

LA SOCIÉTÉ CIVILE FRANÇAISE

RÉINVENTONS NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Dominique DELANDRE

INTRODUCTION.

Très longtemps le système de santé français fut considéré comme l'un des meilleurs au monde. Né après la deuxième guerre mondiale, il y a donc plus de 70 ans, il a fait preuve de son efficacité par son aspect universel, son accessibilité en tous lieux du territoire, sa complémentarité public/privé, son haut niveau de performance.

Mais depuis 30 ans confronté principalement à des problèmes de financement et de déficit endémique, il a été dénaturé par des décisions politiques incohérentes.

La pire fût probablement la diminution drastique du numerus clausus des médecins dans les années 90 qui est en grande partie à l'origine de la pénurie actuelle et future de médecins et explique donc la désertification médicale de nombreux territoires.

Les politiques de l'époque estimaient qu'en limitant l'offre médicale, les dépenses de santé diminueraient, erreur funeste qui n'a fait que provoquer un transfert de soins du secteur libéral vers le système hospitalier et qui explique en partie la saturation des services d'urgence.

A cette erreur fondamentale s'ajoutent l'augmentation et le vieillissement de la population, la bureaucratisation galopante, les évolutions sociétales du corps médical, le consumérisme médical, l'intrusion d'internet dans la relation médicale, la judiciarisation de l'exercice.

Toutes ces évolutions expliquent pourquoi notre système de santé est au bord de l'explosion, de l'implosion.

La crise sanitaire engendrée par la Covid 19 a été le révélateur des faiblesses, des lacunes et des incohérences de celui-ci. Si rien n'est fait rapidement, dans quelques années nous connaissons une catastrophe sanitaire.

De très nombreux médecins prendront leur retraite dans les 5 prochaines années et ne seront pas remplacés.

Cette pénurie touchera les médecins généralistes et spécialistes mais également les chirurgiens-dentistes.

Une partie de la population, principalement dans les zones rurales, dans les villes moyennes et en périphérie des grandes métropoles, sera confrontée à cette pénurie.

Une inégalité face aux soins, donc une perte de chance parfois vitale, sera alors inévitable. Elle existe déjà dans certains territoires.

L'urgence est telle que les solutions proposées doivent être trans-partisanes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises solutions de droite ou de gauche mais il y a les solutions efficaces qui répondront aux besoins des territoires.

La responsabilité de nos dirigeants est engagée, ils doivent avoir le courage de prendre des décisions innovantes qui pourront être impopulaires, qui se heurteront parfois aux conservatismes des professionnels de santé, de certains élus et de la population.

Un simple « replâtrage » du système actuel est insuffisant, ayons le courage et l'ambition d'inventer une nouvelle organisation sanitaire.

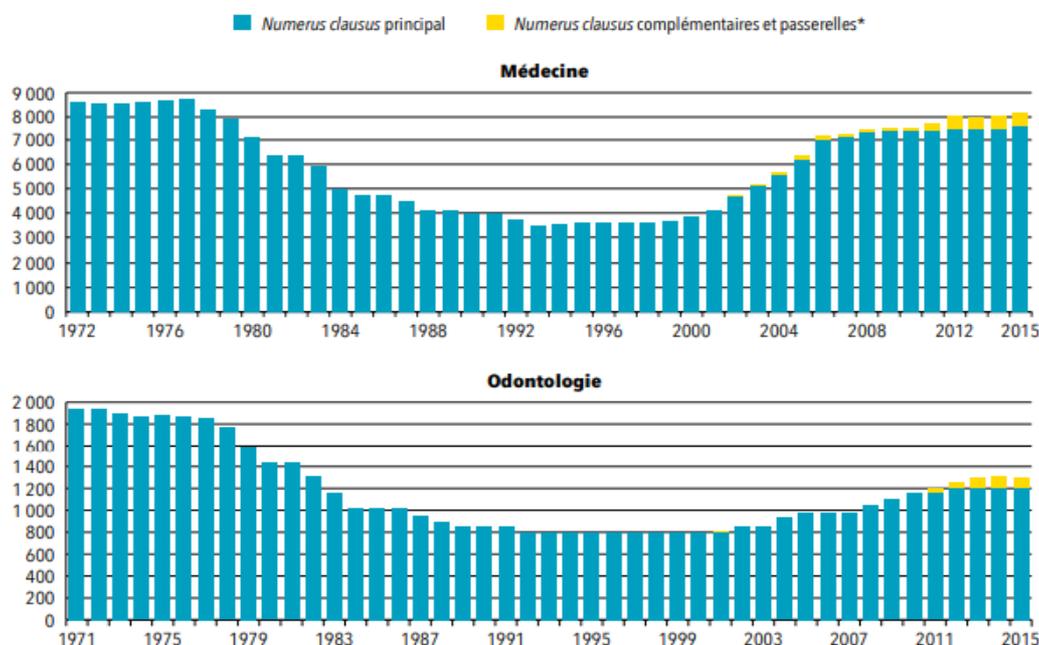
CONSTAT : POURQUOI EN EST ON ARRIVE A CETTE SITUATION ?

