

# PRÉSERVER LA SANTÉ, NOTRE PATRIMOINE COMMUN



# PRÉSERVER

# PRÉSERVER LA SANTÉ, NOTRE PATRIMOINE COMMUN

# SANTÉ

## Sommaire

4 1 - CONSTATS

11 2 - AXES DE RÉFLEXION

- 12 Objectif 1 : Proposer une nouvelle vision politique de la santé
- 12 Objectif 2 : Réformer le système de santé
- 13 Objectif 3 : Simplifier le fonctionnement des établissements
- 14 Objectif 4 : Mettre la révolution numérique et l'innovation thérapeutique au service de la transformation du système de santé

The background of the image features a solid orange color. Overlaid on this background are two large, semi-transparent, stylized letters: a capital 'R' on the right and a capital 'P' on the left. The 'R' is positioned such that its vertical stem is on the right side of the frame, and its curved arm extends towards the center. The 'P' is positioned such that its vertical stem is on the left side of the frame, and its circular bowl is on the right, partially overlapping the 'R'.

**CONSTATS**  
**CONSTATS**

## Un système de santé hospitalo-centré

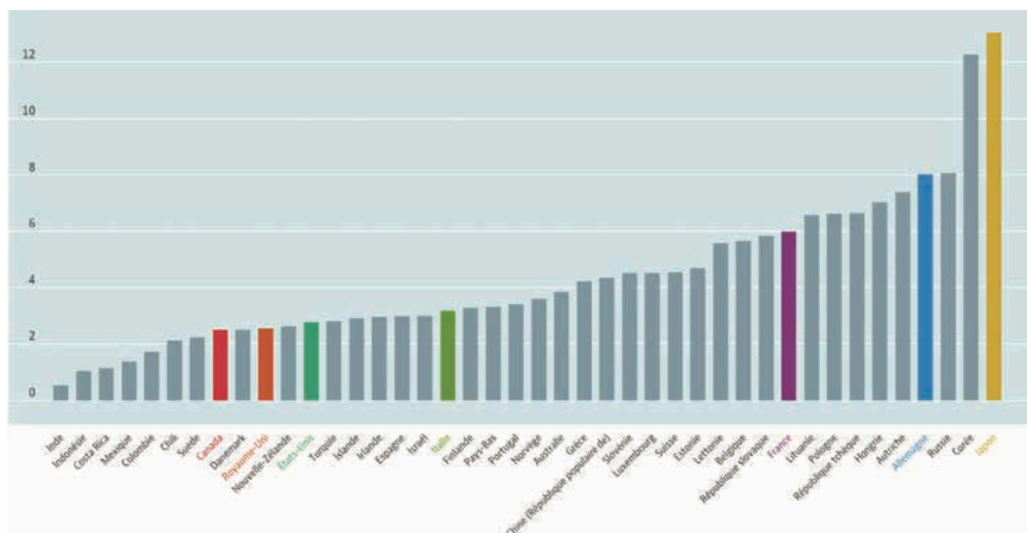
En 2019, la DREES recensait 3046 établissements de santé, en baisse par rapport aux années précédentes. Le secteur hospitalier français est composé de :

- 1 364 établissements publics ;
- 1 002 cliniques privées ;
- 680 établissements privés à but non lucratif.

Considérant l'ensemble du système de santé public et privé, l'hôpital public représente, en 2017, 77 % de la consommation de soins hospitaliers (71,5 milliards d'euros), 74 % du nombre de lits assurant 75 % de l'ensemble des séjours du système de santé.

En moyenne, au niveau national, mais avec de vraies disparités départementales, 61 % des lits et places sont situés dans des établissements de santé publics, 15 % dans les établissements privés à but non lucratif et 24 % dans les cliniques privées à but lucratif, selon la DREES.

Selon l'OCDE, la France se situe nettement au-dessus de la moyenne des autres pays membres : elle dispose de 6 lits pour 1000 habitants : elle fait moins bien que l'Allemagne qui dispose de 8 lits pour 1000 habitants mais bien mieux que les Etats-Unis qui n'en ont que 2,8 pour 1000 habitants ou le Royaume-Uni qui ne dispose que de 2,5 lits pour 1000 habitants.



Cependant ces chiffres cachent une suppression de lits inquiétante au fil des années : depuis 2013 l'hôpital a perdu 5,3% de ses lits. En une vingtaine d'années, 100 000 lits ont été supprimés en France.

