Système de santé français : La science au service d'un modèle soutenable !

Par Pr Frédéric BIZARD
Président de l'Institut Santé

La soutenabilité du système de santé français est aujourd'hui menacée par une contradiction structurelle : des dépenses publiques record – 261 milliards d'euros en 2024, deuxième poste budgétaire après les retraites – coexistent avec un déficit de l'Assurance maladie dépassant 15 milliards d'euros par an et une dégradation continue de l'accès aux soins. Dans cet article, nous montrons que cette crise n'est pas une crise de moyens, mais de modèle : le système hérité du XXe siècle n'a anticipé ni la transition démographique, ni la transition épidémiologique liée à la chronicisation des pathologies, ni la révolution technologique en cours. Mobilisant cinq corpus de recherche internationale – économie de la prévention, effet Baumol, théorie de la destruction créatrice, économie de l'assurance et *evidence-based policy* –, nous proposons une grille de lecture scientifique de la crise, et présentons les principes du programme de refondation élaboré par l'Institut Santé, articulé autour d'une gestion du risque réorientée vers l'amont, d'une organisation territoriale décloisonnée, et d'un financement fondé sur la valeur produite plutôt que sur les volumes consommés.

Introduction

Le débat politique sur le modèle social français se réduit trop souvent à sa tuyauterie financière – TVA sociale, CSG, charges sociales, franchises ou capitalisation –, et néglige la restructuration indispensable des modèles de gestion des risques sociaux, conçus pour un monde qui s'est sensiblement transformé.

Ces modèles engagent des valeurs fondamentales – liberté individuelle, justice sociale, égalité, solidarité –, dont l'arbitrage relève du choix politique. Mais cette restructuration doit aussi s'appuyer sur les fondamentaux scientifiques construits par cinquante ans de recherche en sciences sociales.

Les résultats de cette recherche invitent à repenser le modèle social français pour les cinquante prochaines années. Nous prenons l'exemple de la santé pour démontrer la faisabilité, à court terme, de l'installation d'un nouveau modèle.

Modèle social : Les vrais enjeux largement occultés

Le modèle social français affronte une contradiction devenue difficilement soutenable : des prélèvements obligatoires et des dépenses publiques parmi les plus élevés au monde coexistent avec des déficits chroniques, des inégalités persistantes et une dégradation du service rendu.

En santé, cette contradiction est très visible : la dépense progresse rapidement alors que l'accès aux soins, la prévention, les parcours des malades chroniques et la situation de l'hôpital continuent de se détériorer.

Une triple transition insuffisamment anticipée

Trois transitions fragilisent le modèle hérité du XXe siècle.

La première est démographique. La population des plus de 60 ans représentait 19,6 % en 1994, 27,7 % en 2024, et pourrait approcher 35 % en 2050 ; les plus de 75 ans atteindraient 16,4 % à cet horizon[1].

Un tel choc ne peut être absorbé durablement que si l'allongement de la vie s'accompagne d'un allongement de la vie en bonne santé. L'objectif collectif ne peut donc plus être seulement de vivre plus longtemps, mais de vieillir en meilleure santé[2].

La deuxième transition est épidémiologique. Le risque social est devenu un risque long : maladies chroniques, dépendance et retraite s'étendent désormais sur des périodes beaucoup plus longues, ce qui impose de faire évoluer le pilotage du risque, aujourd'hui organisé à partir de l'offre, vers un pilotage par la demande fondé sur l'investissement individuel.

La troisième transition est technologique. L'hyper-révolution NBIC (numérique, biotechnologies, intelligence

[1] INSEE, estimations et projections de population, scénario central, 2025-2026.

[2] Institut Santé - Quel avenir pour notre système de santé et son financement - 2026, d'après INSEE.