Avant de proposer des solutions, il est important de répertorier les causes qui ont engendré cette situation catastrophique.

1) La baisse drastique du numerus clausus

Durant la décennie 1990 (diminution par 2 avec un minimum de 3500 étudiants en 1993 source DREES) a créé une pénurie de médecins. Depuis celui-ci a été progressivement augmenté pour être de nouveau équivalent voire supérieur à celui des années 80 (environ 9300 étudiants admis en 2ème année en 2020-2021 et 1300 en chirurgie dentaire).

Graphique 1 Évolutions du *numerus clausus* pour les quatre professions médicales et pharmaceutiques depuis son instauration



Mais il existe bien évidemment une inertie, il faut au moins 10 ans pour former un médecin, les premiers effets n'interviendront au mieux que dans quelques années.

2) Le Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité

Mis en place de 1988 à 2003 ce mécanisme a permis à de nombreux médecins de partir en pré-retraite dès 56 ans. Son objectif était de diminuer l'offre de soins ambulatoires avec l'espoir de maîtriser les dépenses de santé.

Si le premier objectif fût atteint, il n'en fût bien évidemment rien du deuxième et il ne contribua qu'à désorganiser la filière de soins de ville et à surcharger le système sanitaire hospitalier.

Ce fût le point d'orgue des décisions politiques complètement déconnectées des réalités.

3) Seulement 12% des jeunes diplômés choisissent la médecine libérale

Certes beaucoup effectuent des remplacements et 75% envisagent un exercice libéral mais peu franchissent le pas de l'installation et quand ils le font, ils le font tardivement (âge moyen d'installation entre 35-40 ans) source enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins 2019 .

UN DECALAGE ENTRE L'ASPIRATION A S'INSTALLER ET SA CONCRETISATION

Un constat :

- 75% envisagent une activité libérale et/ou mixte
- 19% souhaitent une activité salariée

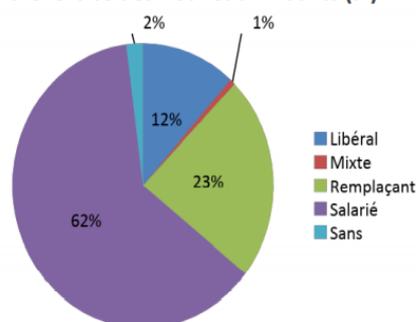
Question : Quel type de mode d'exercice envisagez vous ?

Activité intermittente (remplaçant, intérimaire)	69	3%
Activité mixte (libéral et salariat)	652	27%
Libéral en groupe	594	24%
Libéral en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)	517	21%
Libéral seul	84	3%
Salariat, en structure ambulatoire	57	2%
Salariat, en structure hospitalière	417	17%
Autre	36	1%
NC	17	1%
Total général	2443	100%

... Mais

peu de nouveaux inscrits s'installent en libéral

Mode d'exercice des nouveaux inscrits (%)



A noter : 35% des primo-inscrits en 2014 exercent en libéral à 5 ans



4) Inflation de postes de médecins salariés dans les administrations (ARS...) et les collectivités locales, dans l'industrie pharmaceutique.

