

CHARTRE DE LA SANTÉ

Soigner partout, prévenir plus tôt, protéger chacun, rendre la France souveraine

Un système proche, humain, exigeant et souverain, centré sur le patient et ceux qui le soignent.

« La Nation garantit à tous [...] la protection de la santé. »

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

• AOÛT 2026

Sommaire

Neuf axes, quarante-deux articles et douze décisions pour reconstruire la santé française.

I PRÉAMBULE ET PÉRIMÈTRE

Droit à la santé, accès, hôpital, solidarité et articulation avec les autres chartes.

I. GARANTIE NATIONALE

Patient, programmation, responsabilité publique et suppression des ARS.

II. ACCÈS TERRITORIAL

Horizon Santé, soins coordonnés, spécialistes, dentaire et urgences.

III. HÔPITAL

Proximité, services essentiels, lits, financement et gouvernance clinique.

IV. SOIGNANTS

Formation, territorialisation, carrières, temps de soin et protection.

V. PRÉVENTION

Enfance, école, dentaire, maladies chroniques, psychiatrie et addictions.

VI. AUTONOMIE ET FIN DE VIE

Handicap, aidants, EHPAD, soins palliatifs, débat et référendum.

VII. SOUVERAINETÉ

Médicaments, dispositifs, recherche avancée, données, IA et cybersécurité.

VIII. SOLIDARITÉ

Assurance maladie, pertinence, fraude et AME recentrée sur l'urgence.

IX. UNE SEULE FRANCE

Outre-mer, crises, résilience et coopération sanitaire francophone.

X. DOUZE DÉCISIONS

Les actes permettant d'engager immédiatement la reconstruction sanitaire.

CONCLUSION ET REPÈRES

Une République sanitaire proche et souveraine ; sources officielles.

Statut du document. Cette version fixe la doctrine et les engagements. Chiffrage, ressources budgétaires et calendrier financier seront traités dans un document distinct.

Préambule

La santé n'est ni une marchandise, ni une dépense que la Nation subirait à regret. Elle est une condition de la liberté, de la dignité, de l'égalité réelle et de la puissance du pays. Le Préambule de la Constitution de 1946 confie à la Nation la garantie de la protection de la santé. Cette promesse doit redevenir concrète : être soigné à temps, près de chez soi lorsque cela est possible, par des professionnels respectés et disposant des moyens nécessaires.

La France possède des soignants remarquables, une recherche reconnue, des hôpitaux de référence et une assurance maladie fondée sur la solidarité. Pourtant, l'accès se fragmente. En 2023, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes était tombée à 3,3 consultations par habitant et par an ; les 10 % des habitants les mieux dotés disposaient de quatre fois plus de possibilités que les 10 % les moins bien dotés. La pénurie touche aussi la médecine d'urgence, la psychiatrie, la pédiatrie, la gynécologie, l'ophtalmologie et les soins dentaires. La distance, le délai, le prix ou l'absence de praticien ne doivent plus décider silencieusement de la santé d'un Français.

L'hôpital public demeure le recours de tous, mais il a été épuisé par l'accumulation des normes, la fermeture continue de capacités, la pénurie de personnel et une tarification trop exclusivement fondée sur l'activité. En 2024, la France comptait environ 367 300 lits d'hospitalisation complète, encore en diminution, tandis que les passages aux urgences s'allongeaient. Un lit n'est pas un meuble : il suppose une équipe formée, disponible et suffisamment nombreuse. Rétablir des capacités exige donc de former, fidéliser, protéger et rendre du temps médical et soignant.

Notre système a aussi été éloigné du terrain par une gouvernance illisible. Les agences régionales de santé concentrent des pouvoirs considérables sans offrir aux citoyens, aux élus locaux ni aux soignants une responsabilité clairement identifiable. Leur suppression doit simplifier l'action, non désorganiser la sécurité sanitaire. Les missions utiles seront maintenues et réparties entre l'État, ses services départementaux, l'Assurance maladie, les départements, les communes et les autorités scientifiques compétentes. La décision reviendra au plus près des bassins de vie ; l'État conservera la stratégie, la sûreté et la solidarité nationale.

La santé commence avant la maladie. La grossesse, les mille premiers jours, l'école, la santé au travail, la qualité de l'air, l'alimentation, l'activité physique, la santé bucco-dentaire, la prévention des addictions et le dépistage précoce déterminent une part essentielle de la vie future. Prévenir ne signifie ni surveiller ni culpabiliser : cela signifie informer honnêtement, vacciner lorsqu'il est utile, dépister à temps, traiter les causes évitables et aller vers ceux qui renoncent aux soins.

La solidarité n'exclut ni la responsabilité, ni le contrôle. Chaque euro détourné par une fraude organisée manque aux malades et aux soignants. L'aide médicale de l'État sera remplacée par une aide médicale d'urgence et de santé publique, centrée sur les soins urgents et indispensables, la protection des mineurs, la maternité, les pathologies graves et les interventions nécessaires à la santé publique. Cette ligne conjugue humanité, maîtrise et protection de la collectivité.

La souveraineté sanitaire est enfin une nécessité. Les pénuries de médicaments, la dépendance aux principes actifs, aux dispositifs, aux logiciels ou à des infrastructures numériques étrangères exposent la Nation. La France doit produire, stocker, rechercher et maîtriser ses données. L'intelligence artificielle peut libérer du temps et améliorer le diagnostic ; elle ne remplacera ni la relation de soin, ni la responsabilité humaine.

La fin de vie appelle une exigence particulière de gravité. Notre priorité est que nul ne soit abandonné à la douleur, à la solitude ou à l'absence de soins palliatifs. Une fois cet accès réellement garanti, un grand débat national devra permettre à toutes les convictions de s'exprimer, puis le chef de l'État soumettra la décision au référendum. Un choix aussi intime et aussi collectif ne peut résulter d'une procédure précipitée.

Soigner partout. Prévenir plus tôt. Protéger chacun. Rendre la France souveraine.

La santé publique retrouvera un visage : celui du patient et de ceux qui le soignent.