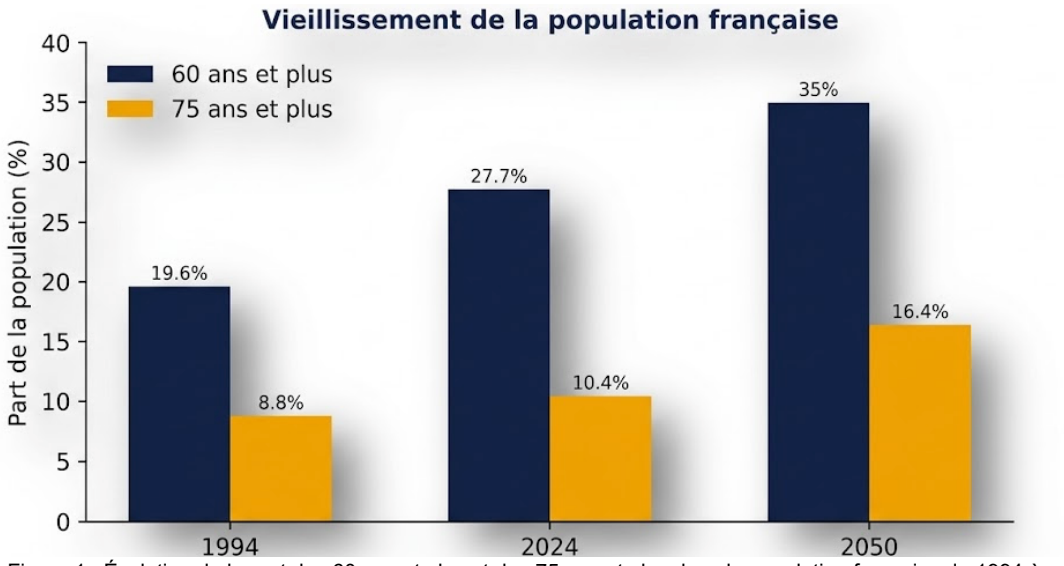


Figure 1 : Évolution de la part des 60 ans et plus et des 75 ans et plus dans la population française de 1994 à 2050 (Source : Insee, estimations et projections de population, scénario central (1994, 2010, 2024, 2025-2026)).

artificielle, nanotechnologies, robotique) fournit les moyens de réussir ces deux transitions, à condition de la diffuser réellement et massivement dans les organisations.

Des systèmes sociaux structurés pour le monde d'hier

Depuis les ordonnances Juppé de 1996, la réponse française a surtout consisté à renforcer le contrôle budgétaire et administratif de l'État. Les réformes successives ont modifié les paramètres davantage que l'architecture des systèmes.

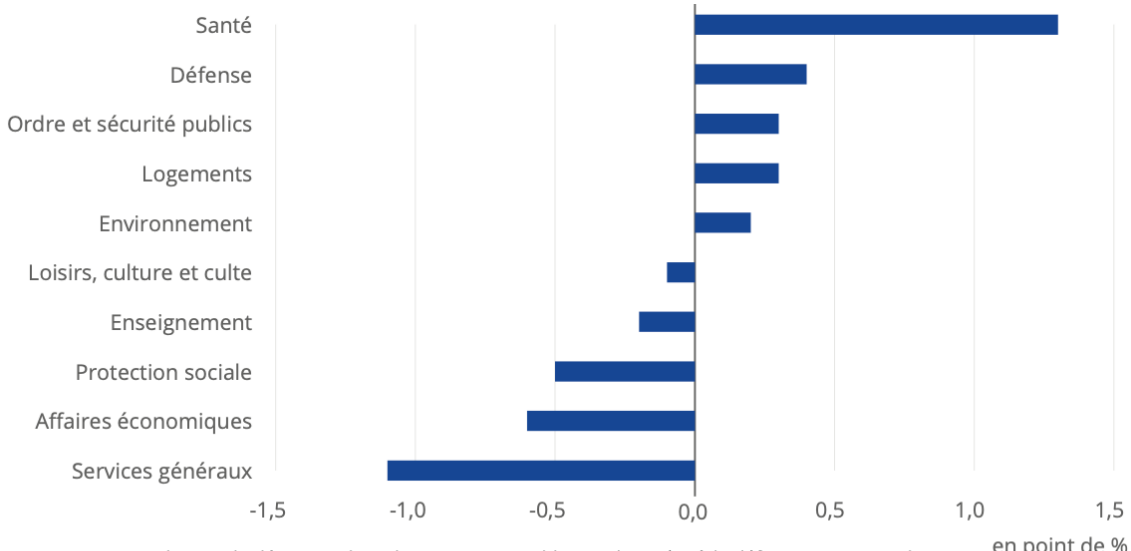
Les retraites demeurent complexes et déficitaires ; la dépendance reste centrée sur l'Ehpad alors que le virage préventif et domiciliaire devrait en faire un dernier recours ; la politique familiale ne parvient plus à assurer le renouvellement des générations. En 2025, les décès ont dépassé les naissances pour la première fois depuis 1945.

