de la santé. Plusieurs récits convergent pour dire qu'elle ne peut rester cantonnée au seul univers médical, et doit trouver sa place dans des espaces du quotidien ; à l'école, dans l'entreprise, et plus largement dans toutes les politiques publiques.

Idées illustratives :

- « Les citoyens ont décidé de s'investir sur la prévention pour en faire un critère de choix assumé de la représentation politique ».
- « Dans les écoles, les enfants ont des cours de cuisine et sur l'alimentation équilibrée, une éducation citoyenne sur le budget de la santé ».
- « Tous les citoyens sont formés aux gestes de premiers secours, à une nutrition de qualité, aux bienfaits du sommeil ».

L'information en santé, une information qui mérite d'être personnalisée, continue, accessible

Plusieurs récits identifient l'information comme un enjeu fort pour transformer le système de santé et de protection sociale. Dans ces récits, une information adaptée, dans son format, sa fréquence, ses modalités d'accès, permet à chacune et à chacun de mieux comprendre sa situation, d'orienter des choix et in fine, de réduire le recours au système curatif.

Idées illustratives :

- « Les citoyens bénéficient d'une information adaptée à leurs problématiques de santé personnelles, fournie dans un format adapté aux besoins d'apprentissage de chacun ».
- « L'accès à des informations de prévention et de soin tout au long de sa vie permet de diminuer la quantité de soins dont chacun a besoin, faisant de l'information un outil de prévention structurel ».
- « L'information doit être modulée selon quatre dimensions opérationnelles : la fréquence, la modalité, le format, l'accès ».

Le financement de la protection sociale : un enjeu d'avenir et de justice sociale

Plusieurs récits expriment une préoccupation commune quant à la soutenabilité financière du système de santé et de protection sociale. Les propositions formulées convergent vers un élargissement de l'assiette de financement mais en rejetant l'idée que ces nouvelles ressources puissent être inégalitaires, à l'instar de la TVA sociale. Ces idées s'inscrivent aussi bien dans une logique de permettre au système de perdurer, que de sécuriser un financement qui soit socialement juste.

Idées illustratives :

- « Une remise à plat du financement du système de sécurité sociale par une taxation égalitaire de tous les revenus financiers que peut toucher une personne physique est proposée, pour rétablir l'équité contributive ».

Les entreprises, actrices de notre santé collective

Différents récits invitent également à un changement de paradigme : les entreprises ne doivent plus être perçues comme de simples lieux de production, mais comme des acteurs à part entière, du système de santé collective. Les récits invitent notamment à développer des outils comptables et réglementaires permettant d'évaluer le coût sanitaire des activités des entreprises.

Idées illustratives :

- « Les entreprises sont invitées à intégrer l'impact santé de leurs activités dans leur organisation et leur bilan comptable sous l'angle d'une démarche RSE »
- « Sur le modèle du bilan carbone Scope 3, les entreprises devraient calculer le coût social et en santé de leurs activités et l'intégrer à leur bilan social annuel ».
- « Une politique de soutien financier public aiderait les entreprises à transformer leurs modes de production pour une meilleure santé globale ».
- « Dans les entreprises, via le code du travail et des accords de branches, l'activité physique adaptée, la prise en compte des risques psychosociaux et les actions de dépistage doivent être généralisées ».

One Health, une approche indispensable pour penser la santé de demain

Enfin, plusieurs récits expriment une vision élargie de la santé. Celle-ci est perçue comme le reflet de l'environnement des individus : ce qu'ils mangent, l'eau qu'ils boivent, l'air qu'ils respirent, le rythme de vie qu'ils adoptent.

Idées illustratives :

- *« Tout a commencé par une évolution de notre rapport à notre environnement et adoptant un comportement respectueux et soutenable dans des domaines tels que l'agriculture, la préservation de l'eau, les polluants dans l'alimentation, l'hygiène et notre consommation ».*
- *« L'eau est plus rare, mais nous la préservons. Les pesticides ne sont pas utilisés ou presque, mais chacun mange à sa faim et en qualité ».*
- *« Nous avons des colocations intergénérationnelles ».*

ANNEXES

LES CONTRIBUTIONS « CARTE BLANCHE » :

Les conventionnels avaient la possibilité de contribuer plus largement, au-delà des thématiques posées, via un espace « carte blanche » mis à disposition pendant toute la session, pour leur permettre de s'exprimer librement sur le système de santé et de protection sociale. De leurs contributions se dégagent plusieurs enseignements, qui se recoupent pour partie déjà avec les contributions issues de l'exercice de la « boussole ».