Périmètre de la Charte

La présente Charte fixe la doctrine nationale de santé et ses engagements structurants. Elle couvre l'accès territorial, la médecine de ville, l'hôpital, les urgences, la formation, les métiers du soin, la prévention, la santé mentale, le handicap, l'autonomie, la fin de vie, la solidarité, la sécurité sanitaire, les outre-mer, la recherche, les médicaments, les données et l'innovation.

Elle complète la Charte de l'Extinction du paupérisme et du Progrès pour le niveau de vie, l'accès aux droits et la protection sociale ; la Charte de la Famille et de l'Enfance pour la grossesse, l'enfance et les familles ; la Charte de la Souveraineté économique pour l'industrie, la recherche et les technologies stratégiques ; la Charte de l'Écologie constructive pour la santé environnementale ; et la Charte France sur Mer pour les territoires ultramarins et la recherche océanique.

Les montants globaux, les économies, les ressources nouvelles, le chiffrage de la reconstruction hospitalière et son calendrier budgétaire feront l'objet d'un document distinct. La présente Charte fixe toutefois les choix politiques qui doivent guider ce financement, notamment l'aide pouvant atteindre 60 000 euros dans le cadre d'« Horizon Santé ».

La méthode reposera sur des objectifs nationaux, des contrats territoriaux, des indicateurs publics et une évaluation indépendante. Seront suivis les délais réels, les renoncements aux soins, la mortalité évitable, la qualité, les effectifs disponibles, les ruptures de médicaments et les écarts entre territoires. L'administration rendra compte de résultats compréhensibles, non du seul nombre de procédures accomplies.

I. Premier axe - Rétablir la garantie nationale de santé

ARTICLE 1 Faire de la santé un bien commun national

La Nation garantit à chacun l'accès à des soins sûrs, appropriés et continus, sans distinction de condition sociale, de lieu de résidence, de handicap, d'âge ou d'origine. Cette garantie associe prévention, diagnostic, traitement, réadaptation, accompagnement et soins palliatifs. Elle repose sur la solidarité nationale et sur une organisation capable de répondre aux besoins réels.

La santé ne sera pas gouvernée comme un marché ordinaire. Les objectifs de rentabilité ne pourront commander seuls l'ouverture, le maintien ou la fermeture d'un service essentiel. La dépense sera maîtrisée par la pertinence des soins, la prévention, la qualité, l'organisation et la lutte contre les abus, non par le report du coût ou du délai sur le malade.

ARTICLE 2 Remettre le patient, sa dignité et son consentement au centre

Le patient sera informé dans une langue et sous une forme qu'il peut comprendre. Son consentement libre et éclairé, le secret médical, la protection contre les discriminations et le droit d'accéder à son dossier seront pleinement garantis. Les mineurs, les personnes vulnérables, celles qui vivent avec un handicap ou qui ne peuvent exprimer seules leur volonté bénéficieront d'un accompagnement adapté.

La qualité d'une prise en charge sera appréciée selon le résultat médical, la sécurité, la continuité, le soulagement et l'expérience du patient. Les représentants des usagers participeront aux décisions qui concernent l'organisation des parcours, sans se substituer à la responsabilité clinique des professionnels.

ARTICLE 3 Programmer la santé sur dix ans et rendre compte chaque année

Une loi de programmation sanitaire fixera pour dix ans les besoins de formation, les capacités hospitalières, les équipements lourds, les objectifs de prévention, les priorités de recherche et les garanties territoriales. Elle sera révisée à échéances régulières selon la démographie, l'état de santé, les progrès médicaux et les crises rencontrées.

Un tableau de bord public présentera par département et bassin de santé les délais d'accès, la permanence des soins, les lits effectivement armés, les postes vacants, les fermetures temporaires, les évacuations, les ruptures de produits et les résultats de santé. Le Gouvernement en répondra chaque année devant le Parlement.

ARTICLE 4 Supprimer les ARS et rendre les responsabilités lisibles

Les agences régionales de santé seront supprimées. Leurs missions utiles ne disparaîtront pas : elles seront redistribuées sans créer une agence équivalente sous un autre nom. Le ministère définira la stratégie nationale, les normes de sécurité, la préparation aux crises et les grands investissements. Santé publique France assurera la surveillance ; la Haute Autorité de santé et l'Agence nationale de sécurité du médicament conserveront leurs responsabilités scientifiques et de sûreté.

Dans chaque département, une direction départementale de la santé et de l'autonomie, service déconcentré de l'État placé sous l'autorité du préfet, réunira les fonctions territoriales nécessaires. Elle ne disposera ni de personnalité morale, ni d'un conseil d'administration, ni d'une bureaucratie propre. Elle conclura des contrats de bassin avec les hôpitaux, les professionnels, les caisses d'assurance maladie, les départements, les communes et les représentants des patients.

Les décisions touchant à la sécurité, à l'autorisation ou à la qualité des soins seront préparées et signées selon les compétences médicales, pharmaceutiques ou techniques requises. L'autorité administrative ne pourra se substituer à l'expertise clinique ; les avis déterminants seront traçables et rendus publics lorsque le secret protégé par la loi ne s'y oppose pas.

L'Assurance maladie conservera le conventionnement, le paiement, l'accompagnement des parcours et la lutte contre la fraude. Les départements piloteront l'autonomie, le handicap et l'articulation médico-sociale ; les communes et intercommunalités pourront agir sur les locaux, le logement et les services de proximité. Une coordination interdépartementale, limitée aux CHU, aux équipements rares et aux crises, remplacera l'échelon régional permanent.

II. Deuxième axe - Garantir l'accès aux soins dans chaque territoire

ARTICLE 5 Lancer « Horizon Santé » par l'incitation et la confiance

« Horizon Santé » proposera aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et autres professionnels dont le territoire manque un contrat volontaire d'installation et d'engagement. L'aide pourra atteindre 60 000 euros, versés progressivement sur cinq ans, avec des exonérations fiscales temporaires et dégressives, une aide au logement, aux locaux, à l'équipement et à l'intégration familiale.

