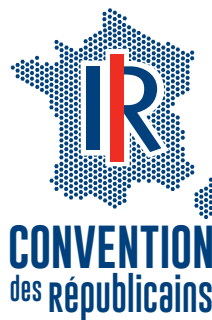




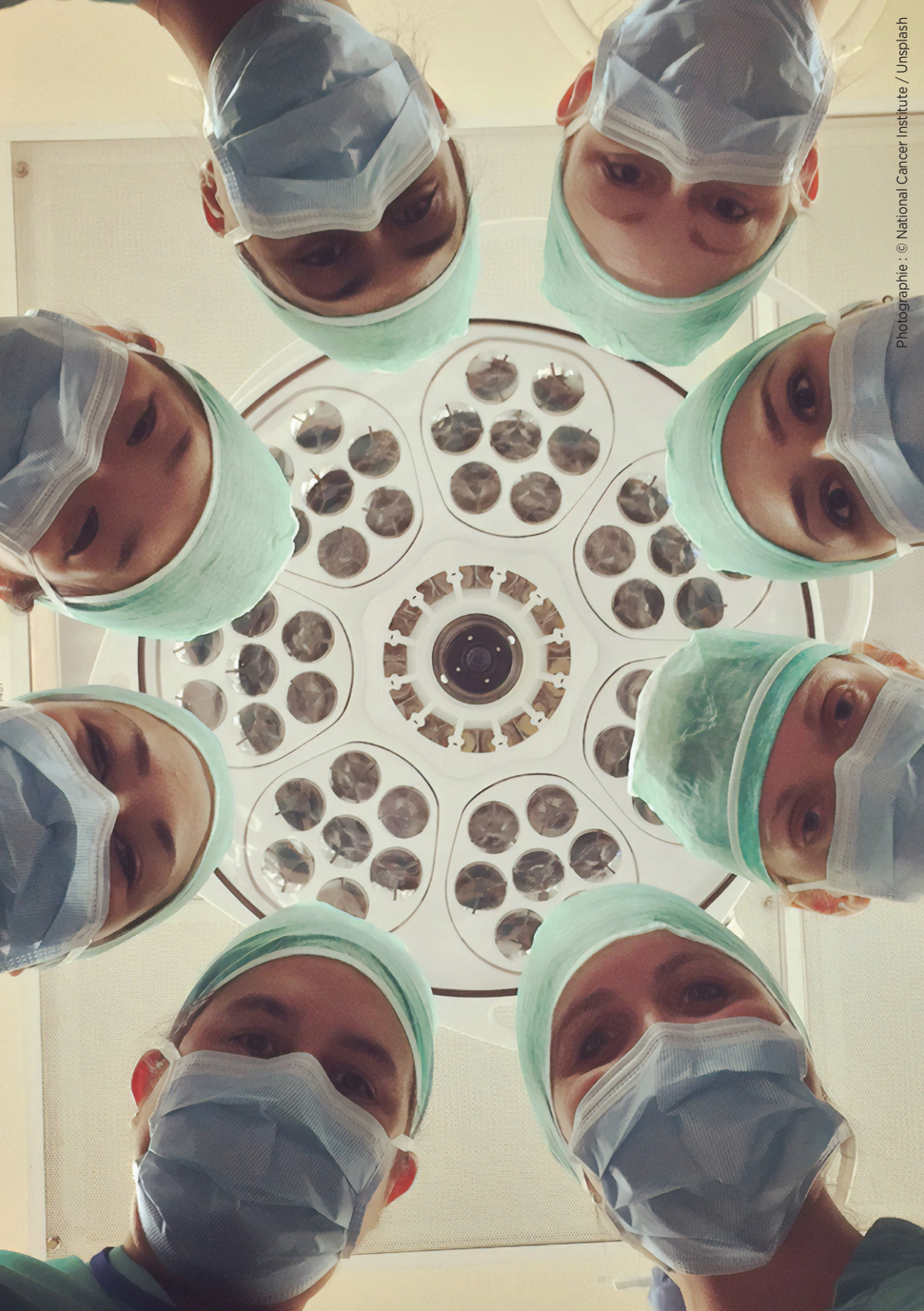
# CONVENTION SANTÉ

JUIN 2021



# SOMMAIRE

CONSTATS	7
PROPOSITIONS POUR LA CONVENTION « SANTÉ »	22
NOS PROPOSITIONS	24
Refonder le système de santé	25
Rendre le système de santé plus performant et plus juste	29
Renforcer la souveraineté de la France en matière de santé	33



La crise de la Covid 19 que nous traversons interroge l'Etat dans sa mission régalienne de protection de la population. L'affaire des masques, des lits de réanimation, des tests et de vaccins restera à jamais gravée dans les mémoires comme une incapacité de l'état de réagir avec efficacité à cette crise, révélant au grand jour les failles structurelles de notre système de santé : hospitalo-centrisme, gestion de la santé bureaucratique et atomisée, incapacité d'anticipation et de planification, privilégiant une politique de gestion de flux plutôt qu'une stratégie de long terme, grave dépendance à l'étranger en matière de médicaments et d'équipement médical... *In fine*, ce sont les collectivités territoriales qui ont dû pallier les déficiences de l'Etat sur les masques, les tests, les centres de vaccination. C'est le fonctionnement même de notre système de santé qu'il faut remettre en cause : une machine technocratique qui mine la chaîne de prise de décision et qui empêche leur mise en œuvre rapide sur le terrain ; un ministère incapable d'organiser la logistique alors qu'il est responsable du pilotage de la gestion de la crise, sans en avoir les moyens.

Si la fixation des orientations stratégiques en santé doit être laissée à l'Etat pour assurer la même qualité de prise en charge de tous les Français où qu'ils soient, il faut inverser la logique de fonctionnement du système, partir des besoins de la population et faire confiance aux collectivités territoriales qui ont la vision du terrain. Nous devons créer un nouveau partenariat équilibré entre l'Etat, les collectivités territoriales et les communautés des territoires de santé autour d'un projet de santé collectif.

C'est valable également à l'intérieur des hôpitaux, où il faut réduire le poids des services administratifs (plus de 34% des personnels hospitaliers) et rendre l'autonomie aux médecins pour qu'ils puissent embaucher du personnel, acheter des équipements nécessaires rapidement, ce qu'a permis de faire, pendant un temps, la crise de la Covid dont l'urgence a réduit, comme par magie, les procédures.

A cette lourdeur technocratique ne correspond pas une vision stratégique de la santé, mais une gestion comptable, au jour le jour. Là aussi il faut une révolution : fonder notre système non pas sur l'offre des soins mais sur les besoins en santé de la population, et définir une véritable stratégie nationale de santé publique dans une loi de programmation sanitaire à cinq ans, votée par le Parlement. Ce qui implique de passer d'une logique de parcours de soins à une logique de parcours de santé, en investissant massivement dans la prévention, notamment pour mieux lutter contre les maladies chroniques qui touchent aujourd'hui un Français sur six.

Une autre grande priorité est de lutter contre la désertification médicale en développant les maisons de santé, la télémédecine, en incitant les étudiants, dès leurs premières années d'études, et les médecins libéraux, à s'installer dans des zones sous-dotées par la mise en place de conditions de stage et d'exercice particulièrement attractives.

En contrepartie, une revalorisation des rémunérations des professionnels de santé et une augmentation du tarif de base de l'acte médical est nécessaire : nos infirmières et infirmiers sont payées entre 10 et 20% de moins que leurs confrères européens et la consultation de médecine générale coûte 25 euros en France contre 47 euros en moyenne dans les autres pays de l'OCDE.

Enfin, retrouver l'autonomie stratégique de la France en matière de santé : au-delà du constat amer qu'ont fait les français, pendant la crise de la Covid 19, d'un pays qui n'a pas suffisamment de stocks, pire, il n'a pas la capacité de répondre rapidement à ses besoins - aujourd'hui 80% des principes actifs à usage pharmaceutique sont fabriqués en Chine et en Inde, dans les pays à bas coût, alors que nous disposons d'un tissu industriel en France fort de 271 sites et de 43 000 employés expérimentés ! Il est aujourd'hui indispensable de renforcer les obligations de stockage et de relocaliser la production en France des médicaments d'intérêt stratégique en s'appuyant sur notre tissu industriel et en accompagnant les entreprises qui s'engagent à le faire.

Renforcer la souveraineté de la France en matière de santé signifie également soutenir la recherche et l'innovation, financer les essais cliniques et les entreprises de biotechnologie française alors que la France voit sa compétitivité et sa force d'attraction pour l'innovation médicale s'affaiblir, à cause d'un soutien insuffisant de l'Etat à toute la chaîne de l'innovation thérapeutique, d'une fiscalité désavantageuse, de délais d'accès trop longs aux nouveaux médicaments, d'un déclin de notre recherche qui provoque une fuite des cerveaux : en 2019, sur les 61 innovations thérapeutiques qui ont obtenu une autorisation de mise sur le marché européenne, seulement cinq sont produites en France. La crise de la Covid a mis en exergue ces failles, notre pays n'ayant pas été capable de proposer un vaccin dans les mêmes délais que ses concurrents et l'Etat n'ayant pas assez soutenu nos biotechs : pour preuve l'entreprise nantaise Valneva fabriquera son vaccin pour... le Royaume Uni.