## Une désertification médicale aggravée par la politique du gouvernement

L'accès aux soins médicaux est problématique sur une large partie du territoire.

En 2018, près de 3,8 millions de Français vivaient dans une zone sous-dotée en médecins généralistes (soit 5,7 % de la population), contre 2,5 millions (3,8 % de la population) quatre ans plus tôt. Ce sont donc près de 1,3 million de Français supplémentaires qui ont rencontré des difficultés d'accès aux soins au cours de cette période (DREES, février 2020).

A noter que le gouvernement, dans son plan santé, aggrave la désertification médicale en proposant de créer 3 catégories d'hôpitaux, et en cantonnant les blocs chirurgicaux et les maternités aux hôpitaux « spécialisés », voire « ultraspécialisés ».

Le manque de maternités est un problème central : selon la DREES (2019), 167 000 Françaises vivent déjà dans un désert obstétrique. En quarante ans, c'est également 2/3 des maternités qui ont fermé en France, une baisse supérieure rapportée à la diminution des naissances (758 000 en 2018 contre 800 560 en 1988, selon l'INSEE). Le nombre de maternités en France est ainsi passé de 1369 en 1975 à 498 en 2016 en France métropolitaine. Pour les agences régionales de santé, ces fermetures se justifient par l'obligation d'assurer une « qualité » et une « sécurité des soins ». En effet pour qu'une maternité soit reconnue de niveau 1, soit le niveau de sécurité minimal, elle doit afficher 300 naissances annuelles autrement elle se voit interdire la pratique des accouchements et elle est transformée en centre de périnatalité. Pour les femmes enceintes sur le point d'accoucher, ces fermetures sont évidemment synonyme d'allongement des trajets : si la moitié des femmes met moins de 17 minutes pour aller accoucher, près de 200 000 femmes en âge de procréer résident à plus de 45 minutes de la maternité la plus proche.

La question des services d'urgence et de réanimation est un autre enjeu de taille :

3,9 millions de Français résident à plus de 30 minutes d'un service d'urgence (SU) ou des services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR). Cela

représente 6 % de la population française. Le chiffre grimperait même à 46 % dans les zones rurales les plus éloignées des pôles urbains.

## La pénurie de médecins libéraux

En 2018 la France compte 223 571 médecins, dont 105 872 médecins libéraux, mais dans certaines zones rurales la pénurie de médecins est telle que nous devons aborder la question de la régulation de l'installation des médecins. Cela fait des années que de multiples mesures pour inciter les praticiens à s'implanter dans les déserts médicaux sont mises en œuvre, notamment en ouvrant des maisons médicales. Malheureusement, ces dispositifs ne fonctionnent pas toujours. Pour rappel, la loi de finances pour 2020 prévoit quelques mesures d'aides à l'installation des médecins en zones mal dotées, notamment la réunion des dispositifs existants visant à inciter les médecins à s'installer dans un désert médical, en un contrat unique appelé « contrat début d'exercice » (CDE), ouvert à l'ensemble des médecins (généralistes, spécialistes et remplaçants). Est également prévue la prise en charge, pendant deux ans, de la totalité des cotisations sociales dues par un médecin libéral ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires et s'installant en zone sous dotée dans les trois ans suivant l'obtention de son diplôme. Pendant ce temps, les déserts médicaux gagnent du terrain en France.

## L'engorgement des services des urgences

Le nombre de patients dans les urgences a doublé en vingt ans : il est passé de 10 millions en 1996 à 21,4 millions en 2017 (+2,1% comparé à 2016).

Les patients qui viennent aux urgences « n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale » (catégorie 1) représentaient 10 à 20 % des passages en 2014 (rapport de la Drees de 2014) : jusqu'à un patient sur cinq qui va aux urgences n'a pas besoin d'y aller. Selon ce même rapport, une grande partie des patients qui vont aux urgences le font parce qu'ils n'ont pas d'autre option en raison de la désertification médicale.

## Des déficits chroniques dans les hôpitaux publics et un personnel épuisé

Le déficit des hôpitaux publics s'élevait en 2017 à 1,7 milliard d'euros, puis 1 milliard d'euros en 2018 et 2019 et la dette à 30 milliards d'euros en 2018. Selon les chiffres du gouvernement, le déficit de la Sécurité sociale est de 5 milliards d'euro pour 2019.

