



VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ FONDÉ SUR LA LIBERTÉ ET LA RESPONSABILITÉ



FORCEREPUBLICAINE

1, rue Bixio - 75007 PARIS
www.force-republicaine.fr



VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ FONDÉ SUR LA LIBERTÉ ET LA RESPONSABILITÉ

Les questions de santé sont au cœur des préoccupations des Français. Le vieillissement de la population et l'évolution des pathologies, des pratiques médicales et des technologies constituent des facteurs de rupture qui nécessitent une adaptation en profondeur de notre système de santé et de son financement hérité de 1945.

En effet, cette situation n'est pas viable. Compte tenu de l'allongement de la durée de vie et du coût de la technicité croissante, **à terme le financement de notre système de santé ne sera plus assuré**. À défaut de réformer en profondeur notre système de santé, la charge financière pesant sur l'Etat deviendra rapidement insupportable et conduira celui-ci à augmenter significativement le coût pour les citoyens pour assurer la qualité des soins, au risque d'accroître les inégalités.

Au-delà des aspects financiers, la santé est un secteur clé avec des enjeux sociétaux et économiques majeurs qui concernent tous nos concitoyens, les professionnels de santé, les industriels (dispositifs médicaux, médicaments, services), ainsi que les élus. **C'est un facteur important de cohésion sociale et de solidarité** dont seul l'Etat peut être garant en assurant un juste équilibre entre qualité, liberté et solidarité.

Notre système de soin repose sur deux piliers auxquels les Français sont également attachés : la médecine libérale (médecine de ville, hospitalisation privée) et la médecine publique (hôpital, centres de santé municipaux). Ils coexistent dans des organisations cloisonnées sans jouer suffisamment la complémentarité pour un soin adapté au meilleur coût. Aujourd'hui, chacun peut faire le constat que notre système de santé répond de moins en moins aux besoins de nos concitoyens et aux attentes des professionnels.

Ce n'est pas en s'attaquant aux professionnels de santé comme l'a fait le gouvernement actuel avec la loi Touraine que nous résoudrons les problèmes. **Il faut au contraire restaurer la confiance entre les différents acteurs**, qui sont tous attachés à la qualité et la pérennité de notre système de santé. **Il faut préserver la liberté de choix des patients et la liberté d'exercice du personnel médical** et non s'engager dans une étatisation rampante de la médecine qui ne répond ni aux souhaits des Français ni à ceux des professionnels de santé. **Il faut responsabiliser l'ensemble des parties prenantes, patients comme professionnels de santé** : c'est pourquoi nous sommes opposés à la généralisation du tiers payant qui ouvre la porte à la déresponsabilisation. C'est en adaptant les deux piliers complémentaires de notre système de santé – médecine libérale et médecine publique – aux impératifs actuels et futurs, en concertation étroite avec eux que nous assurerons sa qualité et sa pérennité.

Les réformes de fond que nous proposons sont urgentes et nécessaires pour garantir aux Français un système de santé efficace, solidaire, de qualité et de proximité à un coût soutenable dans la durée. Elles sont aussi indispensables pour retrouver un équilibre financier qui seul permettra de garantir aux professionnels de santé une rémunération à la hauteur de leur engagement, leurs compétences et leurs responsabilités. Elles reposent sur quatre principes qui doivent guider son évolution dans un esprit de liberté et de responsabilité s'appliquant à chacun, patient comme professionnel de santé :

- Assurer le juste soin au meilleur coût.
- Préserver la liberté de choix pour les patients.
- Permettre aux professionnels de santé de remplir leur mission de façon efficace dans le cadre d'exercice qu'ils auront choisi.
- Prendre en compte les évolutions démographiques, épidémiologiques et les progrès constants de la pratique médicale pour une qualité optimale et un coût maîtrisé.



Un système de santé dont la qualité s'affaiblit et dont le financement est en péril

L'état de santé en France s'est considérablement amélioré pour le plus grand nombre au cours des 50 dernières années : espérance de vie parmi les plus longues d'Europe avec un écart entre hommes et femmes qui tend à se réduire, mortalité infantile et cardiovasculaire parmi les plus basses.

Mais, si des progrès indéniables ont été accomplis, notre système de santé souffre de sérieuses faiblesses : **l'insuffisance de la prévention**, notamment des conduites à risque (alcool, tabac...), entraîne un nombre de décès prématurés évitables plus élevé que chez nos voisins, surtout chez les hommes ; **les inégalités socio-économiques et territoriales sont importantes⁽¹⁾ et l'espérance de vie sans incapacité est plus faible que dans d'autres pays européens⁽²⁾** qui ont pourtant une espérance de vie globale inférieure à la nôtre. L'allongement de la durée de vie, obtenu en particulier grâce aux progrès de la médecine, fait que l'on compte aujourd'hui de plus en plus de personnes âgées qui souffrent de maladies chroniques et multiples. **Ainsi 5% de la population française génèrent 50 % de la dépense de santé**, et 25 % en génèrent près de 80%.

Les Français qui ont longtemps considéré que leur système de santé était l'un des meilleurs au monde sont de plus en plus nombreux à estimer que son efficacité s'est dégradée au cours des dernières années et 83 % craignent que l'accès aux soins ne se détériore encore davantage dans les dix ans à venir.

Un profond malaise se diffuse dans toutes les catégories de professionnels de santé. Les médecins libéraux ont connu des changements majeurs dans leurs missions, leur démographie, leur temps de travail et leurs pratiques. Ils souffrent d'un déficit de reconnaissance alors même qu'ils n'ont jamais pratiqué une médecine aussi technique et complexe. Très attachés à la dimension libérale de leur activité, ils craignent une fonctionnarisation rampante qui rigidifierait encore davantage leurs pratiques pourtant déjà très encadrées au plan règlementaire, économique, administratif et technique. Les autres professionnels de santé, notamment les médecins hospitaliers, mais aussi les

infirmiers, les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les pharmaciens, qui sont des acteurs indispensables de notre système de soins, sont également touchés par ce malaise général. Les hôpitaux privés ne sont pas traités de façon équitable avec les hôpitaux publics alors qu'ils couvrent un tiers des courts séjours. **Il faut rechercher systématiquement la bonne articulation entre médecine libérale et médecine publique en associant étroitement les professionnels et les citoyens à la modernisation de notre système de santé.** En effet ces deux piliers sont très complémentaires et les Français sont très attachés à cette dualité qui leur donne une liberté de choix.

De plus, notre système de santé est coûteux, complexe et piloté de façon peu efficace : 247,7 Mds € par an, soit 11,7 % du PIB en 2013 pour 10,2 % du PIB en 1995⁽³⁾. A ce coût très élevé et croissant - la France était au 3^e rang des dépenses de santé des pays de l'OCDE en 2012 - il faut ajouter une dette de plus de 110 Mds €. Depuis 20 ans, l'assurance maladie n'a pas connu un seul exercice en équilibre.

L'organisation de notre système est très complexe et se traduit par une offre de soins déséquilibrée et inflationniste : « hospitalocentrisme » de notre offre de soins, maillage territorial mal réparti et cloisonnement médecine de ville / hôpital public entraînent des déficits hospitaliers, des dépassements d'honoraires importants et des restes à charge élevés pour certains soins (notamment optiques et dentaires).

Enfin, le pilotage de l'ensemble du système (Etat, assurance-maladie, collectivités locales) est peu efficace.

Ce constat appelle donc des réformes structurelles pour garantir la qualité de notre système de santé et la pérennité de notre modèle solidaire face aux changements démographiques et épidémiologiques annoncés.