Même si la santé est, et doit, rester une compétence nationale, il est essentiel de mener une action commune et stratégique au niveau européen face aux crises sanitaires comme celle que nous vivons. Coordonner les réponses face à la crise, rebâtir une industrie européenne de la santé, constituer des stocks de médicaments stratégiques, investir dans la recherche et l'innovation médicale sont les leviers, au niveau français et européen, pour protéger la santé de nos concitoyens et restaurer notre souveraineté sanitaire.

**Christian Jacob**  
Président des Républicains





# CONSTATS

## La crise de la Covid-19 démontre les failles structurelles de notre système de santé

### La gestion de la santé publique en France est trop centralisée et technocratique...

Notre système de santé est victime d'une crise organisationnelle (d'après le sociologue Henri Bergeron dans son livre « *Covid - 19 : une crise organisationnelle* » Presses de Sciences Po) : technocratique, bureaucratique, centralisé, il fonctionne via des circulaires, descendant du niveau national vers le niveau régional des Agences régionales de santé (ARS) qui les retraduisent aux acteurs de santé sur le terrain, trop souvent sans prendre en compte leurs particularités. De nombreux élus se plaignent de la trop grande autonomie des ARS et du manque de coordination avec les préfets, qui sont pourtant les garants de la cohérence de l'ensemble des politiques publiques dans les territoires. Cette crise sanitaire et économique nous prouve plus que jamais les limites de cette action centralisatrice de l'État, déconnectée des besoins réels de la population, et où le manque d'interactions, pourtant indispensables, entre le ministère et les élus territoriaux, qui sont au plus près des citoyens, s'est fait gravement ressentir. *In fine*, ce sont les collectivités locales qui ont pallié les failles de l'Etat en fournissant masques et tests à leurs concitoyens, tandis que la technostructure s'est imposée comme 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 ainsi traduit par l'absence d'une stratégie ciblée auprès des bassins de population, qui aurait permise, grâce aux remontées des médecins de ville et à un dépistage massif, d'identifier plus tôt les personnes contaminées et de les isoler du reste de la population, plutôt que de mettre en place un confinement généralisé. Nous voulons une action publique de proximité, en circuit court dont les résultats sont évalués et transparents. Pour cela il faut inverser cette logique de fonctionnement, partir des acteurs de terrain qui connaissent bien leurs territoires et faire confiance aux professionnels que l'administration doit simplement accompagner.

### ...mais est dépourvue de vision stratégique

Malgré cette gestion très centralisée, le foisonnement d'agences et le « démembrement de l'État » a contribué à émietter l'action publique plutôt qu'à la rendre plus performante. L'action de l'Etat en matière de santé se disperse dans une multitude de directions centrales, agences nationales, instances d'expertise telles que Santé Publique France, la Haute Autorité de santé (HAS), le Haut

Conseil de Santé Publique (HCSP), le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCCAM)... Le nombre et le cloisonnement de toutes ces structures nuit à la fixation des priorités stratégiques par l'Etat et à la mise en place d'une politique de santé efficace et cohérente par l'atomisation du pouvoir de décision. Ainsi, malgré la gestion hypercentralisée de la politique de santé, il n'y a pas de vision stratégique globale, l'Etat ne fait que répondre aux problèmes au jour le jour et prône une vision comptable de la santé, considérée davantage comme un coût que comme un investissement économiquement et socialement rentable – d'où son désengagement progressif de pans entiers d'investissements qui se sont révélés cruciaux au cours de cette crise, notamment masques, respirateurs, tests de dépistage...

En somme, l'État est trop lourd là où il devrait être souple et trop faible là où il devrait être fort. Notre objectif est à la fois simple et ambitieux : **rendre la politique publique efficace pour protéger la santé de nos concitoyens**. Réarmons l'État pour fixer les grands axes stratégiques de la santé et faisons confiance aux collectivités pour les mettre en œuvre avec agilité, et sens de l'adaptation, aux réalités territoriales.

**Il faut refonder notre système de santé en fixant les axes stratégiques à partir des besoins de la population, et non pas de l'offre de santé, et en territorialisant la mise en œuvre de la politique de santé au plus près de nos concitoyens.** Cela signifie créer les conditions d'un partenariat équilibré entre l'autorité déconcentrée de l'Etat et les collectivités territoriales qui ont la vision du terrain. Si la fixation des orientations stratégiques en santé doit être laissée à l'Etat pour assurer la même qualité de prise en charge de tous les Français où qu'ils soient, les régions doivent être associées davantage à l'action sur la démographie médicale, sur les maisons de santé, sur la politique de prévention, notamment auprès des jeunes. Il est également important de renforcer le rôle des « communautés des territoires de santé », de même que leur articulation avec les élus et les ARS, vis-à-vis desquelles le rôle du préfet doit être renforcé, pour éviter un fonctionnement en silo et garantir la cohérence de l'action publique au profit des territoires. Les départements, devraient devenir la collectivité chef de file pour le médico-social, notamment dans la lutte contre la perte d'autonomie, qui doit être fondée, autant que possible, sur le maintien à domicile.

## **Une dette sociale abyssale**

Le déficit de la sécurité sociale est estimé à plus de 44 milliards d'euros en 2020 – dont 15 milliards de dépenses exceptionnelles dues à la crise sanitaire, une dette abyssale qui devrait rester d'actualité pour de longues années : en 2020, les administrations de sécurité sociale (ASSO) plongent dans le rouge à hauteur de



72 milliards d'euros, soit 3,3% du PIB. Un solde négatif d'un tel niveau représente un « record », selon le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS). Aucun plan de financement solide n'a été prévu par le gouvernement, ce qui ne signifie qu'une solution : faire de la dette encore et toujours. C'est dans cette optique que la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) a été prolongée de neuf ans : chargée d'éponger le passif accumulé par le régime général de la Sécurité sociale, cette institution va poursuivre sa mission jusqu'en 2033, alors qu'elle devait l'achever en 2024. Elle se voit confier un montant global de dette de 136 milliards d'euros, dont 92 milliards d'euros pour les quatre exercices couvrant la période 2020-2023.

### **Mieux vaut prévenir que guérir**

La prévention est l'un des parents pauvres des politiques de santé en France : moins de 2 % des dépenses de santé y sont alloués contre 3,1% en moyenne dans l'UE, soit 67 euros par Français contre 89 euros en moyenne dans les autres pays, selon une étude commune de l'OCDE et de la Commission européenne<sup>1</sup> en 2017. La lecture purement comptable de la santé à travers la ventilation des dépenses est en contradiction avec l'idée même de prévention. Depuis 2015, l'espérance de vie en bonne santé est en baisse en France et le taux de mortalité précoce des hommes de moins de 65 ans, évitable par la prévention, augmente. Entre 30 et 40% des décès prématurés pourraient ainsi être évités par le dépistage et l'amélioration de la prise en charge en amont, par des actions sur les comportements et les situations à risque. La prévention des « maladies de civilisation », c'est-à-dire liées au style de vie (artériosclérose, hypertension, diabète, obésité, maladies auto-immunes...), apparaît pourtant comme une manière certaine de réduire les coûts et les effets secondaires associés.

C'est pourquoi il faut d'abord un changement épidémiologique : nous avons une gouvernance qui part de la gestion du risque, seulement une fois qu'il est survenu, et qui est dominée par le principe du parcours de soin ; mais cette approche est peu adaptée aux maladies chroniques car elle ne prend pas en compte, en amont, la prévention des pathologies et, en aval, la réinsertion de l'ancien malade dans sa vie professionnelle ou scolaire. Or aujourd'hui, plus de 10 millions de personnes en France sont atteintes d'une affection de longue durée (ALD) soit un français sur six, et les dépenses relatives aux maladies chroniques représentent 65% des dépenses annuelles de l'assurance maladie.