5) 20 à 25% des jeunes médecins à l'issue de leurs études ne s'inscrivent pas au Conseil de l'Ordre des médecins donc n'exercent pas. Pour quelles raisons? Certains s'expatrient, d'autres changent d'orientation professionnelle ou n'exercent aucune fonction médicale, cette hémorragie majeure les effets de la baisse du numerus clausus.

6) Dévalorisation constante de la médecine générale libérale par des décisions politiques inappropriées, par les médias.

7) La surcharge administrative n'a cessé de parasiter le temps médical, désormais exercer seul est devenu quasiment impossible.

8) La médecine libérale l'est de moins en moins

Du fait de la surcharge administrative mais également à cause de la pression exercée par les tutelles. Le désir de généraliser le tiers payant est symptomatique de cette dérive.

Nous assistons à une étatisation rampante de la médecine libérale et donc à sa mise sous tutelle. La médecine libérale de ville française a un des rapports coût/efficacité le plus élevé au monde. La création des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) et leur rattachement au système hospitalier met la médecine de ville sous la tutelle des ARS (Agence Régionale de Santé) avec les risques de dérives technocratiques que cela implique.

9) De la génération sacerdoce à la génération 35h

En une vingtaine d'années nous sommes passés d'une société de travail à une société hédoniste où les contraintes sont de plus en plus mal acceptées. Au début des années 80, les médecins exerçaient quasiment 24h/24, 6 jours sur 7. Cette activité sacerdotale n'est plus souhaitable et est de toute manière rejetée par les jeunes générations. Où exerçait un confrère il est dorénavant parfois nécessaire de le remplacer par deux médecins.

10) Profonds changements sociétaux du corps médical

La féminisation des professions médicales (60 à 70% des étudiants en médecine sont des étudiantes) a profondément changé l'exercice : activité à temps partiel, aspiration à une meilleure harmonie entre vie professionnelle et privée, aspiration au salariat.

La jeune génération de médecins est beaucoup plus urbaine que l'ancienne et hésite à venir s'installer en milieu rural voire dans les villes moyennes craignant l'isolement et le manque d'équipements culturels et sportifs, de services publics en particulier éducatifs. Désormais ce n'est plus un médecin qui s'installe mais une famille. Le bassin d'emploi doit permettre au conjoint de trouver un emploi (bien souvent hautement qualifié).

Cet aspect est très rarement pris en compte par les politiques mais explique je pense en grande partie la désertification de nombreux territoires.

L'étude réalisée par le CNOM en 2019 est très intéressante et illustre parfaitement cette évolution.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation#:~:text=Lanc%C3%A9e%20d%C3%A9but%20janvier%202019%2C%20cette,et%2014%25%20de%20m%C3%A9decins%20rempla%C3%A7ants.>

11) Les carences d'une réelle politique d'aménagement des territoires participent grandement au manque d'attractivité de nombreux territoires. Comment espérer l'installation d'un médecin et sa famille alors que moult services et entreprises disparaissent.

Ce point est un élément clé de l'étude du CNOM.

12) Apparition d'un consumérisme des patients, intrusion dans la relation médicale de la **médecine internet**, **judiciarisation** croissante de la médecine.

13) La suppression de l'obligation de permanence de soins, sans doute une erreur. Les secteurs de garde qui maillaient parfaitement le territoire ont été regroupés très souvent dans des maisons médicales de garde impersonnelles qui accueillent tout et n'importe quoi. Mais il est évident qu'à terme ces systèmes étaient voués à évoluer du fait de la désertification médicale.

14) La pyramide des âges des médecins est inquiétante

L'âge moyen est supérieur à 52 ans, 25% des médecins ont plus de 60 ans et seulement 16% ont moins de 40 ans (source Conseil de l'Ordre).

15) Mauvaise répartition des médecins sur le territoire

Alors que paradoxalement le nombre de médecins inscrits au Conseil de l'Ordre (226000 en 2017) n'a jamais été aussi élevé, Il existe une véritable fracture entre les grandes métropoles et les territoires ruraux (même si Paris enregistre une baisse de 20% de ses médecins généralistes libéraux liée en grande partie aux tarifs prohibitifs de l'immobilier), entre le sud et le nord, entre les régions à forte attractivité touristique et les autres. Mais même ces régions privilégiées commencent à connaître des difficultés : exemple le Haut Var, l'arrière-pays niçois.