Cinq engagements pour moderniser notre modèle solidaire de santé et assurer sa pérennité

L'enjeu est donc de sauvegarder notre système de santé en le réformant en profondeur pour fournir aux Français une offre de soins de qualité adaptée à l'évolution

⁽¹⁾ Un ouvrier non qualifié a en moyenne une espérance de vie de 73 ans, un cadre 79 ans. Un habitant de Midi-Pyrénées a une espérance de vie de 76 ans contre 71 ans pour un habitant du Nord-Pas-de-Calais

⁽²⁾ Italie, Grande-Bretagne, Suède, Espagne, Malte, Danemark

⁽³⁾ Sources INSEE, OCDE, Sécurité Sociale et Banque Mondiale



de leurs besoins, tout en renforçant la prévention et en parvenant à maîtriser la croissance des dépenses. Cette maîtrise est indispensable car dans un contexte d'atonie durable de la croissance et de vieillissement de la population⁽⁴⁾, une absence de réforme en profondeur de notre système de santé entraînerait sa dégradation ainsi qu'une perte de marges de manœuvre pour les autres politiques sociales (famille, dépendance, retraites) et les autres politiques publiques (sécurité, éducation, recherche et innovation). **Il s'agit donc de proposer aux Français un nouveau contrat national de santé, bâti avec les professionnels de santé.**

1. AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS EN RENFORÇANT LA SYNERGIE ENTRE LE SECTEUR PRIVÉ ET LE SECTEUR PUBLIC

Les Français sont très attachés aux deux piliers de notre système de santé : la médecine libérale et la médecine publique. Plutôt que de les opposer, il faut les aider à évoluer et à mieux se coordonner pour fournir aux Français une offre de soins de qualité assortie d'un niveau de dépenses soutenable sur le long terme. **Il faut recréer de la confiance entre tous les professionnels de santé**, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. C'est ainsi que nous parviendrons à les faire travailler ensemble dans une vision commune de l'intérêt des Français.

L'organisation des soins est trop cloisonnée. Le traitement de certaines maladies, en particulier chroniques, nécessite souvent le recours à plusieurs professionnels de santé : médecins de ville (généralistes et spécialistes), établissements hospitaliers, soins et prestations à domicile (infirmiers, auxiliaires de vie), pharmaciens. Il est nécessaire qu'ils travaillent ensemble, en cohérence, autour de ce qu'on appelle un parcours de soins. Or, l'organisation actuelle de notre système de santé ne s'y prête pas : la coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital est quasi-inexistante et les parcours de soins déjà mis en place restent des initiatives limitées. Cette césure libéral / hôpital public crée des conditions de travail des professionnels de santé insatisfaisantes. Enfin, la mise en place effective du dossier médical personnel (DMP), outil décisif pour l'amélioration de la qualité des soins et fondement de la structuration d'un vrai parcours de soins, se heurte encore à des obstacles considérables. Or, son instauration rapide et effective sera le gage d'efficacité

médicale et d'économies importantes, en évitant la multiplication et la redondance d'examen et de traitements et en rationalisant l'approche médicale des patients. Si les ARS se sont mobilisées pour élaborer des projets régionaux de santé, elles n'effectuent pas encore de programmation réellement opérationnelle et ne parviennent pas à dépasser les cloisonnements traditionnels entre secteurs et entre acteurs. C'est pourtant en coordonnant mieux les parcours entre la médecine libérale, l'hôpital public et le secteur médico-social que nous pourrions améliorer les prises en charge, renforcer l'efficacité du système de soins et réduire les coûts.

Nous faisons face à un risque de paupérisation d'une partie de la médecine générale conventionnée, ce qui constitue un enjeu majeur étant donné le rôle central que joue le médecin traitant dans notre système de santé par sa proximité avec les patients.

« L'hospitalocentrisme » français fragilise l'hôpital public. L'hôpital emploie 1,2 million de personnes⁽⁵⁾. Les Français recourent davantage à l'hospitalisation (séjours courts et longs) que les pays comparables. Les services d'urgence de l'hôpital public sont engorgés par le traitement d'urgences qui n'en sont pas réellement⁽⁶⁾. L'hôpital public doit aussi faire face à la misère des exclus. En 2013, la consommation de soins hospitaliers (87Mds € hors investissements) comptait pour 36 % de la dépense totale de santé (contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE). Les soins hospitaliers croissent en valeur chaque année depuis 4 ans de 2,8 %. Parallèlement, l'opinion des Français sur l'hôpital public se dégrade⁽⁷⁾. Malgré les réformes successives⁽⁸⁾ il subit de fortes tensions et ses personnels connaissent un malaise grandissant. **L'hôpital public est ainsi plus coûteux que d'autres formes de prise en charge.** L'application des 35 heures et sa gestion comptable du temps de travail à l'hôpital a été une source de désorganisation majeure.

Le maillage territorial est mal réparti même si 95 % de la population a accès à des soins de proximité en moins de 15 minutes et à des soins hospitaliers en moins de 45 minutes. Les Français considèrent néanmoins que l'accès aux soins est devenu problématique, qu'il n'y a pas assez de médecins, que ceux-ci sont de plus en plus mal répartis sur le territoire. Certaines régions ont, en effet, désormais une densité médicale inférieure de 20 % à la moyenne nationale (Picardie, Centre, Haute-Normandie).

⁽⁴⁾ Le financement de la dépendance découlant de l'accroissement de l'espérance de vie et des pathologies spécifiques qui en résultent constitue un problème spécifique qui n'est pas abordé dans cette note

⁽⁵⁾ Dépenses de personnel de près de 42Mds€ en 2012, soit près des 2/3 de la dépense hospitalière

⁽⁶⁾ En 2012, plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans

⁽⁷⁾ En 2004, 82% des Français avaient une bonne opinion des hôpitaux publics ; en 2008, 60% des Français considéraient que la situation de l'hôpital public s'était dégradée au cours des dix dernières années

⁽⁸⁾ Réforme de la gouvernance de l'hôpital public, généralisation de la tarification à l'activité, transformation des ARH en ARS, loi HPST



À l'inverse, l'Île-de-France et la région PACA ont une densité qui excède de près de 20 % la moyenne nationale. Il y a par ailleurs un déséquilibre entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Toutefois, cette vision globale masque une réalité plus nuancée : de grands pôles urbains sont également touchés⁽⁹⁾. C'est donc à l'échelle locale, celle du « bassin de vie », que doit être appréciée la meilleure adéquation entre présence des professionnels de santé et besoins de la population⁽¹⁰⁾. Cette politique doit s'inscrire dans une politique globale d'aménagement du territoire.

Propositions:

- **Accélérer et renforcer la mise en place des parcours de soins** en prenant en compte l'évolution des pathologies, des besoins des patients et des approches thérapeutiques. Cette démarche doit viser à renforcer la coordination entre la médecine hospitalière et la médecine libérale (médecins généralistes, spécialistes, professions paramédicales, pharmaciens, cliniques privées) et à intégrer une évaluation effective et régulière des référentiels par la Haute Autorité de Santé. Le bon déroulement du parcours de soins passe aussi par un suivi médical efficace basé sur le Dossier Médical Personnel informatisé, ce qui requiert une interopérabilité des systèmes informatiques.