**Les médecins scolaires et du travail sont laissées totalement en déshérence :** le taux d'encadrement des élèves s'est dégradé de 20% en cinq ans pour atteindre en moyenne un médecin pour 12 572 élèves. La statistique la plus défavorable laisse apparaître dans certaines régions un médecin scolaire pour 47 000 élèves. Seul

<sup>1</sup> State of Health in the EU · France · Profils de santé par pays, 2019

un enfant sur cinq bénéficie aujourd'hui de la visite médicale de la 6ème année. En 2020, un tiers des postes de médecins de l'éducation nationale sont vacants et le nombre de médecins scolaires a chuté de 15% depuis 2013, avec des prévisions de départ en retraite qui excèdent largement le rythme des recrutements. Le même phénomène de pénurie des ressources médicales touche la médecine du travail, pesant sur la capacité du système à assurer un suivi médical de qualité des travailleurs. Selon les chiffres communiqués par l'association Présanse, le nombre de médecins du travail et de collaborateurs médecins s'est établi à 3 883 en 2018, en diminution de 4% par rapport à 2017, alors que selon le rapport de l'Organisation internationale du travail (OIT) « Stress au travail : un défi collectif », le coût du stress au travail dans notre pays est estimé entre 1,9 et 3 milliards d'euros, incluant soins de santé, absentéisme, pertes d'activité et de productivité. Il faut changer le raisonnement, développer une stratégie de l'anticipation, de la prévention, du maintien en bonne santé et passer d'une logique de soins ponctuels à une logique de parcours de santé dans lequel chacun de nos concitoyens est aussi acteur de son maintien en bonne santé. C'est pourquoi, loin d'être périphériques, les enjeux de la politique de prévention devraient structurer notre politique de santé qui est aujourd'hui beaucoup trop tournée vers le curatif. Cette évolution se heurte toutefois à l'organisation et à la répartition des compétences en matière de santé, segmentées entre d'un côté, l'Etat et l'hôpital et de l'autre, les collectivités, le médico-social, la médecine de ville, etc. L'insuffisance du pilotage, le cloisonnement et la dispersion des acteurs et des interventions participent grandement à l'illisibilité et à l'inefficacité des initiatives : **une refonte complète de la prévention est nécessaire à l'instar de la mise en place d'une nouvelle articulation entre médecine de ville, secteur médico-social et hôpital.**

### **Ouvrir l'hôpital vers l'extérieur**

L'hôpital public représente en France 77% de la consommation de soins hospitaliers (71,5 milliards d'euros) et 74% du nombre de lits. En 2019, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) recensait 3046 établissements de santé, dont 1364 établissements publics, 1002 cliniques privées et 680 établissements privés à but non lucratif. Selon l'OCDE, la France se situe nettement au-dessus de la moyenne des autres pays membres en disposant de six lits pour 1000 habitants (contre 2,5 lits pour le Royaume-Uni, 2,8 pour les Etats-Unis, mais 6 pour l'Allemagne), même si, depuis 2013, l'hôpital a perdu 5,3% de ses lits (100 000 lits ont été supprimés en France en une vingtaine d'années).

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 lors de l'épidémie de Covid, en mettant à disposition 6000 places de réanimation (à côté des 5000 lits de réanimation disponibles dans l'hôpital public), n'ont été sollicitées que tardivement pendant que les hôpitaux publics débordaient de malades. Ces derniers ont préféré transférer les patients dans d'autres hôpitaux et déprogrammer les opérations hors Covid plutôt que de les transférer vers les cliniques privées. Par ailleurs, si elle permet la mutualisation des certaines fonctions, la restructuration engagée dans le secteur hospitalier dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), autour d'un établissement « support », polarise l'offre des soins spécialisés autour de ces établissements et des zones urbaines, alors que le secteur médico-social demeure faiblement doté et incapable de répondre aux besoins de la proximité. Comme le suggère le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) dans son rapport de mai 2018, il serait souhaitable que les établissements de santé cessent d'être le centre de gravité du système et s'ouvrent sur l'extérieur, qui ne doit pas être imaginé seulement comme l'avant et l'après hôpital, mais qui doit être structuré par des soins ambulatoires et d'urgence bénigne, assurés de façon systématique, dans des structures libérales ou de maisons de santé départementales. Cette adaptation est nécessaire pour mieux prendre en charge les pathologies chroniques et notamment la perte de l'autonomie, provoquée par le vieillissement, et pour laquelle il faut donner la priorité au maintien à domicile (v. nos propositions lors de la convention consacrée aux seniors). Nous devons mobiliser au maximum toute la diversité des compétences pour construire un véritable écosystème de santé de proximité : médecins généralistes et spécialistes, secteur médico-social et paramédical, infirmières en pratiques avancées (IPA), professionnels de la santé à domicile, pharmaciens...

### **La bureaucratie et la technocratie étouffent l'hôpital public**

Outre la dette, qui atteint aujourd'hui 30 milliards d'euros, la bureaucratie et l'extrême centralisation des moindres décisions étouffent l'hôpital public, où près de 34% des effectifs ne sont pas des soignants mais des agents administratifs, techniques ou de services (contre 22% en Allemagne).

Cette technocratie pléthorique ralentit la prise de décision, comme l'a prouvé la première vague de la pandémie et où les médecins hospitaliers ont temporairement repris leur pouvoir organisationnel, pouvant ainsi s'adapter à l'urgence. Pourtant, la bureaucratisation de l'hôpital public n'est pas une fatalité : pour preuve, l'hôpital de Valenciennes expérimente depuis plus de dix ans une gestion décentralisée et horizontale et compte seulement 5% de personnel non médical, déléguant 80 à 90% du budget aux chefs de pôle, qui peuvent ainsi recruter des

personnels et acheter des équipements rapidement en fonction des besoins des services. Pendant le Covid, c'est ce qui leur a permis d'ouvrir des lits de réanimation supplémentaires rapidement. Cette autonomie laissée aux médecins libère l'esprit d'initiative et la créativité et les résultats sont éloquentes : taux d'absentéisme inférieur à 8%, établissement excédentaire depuis 7 ans, 100 personnes embauchées chaque année dont 95% des soignants.

**Il faut renverser la pyramide hiérarchique, confier de larges responsabilités financières et décisionnaires aux médecins et faire intervenir l'administration uniquement en expertise et en accompagnement des décisions médicales.**

### **L'engorgement des urgences**

Le nombre des patients dans les urgences a doublé en dix ans et a dépassé le chiffre de 25 millions en 2019 alors qu'environ un passage sur cinq représente des urgences bénignes ou « n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale » (catégorie 1). En France, il y a 473 urgences en hôpital public sous tension. Une urgence hospitalière, qu'elle soit bénigne ou pas, coûte en moyenne entre 200 et 250 euros au système de santé.

Il est nécessaire de mieux répartir les urgences entre le secteur hospitalier et la médecine de ville. A cet égard, il est pertinent d'opérer un tri des malades préalablement à leur arrivée aux urgences à l'instar de ce qu'a permis l'expérimentation cette année du Service d'accès aux soins (SAS) comme outil d'orientation et de guidage des patients dans le système de santé. Le SAS permet ainsi à toute personne ayant un besoin de santé urgent ou n'ayant pas de médecin traitant disponible, et nécessitant un soin non programmé, d'accéder à distance à un professionnel de santé qui oriente, selon son état, vers une consultation non programmée en ville ou à l'hôpital, vers un service d'urgences, voire déclencher une intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation ou de toute autre équipe préhospitalière.

# Des inégalités d'accès aux soins qui persistent

## La désertification médicale progresse

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). 3,9 millions de Français résident à plus de trente minutes d'un service d'urgence (SU) ou des services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) soit 6% de la population française mais ce chiffre grimperait même à 46% dans les zones rurales les plus éloignées des pôles urbains.

**La pénurie de médecins libéraux.** On compte plus de 225 000 médecins en activité, (soit 3,16 praticiens pour 1000 habitants) mais dont l'âge moyen est de 55 ans. D'ici 2025, 6 000 postes de généralistes devraient disparaître, selon le Conseil de l'ordre des médecins ce qui, avec leur féminisation progressive, conduirait à une diminution du temps consacré aux soins des patients – déjà considérablement réduit par la lourdeur des tâches administratives, et à une demande plus importante de salariat. Nous manquons aussi de spécialistes, avec pour principale conséquence l'augmentation de délais d'attente avant de pouvoir consulter : alors que le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de 29 jours à Paris, il est de 97 jours dans les communes périphériques des villes moyennes. Le risque est de voir la demande de rendez-vous ne pas aboutir du tout comme c'est le cas pour 17 % des demandes pour un ophtalmologiste. Depuis plusieurs années des mesures sont mises en œuvre pour inciter les praticiens à s'implanter dans les déserts médicaux : aides à l'installation, création des maisons de santé, bourses incitatives, obligation pour tout interne de faire un stage d'un semestre en médecine générale entre la 4<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> année, garantie minimale de revenus pour des jeunes qui s'installent en zone sous-dotée, prise en charge pendant deux ans de la totalité des cotisations sociales dues par un médecin libéral s'installant en zone sous dotée dans les trois ans suivant l'obtention de son diplôme... Cependant, malgré ces mesures, la pénurie des médecins gagne du terrain en France, notamment en médecine libérale : seulement 10% de jeunes médecins ouvrent un cabinet, la majorité choisissant des remplacements ou des postes de salariés. Le récent abandon du numerus clausus ne suffira pas à résoudre le problème des déserts médicaux : cette réforme est en trompe l'œil – le nombre de candidats admis en deuxième et troisième année du premier cycle des études de santé restant très régulé par les universités et le nombre des places en internat n'ayant pas été augmenté – et ne répond pas à l'urgence sans effet notable avant dix ou douze ans. Selon l'enquête de la Commission Jeunes Médecins du Conseil Nationale de l'Ordre des médecins de février 2020, 75% des



internes envisagent de s'installer en libéral ou en activité mixte et 2/3 des remplaçants (dont 70% choisissent des zones semi-rurales ou rurales) prévoient de le faire dans les trois années à venir. L'isolement, l'abandon des services publics et les difficultés d'emploi du conjoint restent toutefois de vrais freins à cette installation, freins que les aides financières seules ne suffisent pas à lever.