La santé illustre avec force cette inadaptation. Notre modèle reste hospitalo-centré, insuffisamment préventif, mal organisé pour les patients chroniques, et lent à diffuser l'innovation. Sa crise est donc, d'abord, structurelle. Ajouter des moyens sans modifier les mécanismes qui les consomment ne peut produire qu'un répit temporaire.

Hausse record des dépenses, sans redressement durable

Les dépenses publiques de santé constituaient en 2024 le deuxième poste budgétaire public après les retraites : 261 milliards d'euros, soit 15,6 % des 1 672 milliards de dépenses publiques, elles-mêmes équivalentes à 57 % du PIB[3].

[3] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Usage de l'argent public : les dépenses publiques par fonction en 2024. Paris : INSEE ; 2026 fév. 5. Réf. N02093.



Lecture : En 2024, la part de dépenses des administrations publiques destinées à la défense augmente de 0,4 point par rapport à 2014.
Champ : Dépenses des administrations publiques.
Source : Insee, comptes nationaux, dépenses des administrations publiques ventilées par fonction (COFOG).

Figure 2 : Évolution de la dépense des administrations publiques par fonction de 2014 à 2024 (Source : Insee, comptes nationaux, dépenses des administrations publiques ventilées par fonction COFOG).

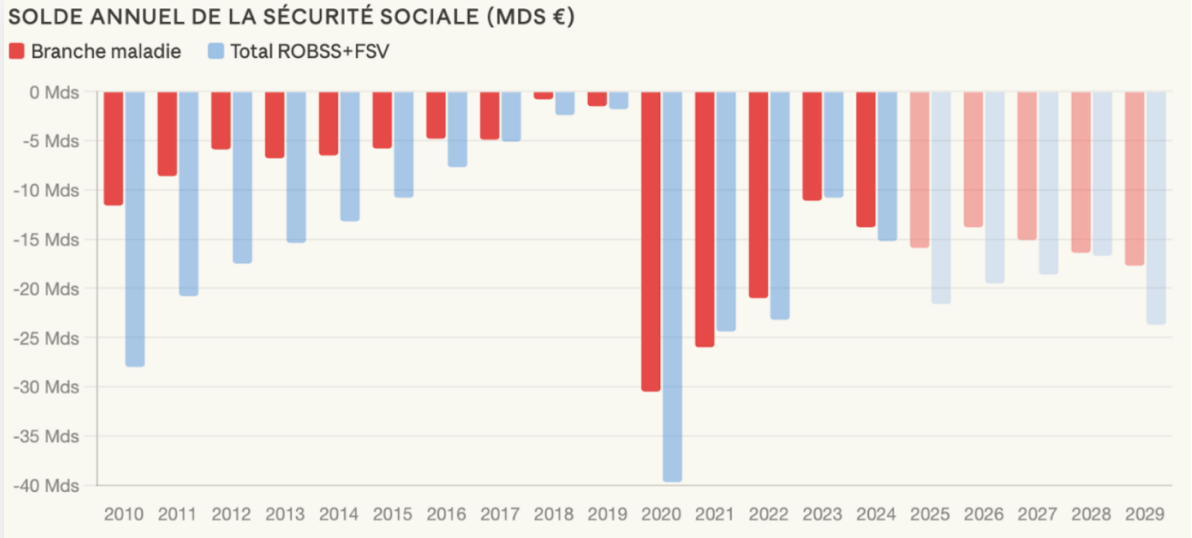


Figure 3 : Solde des comptes de la Sécurité sociale et de sa branche maladie de 2010 à 2029
(Source : Institut Santé, Document Expert Référendum 2026 ; CNAM, LFSS 2026).

Entre 2014 et 2024, ces dépenses ont augmenté de 83 milliards d'euros, soit une progression de 45 %, supérieure à celle du PIB nominal sur la même période (+ 36 %). La part de la santé dans la dépense publique totale a ainsi gagné 1,3 point en dix ans, une hausse sans équivalent parmi les grandes catégories de dépenses publiques.