1. Penser la santé de façon globale

Les contributions traduisent une envie de développer une vision « holistique » de la santé, dans une logique « One Health ». Cette ambition d'envisager le soin de façon globale s'accompagne d'une volonté de revaloriser le soin lui-même, en particulier la qualité de la relation entre patient et soignant. Plus largement, plusieurs contributions dépassent le cadre du système de santé pour appeler à construire une société prévoyante, fondée sur le « care ».

- *« L'approche de la santé doit être globale. Il faut changer les silos dans lesquels chacun travaille »*
- *« Intégrer la question du lien social comme outil de la grande santé »*
- *« Favoriser l'accès à une alimentation de qualité pour tous — moins de marge sur fruits et légumes »*
- *« Anticiper les impacts du changement climatique sur le système de soins et sur la santé »*
- *« Agir plus en mode de soins 'soft' que 'durs' en psychologie et problématiques mentales »*

2. La nécessaire bascule d'un système curatif à un système préventif

Plusieurs conventionnels insistent sur l'une de leurs préoccupations centrales : celle d'un système qui soigne trop tard et de façon trop fragmentée. Ils souhaitent un changement en profondeur, pour prévenir plutôt que guérir. Cette bascule est aussi, pour certains, un moyen d'informer les citoyens et de les responsabiliser sur leurs pratiques et usages du système de santé.

- *« Renforcer le financement des bilans de santé préventifs — moins cher que les soins sur long terme »*
- *« Intégrer la prévention au sein du parcours scolaire »*
- *« Réaliser plus de prévention dans le monde du travail et gagner sur les risques psychosociaux »*
- *« Augmenter la prévention et le dépistage du prédiabète »*
- *« Tous les jeunes (et leur famille) : une éducation à un mode de vie — sommeil, alimentation durable, écrans, activité physique ».*

3. Un financement à réinventer

Les conventionnels ont abordé plusieurs aspects du financement du système de santé et de protection sociale, sans qu'un consensus clair ne se dégage sur la méthode. D'une part, certaines contributions appellent à réviser le contrat social pour rétablir une égalité de contribution entre actifs et retraités, ainsi qu'entre revenus du travail et revenus du capital. D'autre part, d'autres interrogent la place de la Sécurité sociale et des complémentaires santé, en proposant par exemple de remplacer les mutuelles

privées par des mutuelles publiques, ou de supprimer la place des grands groupes et acteurs privés dans le système de protection sociale.

Enfin, la limitation des dépassements d'honoraires jugés injustifiés et le déremboursement des soins dont la pertinence n'est pas prouvée scientifiquement sont également proposés. Cette absence de consensus sur la méthode ne masque toutefois pas l'ambition commune : refonder le financement pour plus de justice et de solidarité.

- « *Créer un pôle public du médicament pour que l'argent généré serve à financer la recherche et non à enrichir des actionnaires* »
- « *Réserver les soins thermaux pour les ALD à 50-100% de remboursement* »
- « *Interdire le déficit de la Sécu — cela doit être à l'équilibre pour ne pas le faire payer aux générations futures* »
- « *Limiter plus fortement les dépassements d'honoraires injustifiés* »
- « *Remplacer les mutuelles par une caisse publique — une Sécu 2.0* »

4. Un système à simplifier et à humaniser pour gagner en efficience

Enfin, les contributions traduisent une forme d'exaspération face à une complexité administrative jugée contre-productive, tant pour le patient que pour le soignant. Les citoyens souhaitent un système plus simple, plus humain, ancré dans une logique de proximité et au plus proche des réalités du terrain.

- « *Réduire de manière intelligente la paperasse ! Les pièces pour avoir du matériel, des soins, des aides sont vraiment très longues* »
- « *Faire en sorte que la médecine ne soit plus dirigée par des technocrates financiers* »
- « *Implémenter les soignants dans l'administration des structures afin que le cadre administratif reste en cohérence avec la réalité du terrain* »