### **Un déficit chronique de la France dans la prise en charge de la santé mentale**

Avec un Français sur cinq touché par une maladie psychique, une mauvaise qualité des soins et un coût très lourd pour l'ensemble de la société, la santé mentale constitue le trou noir du système de santé français : **seulement 40 à 60 % des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui prises en charge**. Si la France compte aujourd'hui plus de psychiatres par habitant que la plupart des pays de l'OCDE (avec 22,8 psychiatres par habitant contre 15,5 en moyenne dans l'OCDE), force est de constater que les parcours sont éclatés, les patients stigmatisés, le recours à l'hospitalisation de longue durée fréquent, le manque de coordination entre la ville et l'hôpital flagrant, la prévention trop faible et les délais d'attente très longs (67 jours en moyenne, 21 en psychiatrie générale et 116 en psychiatrie infanto-juvénile). L'offre de soins est par ailleurs très inégale sur le territoire, ce qui occasionne un déficit de prévention, notamment auprès des jeunes, ainsi que des retards de diagnostic. En témoigne la mortalité prématurée des personnes touchées par ces maladies, dont l'espérance de vie est inférieure de 10 à 20 ans en moyenne au reste de la population. La France détient également un triste record avec l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe : 14,9 suicides pour 100 000 habitants et 29 suicides par jour. Elle se situe au dixième rang sur 32, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est. Alors que la prévention primaire est quasiment inexistante aujourd'hui, le repérage des troubles psychiques et leur prévention doit devenir l'affaire de tous : à l'instar de certains pays comme l'Australie, chacun, en France, devrait être formé aux premiers secours en santé mentale.

**Avec la pandémie, les conséquences psychiques sont multiples et touchent particulièrement les jeunes** : décrochage scolaire, doublement des symptômes dépressifs, multiplication des tentatives de suicide, hausse de la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. Un étudiant sur deux éprouve un sentiment de solitude et presque un étudiant sur trois un sentiment de détresse psychologique. Sept étudiants sur dix s'inquiètent pour leur santé mentale, selon un sondage publié dans le Figaro étudiant en décembre 2020. Les jeunes sont mal accompagnés face à leur détresse psychologique : selon un rapport de l'association Nightline, une plateforme d'écoute destinée aux étudiants, avec un psychologue pour 30 000 étudiants, la France reste bien en retard par rapport aux autres pays. Aux États-Unis, c'est un pour 1500 étudiants et au Canada, un pour 3000.

**L'une des raisons principales de l'état de délabrement dans lequel se trouve aujourd'hui la psychiatrie publique réside dans l'absence d'une grande politique nationale de psychiatrie et de santé mentale.** Aujourd'hui encore, rien ne définit une vision d'ensemble élaborée au niveau national, indispensable à des pratiques médicales raisonnablement unifiées sur le terrain. C'est en effet faute de cette vision nationale claire et précise, faute de référentiels ou de tronc commun, que chacun agit sur le terrain comme il l'entend ou comme il le peut, en fonction de ses propres critères d'appréciation, de sa formation, ou de ses moyens. Faute d'impulsion politique nationale, notre pays est donc resté au milieu du gué et les réformes successives se sont empilées sans véritable vision, et où la désignation d'un délégué à la santé mentale et à la psychiatrie, rattaché au seul ministère de la santé, ne suffit pas à assurer la coordination de cette politique qui se doit d'être transversale.

**La désorganisation des soins, le poids très lourd de l'hospitalisation longue dans les traitements, les modes de tarification inadaptés entraînent également des coûts colossaux pour la société.** En 2017, selon l'Assurance maladie, les dépenses liées aux maladies psychiatriques et à la consommation de psychotropes s'élevaient à 23,2 milliards d'euros, sur un budget total de 161 milliards d'euros. Elles représentent près de 14% des dépenses totales et se placent comme le premier poste de dépenses par pathologie, devant les maladies cardio-vasculaires (16 milliards d'euros) et les cancers (17,4 milliards d'euros).

## **Des personnels qui ne sont pas reconnus à leur juste valeur**

**Une pénibilité qui nuit à l'attractivité des métiers de la santé.** Si les hommages rendus aux soignants pour leur action durant la crise sanitaire se sont multipliés, nul n'ignore leur dévouement mais aussi leurs appels à l'aide répétés, bien antérieurs à la Covid-19. Depuis des années, aides-soignants, infirmiers, médecins, brancardiers et agents de nettoyage dénoncent leurs conditions de travail. 43% du personnel infirmier « ne sait pas s'il sera toujours infirmier dans cinq ans » selon une enquête récente menée par l'ordre des infirmiers et, selon l'Ordre national des infirmiers (ONI), 70% des infirmiers ont le sentiment que leurs conditions d'exercice se sont dégradées au cours des cinq dernières années.

**Des rémunérations insuffisantes.** Une des causes de la perte d'attractivité des professions de santé est le niveau insuffisant des rémunérations. D'après la DREES, au 1er janvier 2020 en France, il y a 744 307 infirmiers et infirmières du secteur public avec ont un salaire moyen de 2000 euros mensuel. Les personnels soignants ont obtenu, au titre du Ségur de la Santé, une augmentation de 183 euros par mois alors qu'ils réclamaient 300 euros pour atteindre le salaire

moyen des pays de l'OCDE. De plus, seuls les titulaires sont concernés, ce qui constitue une grave rupture d'égalité. Par ailleurs l'acte de base des infirmières et infirmiers libéraux est rémunéré à hauteur de 7 euros pour une injection, déplacement compris. C'est 8,80 euros pour un pansement, 10,45 euros pour un « *nursing* » (hygiène). Cette tarification est même dégressive lorsque plusieurs actes sont effectués au cours d'une même visite : seul le premier est tarifé à taux plein, le deuxième est facturé à 50%, et pour le troisième et les suivants, on ne paie pas... Il est nécessaire d'augmenter ces tarifs de 15 à 20%.

La consultation de médecine générale est payée 25 euros en France contre 47 euros en moyenne dans les autres pays de l'OCDE. La mise en place des conventions par l'Etat a donné aux médecins une certaine sécurité mais fixe les tarifs et les prochaines hausses n'interviendront pas avant octobre 2023 – six ans après la dernière augmentation, en 2017.

**Une revalorisation du tarif de base de l'acte médical s'impose ainsi qu'un changement des critères de tarification à l'activité (T2A) – aujourd'hui fondée sur l'appréciation des coûts engendrés, ce qui favorise les coûts de production les plus élevés alors qu'elle devrait être fondée sur le service rendu dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé.**

**Il paraît nécessaire aujourd'hui de mieux rémunérer les médecins et les personnels soignants en faisant des économies,** notamment en luttant contre les fraudes à la carte vitale. Il existerait, selon un rapport parlementaire de 2019, 1,8 millions de faux numéros de sécurité sociale pour une fraude évaluée à 14 milliards d'euros par an. Le rapport de Patrick Hetzel (2020) confirme l'ampleur des dysfonctionnements dans la lutte contre la fraude sociale, Charles Prats allant même jusqu'à estimer à 50 milliards d'euros la fraude aux prestations sociales dans son ouvrage *Le cartel des fraudes, Allocs, cartes vitales, AME : les révélations d'un magistrat sur le scandale des 50 milliards annuels de fraude sociale*. Selon la caisse d'allocations familiales (CAF), une pénalité financière n'est prononcée que dans 50% des cas de fraude examinés.

# Retrouver l'autonomie stratégique de la France en matière de santé

## Relocaliser la production des médicaments stratégiques

Cette crise a fait éclater au grand jour l'ampleur de la dépendance sanitaire de la France en matière de médicaments et d'équipement sanitaire : en mars 2020, la France a connu une pénurie d'équipements de protection individuelle (EPI), au premier rang desquels les masques chirurgicaux et FFP2. Avec cette crise dans la crise, les Français ont fait immédiatement le constat amer d'un pays qui n'a pas suffisamment de stock et, pire, qui n'a pas la capacité industrielle pour répondre rapidement à ses propres besoins.

Selon l'Académie nationale de pharmacie, les problèmes d'indisponibilité de médicaments peuvent aujourd'hui être considérés comme « chroniques » : les pénuries de médicaments concernaient ainsi environ 400 médicaments par an avant 2016, puis 2400 médicaments en 2020. De nombreux médicaments d'intérêt vital sont concernés : anticancéreux, antibiotiques, anesthésiants, antiallergiques, vaccins dont le BCG pour les nourrissons. Aujourd'hui, 80% des principes actifs à usage pharmaceutique sont fabriqués dans des pays tiers à l'Union européenne, principalement en Inde et en Chine, contre 20% il y a trente ans (Académie nationale de pharmacie). En France et en Europe, on ne fabrique plus de paracétamol depuis 2008. En 10 ans, la France est passée de la première place de la production de médicament en Europe, à la quatrième, derrière l'Italie. En outre, la concurrence enclenche la baisse des prix des médicaments européens : les génériques sont dispensés du poids énorme de la recherche et du développement, estimé à 1 milliard de dollars par les industries pharmaceutiques (de la découverte d'un principe actif à sa reproduction industrielle, prenant en compte les nombreux échecs, et le délai, entre 12 et 15 ans, avant la mise sur le marché) et permettent des prix de vente moins chers. Ces produits sont fabriqués dans les pays à bas coût comme l'Inde et la Chine, et ces coûts de fabrication faibles expliquent pourquoi leur fabrication a disparu en Europe. Cette situation a des graves conséquences pour les Français : selon une étude BVA pour France Assos Santé en 2018, 45% des Français ont vu leur traitement modifié suite à la pénurie des médicaments et parmi eux, 21% ont connu de l'anxiété et 14% ont fait face à une augmentation des symptômes. Il est aujourd'hui important de relocaliser la production des médicaments d'intérêt stratégique dans notre pays pour sortir de notre dépendance et gagner en souveraineté sanitaire, en restructurant notre chaîne de production pour répondre aux besoins de la population et en s'appuyant sur notre tissu industriel, principalement pour les médicaments d'origine chimique, fort de 271 sites et de presque 43 000 employés expérimentés.