Cette mauvaise répartition est grandement liée à la non attractivité de ces territoires (La France périphérique de C Guilluy, la diagonale du vide..).

16) Des honoraires pas suffisamment attractifs

Même si les modes de financement alternatifs se sont multipliés : forfait annuel pour les patients polypathologiques, primes basées sur l'évaluation des pratiques...

17) La désorganisation et les déficits chroniques du système de santé public

Les 35h ont totalement désorganisé les hôpitaux, l'inflation de réglementations, de normes en tous genres imposées par les tutelles : HAS, ARS... a donné un poids de plus en plus important à l'administration au détriment du personnel médical et paramédical d'où une rupture de confiance et une démotivation des personnels de soins.

Pratiquement 35% des personnels hospitaliers sont non soignants. L'Allemagne en compte 50% de moins pour une dépense par habitant consacrée à son système de santé hospitalier inférieure (1264 en Allemagne contre 1487€ en France)

<https://www.ifrap.org/europe-et-international/depenses-de-sante-france-versus-allemande>

Depuis des années les différents gouvernements ont employé une politique du rachat financier en baissant les dotations sans véritables réformes structurelles.

SOLUTIONS POUR REINVENTER NOTRE MODELE SANITAIRE :

La compilation des causes ayant conduit à l'état de déliquescence de notre modèle sanitaire montre l'urgence des mesures à prendre.

Inutile de continuer de faire croire à la population qu'elle disposera d'un médecin de famille dans chaque quartier ou chaque village de France.

On peut être nostalgique de cette époque mais elle est révolue.

Le changement de mentalité des nouvelles générations de médecins, les progrès formidables de la médecine, l'intrusion des nouvelles technologies, les problèmes de financement liés au coût des nouvelles thérapeutiques et des nouvelles techniques d'explorations paracliniques, les conséquences liées au grand âge et à des pandémies comme celle de la Covid 19, nous obligent et nous permettent de réfléchir à des solutions innovantes pour réinventer notre système sanitaire.

Pour cela les décisions politiques devront être audacieuses et courageuses. Les décideurs seront confrontés au conservatisme de certains professionnels de santé, d'une partie de la population et de nombre d'élus locaux et nationaux, mais l'intérêt général doit primer sur les petits corporatismes et les habitudes.

Une nouvelle fois si rien n'est fait très rapidement, une grande partie de la population sera en danger. Nos gouvernants seront responsables devant le peuple de cette situation.

1) Augmentation conséquente du nombre de médecins mais également des dentistes et de certaines professions para médicales en particulier les kinésithérapeutes que des structures comme les centres de rééducation peinent à recruter.

Comme nous l'avons vu précédemment les nouveaux modes d'exercice des médecins, leur attirance pour les zones urbaines et les régions à forte qualité de vie, la perte de 20 à 25% des étudiants en médecine après le concours de fin de première année ne permettent plus un maillage territorial suffisant. L'objectif est de « saturer » l'offre pour inciter les médecins à s'installer dans les régions sous médicalisées.

La suppression de numéris clausus par le gouvernement actuel est une bonne mesure, elle permettra d'augmenter le nombre de praticiens et de diversifier les profils. Malgré tout ne leurrons pas les futurs étudiants, il y aura une sélection, elle reste nécessaire.

Espérons qu'elle sera régionalisée afin d'adapter le nombre de professionnels de santé aux besoins réels des territoires.

Bien évidemment cette augmentation aura un coût pour la collectivité mais elle permettra aux hôpitaux de bénéficier de plus de postes d'externes et d'internes et empêchera le recours aux médecins intérimaires chèrement rémunérés et aux médecins étrangers à la qualification parfois incertaine.

Elle permettra également de favoriser les stages dans les cabinets des médecins de ville avec l'espoir de créer des vocations.