Ces parcours de soins doivent être définis avec les représentants des professionnels de santé (ville et hôpital) en recherchant leur adhésion, en mettant en place les incitations nécessaires et en intégrant les principes de soins hospitaliers en ambulatoire, l'hospitalisation à domicile et le suivi en aval par la médecine de ville (médecin traitant, pharmaciens, sages femmes, infirmiers libéraux, autres professions paramédicales). Pour assurer le succès de cette démarche, il faudra accompagner les médecins libéraux dans leur informatisation en étroite coordination avec leurs représentants pour mettre en place une médecine connectée⁽¹¹⁾. Cette informatisation est nécessaire pour assurer une meilleure coordination entre les différents acteurs du parcours de soins, une réduction des tâches administratives et des délais de paiement. Enfin, la question de l'accès au soin des personnes handicapées doit être intégrée dans le parcours de soins en introduisant des tarifs spécifiques pour le handicap, pour les prestations qui le justifient.

- **Favoriser la mixité des parcours publics/privés** en proposant aux médecins libéraux un nouveau statut de médecin attaché à l'hôpital et en renforçant leur participation aux soins hospitaliers et à l'enseignement en médecine (accueil dans les cabinets et les maisons de santé pluri-professionnelles d'internes en DES de médecine générale voire d'assistants universitaires ; nomination de professeurs de médecine générale). De même, permettre aux médecins hospitaliers d'exercer dans des établissements privés et en ville.
- **Favoriser la complémentarité entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée** dont la place doit être reconnue, et la possibilité d'exercer des missions de service public garantie.
- **Revoir l'ensemble des formations en santé ainsi que la sélection** en prenant en compte les nouveaux besoins de santé publique, la répartition territoriale et le juste équilibre entre médecine générale et spécialités. Attirer et accompagner des vocations vers la médecine de proximité notamment dans les territoires délaissés implique des mesures proactives dès la formation initiale (sensibilisation, stages de découverte et compagnonnage), incitatives (financières et pratiques comme la rémunération des stages, prise en charge du transport et aide au logement), et de flexibilité (décloisonnement, parcours multiples). En matière de formation continue, il faut redonner la possibilité à des médecins retraités de reprendre une activité à temps partiel (soit de soins, soit de compagnonnage) dans des territoires déficitaires où ils se seraient retirés.
- **Faire du médecin traitant l'acteur central du parcours de soin.** Au-delà des soins de premier recours, de la prévention et de la promotion de la santé, le médecin traitant doit jouer un rôle clé dans l'orientation du patient dans ce parcours de soins. Il a aussi un rôle de coordinateur en prenant le relais des soins faisant suite à une hospitalisation ce qui nécessite que les échanges d'informations médicales entre l'hôpital et le médecin traitant soient fluides et rapides. Il faut donc préciser le rôle du médecin traitant dans l'ensemble du parcours de soins, en revalorisant certains actes en cohérence avec l'équilibre financier global. Il faut aussi favoriser l'intégration de jeunes médecins qui veulent exercer au sein d'une équipe qui intervient sur un

⁽⁹⁾ Densité de médecins généralistes de l'ordre de 5,5/10 000 habitants à Nanterre, 6,8/10 000 habitants en Seine-Saint-Denis, 10 / 10 000 dans la Creuse

⁽¹⁰⁾ La proportion de médecins exerçant dans une zone à dominante rurale va encore décroître pour atteindre 6 % en 2030. À l'inverse, la très grande majorité des médecins (85%, soit 94 % des spécialistes et 76 % des généralistes) sont installés dans un pôle urbain

⁽¹¹⁾ Il convient de faciliter la connexion entre un médecin et ses patients (prises de RV, échanges d'informations...), entre les différents professionnels de santé intervenant sur un patient donné (échanges d'informations et de concertations) entre un médecin de ville et l'hôpital (échanges d'informations en temps réel pour éviter la coupure entre un médecin et son malade durant un séjour hospitalier), entre les médecins et les agences et/ou l'administration...



territoire et avoir une reconnaissance financière de ce travail territorial pour éviter leur paupérisation et redonner des perspectives de carrière. Enfin, il faut renforcer la participation des professionnels de santé dans les conseils de surveillance des ARS et dans les conférences régionales de santé.

- **Garantir aux médecins traitants une juste rémunération** à la hauteur de leur engagement, leurs compétences et leurs responsabilités, en intégrant dans leur convention des critères d'évaluation des missions remplies au delà de l'acte de base (objectifs négociés, mission de santé publique) se traduisant par des rémunérations complémentaires.
- **Engager résolument la recomposition de la carte hospitalière.** La proximité ne garantit pas la qualité. En effet, certains hôpitaux n'ont plus un niveau d'activité suffisant⁽¹²⁾ par spécialité pour garantir l'expertise des professionnels de santé. **Il faut donc rationaliser la carte hospitalière** quitte à accroître de façon raisonnable la distance d'accès, pour assurer la qualité des soins pour chaque patient et une utilisation efficace des équipements de plus en plus complexes et coûteux. L'organisation des activités hospitalières doit être revue avec un nombre limité d'hôpitaux dotés de plateaux techniques de haut niveau et des hôpitaux de proximité aux missions adaptées. C'est ce qui avait été engagé avec la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) de 2009. Il faut poursuivre dans cette voie. Des alternatives à l'hospitalisation classique doivent être renforcées et adaptées. **Il faut mettre le patient au cœur de la réorganisation de l'offre de soins et adopter la notion d'équipe territoriale** qui travaille ensemble dans l'intérêt du patient. **Pour y parvenir, il faudra réorienter ou reconvertir des établissements** (structures de petites urgences, maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes, accueil de la petite enfance...) mais aussi en fermer certains, en concertation avec les professionnels de santé du territoire, réunis dans le cadre de l'ARS avec une gouvernance adaptée permettant de prendre en compte leur point de vue. L'outil numérique participe de cette réorientation. Par exemple, la téléradiologie permet le diagnostic à distance et est nécessaire pour un maillage territorial efficace. Tout le monde y trouve son compte, les patients, les soignants, les élus et les finances publiques. La rationalisation de la carte hospitalière implique des choix difficiles (l'hôpital est souvent un des plus gros employeurs dans les

communes) mais **cette démarche est indispensable pour garantir la qualité des soins et la viabilité financière de l'hôpital public.** C'est donc avant tout une question de courage politique.

- **Améliorer le maillage médical du territoire en développant maisons médicales et structures de petites urgences.** Il s'agit à la fois de permettre aux praticiens libéraux d'exercer dans de meilleures conditions dans le cadre de Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) créées à leur initiative ou de Pôle de santé créés à l'initiative des pouvoirs publics ou collectivités locales et de faire jouer une complémentarité beaucoup plus forte entre médecine de ville (médecins et professions paramédicales) et médecine hospitalière. **Ces structures complémentaires,** mises en place en collaboration étroite avec les représentants des professionnels de santé, **joueront un rôle clé dans l'accueil des petites urgences de façon à fournir un service de proximité de qualité tout en contribuant à désengorger les urgences et les services hospitaliers.** Elles permettront aussi d'assurer un meilleur suivi post-hospitalier et d'éviter un engorgement des services par le nombre croissant de personnes âgées dépendantes ne nécessitant pas un suivi médical pointu. Ces structures répondent également aux attentes des professionnels de santé au travers d'un exercice en groupe et pluridisciplinaire. De plus, les maisons de santé pluri-professionnelles pourraient contribuer au renforcement des liens entre la médecine de ville et l'hôpital en permettant aux internes de découvrir l'exercice en cabinet, ce qui est indispensable pour attirer des jeunes vers l'exercice de la médecine générale. Cela participe aussi, comme mentionné plus haut, à renforcer la cohésion et les interactions entre ville et hôpital. **La mise en place de ces établissements ne doit pas se faire de façon coercitive mais procéder d'un choix des professionnels de santé, répondant ainsi aux spécificités de chaque territoire.** Les ARS travailleront avec les collectivités locales et les représentants des professionnels de santé pour promouvoir et favoriser l'installation de ces structures par des mesures incitatives, dans le cadre d'un schéma régional cohérent répondant aux besoins réels de la population locale. C'est nécessaire pour assurer un meilleur service aux patients et permettre à l'hôpital public de se recentrer sur son cœur de métier en s'adaptant aux évolutions des pratiques thérapeutiques