Une sécurité sociale en risque existentiel

La Cour des comptes diagnostique un risque sérieux de non-soutenabilité financière[4]. Le déficit structurel de l'Assurance maladie dépasse 15 milliards d'euros par an et la trajectoire de la Sécurité sociale à l'horizon 2029 fait apparaître un déficit global supérieur à 20 milliards, dont environ les trois quarts proviendraient de la branche maladie[5].

Le Ségur de la santé fournit un test grandeur nature : environ 12 milliards d'euros de dépenses annuelles supplémentaires pour l'hôpital et 19 milliards d'investissements sur cinq ans. Cinq ans plus tard, l'hôpital public reste en crise sociale et financière, avec un déficit de 2,3 milliards d'euros en 2025 et une dette revenue autour de 30 milliards. L'expérience montre ainsi que l'augmentation des moyens, lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'une transformation du modèle, ne suffit pas.

La conclusion est centrale pour la suite : la soutenabilité ne se gagnera ni par une austérité permanente ni par une fuite en avant dans la dépense.

Elle exige d'agir sur les causes structurelles de la dérive : prévention insuffisante, organisation cloisonnée, faible productivité des processus, diffusion lente de l'innovation, et gouvernance trop centralisée et technocratique.

C'est à ces questions que la recherche scientifique apporte des réponses utiles.

Les fondamentaux scientifiques des modèles sociaux largement ignorés

La soutenabilité d'un système de santé ne se résume pas à une affaire de comptabilité publique. Elle dépend de la manière dont le risque est prévenu, mutualisé et pris en charge, de l'organisation des acteurs et de la capacité du système à produire davantage de valeur sanitaire avec les ressources disponibles. Sur ces sujets, plusieurs décennies de recherche internationale offrent des enseignements suffisamment robustes pour guider une refondation.

Prévenir avant de réparer

Le premier enseignement est celui de la prévention. Un malade chronique coûte en moyenne 6,3 fois plus cher qu'une personne en bonne santé (9 300 € contre 1 480 € par an)[6] ; 40 % des cancers sont associés à des facteurs de risque modifiables[7], et les patients en affection de longue durée concentrent déjà près des deux tiers des remboursements de l'Assurance maladie (CNMA,2025).

Avec le vieillissement et la progression des maladies chroniques, intervenir uniquement lorsque le risque s'est réalisé devient financièrement intenable.

L'approche Health in All Policies (HiAP), promue par l'OMS (Charte d'Ottawa, 1986 ; Déclaration de Helsinki, 2013) et portée par les travaux en santé publique de Kickbusch et Buckett (2010), établit que la santé d'une population dépend à 80 % de déterminants situés hors du secteur strictement médical.

[4] Cour des comptes. La situation financière de la Sécurité sociale. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Paris : Cour des comptes ; 2025 nov. 3.

[5] Loi n°2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026. Journal officiel de la République française. 2025 déc. 30.

[6] Source : IGAS/IGF 2021, cité CNAM 2025.

[7] Source : INCA / CIRC 2026/ Santé publique France.

Sans virage préventif structuré, institutionnalisé et financé en amont du risque, la soutenabilité d'un système solidaire et performant est introuvable — les travaux de l'OCDE confirment que ces gains dépassent ceux obtenus par la seule amélioration de la prise en charge des malades.

Effet Baumol dans le service public de santé

La théorie de la « maladie des coûts » énoncée par Baumol et Bowen en 1966, puis appliquée à la santé, décrit un mécanisme structurel : dans les secteurs à forte intensité de main-d'œuvre et à gains de productivité naturellement faibles (soins, éducation, culture), les salaires progressent au rythme des secteurs productifs (pour retenir les effectifs) sans que la productivité suive, ce qui pousse mécaniquement les coûts à la hausse à organisation inchangée.

Cet effet invalide les politiques de pure maîtrise comptable (Ondam, régulation par les tarifs), qui restent le dogme français. Il faut générer une productivité ciblée – délégation d'actes, coopérations interprofessionnelles, numérique et IA, télésurveillance – pour réinventer le processus de soins plutôt que d'en comprimer seulement les prix.

Aghion-Howitt : Organiser la destruction créatrice de l'innovation de rupture

Les travaux d'Aghion et Howitt sur la croissance par l'innovation montrent que le progrès suppose un renouvellement permanent des technologies, des compétences et des organisations. Appliqué à la santé, ce cadre invite à ne plus considérer l'innovation seulement comme un coût supplémentaire.