Cette augmentation ne se fera sentir que dans un minimum de 10 ans, il est donc impératif de prendre des mesures rapides pour pallier le départ en retraite de très nombreux médecins dans les 5 prochaines années au risque que des territoires entiers se retrouvent sans offre de soins.

2) Le tout liberté a montré ses limites

Vu l'urgence de la situation, des mesures contraignantes pouvant être temporaires devront être prises le temps que la suppression du numérus clausus fasse son effet.

La collectivité nationale investit dans la formation de ses médecins, il est assez difficile de donner avec précision son coût mais on estime qu'il s'établit autour de 20 000€ par année d'études et par étudiant. Ce coût est en partie compensé par l'activité hospitalière des internes qui permet aux hôpitaux de bénéficier d'un personnel certes en formation mais en général de qualité et travaillant plus que les horaires préconisés par la réglementation européenne.

L'exercice médical n'est pas un exercice professionnel comme les autres. Même si la notion de sacerdoce peut paraître actuellement dépassée, les médecins doivent à la population un service, cette notion de service rendu est essentielle car nombre de nos concitoyens sera confronté à une perte de chance dans certains territoires. L'égalité face aux soins sera rompue.

Compte tenu de cet investissement de la Nation il ne paraît pas illogique de demander un retour. Est-il logique et tolérable compte tenu de la situation que 20 à 25% des médecins sortant de faculté disparaissent des radars et n'exercent pas sur le territoire ?

- **Obligation de stages d'internat dans les zones sous médicalisées** de 3 ans aussi bien en médecine de ville que dans des hôpitaux conditionnant l'obtention du grade de docteur en médecine.
- **Conventionnement sélectif** dans les territoires surmédicalisés. Un professionnel de santé ne pourrait s'installer dans ces territoires qu'en remplacement d'un professionnel déjà installé. Ce dispositif a été appliqué aux infirmières et a été relativement efficace.

3) Exercice en structures multidisciplinaires

L'exercice isolé est devenu quasi impossible du fait de la surcharge administrative et réglementaire. Les professionnels désormais désirent travailler en groupe ce qui facilite collaboration, mutualisation des personnels administratifs, organisation professionnelle, équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Ces dernières années ont vu se multiplier sur le territoire des Maisons de Santé Pluridisciplinaires à grands renforts de financements publics (ARS, région, collectivités locales), le gouvernement actuel a l'ambition de les multiplier.

Si ces MSP sont nécessaires elles ne sont pas suffisantes, de très nombreuses structures restent désespérément vides de médecins. Ce qu'il faut multiplier c'est le nombre de médecins !

Pour que de tels centres soient viables et pérennes ils doivent être coconstruits avec les professionnels de santé en particulier les médecins. Or la plupart du temps ils sont imaginés par les élus locaux répondant avec précipitation aux inquiétudes de leurs administrés.

On assiste actuellement à une surenchère d'incitations financières et matérielles qui non seulement sont inefficaces mais créent des effets d'aubaine.

Dans certaines zones dites blanches les médecins primo installés en libéral bénéficient d'exonération d'impôts sur le revenu de 5 ans, de prime à l'installation de 50 000€ sur 2 ans. Il faut **supprimer ces niches fiscales qui créent une distorsion de concurrence** entre médecins de ville, médecins salariés, entre médecins d'une même maison médicale, les confrères déjà installés ne pouvant bénéficier de ces juteux avantages.

Ces aides sont d'autant plus injustifiées que tout médecin qui s'installe voit son carnet de rendez-vous quasiment complet au bout de quelques semaines.

Il paraît essentiel de **faire contribuer les professionnels de santé au financement des centres de santé**. Cela les responsabiliserait et les inciterait à rester dans ces centres au minimum la durée de l'amortissement de leur investissement.

Le financement de ces MSP pourrait bénéficier de prêts bonifiés, d'incitations fiscales qui pourraient intéresser des investisseurs privés.

Bien évidemment les collectivités locales garderaient un rôle essentiel en étant éventuellement partenaires financiers, en mettant à disposition du foncier, en facilitant les démarches administratives.