## La nécessité de développer les nouvelles technologies numériques et les thérapies innovantes au service de la santé personnalisée

L'enjeu principal des années futures est la prise en compte de la singularité du patient, fondée sur la prévention, l'identification des déterminants de santé (tels que l'environnement de vie ou la nutrition) et la construction d'un parcours de santé personnalisé dans lequel le patient est aussi acteur. C'est la médecine 4P : préventive, prédictive, personnalisée et participative. L'avènement de la santé personnalisée implique une mobilisation importante des ressources numériques à la disposition des professionnels de santé et des chercheurs, au premier rang desquelles se trouvent les données de santé.

Dans cette perspective, la création de la plateforme des données de santé (ou Health Data Hub) par la loi du 24 juillet 2019, en tant que guichet unique d'accès à l'ensemble des données de santé, permet de développer l'intelligence artificielle appliquée à la santé et constitue un progrès considérable. Cette plateforme conserve ainsi l'ensemble des données de santé des Français, celles issues, entre autres, du système national des données de santé (SNDS), mais aussi celles de l'assurance maladie, des centres hospitaliers, des pharmacies, du dossier médical partagé, ainsi que les données de santé issues de la recherche. A ce titre, le choix de faire héberger cette plateforme par la société américaine Microsoft, interroge tant les informations stockées sont sensibles et stratégiques puisqu'elles concernent la santé des Français, leur vie privée, et restent par ailleurs soumises au secret médical.

Parallèlement au déploiement des nouvelles technologies numériques, les progrès considérables en termes d'innovation thérapeutique apportés par la recherche publique et l'industrie pharmaceutique française constituent le second levier de développement de la santé personnalisée. Les chercheurs et les pharmacologues français sont mondialement reconnus dans des domaines de pointe tels que la cancérologie, la virologie, les neurosciences, les biotechnologies, la robotique, l'imagerie 3D ou le diagnostic *in vitro*. Cependant, **la France voit sa compétitivité et sa force d'attraction pour l'innovation médicale s'affaiblir faute d'un soutien important de l'Etat à l'innovation thérapeutique, d'une fiscalité désavantageuse et d'une réglementation inadaptée.** En 2019, sur les 61 produits thérapeutiques qui ont obtenu une AMM européenne, seuls cinq sont produits en France, ce qui la place au sixième rang européen, loin derrière l'Allemagne (20 nouveaux médicaments) mais aussi l'Italie (11) et le Royaume Uni (10).

La crise de la Covid-19 a mis en lumière ces failles, la France n'ayant pas été capable de proposer, un vaccin contre le virus dans les mêmes délais que ses concurrents. En plus de la faillite du vaccin de Sanofi, l'entreprise nantaise de biotech Valneva, faute de soutien du gouvernement français, fournira son futur vaccin, en 2022, en priorité au gouvernement britannique qui lui a offert un



large soutien dès qu'il a eu vent du projet de vaccin et en achetant à l'avance près de 100 millions de doses. D'autres pays investissent massivement dans ce secteur, à l'instar du Royaume-Uni, où le montant des investissements dans les start-ups (tous secteurs confondus) s'est élevé à 13,2 milliards de dollars en 2019. Ce montant dépasse les investissements réunis de l'Allemagne (7 milliards) et de la France (5,2 milliards) sur la même période.

Ces échecs révèlent, outre le manque de soutien au développement de nos start-up, le déclin de la recherche française : avec 2,19% du PIB consacré à la recherche intérieure de recherche et développement (DIRD) la France se place en-deçà de l'objectif de 3% assigné par l'Union européenne dans le cadre de la stratégie Europe 2020, ainsi que de son propre objectif fixé dans le cadre de la stratégie nationale de la recherche (SNR). Elle n'est plus qu'à l'avant-dernière place parmi les six pays de l'OCDE les plus importants en termes de volume de DIRD (Corée du Sud (4,2%), Japon (3,1%), Allemagne, qui s'est fixé un nouvel objectif à 3,5% (2,9%). Le constat d'une crise de la recherche médicale française est partagé par les quatre conférences de santé en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique qui l'attribuent essentiellement à quatre causes : la complexité de l'organisation et de la gouvernance de notre recherche ; un déficit et une complexité des financements publics et privés ; un défaut d'attractivité des métiers de la recherche, notamment pour les professions de santé, et enfin, l'inadaptation de l'organisation de notre recherche face à la compétition internationale, ce qui entraîne une fuite des cerveaux.

**Il est plus que jamais nécessaire d'attirer la production de médicaments innovants sur le territoire et de faire décoller les biotechs françaises** : aucune entreprise française ne figure au top 50 des entreprises les plus innovantes du monde. La marche est haute entre innover et transformer une innovation en produit mondial : **il faut soutenir la recherche jusqu'à la mise sur le marché des innovations et notamment trouver les financements pour les essais cliniques (qui représentent plus de 55% des coûts)**. Par ailleurs, il faut mettre en place **une politique plus globale en faveur de la compétitivité et de l'attractivité de la France sur toute la chaîne des biothérapies de demain et refonder l'accès des produits de santé au marché pour permettre aux patients de bénéficier le plus rapidement possible des traitements les plus innovants**. En France, les délais de disponibilité pour les patients de nouveaux médicaments sont beaucoup trop longs (566 jours entre la délivrance de l'AMM et le remboursement effectif du produit contre 127 jours en Allemagne et 450 jours maximum dans l'UE). Il est nécessaire d'adapter les procédures d'accès au marché pour les innovations thérapeutiques dans l'intérêt premier des patients et pour donner à l'industrie du médicament en France sa place de leader européen en termes d'innovation.

## Comblé le retard dans l'e-santé.

Contrairement à d'autres secteurs de l'économie, la santé présente un système très peu digitalisé, ce qui semble paradoxal eu égard à la richesse de la base de données médico-administratives dont dispose l'Assurance maladie pour les remboursements. Plusieurs causes à cela : poids des réglementations, barrières culturelles, contraintes financières, déficit de formation et d'équipement des professionnels de santé, pilotage et gouvernance éclatés, marqués notamment par des superpositions entre niveaux régional et national. Si le nombre des téléconsultations a été multiplié par quinze entre le 1<sup>er</sup> et le 28 mars 2020, lors du premier confinement, pour atteindre 10% du total des rendez-vous entre professionnels de santé et patients sur l'année (GERS Data, octobre 2020), l'absence d'une filière santé visible et unie en France constitue un défi majeur pour permettre une digitalisation puissante.

Par ailleurs il est nécessaire de continuer à accompagner le développement de la télémedecine : si la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST ») définit et réglemente pour la première fois la télémedecine en France, ce n'est qu'en 2018, qu'elle entre dans le droit commun de l'Assurance maladie avec cinq actes médicaux réalisables (la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance et la régulation apportée par les centres 15 (SAMU) avec le premier diagnostic réalisé par les médecins de ces centres par téléphone). Depuis, la téléconsultation s'installe progressivement comme une modalité nouvelle de prise en charge des patients qui a explosé pendant la crise de la Covid-19 : selon le rapport de la CNAM de juillet 2020, de quelques milliers par semaine, avant les mesures de confinement, le nombre de téléconsultations remboursées a rapidement atteint environ un million par semaine, représentant jusqu'à 27% en moyenne de l'ensemble des consultations. Les circonstances sanitaires exceptionnelles de l'épidémie Covid-19 ont en effet permis d'assouplir les conditions d'exercice de la télémedecine, notamment en autorisant le remboursement à 100%, y compris avec un spécialiste, sans passer par son généraliste. **Il est nécessaire de continuer à développer la télémedecine, notamment dans les zones sous-dotées**, pour pallier le manque des médecins libéraux, tout en veillant à ce qu'elle se fasse toujours en présence de personnel de santé accueillant les patients et dialoguant avec le médecin via les appareils connectés. Il serait opportun, dans ce but, d'équiper massivement les médecins d'outils mobiles de e-santé et de renforcer l'offre de formation continue en télémedecine pour les infirmières et infirmiers libéraux.