Cette logique impose une régulation dynamique : accélérer l'accès aux innovations à forte valeur, adapter leur tarification au cycle de vie, mais aussi abandonner les actes, technologies et molécules devenus obsolètes ou insuffisamment coût-efficaces. Un système qui sait financer l'innovation mais ne sait jamais désinvestir dans ce qui apporte peu de valeur n'est pas soutenable.

Assurance : Concilier solidarité, responsabilité et valeur

L'expérience scientifique du RAND Health Insurance Experiment (Manning *et al.*, 1987) démontre qu'une modeste participation financière des usagers (reste à charge) réduit la consommation de soins à faible valeur ajoutée (aléa moral) sans détériorer la santé de la population générale, à l'exception des ménages très précaires.

La théorie de l'assurance face à l'incertitude (Rothschild et Stiglitz, 1976 ; Arrow, 1963) établit qu'une mutualisation large à l'échelle de toute la population est indispensable pour éviter la sélection adverse.

La soutenabilité suppose donc un socle universel pour le risque lourd, et une tarification fondée sur la valeur, sans reste à charge sur les actes à très haute valeur médicale.

Evidence-based medicine et *evidence-based policy*

Formalisée par Sackett *et al.* (1996), l'*evidence-based medicine* a soumis la décision clinique à la rigueur des données scientifiques plutôt qu'à l'habitude.

L'*evidence-based policy* (Pawson et Tilley, 1997) transpose cette exigence à l'action publique : les réformes devraient être pilotées et évaluées sur indicateurs mesurables, plutôt que par empilement de dispositifs non évalués – la marque des réformes françaises depuis vingt ans.

Ce cadre dépolitise les arbitrages sur le panier de soins, et impose une culture de l'expérimentation avant généralisation, intégrant les quatre principes précédents dans une logique d'apprentissage continu plutôt que de réforme définitive.

La soutenabilité n'est possible que dans une refondation du modèle de santé intégrant les principes scientifiques connus et incontournables

Les enseignements de la recherche convergent vers une même conclusion : la soutenabilité ne peut résulter d'une succession de mesures budgétaires. Elle suppose de transformer simultanément la gestion du risque santé, l'allocation des ressources et l'organisation des acteurs.

C'est précisément la logique du programme de refondation élaboré par l'Institut Santé[8] : passer d'un système essentiellement construit pour réparer la maladie à un système qui investit dans la santé, organise les parcours et recherche en permanence la meilleure allocation des ressources.

Trois piliers pour changer de logique (la vision)

La refondation repose sur trois ruptures stratégiques : un pilier stratégique, qui repense la gestion du risque en santé ; un pilier économique et social, qui pilote les ressources à partir des besoins plutôt que de l'offre ; un pilier politique, qui renforce la citoyenneté sociale en santé.

Les axes opérationnels de la réforme (les outils)[9]

La première rupture consiste à passer d'une logique de soins à une logique de santé, en agissant en amont du risque. La prévention devient un véritable investissement dans le capital humain, et non plus une politique périphérique.

Le système doit simultanément mieux organiser le risque devenu long, notamment pour les patients chroniques, et accélérer l'intégration des innovations numériques,

[8] Quel avenir pour notre système de santé et son financement ? - Document expert – Institut Santé – 2026, www.institut-sante.org

[9] Institut Santé - Quel avenir pour notre système de santé et son financement - 2026, d'après INSEE.