4) Adapter l'offre de soins aux spécificités territoriales

Le modèle de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (à exercice « libéral ») ne peut être le modèle unique.

Certaines municipalités du fait de leur culture, de leur histoire politique préfèrent financer **des centres de médecine salariée**.

Ces centres rencontrent un certain succès en particulier auprès des jeunes médecins qui aspirent à une activité salariée.

De même la région Centre Val de Loire a décidé de salarier 150 médecins.

Ne soyons pas dogmatiques, c'est un choix politique de ces collectivités, l'essentiel étant l'efficacité.

5) Faciliter l'exercice sur plusieurs sites

Le Conseil de l'Ordre des Médecins était jusqu'alors très réticent à accorder des autorisations d'exercice multisite. Cela doit évoluer afin de permettre à des médecins déjà installés d'exercer dans une autre commune, à des médecins habitants dans des grandes métropoles d'exercer dans des communes périphériques et/ou rurales différentes.

Ce type de médecine itinérante nécessiterait la mise à disposition par les collectivités locales de locaux qui répondraient à un cahier des charges moins contraignant afin de limiter les coûts.

Dans le même esprit, la mise en circulation **d'unités médicales mobiles** type camion couplées à la télémédecine est une innovation intéressante et permettrait de desservir les déserts médicaux en particulier ruraux. Une entreprise du Loiret fabrique ce type d'unités <https://www.toutenkamion-group.com/fr/unite-mobile/sante.html>

6) Faciliter l'exercice mixte salarié/libéral

Dans le même esprit que l'exercice multisite, il faut favoriser l'exercice mixte salarié/libéral. Ce qui permettrait à des médecins hospitaliers d'exercer en libéral et réciproquement.

Cela faciliterait également les échanges entre médecine publique et privée et contribuerait au décloisonnement de deux mondes qui ne se comprennent pas toujours.

7) Dossier Médical Partagé (DMP)

Le DMP est un véritable serpent de mer, programmé depuis plus de 15 ans, après une laborieuse phase d'expérimentation il semble arriver à maturité, il faut accélérer sa mise en place.

Il est essentiel pour améliorer le parcours de soins des patients et ainsi éviter les prescriptions redondantes.

8) Télémedecine et émergence de nouvelles technologies

Grâce à l'arrivée des nouvelles technologies il est désormais possible d'organiser des consultations à distance par télémedecine entre professionnels de santé (avis spécialisé), entre patients et médecins par l'intermédiaire d'un tiers (en général du personnel infirmier).

Ce type de consultation peut dérouter car il n'existe plus de lien direct et surtout d'examen physique par le médecin, mais un interrogatoire précis, la prise de constantes par l'infirmière et des examens paracliniques type échographie avec transmission des images en direct sont très souvent suffisants pour établir un diagnostic fiable.

Le financement du lieu de ces consultations (souvent un cabinet infirmier), de l'équipement, de la formation du tiers sont assurés en général par les collectivités locales, les régions, les ARS

Les actes médicaux de télémedecine sont pris en charge par les CPAM depuis septembre 2018.

Ce nouveau type de consultation nécessite une délégation de tâches du médecin vers le professionnel paramédical.

L'émergence de l'intelligence artificielle et du big data vont profondément modifier la relation médicale, les décisions diagnostiques et les stratégies thérapeutiques.

Nous sommes à l'aube d'une véritable révolution qui nécessitera une redéfinition de la place du médecin, de la place de l'humain en général.

9) Délégation de tâches

De nombreux actes simples pourraient être délégués à des professionnels paramédicaux en particulier du personnel infirmier ce qui libérerait du temps purement médical. Dispositif Asalée (coopération médecins généralistes et infirmiers libéraux) et la Pratique Avancée <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmiere-aux-competences-elargies>

Un accord avec les pharmaciens a été également négocié leur permettant de pratiquer certaines vaccinations, des actes de suivi de pathologies de longue durée...

10) Rendre la médecine libérale de nouveau attractive

La médecine libérale attire peu de jeunes médecins, environ 12% choisissent ce type d'exercice. Les changements de mentalité n'expliquent pas à eux seuls cette désaffection.