## Le manque de coordination européenne pendant la crise sanitaire

Malgré une décision de 2013<sup>2</sup> instituant un système de gestion des alertes face aux menaces transfrontières graves pour la santé, la coordination européenne en matière d'alerte, d'élaboration de recommandations sanitaires ou de mise en œuvre de mesures de sécurité sanitaire communes s'est révélée limitée. En particulier, aucun cadre commun n'a été convenu au début de l'épidémie entre les États membres sur les conditions de fermeture ou d'ouverture des frontières intra-européennes et les décisions en la matière n'ont pas même fait l'objet de discussions bilatérales préalables, le gouvernement français n'apprenant par exemple les décisions allemande et suisse de fermeture de leurs frontières avec la France que le jour même de leur mise en œuvre. Ce n'est que le 13 octobre 2020, plus de six mois après les premiers cas de coronavirus en Europe, que le Conseil de l'Union européenne a adopté une recommandation relative à une approche coordonnée de la restriction de la libre circulation en réaction à la pandémie de Covid-19... Ainsi, la coopération européenne s'est principalement traduite par la mobilisation de mécanismes de réservation capacitaire et d'achats groupés entre États membres pour l'acquisition de médicaments et de matériel de protection, et la passation de commandes anticipées de candidats vaccins. Avec la découverte rapide de vaccins contre le virus, l'UE a en effet tenté de reprendre la main en négociant directement avec les laboratoires afin de pourvoir rapidement les européens en doses de vaccin. Si l'achat groupé a été une bonne idée, la négociation n'a pas été bien menée et les dysfonctionnements se sont accumulés : lenteur dans les négociations, notamment en raison des discussions sur le prix des vaccins, retard de commandes et de livraison, etc. **Il devient urgent de tirer les leçons de la crise et mieux coordonner l'action des États membres en cas de crise sanitaire.**

<sup>2</sup> Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé et abrogeant la décision n° 2119/98/CE.

# Propositions pour la convention « Santé »

## REFONDER LE SYSTÈME DE SANTÉ

(Propositions présentées par Philippe Juvin)

1. Faire du ministère de la Santé un ministère régalien qui définit une véritable stratégie nationale de santé avec une Agence Sanitaire Nationale qui regrouperait les 32 agences actuelles et une loi de programmation sanitaire à cinq ans, votée par le Parlement.

**Proposition approuvée à 85%**

2. Faire de la prévention une priorité en augmentant son budget pour atteindre 3% de nos dépenses de santé comme le font nos voisins européens et en organisant des visites régulières à différents âges de la vie.

**Proposition approuvée à 93.2%**

3. Territorialiser la mise en oeuvre de la politique nationale de santé au plus près de nos concitoyens en faisant présider le conseil de surveillance de l'ARS par le président de la région, en lien étroit avec le préfet.

**Proposition approuvée à 91.2%**

4. Débureaucratiser les hôpitaux et redonner l'autonomie aux chefs de service pour recruter du personnel, acheter des équipements, réorganiser le service, mener des projets...

**Proposition approuvée à 93.5%**

5. Revaloriser les rémunérations des personnels hospitaliers en leur payant toutes les heures supplémentaires effectuées et non récupérées.

**Proposition approuvée à 94.8%**

6. Désengorger les urgences et mieux articuler la médecine de ville et l'hôpital en généralisant le dispositif SAS pour orienter et guider les personnes ayant un besoin de santé urgent ; en facilitant l'hospitalisation directe à la demande du médecin libéral ; en revalorisant de 15 euros l'acte d'un médecin qui reçoit en urgence un patient à son cabinet ; en généralisant la pratique en hôpital d'au moins une journée par semaine pour les médecins libéraux volontaires.

**Proposition approuvée à 89.2%**

## RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ PLUS PERFORMANT ET PLUS JUSTE

(Propositions présentées par JP Door)

7. Pour lutter contre les déserts médicaux : soutenir le développement des cabinets de télémedecine et les collectivités qui mettent en place des Centres Ambulatoires Universitaires ; exonérer fiscalement toute nouvelle installation d'un cabinet médical en zone sous-dotée ; fixer un objectif d'une demi-année à une année complète de stage en exercice de ville pour les étudiants en médecine et pour les étudiants des différentes professions de santé ; développer la formation d'IPA (Infirmières en Pratiques Avancées) ; développer les maisons de santé pluridisciplinaires ; améliorer le statut et la protection sociale des médecins remplaçants.

**Proposition approuvée à 87.6%**

8. Augmenter significativement le nombre de professionnels de santé formés en fixant des objectifs de formation adaptés aux besoins de chaque région et en augmentant la capacité d'accueil des organismes de formation, notamment par la mise en place de collaborations région-universités/écoles.

**Proposition approuvée à 87.4%**

9. Réduire les tâches administratives des médecins et dégager du temps pour les patients en les incitant fiscalement à recruter du personnel administratif.

**Proposition approuvée à 91.5%**

10. Pour valoriser les métiers de la santé : augmenter la tarification de médecine générale en passant de 25 à 35 euros, ou 40 euros, afin de se rapprocher de la moyenne européenne de 47 euros ; augmenter les rémunérations des infirmières et infirmiers du secteur public de 300 euros mensuels pour arriver à la moyenne des salaires des pays de l'OCDE ; augmenter les tarifs des actes médicaux des infirmiers libéraux de 15% environ.

**Proposition approuvée à 67.2%**

11. Définir une politique nationale de santé mentale et améliorer sa prise en charge de sur le territoire en augmentant les moyens des ARS qui y sont dédiés ; en renforçant la coordination entre la médecine de ville et les services psychiatriques de l'hôpital ; en mettant en place des infirmiers de psychiatrie de ville travaillant en réseau avec les médecins généralistes et en remboursant mieux les psychothérapies.

**Proposition approuvée à 90.8%**

## RENFORCER LA SOUVERAINETÉ DE LA FRANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ

(Propositions présentées par Annie Delmont-Koropoulos)

12. Créer un fonds souverain « France Investissement » pour soutenir la recherche et l'innovation en santé, financer les essais cliniques et les entreprises de biotechnologie française et renforcer la souveraineté de notre pays en matière de santé.

**Proposition approuvée à 94.8%**

13. Mettre en place une « Conférence Innovation Santé » avec l'ensemble des responsables politiques et administratifs, patients, professionnels et laboratoires pharmaceutiques pour définir et coordonner la politique d'innovation en santé, dégager les priorités d'investissement et recenser les innovations à venir.

**Proposition approuvée à 83.6%**

14. Faire de la reconquête de notre souveraineté sanitaire un objectif majeur de la politique nationale de recherche en créant un programme « Recherche, innovation et transfert de technologie dans le domaine de la santé personnalisée » dans la loi des finances.

**Proposition approuvée à 96.2%**

15. Relocaliser en France la production des médicaments stratégiques en définissant une liste de médicaments prioritaires pour lesquels les obligations de stockage seront renforcées et en mettant en place des exonérations fiscales ciblées pour les entreprises qui s'engagent à relocaliser en France leur production.

**Proposition approuvée à 94.8%**

16. Attirer la production des médicaments de thérapie innovante en France, grâce à la réduction des délais de disponibilité de produits innovants pour les patients, à la création d'une mission de veille, prospective et évaluation de traitements innovants, à la généralisation de la pratique du séquençage génomique.

**Proposition approuvée à 89.9%**

17. Sanctuariser le Crédit Impôt Recherche (CIR) et l'étendre à la phase du développement.

**Proposition approuvée à 87.1%**

18. Construire une filière e-santé puissante et structurée par la généralisation du dossier médical partagé (DMP) ; l'uniformisation des systèmes d'informations des hôpitaux ; le développement de la télémédecine et de la téléconsultation médicale.

**Proposition approuvée à 69.4%**

### TIRER LES LEÇONS DE LA CRISE

- Se doter des moyens de surveillance et d'analyse épidémiologique moderne (métagénomique, eaux usées, séquençage ...) ;
- créer des plans d'urgences et des réserves stratégiques (masque, tests, médicaments, lits) ;
- agir au niveau européen en constituant une réserve sanitaire européenne et des stocks de médicaments et équipements stratégiques ; en investissant dans une véritable filière industrielle européenne de la santé ; en créant une autorité européenne pour coordonner les réponses des États membres contre les futures crises sanitaires.

**Proposition approuvée à 75%**



# NOS PROPOSITIONS



# REFONDER LE SYSTÈME DE SANTÉ

**Faire du ministère de la santé un ministère régalien qui doit définir une véritable stratégie nationale de santé publique :**

- **en instaurant une loi de programmation sanitaire à cinq ans** pour planifier les objectifs prioritaires et allouer les ressources indispensables à leur réalisation dans la durée ;
- **en mettant fin à l'émiettement de l'action de l'État par le regroupement des 32 agences, opérateurs sanitaires, instances d'expertises... en une Agence Sanitaire Nationale**, bras armé de l'Etat sanitaire, qui aurait pour mission de définir les grandes orientations stratégiques nationales en matière de santé, votées par le Parlement.