Le contrat reposera sur la durée d'exercice, la participation à la permanence et la coordination locale. Il offrira des conditions concrètes — secrétariat, exercice en équipe, accès à un plateau technique, emploi du conjoint, scolarité des enfants, reconnaissance professionnelle — plutôt qu'une affectation forcée. L'engagement territorial se gagnera par la conviction, la qualité de vie et la considération.

ARTICLE 6 Déployer des maisons de santé réellement soignantes

Les maisons et centres de santé pluriprofessionnels seront développés là où une équipe et un besoin existent. Ils réuniront selon les territoires médecine générale, soins infirmiers, maïeutique, pharmacie, kinésithérapie, santé mentale, soins dentaires, prévention et travail social. Le soutien public sera conditionné à des plages de consultation, une coordination effective et une participation aux soins non programmés.

Les fonctions administratives, l'accueil, les systèmes d'information et certains équipements pourront être mutualisés afin de rendre du temps aux soignants. Un bâtiment vide ou une enseigne ne sera pas compté comme une offre de soins.

ARTICLE 7 Garantir l'accès aux spécialistes et aux soins dentaires

Chaque bassin de santé établira les besoins de spécialités en fonction de sa population, de son âge, de ses maladies chroniques et de ses temps de déplacement. Des consultations avancées, des équipes mobiles, des vacations hospitalières, des cabinets secondaires et des postes partagés rapprocheront cardiologie, ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie, dermatologie, psychiatrie et autres disciplines en tension.

La chirurgie dentaire sera pleinement intégrée à la planification. La prévention, le dépistage, la prise en charge de la douleur, les soins conservateurs, la prothèse nécessaire et l'accès des enfants, des personnes âgées ou handicapées feront l'objet d'objectifs territoriaux spécifiques. Les délais et renoncements seront publiés.

ARTICLE 8 Utiliser la télémedecine comme complément, jamais comme abandon

La téléconsultation, la téléexpertise et le télésuivi faciliteront l'accès lorsque l'examen à distance est médicalement pertinent. Ils pourront relier un patient accompagné par un professionnel local à un spécialiste, soutenir les îles, les zones isolées, les EHPAD et le suivi de certaines maladies chroniques.

La télémedecine ne remplacera ni l'examen clinique nécessaire, ni l'installation de professionnels, ni le service d'urgence. Les plateformes seront conventionnées, interopérables, accessibles et soumises aux mêmes exigences de qualité, de protection des données et de continuité. Les actes purement commerciaux ou sans suivi feront l'objet d'un contrôle renforcé.

ARTICLE 9 Organiser les soins non programmés et l'urgence au juste niveau

La permanence des soins ambulatoires, les services d'accès aux soins, les maisons médicales de garde, le SAMU, les SMUR, les urgences et les transports sanitaires formeront une chaîne unique. Le patient sera orienté vers le niveau adapté sans être renvoyé d'un numéro, d'un guichet ou d'un établissement à l'autre.

Dans chaque territoire, une distance et un délai maximaux cliniquement justifiés seront définis pour les urgences vitales, la maternité, les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus et les traumatismes graves. Les moyens terrestres, aériens et maritimes seront dimensionnés en conséquence, notamment dans les outre-mer et les zones de montagne.

III. Troisième axe - Reconstruire l'hôpital et les capacités de soin

ARTICLE 10 Restaurer un hôpital public de proximité et de recours

L'hôpital public assurera les soins urgents, complexes, lourds ou non rentables dont la population a besoin. Les hôpitaux de proximité stabiliseront, diagnostiqueront, soigneront, réadapteront et coordonneront avec la ville ; les établissements de recours concentreront les expertises rares et les plateaux hautement spécialisés.

La coopération entre niveaux sera organisée par des équipes, des protocoles et des transports fiables, non par la fermeture automatique du premier au profit du second. Les hôpitaux militaires, les établissements privés et le secteur non lucratif participeront aux missions territoriales lorsqu'ils reçoivent des financements publics.

ARTICLE 11 Protéger les urgences, maternités et services essentiels

Aucune urgence, maternité ou service essentiel ne sera fermé sur le seul fondement de sa rentabilité ou d'un seuil national abstrait. Toute évolution devra démontrer la sécurité de la solution, la disponibilité des personnels, le temps réel de transport, la capacité de l'établissement d'accueil et les risques propres au territoire.

Lorsque la sécurité impose une réorganisation, une alternative opérationnelle précédera la fermeture : équipe mobile, antenne, transport médicalisé, consultations avancées, hébergement périnatal ou coopération formalisée. Les fermetures nocturnes ou temporaires seront publiées en temps réel et feront l'objet d'un plan de rétablissement.

ARTICLE 12 Rouvrir des lits en reconstituant d'abord les équipes

Les capacités seront établies d'après les besoins saisonniers, démographiques et épidémiologiques. La priorité ira aux urgences, à la médecine, à la chirurgie indispensable, aux maternités, aux soins critiques, à la pédiatrie, à la psychiatrie, aux soins de suite, à la gériatrie et aux soins palliatifs.

Un lit ne sera compté que s'il peut accueillir un patient avec une équipe complète. Les créations associeront donc recrutements, fidélisation, formation, organisation des gardes et locaux. Une réserve de capacité et de personnels mobilisables sera entretenue pour les épidémies, canicules, catastrophes et afflux exceptionnels.

ARTICLE 13 Sortir du « tout tarification à l'activité »

Le financement hospitalier combinera une dotation garantissant les missions et capacités nécessaires, une part liée à l'activité pertinente, des financements de qualité et des enveloppes dédiées à la prévention, à l'enseignement, à la recherche et aux contraintes territoriales. La tarification à l'activité demeurera un outil de connaissance et d'efficience, non le maître unique de l'organisation.

Les règles seront pluriannuelles pour permettre d'investir, de recruter et de coopérer. Elles ne favoriseront ni les actes inutiles, ni la sélection des patients, ni la multiplication des séjours. Les économies résultant d'une meilleure coordination resteront en partie au bénéfice des équipes et du territoire qui les ont produites.