Depuis plus de 20 ans de nombreuses mesures ont profondément modifié l'exercice libéral en particulier de la **médecine générale qu'il convient de revaloriser**.

Beaucoup d'étudiants s'orientent vers la médecine générale par défaut, l'image du médecin généraliste a été abimée par de nombreuses décisions politiques, par l'hyperspécialisation vantée par les médias.

Le médecin généraliste représente le premier maillon de la chaîne médicale, son rôle dans l'orientation et la coordination du parcours de soins des patients est primordial.

La disparition de nombreux cabinets de soins primaires contribue grandement à la surcharge des services d'urgences.

Il est indispensable de rendre du temps médical **en supprimant nombre de tâches administratives**, de revaloriser les honoraires (même s'il n'est pas certain que cet argument soit la cause première de cette désaffection), de supprimer le tiers payant obligatoire (mais tous les médecins doivent accepter de s'équiper de lecteur de carte vitale et de télétransmettre afin que les patients puissent être remboursés dans des délais raisonnables).

11) Réformer et revaloriser la médecine du travail et scolaire pour les rendre plus attractives. De nombreuses pathologies professionnelles en particulier ne sont plus diagnostiquées et prises en charge suffisamment rapidement du fait d'un manque chronique de professionnels de santé.

12) Développer les structures de soins à domicile et les foyers résidences services à destination des personnes âgées.

Le vieillissement de la population est un enjeu majeur de santé publique pour les prochaines années. Les seniors représenteront un tiers de la population française en 2050. Il est essentiel de privilégier au maximum le maintien à domicile dans un objectif économique, humain et social.

13) Réorganiser le système de permanence des soins

En 2002 a été supprimée l'obligation de permanence des soins des médecins qui faisait jusqu'alors partie de leurs obligations déontologiques.

Les systèmes de garde de nuit et de week-ends qui maillaient efficacement le territoire ont été supprimés pour être regroupés dans des maisons médicales de garde adossées très souvent à des hôpitaux souvent éloignés des bassins de vie ruraux.

Le désengagement progressif de nombreux médecins de la permanence des soins associé à l'éloignement de ces maisons médicales de garde (exemple dans le Loiret il existe seulement 5 maisons) expliquent en grande partie l'augmentation du recours aux services d'urgences en particulier au SAMU.

Trouver une réponse médicale est donc difficile les soirs, nuits et week-ends mais elle devient également problématique la journée.

Nombre de médecins ne répondent plus au téléphone, exercent uniquement sur rendez-vous avec des délais qui deviennent parfois intolérables pour les patients.

Le recours à SOS Médecins n'est possible que dans les grandes agglomérations.

Il convient donc de réorganiser la filière, d'inciter les médecins à **réinvestir la permanence et la continuité des soins**.

Bien évidemment il est compréhensible que des médecins en zones sous médicalisées donc surmenés rechignent à assurer cette permanence.

Réinstaurer une obligation semble difficile car son effet repoussoir inciterait certains médecins à dévisser leur plaque et empêcherait l'installation de nouveaux confrères.

Mais une nouvelle fois la gravité de la situation impose que chacun fasse des efforts. Les médecins exerçant en structure hospitalière publique ou privée assurent bien un service de garde ou d'astreinte.

Il ne s'agit pas revenir au système antérieur mais de trouver des solutions simples et réalistes.

- **Assurer un accueil et une réponse téléphonique la journée**, un simple conseil rassure les patients, permet bien souvent d'éviter des consultations inutiles et des appels aux services d'urgences.
- **Réserver des créneaux horaires pour les consultations « urgentes ».**
- **Plateforme de régulation des demandes avec numéro d'appel unique en cas d'absence du médecin traitant.**
- **Participation des médecins de ville à la régulation des appels dans les centres de régulation lors des pics d'activité (épidémies, événements exceptionnels).**
- **Système de transports sanitaires vers les structures de garde** pour les patients dans l'impossibilité de se déplacer pour des raisons strictement médicales ou sociales (isolement géographique et/ou humain), tarifs négociés entre la CNAM et les transporteurs avec possibilité de reste à charge pour les patients afin de les responsabiliser.
- **Faciliter l'ouverture de services d'urgence dans les établissements privés.**

14) Stopper l'embauche de médecins dans les administrations

En particulier dans les Agences Régionales de Santé

15) Réformer les Agences Régionales de Santé

La crise sanitaire Covid19 a mis en évidence les faiblesses de l'organisation territoriale de santé actuelle.