⁽¹²⁾ Les lits vides représentent aujourd'hui un coût que les hôpitaux ne peuvent plus se permettre (le taux d'occupation des lits au niveau national est aujourd'hui inférieur à 75%).



de plus en plus pointues. Des structures de petites urgences comme les maisons intercommunales de garde, sans avance de frais, comme à l'hôpital, éviteraient le recours systématique à l'hôpital pour un soin plus adapté et moins coûteux. Cette approche permettra aussi d'organiser la complémentarité des matériels sur le territoire. Parallèlement, les ARS et les collectivités locales pourront promouvoir la création de structures hôtelières liées aux hôpitaux (hôtel hospitalier) qui permettront d'assurer l'hébergement des patients qui ne nécessitent pas une surveillance permanente, avant ou immédiatement après un geste chirurgical pratiqué en ambulatoire et lorsque des actes très spécialisés doivent être répétés quotidiennement pendant quelques semaines (certaines radiothérapies, soins chroniques de plaies chirurgicales ou ulcéreuses...). Une telle organisation permettra d'apporter aux patients et aux familles de meilleures conditions de séjour tout en permettant une meilleure maîtrise des ressources humaines à l'hôpital, notamment la nuit et les week-ends, et ainsi de faire des économies conséquentes.

- **Assurer un bon accès au soin sur l'ensemble du territoire en développant des incitations à l'installation dans les zones sous dotées** et contribuer ainsi à un meilleur aménagement du territoire. Pour les médecins généralistes, des zones sous dotées seront définies dans lesquelles les médecins pourront s'installer en bénéficiant d'aides incitatives (dégrèvement URSSAF, CSG, honoraires majorés). Les modalités d'installation seront gérées au niveau régional par une commission réunie sous l'égide de l'ARS incluant des représentants des médecins libéraux. Les médecins bénéficieront des divers contrats de santé publique dont le plus important est la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), éventuellement revue à la hausse et élargie à divers points de qualité et d'organisation des soins. Pour les médecins spécialistes, les mêmes principes s'appliqueront mais les zones géographiques seront nécessairement plus larges.
- **Renforcer la démarche d'amélioration opérationnelle de l'hôpital public.** De nombreux efforts ont déjà été accomplis mais il reste une marge importante de progrès. Il faut pour cela accepter de remettre en cause les schémas établis en termes d'organisation, de management, de gestion des ressources humaines, de budget et de finances. Les exemples d'amélioration

opérationnelle de l'hôpital qui ont réussi en France et à l'étranger montrent qu'il est indispensable d'associer encore plus étroitement l'ensemble du personnel hospitalier (médecins, soignants et administratifs) à la démarche de façon à assurer son adhésion. L'adoption de modes de prise en charge plus efficaces améliore simultanément la qualité de service aux patients et les conditions de travail du personnel hospitalier. Ces démarches entraînent des économies conséquentes qui redonnent des marges de manœuvre à l'hôpital et lui permettent d'assurer son équilibre financier tout en réinvestissant. **Cette démarche opérationnelle devra intégrer le retour à un temps de travail hebdomadaire de 39 heures que nous mettrons en œuvre dans l'ensemble de fonction publique**⁽¹³⁾.

- **Revoir la gouvernance hospitalière**, les équilibres et les modes de fonctionnement entre les composantes soignantes et administratives de l'hôpital. Le rôle, les responsabilités et le mode de fonctionnement de la commission médicale d'établissement (CME) ainsi que son articulation avec la direction de l'hôpital et avec les pôles doivent en particulier être revus de façon à assurer un juste équilibre dans la prise de décisions. L'accès à des postes de direction hospitalière pour les professionnels de santé doit être favorisé.
- **Revoir le rôle des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)** issu de la réforme de 1958 afin de renforcer la dimension d'excellence de la médecine française. Cela passera par une réflexion sur leur périmètre (établissements, pôles, services, équipes), ainsi que sur les parcours professionnels, sur le mix soin / enseignement / recherche à différentes étapes de la carrière et enfin sur les statuts pour les rendre moins rigides afin d'organiser la fluidité des médecins entre les établissements (français, voire étrangers) et alléger les contraintes. On pourra associer certains groupements hospitaliers territoriaux (GHT) aux travaux menés par les CHU dans le cadre de réseaux pilotés par ceux-ci formant ainsi de véritables pôles de compétitivité de recherche clinique. Le label universitaire étant porté davantage par les équipes que par l'ensemble d'un établissement donné.

Ces réformes de fond permettront un fonctionnement plus efficace de notre système de santé, **en assurant une meilleure coordination entre médecine hospitalière et médecine de ville et en allant vers une meilleure**

⁽¹³⁾ Force Républicaine « Le défi de la Compétitivité »



adéquation entre les différents types de structures en fonction du niveau et de la nature des soins à donner⁽¹⁴⁾. Elles assureront ainsi une meilleure qualité de soins et de services au patient tout en optimisant le maillage à l'échelle du territoire national pour un coût maîtrisé. Cette structuration permettra en outre de donner un vrai sens à la notion de « parcours de soins » : l'accès à un traitement et à des technologies de plus en plus pointues en fonction de la pathologie et de l'évolution du patient. Ainsi, elle permettra d'inscrire la médecine de ville dans la logique de parcours de soins qui associe prévention, soins de premier niveau, orientation vers des structures spécialisées et suivi de long terme et permettra une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs privés et publics du système de santé.

2. RÉORGANISER LE PILOTAGE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Le rôle de l'Etat en matière de santé doit être recentré sur le pilotage fixant les grandes orientations sur le long terme, garant des équilibres du système, en confiant la gestion détaillée et quotidienne à des agences plus proches du terrain.

Le pilotage très bureaucratique de notre système de santé a montré ses limites : aujourd'hui, la qualité de l'offre de soins s'érode alors que les dépenses sont mal maîtrisées. La création en 2010 des Agences Régionales de Santé (ARS)⁽¹⁵⁾ visait à piloter plus efficacement la politique de santé (soins, prévention, veille et sécurité sanitaires) au plus près du terrain. L'objectif était de mieux prendre en compte la diversité des situations locales et de mieux réguler l'offre de soins tant dans le domaine hospitalier que dans celui de la médecine libérale. Cette réforme n'a pas aujourd'hui porté tous ses fruits car nous sommes restés au milieu du gué avec des ARS manquant de pouvoir de décision et n'impliquant pas suffisamment les professionnels de santé du secteur libéral comme du secteur hospitalier pour rechercher leur accord, leur adhésion et leur contribution.

L'organisation d'une nouvelle gouvernance doit promouvoir le rôle des citoyens par une plus grande participation aux décisions stratégiques d'évolution du système, grâce à une meilleure connaissance de celui-ci, mais doit également viser à les rendre acteurs de leur

propre prise en charge, grâce à une bonne information sur la préservation de leur santé tout au long de leur vie, c'est-à-dire par une véritable éducation à la prévention.