**Mettre en œuvre une véritable politique nationale de prévention :**

- **en augmentant le budget dédié à la prévention pour atteindre 3% de nos dépenses de santé, comme le font nos voisins européens.** La prévention est l'un des parents pauvres des politiques de santé en France : moins de 2% des dépenses de santé y sont alloués contre 3,1% en moyenne dans l'UE, soit 67 euros par Français contre 89 euros en moyenne dans les autres pays, selon une étude commune de l'OCDE et de la Commission européenne en 2017 ;
- **en incluant les dépenses de prévention dans la construction de l'ONDAM** (objectif national des dépenses de l'assurance maladie) sous la forme d'un sous-objectif distinct pour assurer la lisibilité des moyens consacrés à la politique de prévention ;
- **en mettant en place des visites de prévention régulières à différents âges de la vie.** Il est nécessaire de revaloriser la médecine scolaire afin de garantir la visite en 6<sup>ème</sup> année, renforcer la médecine du travail et assurer sa coordination avec la médecine de ville pour accompagner les Français dans des stratégies d'anticipation, de prévention et de maintien en bonne santé tout au long de la vie, avec des visites en début de scolarité, avant l'âge adulte, en fin de carrière et à 65 ans afin de lutter contre la perte d'autonomie ;
- **en renforçant la formation initiale et continue des professionnels de santé à la prévention.**

**Territorialiser la mise en oeuvre de la politique nationale de santé au plus près de nos concitoyens en faisant présider le conseil de surveillance de l'ARS par le président de la région, en lien étroit avec le préfet.** Il faut mettre en place un nouveau partenariat équilibré entre l'Etat, les collectivités territoriales et les communautés des territoires de santé autour d'un projet de santé collectif. Si la fixation des orientations stratégiques en santé doit être laissée à l'Etat pour assurer la même qualité de prise en charge de tous les Français, où qu'ils soient, les régions doivent être associées davantage à l'action sur la démographie médicale, sur les maisons de santé, sur la politique de prévention, notamment auprès des jeunes. Il est important de renforcer le rôle des « communautés des territoires de santé » et leur articulation avec les élus et l'autorité déconcentrée de l'Etat dans les régions, vis-à-vis desquelles le rôle du préfet doit être renforcé pour éviter un fonctionnement en silo et garantir la cohérence de l'action publique au profit des territoires.

**Débureaucratiser les hôpitaux et redonner l'autonomie aux chefs des services pour recruter le personnel, acheter des équipements, réorganiser le service, mener des projets...** A l'instar de ce qui se fait à l'hôpital de Valenciennes, les pôles cliniques seraient pilotés par un trinôme (médecin chef de service, cadre administratif et cadre soignant) qui fait appel, en fonction des besoins des services, aux ressources du pôle administratif de l'hôpital qui n'intervient qu'en support des services médicaux et est soumis aux mêmes règles. Les chefs des services, préalablement formés, sont les plus à même de comprendre les besoins en personnels et en équipements, notamment face à l'urgence et doivent pouvoir disposer de l'autonomie nécessaire à une prise de décision rapide.

**Revaloriser la rémunération des personnels hospitaliers en leur payant toutes les heures supplémentaires effectuées et non récupérées.** D'après un rapport de la Cour des comptes d'octobre 2020, le stock d'heures non payées et non récupérées s'élève pour 2018 à 18,5 millions d'euros dans l'hôpital public. Il est aujourd'hui indispensable de payer les heures supplémentaires déjà effectuées.

## Désengorger les urgences et articuler l'hôpital avec tous les autres acteurs de la santé :

- **en articulant mieux la médecine de ville, l'hospitalisation privée et les établissements publics** grâce notamment à la généralisation du dispositif SAS qui opère un tri des malades en amont de l'arrivée aux urgences et agit comme outil d'orientation et de guidage des patients dans le système de santé. Le SAS est fondé sur un partenariat entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU, en lien avec les services de secours, reposant sur une régulation commune des appels pour prendre en charge les urgences et les demandes de soins non programmés. Pour cela, il associe la régulation médicale du SAMU et une régulation territoriale libérale adossées à une plateforme digitale ;
- **en facilitant l'hospitalisation directe dans les services à la demande du médecin libéral** sans passer par les urgences ;
- en revalorisant de 15 euros l'acte d'un médecin qui reçoit un patient en urgence, dans son cabinet, dans la journée dans le cadre de soins non programmés ;
- **en généralisant les conventions de parcours** entre médecine libérale, centres et maisons de santé, médico-social, hôpital public et cliniques privées et la pratique en hôpital des médecins libéraux volontaires, au moins une journée par semaine.
- **en assurant la transparence sur la qualité du service des urgences par la définition d'un cahier des charges et d'une labellisation.**







# RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ PLUS PERFORMANT ET PLUS JUSTE

## Lutter contre la désertification médicale :

- en fixant des objectifs de formation des professionnels de santé adaptés aux besoins de chaque région et en augmentant significativement le nombre de professionnels de santé formés et la capacité d'accueil des organismes de formation, notamment par la mise en place de collaborations région-universités/écoles ;
- en fixant un objectif d'une demi-année à une année complète de stage en exercice de ville, aux étudiants en médecine et aux étudiants des différentes professions de santé, afin de les sensibiliser à l'exercice de ville ;
- en soutenant financièrement les collectivités locales qui mettent en place des CAU (Centres Ambulatoires Universitaires accueillant des internes) ;
- en favorisant le regroupement de plusieurs professionnels de santé en cabinets de groupe ou en maisons de santé pluri-professionnelles ;
- en soutenant financièrement les collectivités territoriales qui créent des cabinets de télémedecine dans les zones sous dotées pour équiper les médecins et former les personnels infirmiers accueillant les patients dans les cabinets ;
- en généralisant les régimes d'exonérations fiscales en Zones d'intervention prioritaires (ZIP) et Zones de revitalisation rurales (ZRR) pour toute installation d'un cabinet médical, qu'il soit principal ou secondaire, et en exonérant complètement de la cotisation à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) les médecins retraités qui y font des vacations ;
- en développant la formation d'IPA (Infirmières en Pratiques Avancées) dans tout le territoire, en priorité dans les régions qui comptent le plus de déserts médicaux et notamment pour prendre en charge les urgences bénignes ;
- en facilitant l'installation de médecins libéraux, généralistes et spécialistes dans les zones sous dotées par la pratique de l'exercice mixte, à la fois en hôpital et en libéral ; par l'amélioration des conditions du statut et de la protection sociale des remplaçants ; par des aides à la formation à la gestion d'entreprise, à la comptabilité, à l'embauche d'un salarié, etc.

**Passer la tarification de médecine générale de 25 à 35 euros, ou 40 euros, afin de se rapprocher de la moyenne européenne de 47 euros, en privilégiant l'approche par le service médical rendu au lieu de l'approche par les coûts.** En Grande-Bretagne, le prix d'une consultation de médecine générale varie entre 95 et 315 euros dans le secteur privé. En Allemagne, celle-ci est facturée 75 euros et en Suisse elle se paie en moyenne 100 euros. Assurant les soins de premier recours, le suivi des pathologies lourdes mais également les actes de dépistage et de prévention, la médecine de ville est un acteur majeur de notre système de santé qui doit impérativement inverser la tendance démographique de ses professionnels. Il est également aujourd'hui indispensable de revaloriser la tarification des actes de médecine de ville, par le biais de nouvelles négociations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

Le montant nécessaire à la revalorisation du tarif de la consultation de médecine générale à 35 euros coûterait à l'Assurance maladie 2,6 milliards d'euros et serait financé par les économies générées par les mesures exposées ci-dessous.

**Décharger les médecins libéraux des tâches administratives lourdes en leur donnant les moyens d'employer du personnel administratif afin de dégager du temps pour les patients.** Pour cela il est nécessaire de renforcer les mécanismes fiscaux d'incitation à l'installation en exercice coordonné ou mixte.

**Augmenter les rémunérations des infirmières et infirmiers hospitaliers et médico-sociaux de 300 euros mensuels nets pour arriver à la moyenne des salaires des pays de l'OCDE ainsi que le tarif de l'acte des infirmiers libéraux d'au moins 15%.** Selon le classement de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le salaire des infirmières et infirmiers hospitaliers français arrive à la 23<sup>ème</sup> place sur 33 si l'on tient compte du coût de la vie. La France fait partie des sept pays où le personnel infirmier hospitalier gagne moins que le salaire moyen pratiqué dans le pays. Malgré les augmentations du Ségur de la santé, les infirmiers restent 10% moins bien payés que les infirmiers européens en moyenne. Par ailleurs il est nécessaire d'augmenter les tarifications à l'acte des infirmières et infirmiers libéraux d'au moins 15%.

Le montant nécessaire à la revalorisation des infirmiers du secteur public est d'environ 2,67 milliards par an et serait financé par les économies générées par les mesures exposées ci-dessous.

## PISTES D'ÉCONOMIES

**Mettre en place une carte vitale biométrique et suspendre les prestations sociales pour les fraudeurs afin de réduire drastiquement la fraude sociale.**

Il existerait, selon le rapport parlementaire « *Lutter contre les fraudes aux prestations sociales, un levier de justice sociale pour une juste prestation* » (octobre 2019), 1,8 millions de faux numéros de sécurité sociale pour une fraude évaluée à **14 milliards d'euros par an**. Le rapport de Patrick Hetzel (2020) confirme l'ampleur des dysfonctionnements dans la lutte contre la fraude sociale. Selon la CAF, une pénalité financière n'est prononcée que dans 50% des cas de fraude examinés. Au niveau européen, une étude de l'université de Portsmouth chiffrait le montant des fraudes entre 3% et 10% du montant global des prestations sociales, **ce qui représenterait 15 à 45 milliards d'euros pour la France**, Charles Prats allant jusqu'à estimer à **50 milliards d'euros** la fraude aux prestations sociales.