ARTICLE 14 Rendre l'hôpital aux soignants et simplifier son administration

Les médecins, soignants, personnels techniques, administratifs et représentants des usagers participeront aux décisions de service et d'établissement. Les responsables disposeront de marges d'organisation en contrepartie d'objectifs de qualité, de sécurité et d'accès. Le nombre de validations, de rapports et d'indicateurs sera réduit ; toute nouvelle obligation devra en supprimer ou simplifier une ancienne.

Les fonctions support seront mutualisées lorsqu'elles libèrent du temps sans éloigner la décision clinique. Les achats et systèmes d'information soutiendront les équipes au lieu de les contraindre. La présence de cadres auprès des services et la stabilité des interlocuteurs seront valorisées.

IV. Quatrième axe - Former, respecter et protéger ceux qui soignent

ARTICLE 15 Former davantage de professionnels selon les besoins du pays

Les capacités de formation seront programmées par profession et territoire par territoire. La réforme de l'accès aux études de santé simplifiera les parcours PASS et LAS, rendra les critères lisibles, évitera les années perdues et préservera l'exigence académique. Les universités, CHU, hôpitaux périphériques et instituts disposeront des enseignants, terrains de stage et moyens correspondants.

La France ne fondera pas sa politique sur le recrutement permanent de soignants formés aux frais de pays qui en manquent eux-mêmes. Les diplômes étrangers seront reconnus selon des procédures rapides mais exigeantes, avec vérification des compétences, de la langue et accompagnement adapté.

ARTICLE 16 Territorialiser la formation et les débuts de carrière

Davantage de stages seront ouverts dans les hôpitaux de proximité, cabinets, centres de santé, EHPAD, services de prévention et territoires ultramarins. Le logement, les transports et l'encadrement des étudiants seront pris en charge. Les jeunes professionnels pourront exercer entre ville et hôpital ou entre plusieurs sites sans complexité contractuelle excessive.

Les contrats « Horizon Santé », les postes partagés et les parcours de carrière valoriseront l'engagement durable dans un territoire déficitaire. Le volontariat sera privilégié ; l'État corrigera les obstacles matériels qui rendent aujourd'hui cet engagement difficile.

ARTICLE 17 Rendre les métiers du soin de nouveau désirables

La fidélisation exige des rémunérations cohérentes avec les responsabilités, des plannings prévisibles, des équipes suffisantes, un accès effectif à la formation et une progression de carrière. Les nuits, dimanches, gardes, astreintes, compétences rares et responsabilités d'encadrement seront reconnus. Les personnels logistiques, techniques, médico-techniques et administratifs indispensables seront inclus dans cette politique.

La qualité de vie au travail sera suivie comme une condition de la qualité des soins. Les établissements agiront sur l'épuisement, les arrêts, le logement dans les zones tendues, la garde d'enfants et le retour après une interruption de carrière.

ARTICLE 18 Libérer du temps de soin et sécuriser les pratiques

Les compétences pourront être partagées ou élargies lorsqu'elles reposent sur une formation certifiée, une rémunération correspondante, des protocoles sûrs et une responsabilité claire. Assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée, pharmaciens, sages-femmes, manipulateurs et autres professions contribueront pleinement sans devenir un substitut à bas coût aux postes manquants.

Les tâches redondantes seront supprimées et les logiciels évalués sur le temps réellement rendu. Toute violence contre un professionnel fera l'objet d'un signalement simple, d'une protection immédiate, d'un accompagnement juridique et d'une réponse pénale effective. La santé physique et mentale des soignants sera protégée par des services indépendants et accessibles.

V. Cinquième axe - Prévenir plus tôt et reconstruire la santé mentale

ARTICLE 19 Faire de la prévention une politique de proximité

Chaque Français bénéficiera d'étapes de prévention adaptées à son âge et à ses risques : vaccination, dépistage, santé sexuelle, nutrition, activité physique, sommeil, vue, audition et repérage des fragilités. Les campagnes indiqueront clairement bénéfices, limites et risques ; elles viseront l'adhésion éclairée et non la culpabilisation.

Les médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, services scolaires, médecine du travail et associations pourront aller vers les publics éloignés. Les dépistages seront reliés à une possibilité réelle de confirmation et de traitement, afin de ne pas créer une prévention sans suite.

ARTICLE 20 Protéger la mère, l'enfant et les mille premiers jours

La protection maternelle et infantile, les maternités, sages-femmes, pédiatres et médecins traitants organiseront un parcours continu de la grossesse aux premières années. Le suivi prénatal et postnatal, le repérage de la dépression, le soutien à l'allaitement choisi, la vaccination, le développement, le sommeil, le langage, la vue et l'audition seront accessibles dans tous les territoires.

Les enfants prématurés, malades, handicapés ou exposés à une vulnérabilité sociale bénéficieront d'un suivi renforcé et coordonné. Les familles seront accompagnées sans intrusion inutile, dans le respect de leur responsabilité éducative.

ARTICLE 21 Refonder la santé scolaire et bucco-dentaire

La santé scolaire disposera d'équipes suffisamment nombreuses pour réaliser les bilans essentiels, repérer les troubles sensoriels, neurodéveloppementaux, psychiques ou sociaux, orienter et suivre. Elle coopérera avec les familles et les professionnels de ville. L'école ne deviendra pas un cabinet médical généraliste, mais aucun signal grave ne restera sans réponse faute d'interlocuteur.

La prévention bucco-dentaire commencera tôt et sera répétée aux âges décisifs. Des rendez-vous effectifs, des unités mobiles et des partenariats locaux atteindront les enfants, personnes âgées, handicapées ou isolées. La douleur et l'infection dentaires seront reconnues comme de vrais besoins de santé.

ARTICLE 22 Agir sur les maladies chroniques et les causes évitables

Les cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, affections respiratoires, obésité et maladies neurodégénératives feront l'objet de parcours de prévention, de dépistage et de suivi coordonnés. Le patient sera aidé à comprendre et conduire son traitement, avec un accès à l'activité physique adaptée, à la nutrition, à la réadaptation et aux soins de support.