Propositions

- **Redéfinir les missions de l'Etat en matière de santé** en recentrant son rôle sur la définition et la coordination d'une politique nationale de santé publique cohérente et de long terme. Cette politique implique une coordination entre plusieurs ministères au-delà du ministère de la Santé pour couvrir l'éducation à la santé et la prévention notamment chez les jeunes (renforcement de la protection maternelle et infantile et de la médecine scolaire) et la prise en compte des déterminants santé de l'environnement tels que l'alimentation, l'habitat, l'hygiène, la qualité de l'air et la santé en milieu professionnel.
 - **Définir les objectifs de santé publique** en termes de soins et de prévention en intégrant les transitions démographiques et épidémiologiques⁽¹⁶⁾.
 - **Définir la politique de prévention** pour lutter contre les comportements à risque (tabac, alcool, drogues, délinquance routière), la surconsommation médicale et à l'inverse la mauvaise observance d'un traitement prescrit. L'Etat doit s'appuyer sur la Haute Autorité de la Santé (HAS) ainsi que sur les enseignants pour définir un parcours éducatif à enseigner à chaque niveau de scolarité, intégrant en plus des programmes actuels axés sur la santé et la prévention, un enseignement sur le fonctionnement de notre système de santé dans un objectif de responsabilisation et de préservation du capital santé de chacun. Le médecin généraliste doit en être un acteur de premier plan dans le cadre d'une mission de santé publique spécifiquement rémunérée.
 - **Assurer la prévention et la gestion des crises sanitaires** en s'appuyant sur la DGS (Direction Générale de la Santé) et sur les agences spécialisées.
 - **Garantir une meilleure formation initiale et continue des professionnels de santé**. Il faudra redéfinir, dans le cadre d'une conférence de santé impliquant les représentants des professionnels libéraux et hospitaliers, les responsabilités des

⁽¹⁴⁾ Niveau 1 : médecin généraliste / prise en charge en ville / soins courants du patient / structures d'hospitalisation de jour, établissements médico-sociaux. Niveau 2 : centres spécialisés pouvant assurer une prise en charge initiale pour des patients ne présentant pas de complications. Niveau 3 : centres experts assurant les soins les plus complexes

⁽¹⁵⁾ ARS : établissements publics regroupant au niveau régional plusieurs organismes chargés des politiques de santé, qu'ils soient dépendants de l'Etat ou de l'assurance maladie

⁽¹⁶⁾ Alors que les maladies aiguës sont stables, les maladies chroniques se développent et la population vieillit, ce qui exige la coordination de tous les professionnels de santé et des travailleurs sociaux en particulier pour la prise en charge des personnes âgées pour laquelle l'hôpital ne peut être ni le seul ni le principal intervenant



différents acteurs en portant une attention particulière aux transferts de tâches qui doivent s'accompagner d'une reconnaissance de compétence (par exemple des infirmières cliniciennes assurant des tâches déléguées tout en restant sous la responsabilité d'un médecin) et en recherchant l'accord et l'adhésion des parties prenantes. Pour les directeurs et administratifs hospitaliers, il faudra diversifier les parcours en créant des passerelles pour amener des professionnels de santé à ces postes clé. Il faudra enfin créer les conditions pratiques **d'une formation personnelle continue adaptée, performante et évaluée** en poursuivant l'approche engagée en 2011 par le Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé.

- **Développer le numérique dans le domaine de la santé**⁽¹⁷⁾ (télésanté, télémédecine, dossier médical personnel partagé, prescriptions, échanges de données médicales) et la mise en place d'une politique ambitieuse d'open data et d'applications pour une "santé connectée" qui permettront à l'ensemble des acteurs publics et privés du système de santé de mieux se coordonner, de cibler leurs actions et d'en maîtriser les dépenses. C'est aussi indispensable pour fournir au patient une information simple pour l'aider à s'orienter au mieux de ses intérêts dans le système de santé.

L'Etat se focalisera ainsi sur le rôle de pilotage stratégique de la politique de santé publique et s'appuiera pour sa mise en œuvre sur les agences et opérateurs sans doubler leurs missions au niveau central⁽¹⁸⁾.

- **Confier le pilotage opérationnel à l'Agence Nationale de Santé (ANS) dans laquelle les professionnels de santé privés et publics seront représentés.** Placée sous la tutelle du Ministère de la Santé, l'ANS sera l'instance de gestion intégrant la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (CNAM, RSI, MSA) et le collège des Agences Régionales de Santé (ARS) dont elle assurera le pilotage. Cette agence devra associer les professionnels de santé du secteur libéral et du secteur hospitalier au sein de son conseil d'administration qui aura un rôle décisionnel. Il s'agit d'aller bien au-delà du rôle de l'actuel Comité de coordination des ARS pour **intégrer au sein d'un même Etablissement Public Administratif le**

pilotage de la politique de santé et l'unification des sources de financement. Cela permettra de favoriser la mise en place de parcours de soins entre médecine libérale et hôpital public pour « le juste soin au meilleur coût ». Cette agence assurera aussi la déclinaison de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) sous forme d'un objectif régional (ORDAM) prenant en compte les besoins réels de chaque région (et non par une simple péréquation). Elle prendra les décisions nécessitant une cohérence au niveau national. Le directeur général de l'ANS sera nommé en conseil des ministres qui aura autorité pour le révoquer.

- **Associer les représentants des professionnels de santé du secteur libéral et hospitalier, des patients et des collectivités locales au processus de décision des Agences Régionales de Santé (ARS) pour en renforcer l'efficacité.** Les ARS, déclinaisons régionales de l'ANS, assureront la gestion du risque maladie au niveau régional ainsi que le pilotage opérationnel de la politique de santé publique tant pour le secteur public que le secteur privé. Les ARS, dans leur nouvelle organisation et leurs nouvelles missions, piloteront l'ORDAM qui leur sera assigné par l'ANS, établiront des conventions régionales avec les offreurs de soins (cliniques/hôpital public ; villes/hôpital). Les professionnels de santé seront représentés au sein de l'ARS par des associations régionales. Ces conventions porteront sur l'organisation des filières et des parcours de soins ainsi que sur le respect des bonnes pratiques définies par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les ARS géreront la fongibilité des enveloppes (ville/hôpital /médico-social), organiseront les réseaux et lutteront contre les fraudes. Cette réforme passe par un renforcement des compétences et de l'autorité des équipes actuelles qui doivent ainsi jouer un rôle clé dans la mise en œuvre de la politique de santé au niveau régional. Les directeurs des ARS seront nommés par le Gouvernement sur proposition du président de l'ANS. **Le rôle du conseil de surveillance des ARS sera renforcé**, en assurant une représentation équilibrée entre Etat, collectivités territoriales, assurance maladie, professionnels de santé (secteur libéral et hospitalier), représentants des usagers et personnalités qualifiées. Ce renforcement visera à une prise de décision plus collégiale et transparente ; le conseil de surveillance sera consulté sur l'ensemble du projet régional de santé et approuvera le budget et les engagements financiers⁽¹⁹⁾.