Il y a une crise de l'efficacité : il y a un investissement massif, des dépenses publiques qui explosent et pourtant, les résultats ne sont pas probants. D'ailleurs, dans tous les classements d'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé, le système français est classé au-delà de la dixième place. De surcroît, notre système n'est pas adapté pour répondre aux nouvelles problématiques : le bien-vieillir notamment.

Il y a une crise économique : on dépense beaucoup mais on dépense surtout mal. Les ressources sont mal réparties : 33% de la dépense sont alloués à l'hôpital tandis que les domaines de la prévention, de l'ambulatoire sont sous dotés. En parallèle, la dépense administrative frôle les 15 milliards d'euros. Il y a une urgence à optimiser les dépenses.

Selon l'Académie de médecine (rapport de février 2019), le volume d'activité augmentant chaque année (+ 16% entre 2009 et 2016) alors que les tarifs baissent (- 5% dans la même période) avec des effectifs stables conduit à un épuisement des professionnels du soin qui ne reconnaissent plus la finalité de leurs métiers. La perte d'attractivité des professions de santé y compris des carrières médicales hospitalières est la conséquence de rémunérations insuffisantes.

Notre système de santé est à bout de souffle. Les professionnels de santé ont des conditions de travail déplorables à tel point qu'ils se mobilisent et en arrivent à une situation extrême : les grèves. Des médecins affirment ne plus pouvoir remplir leur « mission de service public par manque de moyens » et alertent sur « une mise en danger de la vie d'autrui ».

## Des études de santé inadaptées

Conditionnée par le numerus clausus, la sélection des étudiants à la fin de la première année des études de santé soulevait de nombreuses difficultés au premier rang desquelles un taux d'échec très élevé - plus de 80 % et une sélection sur le fondement des seules connaissances

académiques au détriment de l'évaluation des qualités humaines des étudiants a priori incontournables chez un soignant. Cette organisation de la formation est pour partie responsable de l'incapacité chronique à alimenter les territoires en professionnels de santé.

À la suite de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, toutes les universités mettront en place de nouvelles modalités d'accès aux études de santé dès la rentrée 2020. Toutefois, même si le numerus clausus est abandonné, le nombre de candidats admis en deuxième et troisième année du premier cycle des études de santé restera très régulé et ne permet pas de répondre à l'urgence actuelle.

## La crise du Covid-19 démontre la nécessité d'une véritable réforme du système de santé par une refonte globale

La crise du Covid-19 est survenue dans un contexte de crise et désorganisation de l'hôpital public, maintes fois dénoncées par le personnel hospitalier, que l'on a laissé empirer sans prendre les mesures nécessaires, mais elle dévoile surtout les failles structurelles de notre système de santé.

Première faille : notre système est complètement hospitalo-centré, si les hôpitaux publics sont un élément central ils ne peuvent être pensés comme l'unique ressort sur lequel est fondée la résilience de tout le système de santé, comme c'est le cas en France. Les cliniques privées, qui s'étaient mises depuis le début en ordre de marche pour soutenir les hôpitaux, en mettant à disposition 7000 places de réanimation (à côté des 5000 lits de réanimation disponibles dans l'hôpital public), n'ont été sollicitées que tardivement alors que les hôpitaux publics débordaient de malades.

Deuxièmement, la gestion de la santé publique en France est trop centralisée et technocratique, avec des ARS surpuissantes agissant de façon autonome, souvent sans coordination avec les élus territoriaux et les préfets, qui sont pourtant les garants de la cohérence de l'ensemble des politiques publiques dans les territoires.

Malgré cette centralisation, il n'y pas une vision stratégique de l'État car la politique de santé menée actuellement consiste à répondre aux



problèmes au jour le jour sans regarder la situation dans son ensemble et prône une vision comptable de la santé, considérée plus comme un coût que comme un investissement économiquement et socialement rentable.

Dans le même temps, l'État s'est totalement éloigné du citoyen et a abandonné des pans entiers d'investissements dans la santé qui se sont révélés cruciaux au cours de cette crise par le manque criant non seulement de stocks matériels (notamment masques, respirateurs, tests de dépistage) mais également en ressources humaines, comme par exemple des épidémiologistes de terrain.