La santé au travail et la santé environnementale traiteront les expositions réelles : substances toxiques, bruit, gestes répétitifs, chaleur, air intérieur et extérieur, eau et sols. La surveillance humaine, animale et environnementale sera rapprochée selon l'approche « Une seule santé ».

ARTICLE 23 Reconstruire la psychiatrie et la pédopsychiatrie

La psychiatrie retrouvera des équipes stables, des lits lorsque l'hospitalisation est nécessaire, des centres médico-psychologiques accessibles, des équipes mobiles et des solutions de crise jour et nuit. La pédopsychiatrie constituera une priorité nationale : délais raccourcis, présence dans chaque bassin, coopération avec la pédiatrie, l'école, l'aide sociale à l'enfance et la justice.

Le soin privilégiera la relation, la continuité et le projet de vie. L'isolement et la contention demeureront des mesures de dernier recours, tracées et contrôlées. Les troubles psychiques ne seront ni banalisés, ni réduits à une réponse médicamenteuse, ni assimilés à une dangerosité.

ARTICLE 24 Prévenir le suicide et traiter les addictions

La prévention du suicide associera repérage, ligne de crise, équipes mobiles, suivi après tentative et soutien des proches endeuillés. Les professions et territoires les plus exposés bénéficieront d'actions spécifiques. Les données seront publiées rapidement pour orienter les moyens.

Les addictions à l'alcool, au tabac, aux drogues, aux médicaments ou aux pratiques numériques seront traitées par la prévention, le soin, la réduction des risques et la lutte contre les trafics. Les mineurs seront particulièrement protégés de l'accès, de la publicité et des produits conçus pour créer une dépendance.

VI. Sixième axe - Accompagner le handicap, l'autonomie et la fin de vie

ARTICLE 25 Rendre les soins réellement accessibles aux personnes handicapées

Les cabinets, équipements, transports, informations et prises de rendez-vous seront rendus accessibles aux handicaps moteurs, sensoriels, intellectuels, psychiques et cognitifs. Des consultations plus longues, la présence d'un accompagnant, des outils de communication ou une sédation adaptée seront possibles lorsque la situation le requiert.

Un référent coordonnera les parcours complexes entre hôpital, ville et médico-social. Les personnes handicapées bénéficieront des mêmes actions de prévention et de dépistage que les autres, avec les adaptations nécessaires. Le refus de soins et les ruptures évitables seront mesurés et sanctionnés.

ARTICLE 26 Permettre de vivre chez soi et soutenir les aidants

Le domicile sera privilégié lorsqu'il correspond au choix de la personne et qu'il peut être sûr. Services d'aide et de soins, infirmiers, médecins, ergothérapeutes, répit, accueil temporaire, logement adapté et télésuivi utile seront coordonnés autour d'un plan simple. L'hôpital anticipera la sortie au lieu de renvoyer la charge sur la famille sans préparation.

Les aidants auront accès à l'information, la formation, au répit, à une protection sociale et à un interlocuteur. Leur engagement sera reconnu sans les transformer en soignants permanents ni faire reposer sur eux les carences du service public.

ARTICLE 27 Garantir la dignité en EHPAD et dans le médico-social

Les établissements devront disposer d'équipes suffisantes, stables et formées, d'un médecin coordonnateur effectif, d'une présence infirmière adaptée et d'un accès rapide au médecin, au dentiste, à la psychiatrie, à la rééducation et aux soins palliatifs. La nutrition, l'hydratation, la douleur, le sommeil, l'intimité et le lien social feront partie des indicateurs de qualité.

Les contrôles seront inopinés, compétents et suivis d'effets. Les groupes gestionnaires publieront l'usage des fonds publics, les effectifs réellement présents et les événements graves. La recherche de profit ne pourra réduire les soins, l'alimentation ou la dignité des résidents.

ARTICLE 28 Garantir les soins palliatifs partout et à toute heure

Chaque département disposera d'une unité ou de capacités identifiées de soins palliatifs, d'équipes mobiles hospitalières et territoriales, ainsi que d'un appui accessible pour le domicile et les EHPAD. La douleur, l'angoisse, les symptômes réfractaires, la détresse sociale et le soutien des proches seront pris en charge précocement, sans attendre les derniers jours.

Tous les professionnels concernés seront formés à l'accompagnement et aux droits de la personne malade. Les directives anticipées et la personne de confiance seront mieux connues. Aucun Français ne devra demander la mort faute de soulagement, de présence ou de solution de répit.

ARTICLE 29 Confier au peuple la décision sur la fin de vie

Un grand débat national sera organisé après la publication d'un état des lieux indépendant sur l'accès réel aux soins palliatifs. Patients, proches, soignants, juristes, philosophes, cultes et courants de pensée pourront s'exprimer sur les principes, les risques, les garanties et les situations limites. Le dossier remis aux citoyens présentera loyalement les arguments contradictoires.

À l'issue du débat, le chef de l'État soumettra au référendum toute évolution majeure ouvrant une aide active à mourir. Notre préférence va à une République qui accompagne, soulage et ne laisse personne seul. Quelle que soit la décision populaire, la liberté de conscience des soignants, la protection des personnes vulnérables et le contrôle indépendant devront être garantis.

VII. Septième axe - Reconquérir notre souveraineté sanitaire

ARTICLE 30 Produire en France les médicaments essentiels

Une liste révisable de médicaments et principes actifs stratégiques guidera la relocalisation, la commande publique et les contrats de capacité. Antibiotiques, anesthésiques, antalgiques, vaccins, traitements de réanimation, pédiatriques et maladies chroniques seront prioritaires. Les aides seront liées à une production effective, à des stocks, à la qualité et à la continuité de livraison.

La France agira avec ses partenaires lorsqu'une chaîne commune est plus robuste, mais conservera sur son territoire ou sous contrôle national les capacités indispensables en cas de crise. Les pénuries, leurs causes, les stocks disponibles et les mesures correctives seront publiés sous une forme utile aux professionnels.