**Remplacer l'AME par une Aide médicale d'urgence pour s'aligner sur nos voisins européens.** Il s'agit d'une étape indispensable à la convergence des politiques européennes d'immigration. Les soins d'urgence des immigrés en situation irrégulière représentant pour la France moins de 100 millions d'euros alors que les crédits consacrés à l'Aide médicale d'Etat atteignent un record de 1,06 milliard d'euros. En une quinzaine d'années, le nombre de bénéficiaires (334 000 fin 2019) et le coût de l'AME ont doublé. Avec la suppression des aides locales aux immigrés illégaux, les économies seraient de l'ordre de **800 millions d'euros par an**.

**Impulser une véritable politique de prévention** pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé générerait une diminution de la dépense publique que le Comité d'action Publique 2022 (Cap 2022) estime à **300 millions d'euros par an**.

**Accélérer le déploiement de la e-santé.** Dans le cadre d'un rapport de l'Institut Montaigne, les opportunités liées au numérique appliqué à la santé permettraient, selon le cabinet de conseil en stratégie McKinsey, une création de valeur comprise entre **16 et 22 milliards d'euros par an**, sur un horizon de cinq à dix ans<sup>3</sup>.

**Définir une politique nationale de santé mentale avec un pilotage interministériel (santé, éducation nationale, travail) et améliorer la prise en charge de la santé mentale et psychiatrique sur le territoire :**

- **en augmentant les moyens des ARS dédiés à la santé mentale ;**
- **en intégrant un volet « santé mentale » au sein des Contrats locaux de santé (CLS) signés entre les ARS et les collectivités territoriales ;**
- **en renforçant la coordination entre la médecine de ville et les services psychiatriques de l'hôpital dans le cadre des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des Conseils locaux de santé mentale (CLSM)<sup>4</sup> ;**
- **en mettant en place des infirmiers de psychiatrie de ville travaillant en réseau avec les médecins généralistes ;**
- **en remboursant mieux les psychothérapies.**

<sup>3</sup> <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/e-sante-augmentons-la-dose-annexe-chiffage.pdf>

<sup>4</sup> Espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels d'un territoire.



# RENFORCER LA SOUVERAINETÉ DE LA FRANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ

**Créer un fonds souverain « France investissement » visant à renforcer la souveraineté de notre pays dans le domaine de la santé.** Ce fonds mobiliserait l'épargne des Français avec un produit d'épargne attractif, engloberait notamment la BPI et les participations de l'État, aujourd'hui gérées par l'Agence de l'État, en mobilisant au total jusqu'à 300 milliards d'euros. Ses missions dans la santé seraient de s'assurer de la pérennité des entreprises du secteur, de veiller à un niveau significatif de recherche et de développement et de **soutenir les start-ups et PME développeuses de Médicaments de Thérapie Innovante (ATMP) en France, notamment en finançant les essais cliniques.**

**Mettre en place une « Conférence Innovation Santé » annuelle en réunissant responsables politiques et administratifs, patients, professionnels et laboratoires pharmaceutiques pour définir et coordonner la politique d'innovation en santé,** dégager les priorités d'investissement et recenser les innovations à venir. Cette feuille de route assurerait aussi une plus grande transparence vis-à-vis des citoyens et une communication régulière sur les priorités françaises en matière d'innovation.

**Faire de la reconquête de la souveraineté sanitaire de la France un objectif majeur de la politique nationale de recherche en créant un programme « Recherche, innovation et transfert de technologies dans le domaine de la santé personnalisée » dans la loi de finances.**

**Relocaliser en France la production des médicaments d'intérêt stratégique :**

- **en définissant une liste de médicaments d'intérêt stratégique** – sans alternative recommandée par les autorités et dont la rupture entraîne un risque vital pour les patients souffrant d'une pathologie grave, **pour lesquels les obligations de stockage seraient renforcées au niveau français et au niveau européen ;**
- **en s'appuyant sur notre tissu industriel,** principalement pour les médicaments d'origine chimique. Pour cela, il serait utile de **réaliser une cartographie des sites français de production en partenariat avec l'industrie pharmaceutique et l'ANSM** (Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé) qui permettrait de savoir précisément quel médicament est fabriqué sur quel site.

Une restructuration de notre chaîne de production sera également nécessaire pour répondre aux besoins en médicaments de la population ;

- **en mettant en place des exonérations fiscales ciblées** pour les entreprises qui s'engagent à relocaliser en France la production de médicaments ou de principes actifs stratégiques.

### **Attirer la production des médicaments de thérapie innovante en France :**

- **en créant une mission de veille et de prospective sur le développement de produits de thérapie innovante**, afin d'anticiper l'arrivée sur le marché de nouvelles molécules et de préparer les modes de financement adaptés ;
- **en réduisant les délais de disponibilité de produits innovants pour les patients** grâce à la mise en place d'un mécanisme de commercialisation et de remboursement précoce des médicaments innovants ayant reçu une AMM ;
- **en généralisant l'usage des solutions de diagnostic et de médecine génomique grâce à la mise en place d'un forfait diagnostic personnalisé.** La révolution génomique offre de nouvelles perspectives tant pour la médecine prédictive que préventive. La médecine génomique est un enjeu de santé publique majeur et constitue une opportunité pour les patients atteints de pathologies graves de bénéficier à la fois d'une prise en charge personnalisée et de nouvelles thérapies ciblées. Le séquençage du génome humain peut aujourd'hui être réalisé en quelques heures, représentant un coût moyen de 1000 € ;
- **en intégrant dans les finalités du « Health data hub » l'évaluation de l'efficacité en vie réelle des traitements ;**
- **en rétablissant les avantages complets du crédit d'impôt recherche (CIR) pour l'étendre sous la forme d'un Crédit-Impôt Développement industriel.** Depuis deux ans, le gouvernement multiplie les coups de rabot contre de CIR. Après avoir déjà réduit le taux de prise en comptes des frais de personnel en 2020 (représentant une perte moyenne de 3,5% du montant du CIR pour les entreprises), la loi de finances pour 2021 met fin à l'aide complémentaire accordée lorsqu'une entreprise délègue à un organisme public des activités de recherche. Le CIR est pourtant un dispositif fiscal efficace, notamment pour les entreprises innovantes : les entreprises qui en ont bénéficié ont augmenté leurs dépenses de R&D au moins autant qu'elles n'ont reçu d'avantage fiscal, sinon plus. En effet, pour chaque euro d'argent public versé par le biais du CIR, les entreprises auraient dépensé entre 0,9 et 1,5 euro supplémentaire en R&D, d'après un rapport de France Stratégie de mars 2019). Plusieurs chefs d'entreprises de PME dénoncent également la lourdeur administrative des démarches pour en bénéficier.

## Construire une filière e-santé puissante et structurée :

- en généralisant le dossier médical partagé (DMP) ;
- en uniformisant les systèmes d'informations des hôpitaux ;
- en créant une gouvernance unique en matière de e-santé ;
- en développant la télémédecine et les téléconsultations.

Par son analyse, faite en partenariat avec *McKinsey & Company*, l'Institut Montaigne estime entre 16 et 22 milliards d'euros annuels le potentiel de création de valeur de la e-santé en France grâce à la télémédecine, à l'autonomisation des patients qui gèrent leur propre santé à travers des applications numériques, à la fluidité de circulation des informations médicales via le DMP (dossier médical partagé), à la plus grande fiabilité du diagnostic via les outils numériques.

## Tirer les leçons de la crise :

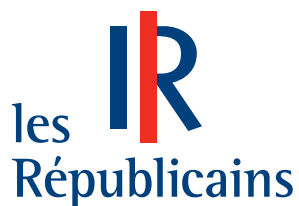
- **se doter des moyens de surveillance et d'analyse épidémiologique moderne** (métagénomique, eaux usées, séquençage ...) ;
- **créer des plans d'urgences et des réserves stratégiques (masque, tests, médicaments, lits) ;**
- **agir au niveau européen**
  - en constituant une réserve sanitaire européenne ;
  - en investissant dans une véritable filière industrielle européenne de la santé ;
  - en soutenant la création d'une autorité européenne dont la mission sera de coordonner les réponses des États membres contre les futures crises sanitaires, de constituer des stocks de médicaments et d'équipements stratégiques, de changer les informations en temps réel afin d'améliorer la résilience des pays européens face à des crises sanitaires futures.



### Contacts :

Presse : [servicedepresse@republicains.fr](mailto:servicedepresse@republicains.fr) - 01.40.76.60.44

Etudes : [forums@republicains.fr](mailto:forums@republicains.fr) - 01.40.76.62.75



Retrouvez toute notre actualité sur  
[www.republicains.fr](http://www.republicains.fr)