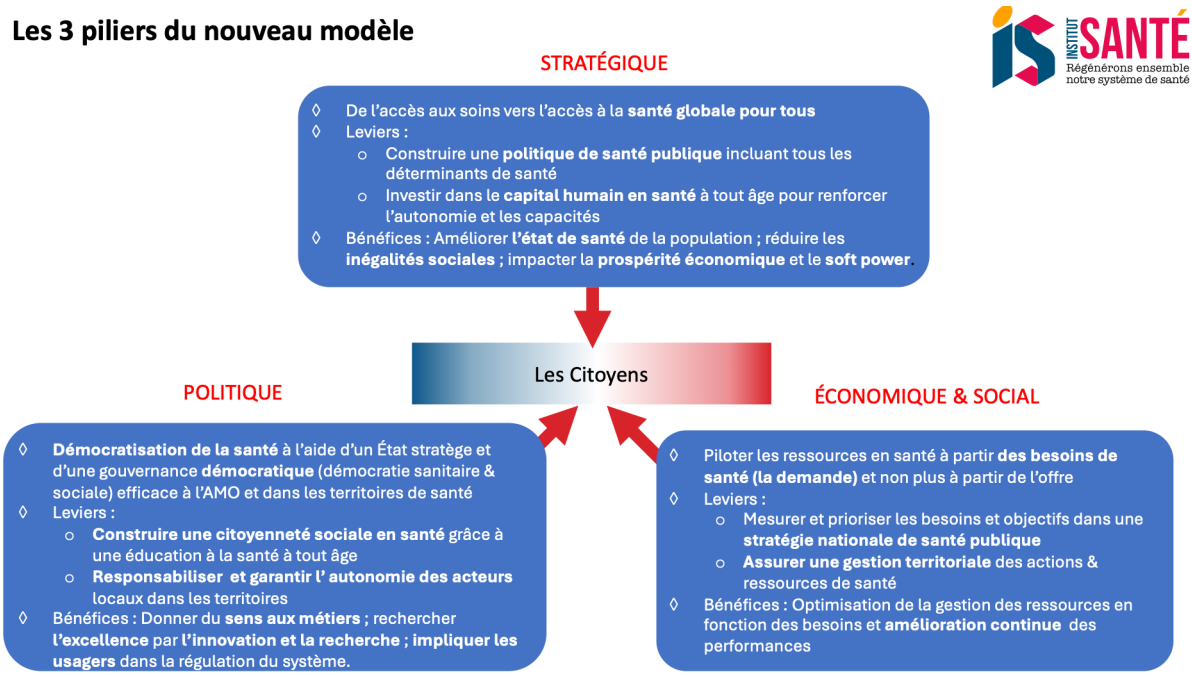


Figure 4 : Schéma des trois piliers du nouveau modèle
(Source : Institut Santé - 2026).

thérapeutiques et organisationnelles. L'objectif n'est donc plus seulement de produire davantage de soins, mais d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire la demande évitable de soins lourds.

La deuxième rupture concerne l'organisation territoriale des soins. L'Institut Santé propose un service public départemental de santé réunissant, dans un même territoire et autour d'une responsabilité populationnelle commune, l'ensemble des professionnels publics et privés.

Il ne s'agit pas d'étatiser davantage le système, mais au contraire de décloisonner la ville, l'hôpital, le médico-social et le social, tout en conservant la liberté d'exercice des professionnels et la liberté de choix des patients. Cette territorialisation doit permettre de construire l'offre à partir des besoins réels de la population et d'organiser enfin de véritables parcours de santé.

La troisième rupture est celle de la gouvernance. À l'État revient la définition d'une stratégie sanitaire de long terme ; aux territoires et à l'Assurance santé, sa mise en œuvre opérationnelle. Dans chaque département, un Parlement de santé réunirait professionnels, institutions, élus, patients et citoyens afin d'adapter la réponse aux besoins locaux.

L'Assurance maladie, devenue Assurance santé, retrouverait parallèlement une autonomie de gestion renforcée et le rôle de pilote opérationnel, tandis que l'État conserverait ses fonctions stratégiques et d'évaluation. Cette séparation entre stratégie, gestion et évaluation doit permettre de sortir du pilotage administratif centralisé, pour installer une logique d'amélioration continue fondée sur les résultats.

Enfin, la refondation concerne l'architecture même du financement. L'objectif est de passer d'une régulation essentiellement comptable des dépenses à une allocation médico-économique des ressources : distinguer investissement en santé et dépenses courantes, mesurer leur rapport coût-efficacité et orienter les financements vers les interventions produisant le plus de valeur sanitaire, économique et sociale. Le budget de santé serait ainsi construit à partir des besoins de la population, et inscrit dans une programmation sanitaire à cinq ans.

Cette logique conduit également à clarifier les rôles respectifs de l'assurance publique et des assureurs privés. L'assureur public serait recentré sur les produits et services essentiels dont la pertinence est scientifiquement démontrée, tandis que les assureurs privés couvriraient les prestations non remboursées et participeraient au financement de la prévention.

Ce décroisement vise à supprimer les doublons de couverture et à réduire les coûts administratifs, tout en maintenant un socle universel et solidaire. Le modèle complète cette architecture par un compte personnel de prévention destiné à donner à chaque citoyen les moyens d'investir concrètement dans son capital santé.