⁽¹⁷⁾ Force Républicaine « Libérer la société et l'économie grâce au numérique »

⁽¹⁸⁾ Il faudra poursuivre une politique de coordination et d'harmonisation au niveau européen de certains risques sanitaires (risques infectieux, transfusion, autorisations de mise sur le marché)

⁽¹⁹⁾ Approbation à la majorité simple, une procédure de mise en œuvre exceptionnelle par le ministre sera prévue en cas de blocage



- **Renforcer le rôle et les moyens de la Haute Autorité de Santé (HAS)** pour l'accomplissement de ses missions de définition et de contrôle des pratiques médicales. Elle doit en particulier **pleinement assurer son rôle médico-économique en définissant des référentiels et en évaluant les politiques de santé sur cette double dimension** en concertation avec les agences en charge de soins spécifiques (Agence de la Biomédecine, Institut National du Cancer...) qui elles-mêmes travaillent en étroite relation avec les représentants des professionnels de santé par domaine d'activité (ex. sociétés savantes). Elle doit aussi mettre en place des indicateurs transparents pour le grand public visant à contrôler régulièrement la performance médicale et opérationnelle des établissements. Il lui revient de contrôler la diffusion des bonnes pratiques, de veiller à leur respect notamment dans le contenu des « paniers de soins » et dans la qualité des réseaux de soins, de s'assurer de la mise en œuvre des indicateurs de performance et, le cas échéant, de pouvoir sanctionner les opérateurs et les professionnels de santé.
- **Renforcer le rôle des citoyens et des élus locaux dans le système de santé.** Actuellement les citoyens – usagers du système de santé – sont présents dans le système de santé à travers une représentation dans la Conférence Nationale de Santé (CNS) et ses déclinaisons régionales. Dans les faits, la santé ne fait pas l'objet d'un réel débat public. C'est le cas pour la généralisation du tiers payant, la position des usagers ayant été estimée sur la base de sondages privés. La prérogative de la santé pourra être confiée à la Commission Nationale du Débat Public (CNDP) pour lui permettre d'organiser le débat avec les citoyens. Enfin, il faut donner un rôle actif aux élus locaux qui disposent de leviers d'action importants pour résoudre les problèmes qui se posent à partir du terrain.

3. PÉRENNISER LE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SOINS

L'assurance maladie ne permet plus de garantir le financement de notre système de soins. En 2013, la branche maladie du « régime général » (CNAMTS) a vu son

déficit se détériorer de près d'1Md € par rapport à 2012, alors que la loi de financement pour 2013 tablait sur sa réduction. Ce déficit (6,8Mds €) compte pour plus de la moitié dans le déficit total du régime général de la sécurité sociale (13,1Mds € en 2013 pour 8,6Mds € en 2011). Cette dégradation résulte autant de la progression des dépenses (+2,4% par rapport à 2012) que de la forte décélération des recettes (-1,9 %) entraînée par celle des cotisations sociales, elle-même générée par la faible évolution de la masse salariale en 2013 et l'érosion du produit de la CSG.

La relative maîtrise de l'ONDAM est un trompe l'œil. Comme la Cour des comptes l'a montré en 2014, la manière dont il est établi a pour effet de faire croire à des économies alors qu'il s'agit souvent seulement d'une évolution des dépenses inférieure au rythme prévu. Alors que le déficit récurrent de l'assurance maladie pèse sur les finances publiques, le rôle de régulation de l'ONDAM doit être renforcé : que ce soit pour l'hôpital ou pour les autres dépenses (soins de ville, transports sanitaires, indemnités journalières pour « arrêts maladies »), l'effort de maîtrise des dépenses de santé doit être significativement amplifié.

Le recours à l'emprunt qui a été la règle au cours des 20 dernières années est une fuite en avant : 110 Mds €⁽²⁰⁾ ont déjà été transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Certains hôpitaux se sont fortement endettés, parfois par des emprunts toxiques. La culture du déficit a servi d'alibi pour différer ou tempérer la réforme.

Les progrès médicaux et le vieillissement constant de la population⁽²¹⁾ entraînent une forte augmentation de la demande de soins⁽²²⁾ et des dépenses de santé ; cette tendance est inéluctable. **La réalité s'impose donc à nous : il faut réformer le financement de l'assurance maladie pour mettre fin aux déficits récurrents tout en accentuant les efforts de maîtrise des dépenses.** A défaut, nous amputons la prise en charge sanitaire des générations à venir à qui nous léguons déjà un système de retraite dont le financement n'est pas assuré, alors même que leur espérance de vie augmente. **Nous ne pouvons admettre que notre génération se défausse de ses responsabilités sur**

⁽²⁰⁾ La dette à moyen et long terme des hôpitaux publics a plus que triplé depuis 2000 pour excéder 30 Mds € ; de plus elle comporte pour un quart des « emprunts structurés » (emprunts à risque), dont le niveau d'encours est équivalent à celui des collectivités territoriales. Un certain nombre d'établissements devront faire face à des surcoûts significatifs alors que dans le même temps, les banques rechignent de plus en plus à leur prêter

⁽²¹⁾ L'INSEE prévoit que la population française devrait excéder les 73 millions en 2060 ; une personne sur trois aura alors plus de 60 ans

⁽²²⁾ Ce vieillissement s'accompagne, comme indiqué ci-dessus, d'une véritable « transition épidémiologique ». Par ailleurs les pathologies lourdes et chroniques (cancers, cardiovasculaires, diabète : 31% de la dépense de santé), mentales (14%), neurologiques et dégénératives (6%) représentent à elles seules plus de la moitié de la dépense d'assurance maladie



les générations suivantes. Cela doit faire l'objet d'un débat public sans qu'il y ait de tabou de façon à rétablir une situation viable dans un esprit de solidarité entre les générations⁽²³⁾. Cela passera par des mesures courageuses. Ainsi nous avons déjà préconisé le rétablissement du jour de carence pour les fonctionnaires, le passage à 39 heures pour toutes les fonctions publiques (dont hospitalière), la réforme de l'aide médicale d'état (AME) et de la couverture médicale universelle (CMU).

Propositions :

- **Mettre en place une règle d'or imposant l'équilibre des comptes pour les dépenses d'assurance maladie** et entraînant l'obligation de résorber le déficit de l'année n dans l'année n+1. Cette règle pourra s'appliquer une fois l'équilibre assuré, ce qu'il faudra réaliser entre 2017 et 2022.
- **Baser la discussion et le vote de l'ONDAM par le parlement sur une approche médico-économique.** Nous disposons maintenant de nombreux indicateurs de cette nature qui permettront aux parlementaires de mesurer l'impact des mesures prises les années précédentes et de prendre des décisions sur une base plus pertinente que l'enveloppe globale en intégrant les objectifs de santé publique.
- **Basculer progressivement les cotisations maladie dites patronales⁽²⁴⁾ vers un mix CSG/TVA.** La CSG de l'année n+1 sera modulée en fonction du bilan de l'année n. Cette modulation sera votée avec l'ONDAM par le Parlement.
- **Introduire une franchise médicale universelle** fonction des revenus dans les limites d'un seuil et d'un plafond, le reste à payer étant pris en charge par la prévoyance et les assurances complémentaires. Ce dispositif remplacera le ticket modérateur et la franchise de 1 € actuelle. Il visera à assurer la responsabilisation financière des patients et à répartir de façon plus juste le reste à charge. Des mesures incitatives pour les patients et pour les prescripteurs seront mises en place.
- **Redéfinir les rôles respectifs de l'assurance publique et de l'assurance privée,** en focalisant l'assurance maladie notamment sur les affections graves ou de longue durée : le panier de soins « solidaire » ; et l'assurance complémentaire sur le reste : le panier de

soins « individuel ». Le contenu de ces paniers de soins sera dynamique et pourra évoluer chaque année. Les moins favorisés ne pouvant accéder à l'assurance privée bénéficieront d'un régime spécial de couverture accrue.

- **Créer une Agence de contrôle et de régulation de l'assurance santé privée.** L'assurance privée est une délégation de service public qui doit être contrôlée. Ainsi, le PLFSS définira le contrat standard d'assurance santé universelle de base obligatoire pour tous. L'agence de contrôle et de régulation définira un contrat type parfaitement lisible pour les assurances privées avec une variable : le prix.