Ce hiatus entre l'État et la population s'est fait ressentir, pendant la crise, par le manque d'interactions, pourtant indispensables, entre le ministère et les élus territoriaux, qui sont au plus près des citoyens et qui, in fine, ont pallié les failles de l'Etat en fournissant masques et tests à leur concitoyens tandis que la technocratie s'est posée en décideur unique, mais sans moyens, en se fondant uniquement sur l'avis d'un Conseil scientifique souvent éloigné du personnel soignant.

Ce manque criant de gouvernance territoriale de la santé s'est traduit par l'absence d'une stratégie ciblée auprès des bassins de population, qui aurait permis, grâce aux remontées des médecins de ville et à un dépistage massif, d'identifier plus tôt les personnes contaminées et de l'isoler du reste de la population au lieu de mettre en place un confinement généralisé.

### **Au moins trois changements de paradigme paraissent nécessaires :**

Un changement épidémiologique : nous avons une gouvernance qui part de la gestion du risque seulement une fois qu'il est survenu. Il faut changer le raisonnement en développant une stratégie de l'anticipation, de la prévention, du maintien en bonne santé.

Un changement dans l'organisation des soins : il faut passer d'une logique de soins ponctuels à une logique de parcours de santé dans lequel chacun de nos concitoyens joue un rôle actif, est acteur de prévention, et de son maintien en bonne santé.

Un changement de gouvernance : le maintien en bonne santé doit procéder d'une vision stratégique de l'État et d'une déclinaison de la politique de santé au niveau régional avec une plus grande autonomie des acteurs locaux. Aujourd'hui, il y a beaucoup d'acteurs

au niveau national, régional, local, qui n'ont pas forcément de liens. Il faut que tous ces acteurs agissent en coordination.

La politique de santé menée actuellement consiste à répondre aux problèmes au jour le jour sans regarder la situation dans son ensemble. La crise du Covid-19 a démontré la nécessité de mener une véritable réforme de la santé par une refonte globale du système. Cette réforme doit procéder d'une nouvelle vision stratégique de la santé consistant à anticiper tous les enjeux relatifs au parcours de soins. Ce sera le premier objectif de notre forum.

Notre deuxième objectif consiste à modifier la gouvernance en matière de santé afin de réorganiser l'ensemble du système et à assurer une réponse adaptée aux besoins des territoires.

Cette nouvelle gouvernance implique la nécessité de simplifier le fonctionnement des établissements de santé. Cela sera le troisième objectif de ce forum.



AXES DE  
RÉFLEXION

**AXES DE  
RÉFLEXION**

## Objectif 1 : Proposer une nouvelle vision politique de la santé

- Agir en amont des prises en charge de pathologies existantes : au-delà de simplement être soignés, les patients doivent être accompagnés dans des stratégies d'anticipation, de prévention et de maintien en bonne santé.
- Repenser la philosophie du parcours de santé : adapter l'offre de soins, la diversifier en passant d'une vision curative à une vision de parcours accordant une place plus importante aux actes de prévention et à l'identification de déterminants environnementaux pouvant être responsables de l'apparition de pathologies chroniques.
- Réformer l'accès aux soins de ville par la création d'une gouvernance territoriale de l'offre de soins s'appuyant sur la médecine de ville et les structures médicales de proximité, l'hôpital devant être le dernier recours. Le virage ambulatoire et le renforcement du maillage sanitaire territorial ne seront une réussite qu'à la condition d'une meilleure organisation de l'offre de soins primaires et à un investissement dans la médecine coordonnée.
- Reconnaître à leur juste valeur les soignants : dans le secteur privé comme dans le public, les revenus des soignants méritent d'être significativement augmentés afin de souligner leur engagement. Au-delà de cette revalorisation des grilles salariales dans le public, les tarifs opposables à la sécurité sociale doivent être revalorisés et adaptés aux réalités actuelles des prises en charge.
- Revoir la stratégie de communication notamment en période de crise : les politiques décident, les scientifiques débattent et donnent leur avis. Séparer les rôles des scientifiques et des politiques.

## Objectif 2 : Réformer le système de santé

- Penser un nouveau mode de gouvernance de la santé publique : les standards de santé publique doivent être définis au niveau national, en regroupant les forces administratives en un opérateur de veille sanitaire et épidémiologique capable d'unifier l'action de l'État et d'établir des stratégies directrices pour l'application des orientations de politiques de santé publique votées par le Parlement.