ARTICLE 31 Sécuriser dispositifs, diagnostics, sang et stocks critiques

Masques, gants, respirateurs, dispositifs implantables, réactifs, imagerie, oxygène médical et équipements de laboratoire feront l'objet d'une cartographie des dépendances. Des capacités françaises ou diversifiées, des marchés pluriannuels, des stocks tournants et des clauses de mobilisation rapide limiteront les ruptures.

La chaîne du sang, des greffes et des produits biologiques restera protégée par des principes de sécurité, de don et de non-marchandisation. Les établissements testeront régulièrement leurs approvisionnements de crise, y compris lorsque les transports, l'électricité ou les réseaux numériques sont perturbés.

ARTICLE 32 Créer une agence de projets avancés pour la santé

Une structure légère de type « DARPA à la française », commune à la santé et aux technologies stratégiques, financera des projets à haut risque et à fort impact avec des responsables dotés d'un mandat court et de moyens rapides. Elle ciblera notamment biothérapies, antibiotiques, vaccins, diagnostics, dispositifs, robotique, santé mentale, maladies rares, cancers pédiatriques et préparation aux épidémies.

Les projets associeront laboratoires publics, hôpitaux, universités, start-up, PME et industriels. Les contrats protégeront les intérêts français : propriété intellectuelle, production, accès des patients, partage de la valeur et maintien des compétences. L'échec scientifique honnête sera accepté ; la captation des aides sans résultat sera sanctionnée.

ARTICLE 33 Maîtriser les données de santé et l'intelligence artificielle

Les données de santé seront hébergées et traitées dans un cadre souverain, sécurisé et conforme aux droits fondamentaux. Leur utilisation pour la recherche reposera sur une finalité claire, la minimisation, la traçabilité et un contrôle indépendant. Le citoyen saura qui utilise ses données et pourra exercer simplement ses droits.

L'intelligence artificielle pourra aider au diagnostic, à l'imagerie, à la recherche, à la prévention et aux tâches administratives. Tout système influençant une décision de soin devra être évalué, explicable à proportion du risque, surveillé après déploiement et placé sous responsabilité humaine. Aucun algorithme ne décidera seul d'un refus ou d'une priorité de soins.

ARTICLE 34 Protéger le système de santé contre les cyberattaques

Les hôpitaux, laboratoires, cabinets, pharmacies et opérateurs critiques respecteront des exigences proportionnées de segmentation, sauvegarde hors ligne, authentification, mise à jour et continuité. Les achats numériques intégreront la sécurité dès la conception et la possibilité de changer de fournisseur.

Chaque établissement conservera des procédures manuelles testées pour les urgences, prescriptions, résultats et identités lorsque l'informatique tombe. Une force nationale d'appui interviendra rapidement en cas d'attaque, partagera les alertes et aidera les petites structures sans leur imposer une charge irréaliste.

VIII. Huitième axe - Protéger la solidarité et en garantir la justesse

ARTICLE 35 Préserver l'Assurance maladie et le reste à charge soutenable

La Sécurité sociale demeurera le socle de la protection contre la maladie. Les soins essentiels, les maladies graves et chroniques, la maternité, l'enfance, le handicap et la prévention prioritaire seront couverts selon des règles lisibles. Nul ne devra différer un traitement nécessaire pour une raison financière.

Les franchises, participations et complémentaires seront évaluées selon leurs effets réels sur le renoncement et la santé. La simplification des droits et le tiers payant ciblé accompagneront les personnes qui en ont besoin, tout en conservant une information claire sur le coût collectif des soins.

ARTICLE 36 Dépenser mieux par la pertinence, la qualité et la prévention

Les prescriptions et actes inutiles exposent les patients et gaspillent des ressources ; le sous-soin tardif coûte également davantage. Les recommandations seront élaborées avec les professionnels et les patients, intégrées simplement aux outils et évaluées sur les résultats. Les médicaments génériques ou biosimilaires seront utilisés lorsqu'ils offrent la même sécurité et efficacité.

La coordination entre ville, hôpital, pharmacie et médico-social évitera examens redondants, hospitalisations évitables et sorties mal préparées. Les achats, transports, intérim et fonctions administratives feront l'objet de comparaisons transparentes, sans standardiser aveuglément les soins.

ARTICLE 37 Combattre toutes les fraudes sans soupçonner tous les assurés

La lutte contre la fraude ciblera les réseaux organisés, facturations fictives, usurpations, trafics de médicaments, prescriptions de complaisance et détournements commis par des prestataires, professionnels ou bénéficiaires. Les caisses partageront les données utiles dans le respect des droits, renforceront les contrôles spécialisés et recouvreront rapidement les sommes.

Les sanctions seront proportionnées au préjudice et à l'intention. Le droit à l'erreur de bonne foi et le contradictoire seront préservés. Les résultats distingueront clairement les erreurs, indus, fraudes suspectées, fraudes établies et sommes effectivement recouvrées.

ARTICLE 38 Remplacer l'AME par une aide médicale d'urgence et de santé publique

L'aide médicale de l'État sera recentrée et renommée. Elle couvrira les soins urgents et indispensables dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou entraînerait une altération grave et durable, ainsi que les soins des mineurs, la maternité, les pathologies graves et contagieuses, la vaccination et les interventions nécessaires à la santé publique.

L'identité, la résidence et les ressources seront vérifiées selon des procédures rapides et respectueuses. Les soins programmés non urgents feront l'objet d'un contrôle renforcé et ne relèveront pas d'un accès général aux prestations ordinaires. L'hôpital ne sera jamais transformé en police au moment d'une urgence. Un rapport annuel publiera bénéficiaires, actes, coûts, contrôles, fraudes et résultats sanitaires.

IX. Neuvième axe - Assurer la santé d'une seule France et préparer les crises

ARTICLE 39 Garantir les mêmes droits de santé dans les outre-mer

La garantie nationale s'appliquera à chaque territoire ultramarin en tenant compte de l'insularité, de l'éloignement, du climat, des risques infectieux et des compétences institutionnelles. Les indicateurs nationaux intégreront systématiquement les outre-mer et distingueront les écarts de mortalité, d'accès, de délais, d'eau potable et de personnel.