Conclusion : La soutenabilité ne se décrète pas, mais se construit

La soutenabilité de notre modèle social ne se résume pas à un choix entre recettes fiscales : elle se construit en réarticulant gestion du risque, allocation des ressources et organisation des acteurs, à la lumière des enseignements convergents de la recherche.

Le cas de la santé le démontre : un système confronté à une triple transition inédite, à une dépense record et à un déficit devenu structurel n'a pas besoin de plus de moyens, mais d'un autre modèle – fondé sur la prévention, l'évaluation, l'innovation régulée et une mutualisation ciblée du risque.

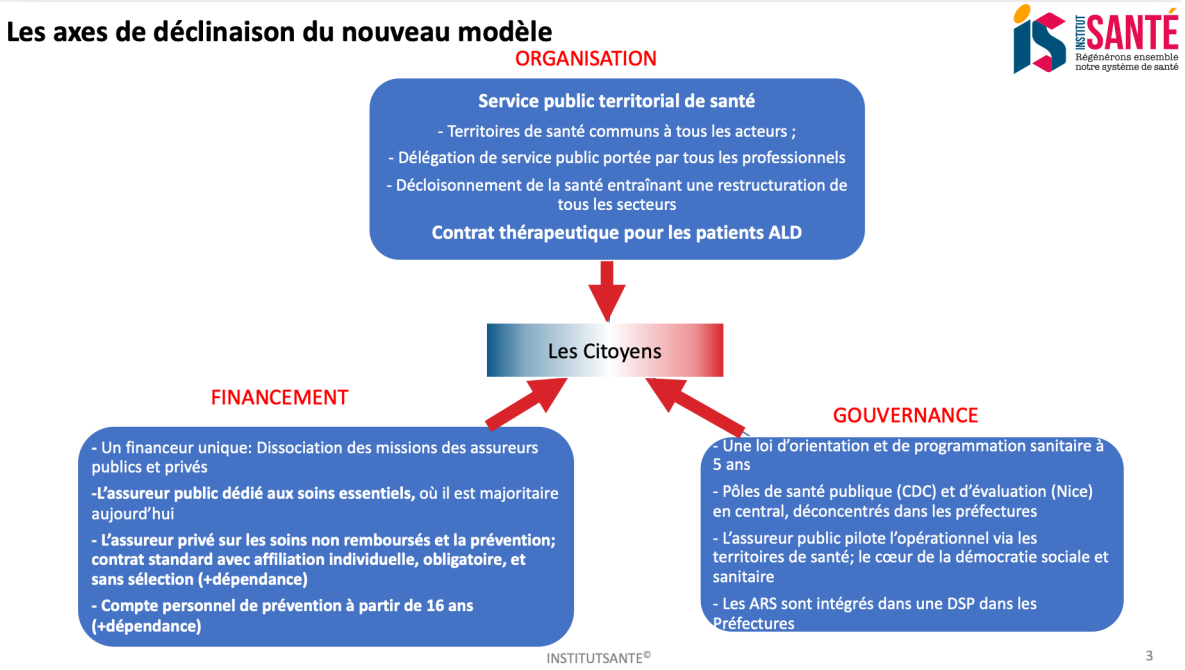


Figure 5 : Schéma de la déclinaison opérationnelle du nouveau modèle (Source : Institut Santé - 2026).

Sources principales

BAUMOL & BOWEN (1966) ; HARTWIG (2008) ; AGHION & HOWITT (1992) ; ARROW (1963) ; ROTHSCHILD & STIGLITZ (1976) ; MANNING *et al.* (1987) ; NEWHOUSE (1993) ; SACKETT *et al.* (1996) ; PAWSON & TILLEY (1997).

COUR DES COMPTES (2025), « La situation financière de la sécurité sociale », communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 3 novembre.

IGAS/IGF 2021 ; CNAM 2025 ; INCa / CIRC / Santé publique France.

INSEE, estimations et projections de population, scénario central, 2025-2026.

INSEE (2026), « Usage de l'argent public : les dépenses publiques par fonction en 2024 », 5 février.

INSTITUT SANTÉ (2026), « Quel avenir pour notre système de santé et son financement ? », Document expert.

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.