- Décliner au niveau régional la mise en œuvre des politiques de santé, offrant une plus grande autonomie aux acteurs locaux au contact des professionnels de santé et une meilleure capacité d'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins identifiés, au travers de la définition de schémas régionaux de santé publique.
- Conserver la fluidité permise par la crise du Covid-19 entre médecine de ville et hôpitaux pour éviter une surcharge des services d'urgences : le renforcement de la coordination entre la médecine libérale, les centres de santé et l'hôpital, par la formation de communautés de coopération sanitaire et de convention de parcours, est impérative pour améliorer les prises en charge et l'allocation des ressources.
- Engager une nouvelle réflexion sur le maillage territorial et les besoins des territoires en remettant les élus territoriaux au cœur du fonctionnement de l'hôpital s'appuyant sur les réalités pratiques et leurs connaissances populationnelles : cela permettra de casser le fonctionnement en silo et d'apporter une réponse rapide aux besoins des citoyens en fonction de l'organisation sanitaire au niveau du territoire.

## Objectif 3 : Simplifier le fonctionnement des établissements

- Médicaliser la direction des établissements de santé. Les professionnels sont les plus à même de comprendre les enjeux qui se posent d'un point de vue sanitaire, ils doivent acquérir plus d'autonomie dans leur prise de décision et être automatiquement associés aux changements stratégiques de l'établissement afin de coller au mieux à leurs besoins quotidiens.
- Rendre plus autonomes les services des hôpitaux et laisser une marge de manœuvre plus large aux chefs de service : cela offrira davantage de souplesse, et donc, d'efficacité aux professionnels, leur permettant de prendre les décisions pertinentes qui faciliteront le travail des personnels soignants. Il est essentiel d'accorder aux soignants la confiance qu'ils méritent, tant sur les stratégies thérapeutiques à proposer aux patients que sur l'organisation et la gestion de leurs services.
- Cesser l'hyper-administration des emplois au sein des établissements : il y a autant de postes de professionnels de santé que de postes

administratifs dans nos hôpitaux aujourd'hui. Alors que le manque de moyens matériels et humains est régulièrement dénoncé par les personnels soignants, l'hyper-administration de l'hôpital ne permet pas de répondre aux enjeux sanitaires et surtout, n'offre aucune autonomie aux professionnels de santé.

- Assouplir le carcan administratif des maisons de santé afin d'attirer d'autres professionnels de santé.
- Rendre la médecine aux médecins : les décharger de tâches administratives lourdes et dégager du temps avec le patient. Donner les moyens au médecin d'employer du personnel administratif pour se décharger des tâches administratives à travers des incitations et financements en rapport avec l'activité médicale : accroître le développement des assistants médicaux.

## Objectif 4 : Mettre la révolution numérique et l'innovation thérapeutique au service de la transformation du système de santé

- Opérer le virage de la santé personnalisée, en passant d'une médecine curative à une médecine aux stratégies individualisées, davantage prédictive et adaptées au traitement des pathologies chroniques, liée au vieillissement de la population.
- Recentrer les Centres Hospitaliers Universitaires sur leurs activités d'excellence à forte spécialité, au sein desquels l'accès aux thérapies innovantes et aux plateaux techniques équipés de technologies de pointe sera offert aux patients.
- Réformer les conditions d'accès au marché pour les molécules innovantes : le délai d'accès au marché des médicaments remboursables est près de trois fois supérieur en France à ceux prévus par l'Union européenne. La gouvernance des négociation tarifaires entre les pouvoirs publics et les laboratoires pharmaceutiques ainsi que les mécanismes d'accès au marché et d'extension des indications doivent être repensés pour être plus efficaces et être plus rapidement prescrits par les professionnels de santé.



MERCI DE PRENDRE QUELQUES  
INSTANTS POUR NOUS FAIRE PART  
DE VOTRE RESENTI VIA  
LE LIEN CI-DESSOUS

<https://bit.ly/3hBTAUf>

## RAPPORT D'ÉTAPE DES FORUMS

JUILLET 2020



# RETROUVEZ LE RAPPORT D'ÉTAPE DES FORUMS THÉMATIQUES DES RÉPUBLICAINS



## DÉCOUVREZ NOS AUTRES LIVRETS