Les investissements essentiels ne dépendront pas d'appels à projets successifs. L'État conclura des plans territoriaux pluriannuels avec des responsabilités, des calendriers et une continuité financière. La prévention sera adaptée aux langues, cultures et réalités locales sans créer une santé à plusieurs vitesses.

ARTICLE 40 Former et maintenir des équipes complètes outre-mer

Les filières locales de formation seront renforcées, depuis les métiers paramédicaux jusqu'aux spécialités médicales, avec des stages, internats, logements et carrières attractives. Des équipes nationales de renfort, consultations avancées et postes partagés assureront la continuité sans organiser une rotation permanente de professionnels épuisés.

Les évacuations sanitaires resteront disponibles lorsque le soin ne peut être fourni sur place ; elles seront plus rapides, mieux accompagnées et préparées au retour. La télémedecine, les stocks de bassin, les transports aériens ou maritimes et la coopération régionale compléteront des capacités locales qui ne doivent pas disparaître.

ARTICLE 41 Préparer le pays aux épidémies et catastrophes

Le dispositif ORSAN, la réserve sanitaire, les plans blancs, la sécurité civile, les armées, les collectivités et les professionnels de ville seront entraînés ensemble. Des exercices testeront régulièrement l'alerte, la chaîne de commandement, les stocks, les laboratoires, les transports, l'accueil massif, la continuité des soins et l'information du public.

En crise, les décisions seront fondées sur les connaissances disponibles, leurs incertitudes et une proportionnalité réexaminée dans le temps. Les données, avis et motifs seront publiés aussi vite que la sécurité le permet. Le Parlement contrôlera les restrictions exceptionnelles ; les retours d'expérience seront rendus publics et suivis d'actions.

ARTICLE 42 Faire de la santé un instrument de coopération francophone

La France développera avec les pays francophones des formations médicales et paramédicales, réseaux de recherche, partenariats hospitaliers, outils de télésanté, surveillance épidémiologique et capacités de production. La langue française facilitera le partage de protocoles, de connaissances et de technologies de santé accessibles.

Cette coopération reposera sur la réciprocité et le développement des systèmes partenaires. Elle ne devra pas priver durablement ces pays de leurs soignants ni servir de substitut à la formation en France. Dans les crises sanitaires mondiales, la francophonie pourra devenir un réseau de confiance, de science et de solidarité.

X. Douze décisions pour engager immédiatement la reconstruction sanitaire

DÉCISION 1 Adopter une loi de programmation sanitaire sur dix ans

La loi fixera les besoins de formation, les capacités hospitalières, les garanties territoriales, les priorités de prévention, de santé mentale, de recherche et de souveraineté. Un tableau de bord départemental et un rapport annuel au Parlement permettront de mesurer les progrès et de corriger les échecs.

DÉCISION 2 Supprimer les ARS et installer les directions départementales

Une loi répartira les missions entre l'État, les directions départementales de la santé et de l'autonomie, l'Assurance maladie, les départements, les communes et les autorités scientifiques. Les effectifs administratifs seront rationalisés ; aucun échelon régional permanent équivalent ne sera recréé.

DÉCISION 3 Déployer « Horizon Santé »

Le contrat volontaire proposera jusqu'à 60 000 euros sur cinq ans, des exonérations temporaires et dégressives, une aide aux locaux, au logement, à l'équipement et à la vie familiale. Il concernera les médecins, chirurgiens-dentistes et autres professions en tension qui s'engagent durablement dans un territoire déficitaire.

DÉCISION 4 Restaurer les urgences, maternités et capacités hospitalières

Un audit des besoins réels identifiera les équipes, lits, soins critiques, maternités et transports à consolider ou rouvrir. Aucune fermeture essentielle ne précédera une alternative sûre et opérationnelle. Le financement sortira du « tout activité » et garantira les missions nécessaires.

DÉCISION 5 Former davantage et rendre du temps aux soignants

Les capacités universitaires et paramédicales seront augmentées avec leurs enseignants et terrains de stage. PASS et LAS seront simplifiés. Les carrières, gardes, compétences et conditions de travail seront revalorisées, les tâches redondantes supprimées et les violences systématiquement poursuivies.

DÉCISION 6 Lancer le programme national de prévention de l'enfance à l'âge avancé

Le programme réunira PMI, santé scolaire, ville, pharmacie, travail et hôpital autour de bilans effectifs, de la santé bucco-dentaire, des vaccinations utiles, des dépistages et des maladies chroniques. Toute action de repérage devra offrir une suite de soins accessible.

DÉCISION 7 Faire de la santé mentale une urgence nationale

Des centres médico-psychologiques accessibles, équipes mobiles, lignes de crise, lits et parcours de pédopsychiatrie seront déployés selon des objectifs territoriaux. Le suivi après tentative de suicide et la protection des enfants feront l'objet d'indicateurs publics.

DÉCISION 8 Garantir l'autonomie, le répit et les soins palliatifs

La France rendra accessibles les soins aux personnes handicapées, soutiendra le domicile choisi, les aidants et la dignité en établissement. Chaque département disposera de capacités palliatives, d'équipes mobiles et d'un appui au domicile et aux EHPAD.

DÉCISION 9 Organiser le grand débat et le référendum sur la fin de vie

Après vérification indépendante de l'accès effectif aux soins palliatifs, un débat pluraliste sera ouvert. Le chef de l'État soumettra au référendum toute évolution majeure vers une aide active à mourir, sur la base d'un dossier loyal et de garanties explicites.

DÉCISION 10 Reconquérir la souveraineté sanitaire

Les médicaments, principes actifs, dispositifs, diagnostics et stocks essentiels feront l'objet de contrats de capacité et de relocalisation. Une agence de projets avancés soutiendra les ruptures scientifiques ; les données, l'intelligence artificielle et les infrastructures numériques seront placées sous maîtrise souveraine et responsabilité humaine.