Ces propositions entraînent des changements majeurs qui passent par une responsabilisation accrue des différents acteurs, patients et professionnels de santé sur qui les évaluations et les contrôles seront renforcés pour assurer la prise en compte des bonnes pratiques, afin de garantir la pérennité du financement et ne pas compromettre la couverture santé des générations futures. Il s'agit d'ajuster de façon responsable le financement et ses sources aux objectifs à remplir. L'objectif fondamental est de fournir à chaque citoyen le juste soin au meilleur coût et les moyens pour rester en bonne santé, tout en assainissant les comptes de l'assurance maladie (résorption du déficit et de la dette).

4. RENFORCER LES CONTRÔLES DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS ET DES DÉPENSES

La HAS assurera le contrôle de la qualité des soins. Elle dispose en particulier pour cela d'un levier majeur dans l'accréditation des établissements de santé.

Au delà de ce contrôle de la qualité, **la responsabilisation des patients et de tous les acteurs du système de santé passe par un contrôle accru sur les dépenses. Le pilotage économique des tarifs est à cet égard un levier majeur** pour assurer l'équilibre économique du système. Il ne s'agit pas de remettre en cause le professionnalisme des médecins ni de fonctionnariser la médecine, mais de **poser ensemble les bases d'un système viable dans le long terme et capable de s'adapter aux évolutions de la démographie, des pathologies, des pratiques médicales et des technologies.** A ce titre, la

⁽²³⁾ Les logements des rez-de-chaussée des immeubles pourraient être réservés prioritairement aux personnes âgées pour maintenir les relations intergénérationnelles créant un lien sociétal et répondre au double intérêt de laisser les gens chez eux et de faire des économies.

⁽²⁴⁾ 12,6% du salaire brut

⁽²⁵⁾ Plusieurs pays européens se sont réformés sur cette base et ont constaté au final une baisse de leurs dépenses (Allemagne et Pays-Bas notamment)



généralisation du tiers payant poussée par l'actuel gouvernement va à l'encontre de ce principe de responsabilisation qui est nécessaire à la maîtrise des dépenses de santé.

En 2013, la consommation de médicaments hors hôpital s'est élevée à 33,5Mds €, soit 18% de la consommation de services et biens médicaux, pour un montant de 509 € par habitant. Rapportée au nombre d'habitants, la dépense française de produits pharmaceutiques se situait en 2013 au 7^e rang mondial (au 4^e rang jusqu'en 2009). La consommation en France se caractérise par le poids des spécialités pharmaceutiques, plus récentes et plus coûteuses que les autres médicaments, et par un recours encore limité – quoique en progression – aux génériques. Même si les dépenses de médicaments en France par rapport à celle des pays de l'OCDE tendent à s'atténuer, elles restent très supérieures à la majorité de nos principaux voisins : Espagne, Italie, Royaume-Uni. Cette tendance résulte en particulier des baisses des prix décidées par le ministère de la Santé (comité économique des produits de santé), de la faible croissance des volumes et du développement des médicaments génériques. Des efforts supplémentaires doivent être accomplis en termes de baisse des prix, maîtrise des volumes et de recours aux génériques.

En terme de prescription, les professionnels de santé et les patients s'interrogent de plus en plus sur la qualité des soins médicaux et sur leur bienfondé. Chaque année, entre 125 et 250 000 effets médicamenteux indésirables sont provoqués par le non-respect des bonnes pratiques ou par un manque de coordination entre les professionnels de santé. Mais il faut aussi noter que seulement 40% des patients suivent les prescriptions ; ainsi le non-respect de la durée de traitement peut accroître la résistance aux antibiotiques. Il faut donc renforcer la pédagogie auprès des patients pour que les prescriptions soient respectées. Le pharmacien, avec les nouvelles missions confiées par la loi HPST, doit être le relai pour bien faire comprendre la prescription et aboutir à une bonne observance.

Une information sur la qualité des pratiques médicales par établissement est légitimement demandée par les citoyens et doit être assurée et promue par la puissance publique u par ses agences⁽²⁶⁾. Le soin adapté au moindre coût est une exigence qui doit impérativement être satisfaite. Son appréciation ainsi que son respect sont une garantie de sécurité pour la population ainsi qu'une garantie pour

le financement de la santé. Le contrôle de la qualité des prestations et des dépenses est donc un impératif pour assurer la performance et la viabilité de notre système de santé.

Propositions :

- **Renforcer les procédures d'accréditation et de certification des structures, des organisations et des acteurs de santé** pour rejoindre les standards internationaux qui seront pris en compte par la HAS dans la définition des critères à respecter. Cette démarche doit inclure une politique forte de formation continue des acteurs et un développement du numérique tels qu'évoqués plus haut. Les résultats d'évaluation doivent être pris en compte par les ARS. Ces modalités doivent rester cependant simples et ne pas alourdir la charge administrative des hôpitaux et des praticiens.
- **Renforcer les procédures de contrôle** en réaffirmant le rôle de la HAS qui définit les pratiques et en assure le contrôle tout en étant dotée d'un pouvoir de sanction (saisie par l'ANS ou autosaisie), en confiant aux ARS le suivi de l'application de ces pratiques au niveau régional et en confortant le rôle de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) en matière de médicaments et de produits de santé.
- **Développer l'éducation thérapeutique des patients et leur éducation à la santé en rendant l'information accessible au public** sur les pratiques médicales et le respect de ces pratiques par les établissements de santé. Dans ce domaine une démarche numérique d'open data conduite par la puissance publique et donnant accès à l'information aux patients et aux différents acteurs qui peuvent faciliter l'exploitation de ces données, permettrait d'induire une transparence qui sera un moteur puissant pour le respect des pratiques de santé et l'amélioration de la qualité des différents acteurs.

5. FAIRE DU SECTEUR SANTÉ UN DES FLEURON FRANÇAIS

La santé est un secteur en pleine mutation. L'innovation dans le domaine des biotechnologies, du médicament (thérapies ciblées), de la télémédecine, des dispositifs médicaux est un enjeu majeur. L'innovation est un vecteur essentiel de l'évolution de la prise en charge des patients.

⁽²⁶⁾ Le ministère de la Santé, en lien avec l'HAS, a mis en ligne un site <http://www.scopesante.fr/#/> qui donne des informations précises sur différents indicateurs de qualité de plus de 4000 établissements de santé



Elle est indispensable pour relever le défi du vieillissement de la population et de la dépendance. Le secteur de la santé constitue aussi un vecteur de croissance. La France ne peut rester à l'écart de ces enjeux sociétaux, économiques et industriels. Il faut donc soutenir l'innovation dans tous ces domaines (biotechnologies, étude du génome, thérapies cellulaires et géniques, nanotechnologies réparatrices), et renforcer les échanges avec l'étranger pour revenir au cœur de ce marché de la santé qui est une problématique mondiale.

A titre d'illustration, l'industrie pharmaceutique française a perdu la situation d'excellence qu'elle avait jusque dans les années 80. De premier producteur européen de médicaments, elle a décroché et se situe aujourd'hui, en volume, à la 5^e place. La France prend du retard : sur les 130 nouvelles molécules qui ont été autorisées en Europe entre 2012 et 2014, 8 seulement seront produites en France, 32 en Allemagne, 28 au Royaume-Uni et 13 en Irlande. De plus l'accès au marché est parmi les moins rapides d'Europe (en France délai de près de 300 jours de mise à disposition des médicaments pour un délai requis par la réglementation européenne de 180 jours). S'agissant des « dispositifs médicaux » (produits de santé autres que les médicaments), la balance commerciale française est très déficitaire et l'industrie française ne fait plus le poids face aux groupes étrangers, américains, allemands ou suisses notamment.