DÉCISION 11 Sécuriser la solidarité et recentrer l'AME

La pertinence des soins, la prévention et la lutte spécialisée contre les fraudes protégeront l'Assurance maladie. L'AME deviendra une aide médicale d'urgence et de santé publique couvrant les urgences indispensables, les mineurs, la maternité, les pathologies graves et les exigences collectives de santé.

DÉCISION 12 Établir les plans Santé outre-mer et Résilience sanitaire

Chaque territoire ultramarin disposera d'un contrat pluriannuel de formation, de capacités, de stocks, de transports et d'accès aux spécialistes. Des exercices nationaux et territoriaux testeront chaque année la réponse aux épidémies, cyberattaques, catastrophes et ruptures d'approvisionnement.

Conclusion

La France ne manque ni de savoir, ni de dévouement, ni de solidarité. Elle manque d'une volonté stable, d'une responsabilité identifiable et d'une organisation qui fasse confiance à ceux qui soignent. La présente Charte propose de les rétablir.

Elle assume des choix clairs : abolir les ARS sans perdre les missions utiles ; rapprocher la décision du département et du bassin de vie ; attirer les soignants par l'incitation ; réarmer l'hôpital ; prévenir avant de réparer ; regarder en face la santé mentale, le handicap, la dépendance et la fin de vie ; protéger l'Assurance maladie ; produire ce dont le pays a besoin ; n'abandonner ni les outre-mer, ni les territoires ruraux.

Une politique de santé ne se juge ni au nombre de circulaires, ni à l'ampleur de ses annonces. Elle se juge au patient soulagé, à l'enfant dépesté à temps, au rendez-vous obtenu, à l'urgence prise en charge, au soignant qui reste, à l'aidant qui peut souffler et au médicament disponible lorsque la vie en dépend.

La République sanitaire sera proche, humaine, exigeante et souveraine. Elle ne promettra pas tout : elle garantira l'essentiel à tous.

Repères documentaires

1. Conseil constitutionnel, Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11 relatif à la protection de la santé. [Consulter](#)
2. Légifrance, Code de la santé publique, droits de la personne malade, dignité, non-discrimination et consentement. [Consulter](#)
3. Légifrance, Code de la santé publique, missions du système de santé et responsabilité de l'État. [Consulter](#)
4. DREES, accessibilité aux soins de premier recours en 2023. [Consulter](#)
5. Assurance Maladie, Observatoire de l'accès aux soins, juin 2026. [Consulter](#)
6. DREES, démographie des professionnels de santé, juillet 2025. [Consulter](#)
7. Vie publique, loi du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation de la formation. [Consulter](#)
8. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, simplification de l'accès aux études de santé, 2026. [Consulter](#)
9. DREES, évolution des téléconsultations entre 2019 et 2024. [Consulter](#)
10. DREES, capacités d'accueil des établissements de santé en 2024. [Consulter](#)
11. DREES, effectifs salariés du secteur hospitalier, données 2026. [Consulter](#)
12. DREES, urgences hospitalières : durées de passage et parcours, 2026. [Consulter](#)
13. Cour des comptes, accueil et traitement des urgences à l'hôpital. [Consulter](#)
14. Cour des comptes, tarification à l'activité des établissements de santé. [Consulter](#)
15. Cour des comptes, politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements, 2026. [Consulter](#)
16. DREES, comptes financiers des hôpitaux publics en 2023. [Consulter](#)
17. Ministère de la Santé, Observatoire national des violences en santé, rapports annuels. [Consulter](#)
18. Ministère de l'Éducation nationale, suivi de la santé des élèves. [Consulter](#)
19. Ministère de la Santé, réforme de la prévention bucco-dentaire entrée en vigueur en 2025. [Consulter](#)
20. Ministère de la Santé, orientations nationales pour la santé de l'enfant et la pédiatrie, 2026. [Consulter](#)
21. Santé publique France, programme des mille premiers jours. [Consulter](#)
22. Cour des comptes, la pédopsychiatrie, rapport public thématique. [Consulter](#)
23. Santé publique France, données nationales sur les suicides et tentatives de suicide. [Consulter](#)
24. Haute Autorité de santé, programme santé mentale et psychiatrie 2025-2030. [Consulter](#)
25. DREES, Le handicap en chiffres, édition 2024. [Consulter](#)
26. DREES, nombre et caractéristiques des proches aidants, 2026. [Consulter](#)
27. Légifrance, loi de 2026 relative aux soins palliatifs et à l'accompagnement. [Consulter](#)
28. Vie publique, état du parcours parlementaire de la proposition de loi relative à l'aide à mourir. [Consulter](#)
29. Ministère de la Santé, missions et organisation des agences régionales de santé. [Consulter](#)
30. Service public, aide médicale de l'État : conditions et soins couverts. [Consulter](#)
31. ANSM, rapport d'activité 2025 et données sur les ruptures et risques de rupture de médicaments. [Consulter](#)
32. Gouvernement, France 2030 et relocalisation des médicaments essentiels. [Consulter](#)
33. France 2030, stratégie d'accélération pour la bioproduction et les biomédicaments. [Consulter](#)
34. Haute Autorité de santé, premières clefs d'usage de l'intelligence artificielle générative en santé, 2026. [Consulter](#)
35. CNIL, avis et recommandations sur la Plateforme des données de santé et la souveraineté numérique. [Consulter](#)
36. Assurance Maladie, lutte contre les fraudes : résultats 2025. [Consulter](#)
37. DREES, Les dépenses de santé en 2024, édition 2025. [Consulter](#)
38. Cour des comptes, améliorer l'accès aux soins en outre-mer, 2026. [Consulter](#)
39. Ministère de la Santé, dispositif ORSAN de préparation et de réponse du système de santé. [Consulter](#)
40. Santé publique France, santé périnatale et petite enfance en France entre 2012 et 2024. [Consulter](#)
41. DREES, état de santé de la population en France et inégalités territoriales. [Consulter](#)

Références vérifiées au 10 août 2026. La présente Charte fixe une orientation politique ; le chiffrage, les ressources budgétaires, les études d'impact législatives et le calendrier d'exécution seront publiés séparément.