Considéré longtemps par l'OMS comme le meilleur du monde, notre système de santé est aujourd'hui passé au 8^e rang⁽²⁷⁾. Notre modèle ne pourra rester viable que s'il parvient à exister sur la scène internationale, c'est-à-dire en exportant son savoir-faire à l'étranger et en accueillant sur son sol des patients ainsi que des stagiaires professionnels étrangers. La mondialisation a balayé les frontières nationales du secteur de la santé et relégué les outils actuels des coopérations internationales au second plan. Les systèmes de santé sont désormais en concurrence sur un marché international du soin. A titre d'exemple, le seul continent africain aura besoin d'au moins 550 000 lits supplémentaires d'ici à 2020⁽²⁸⁾. Ces nouveaux établissements n'accueilleront pas des patients atteints de maladies tropicales mais des personnes souffrant d'obésité, de diabète, de cancers liés au tabagisme, c'est à dire des mêmes pathologies que celles auxquelles nous sommes confrontés.

Malgré ses atouts, la France ne parvient pas à exporter son modèle de santé. En mars 2014, le gouvernement algérien a lancé un appel d'offre pour la conception et la construction de cinq hôpitaux « *clefs en main* ». Malgré ses liens historiques avec l'Algérie, le consortium français (l'AP-HP et l'entreprise Bouygues) n'en a remporté qu'un seul. Cet échec est symptomatique de la double faiblesse du modèle français qui pâtit d'une réglementation inadaptée et trop rigide nuisant à la conclusion des marchés internationaux. Les établissements publics de santé sont ainsi empêchés par leur statut juridique d'émettre des garanties bancaires par eux-mêmes. En terme de formation, le constat est encore pire, il est impossible pour les facultés de médecine françaises de facturer les études médicales des étudiants étrangers. D'autre part, les hôpitaux sont mal dimensionnés pour répondre aux critères des appels d'offres internationaux. Hormis quelques établissements, les CHU ne possèdent pas la taille critique pour pouvoir répondre à une offre. Les hôpitaux français n'ont ainsi pas les moyens financiers et humains pour rivaliser avec les énormes structures étrangères tel que "John Hopkins Medicine International" ou "Harvard Medical International".

Propositions :

- **Créer un label "Hôpital France"**. A l'image des lycées français, les hôpitaux publics doivent affirmer leur identité génétique partout à travers le globe. Capable de valoriser l'ensemble des savoir-faire hospitaliers français, ce label devra se baser sur 4 marqueurs : une expertise clinique dans le soin comme dans la recherche qui favorise l'aide à l'implantation d'activités médicales ou chirurgicales spécialisées ou encore le conseil à l'élaboration de protocoles de recherches innovants ; un modèle de formation médicale et paramédicale équilibré entre un apprentissage théorique et une mise en pratique notamment par le biais de la simulation en médecine - la France devrait pouvoir accueillir plus facilement des internes et chefs de clinique étrangers dans ses facultés de médecine et de pharmacie et devrait développer le système américain des « *fellows* » ; une référence en matière de dispositifs médicaux grâce à la mise en place d'équipement connectés et numériques ; une valeur ajoutée dans le management et la gestion hospitalière grâce à des directeurs d'hôpitaux formés spécifiquement au déploiement d'une stratégie hospitalière et au

⁽²⁷⁾ Classement de l'agence de presse Bloomberg (<http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>)

⁽²⁸⁾ Voir magazine Jeune Afrique



pilotage de fonctions supports. La France pourra aussi exporter son enseignement en créant, dans des pays demandeurs, un partenariat universitaire (par exemple des CHU franco-africains).

- **Renouer avec l'excellence de la recherche** et faire de l'université et des instituts de recherche le fer de lance de l'innovation. C'est avec une recherche académique française plus puissante, plus réactive, et avec la création effective de partenariats publics-privés (processus de décloisonnement de la recherche fondamentale et appliquée) que notre pays favorisera la création d'entreprises innovantes répondant aux défis de notre société. Pour cela, il faut continuer à donner aux universités plus d'autonomie et leur donnant ainsi les moyens de mettre en œuvre des stratégies de recherche et en facilitant leur accès au marché afin de pouvoir développer des positions internationales à partir de la France. Il faut également adapter la loi sur "la résorption de la précarité dans la fonction publique (loi Sauvadet)" aux contraintes et spécificités de la recherche. Son application sans discernement fragilise aujourd'hui les jeunes chercheurs et ingénieurs non statutaires les conduisant à s'expatrier ou à abandonner leur carrière et leurs équipes et à terme l'excellence de la recherche elle-même.
- **Développer une politique cohérente favorable à l'innovation et au développement des sociétés innovantes du secteur de la santé en France.** L'une des caractéristiques des entreprises innovantes en biotechnologie dans le domaine de la santé ou « med-techs » est qu'elles ont besoin d'un temps relativement long pour développer leurs produits. Leur essor dépend donc du capital risque à des stades précoces (amorçage) et plus avancés (développement). Pour assurer leur financement, il faut renforcer le financement par la Banque Publique d'Investissement, déverrouiller les critères de financement de façon à partager la prise de risque avec les entrepreneurs, renforcer la politique d'incitation fiscale pour les fonds privés destinés à se porter sur ce type d'investissements risqués. Il faut donc
- à la fois poursuivre la politique des pôles de compétitivité et des investissements d'avenir avec le soutien des pouvoirs publics. Il faut aussi permettre une coopération efficace entre ces sociétés et le corps médical dans le cadre de règles de déontologie claires et strictement appliquées.
- **Favoriser l'accès au marché des produits innovants** c'est-à-dire l'accès au remboursement par la gestion des listes de remboursement *via* une concertation avec la Haute Autorité de Santé sur l'évolution des critères d'évaluation de l'innovation à 10 ans, et aussi par un accroissement des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) et des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) conditionnelles, qui permettent d'accélérer la mise sur le marché de médicaments offrant des avancées thérapeutiques majeures.
- **Intégrer la dimension industrielle dans la politique de santé.** Pour cela, renforcer la coopération entre le Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS) et le Comité Stratégique de la Filière des industries et technologies de Santé (CSF) sous l'égide de la Direction Générale des Entreprises (DGE) pour définir une stratégie de long terme et suivre les progrès de sa mise en œuvre.
- **Faire de la diplomatie économique un véritable atout à l'international de façon à conserver et développer en France des fleurons industriels de la santé et favoriser les exportations.** Cela passe par une systématisation de la collaboration entre les autorités françaises en charge du développement international et de la santé, par le renforcement de la transversalité des actions entre les ministères, et des compétences opérationnelles des acteurs publics pour une meilleure efficacité opérationnelle (collaboration Business France et ambassades) et par la création d'un dispositif d'incitation fiscale pour les entreprises exportant à partir de la France ou créant une filiale à l'étranger, par exemple sous forme de « *Crédit d'Impôt Export* ».



Ces propositions représentent une rupture majeure dans la gouvernance et le pilotage de notre système de santé. Elles reposent sur un double principe de liberté et de responsabilité ainsi que sur une forte complémentarité entre médecine libérale et médecine publique. Elles sont indispensables pour en assurer le financement et la qualité sur le long terme et pour maintenir l'attractivité des professions de santé indispensables à notre société. La situation de déficit chronique, d'endettement croissant, d'érosion de la qualité perçue par les citoyens ainsi que le malaise exprimé par les professionnels de santé imposent de ne plus nous contenter de corrections à la marge, mais de prendre le sujet à bras le corps pour renouer avec l'excellence qui a caractérisé le système de santé français pendant de nombreuses années. Ces réformes de fond demanderont une concertation avec l'ensemble des professionnels de santé dans l'intérêt général. Nous formulons ces propositions afin de lancer le débat et de faire mûrir les points de vue. La qualité et la pérennité de notre système de santé ainsi que sa solidarité en dépendent.