Le modèle des ARS est mal adapté, en particulier lorsque les régions sont très vastes. Tout est décidé au niveau de la capitale régionale, les échelons locaux manquent cruellement de moyens et d'organisation.

Une décentralisation plus accrue y compris du médico-social est nécessaire afin de prendre les décisions les plus adaptées aux spécificités territoriales.

Il est nécessaire de renforcer les collaborations entre système de santé publique et privé et de faire confiance aux acteurs de terrain afin d'éviter les mesures trop technocratiques et difficilement applicables.

16) Mettre fin à l'hospitalo-centralisme universitaire

Les services hospitaliers universitaires ont tendance à monopoliser les postes d'externes et d'internes au détriment des hôpitaux périphériques, des cliniques privées et des cabinets de ville. Difficile dans ces conditions pour les jeunes médecins de découvrir la réalité d'un exercice différent mais bien souvent épanouissant. La suppression du numerus clausus facilitera cette ouverture au monde périphérique.

17) Mettre un terme à la surenchère de normes

Les établissements de soins sont soumis à des contraintes administratives qui deviennent intolérables. Il est normal que ceux-ci répondent à des normes rigoureuses mais les processus de certification deviennent tellement complexes et parfois ubuesques qu'ils en deviennent contreproductifs.

Ils représentent des coûts conséquents au détriment d'investissements en matériels et personnels, ils sont extrêmement chronophages, la traçabilité est devenue l'alpha et l'oméga des « bonnes » pratiques.

Le temps passé devant l'ordinateur et en multiples réunions se fait au détriment du temps de soins auprès des patients

18) Restructurer l'offre de soins hospitalière

Les progrès technologiques, les nouvelles thérapeutiques, le manque de médecins et de certains professionnels de santé, les difficultés de financement doivent nous conduire à redéfinir les missions de nos services hospitaliers.

Nous pouvons probablement faire beaucoup mieux à budget constant, il faut stopper cette politique du rabout sans véritable réforme structurelle. L'Allemagne consacre, comme la France 11,6% de son PIB aux dépenses de santé mais seulement 1264€ contre 1487€ par habitant pour la France à ses dépenses hospitalières.

Le passage aux 35h a totalement désorganisé les hôpitaux, nous en payons toujours les conséquences.

Une augmentation du temps de travail dans la fonction publique en particulier hospitalière ne doit plus être tabou, elle sera compensée en partie par une revalorisation des traitements.

35% du personnel hospitalier est non soignant, il faut donc **débureaucratiser l'hôpital en supprimant des postes administratifs**. Le nombre de personnel administratif a connu une inflation ces dernières années, qui dit administratif dit fabrication de normes que les professionnels de santé de terrain devront appliquer. C'est donc dans ces effectifs que les efforts de baisse du nombre de fonctionnaires doivent être appliqués en priorité, ce qui facilitera le recrutement de personnels soignants.

Il est essentiel de pouvoir mutualiser voire redéployer aisément les personnels vers des services sous dotés.

Il faut accepter de fermer certains services voire hôpitaux et de les **restructurer en services de moyen et de long séjour afin de répondre à la demande liée au grand âge et à la dépendance, en Maisons d'Accueil Spécialisé et en Foyers d'Accueil Médicalisé pour les patients handicapés de moins de 60 ans, en unité de soins urgents de premier niveau qui permettraient de pallier les insuffisances de la médecine de ville**. Il est essentiel de favoriser l'émergence **d'une filière cohérente et collaborative entre médecine de ville, services des urgences, services d'aval**. Ces secteurs sont trop cloisonnés.

19) Repenser la gouvernance des hôpitaux

Il existe une véritable crise de confiance des personnels soignants vis-à-vis de leur administration, **il est impératif de rééquilibrer la gouvernance des hôpitaux en redonnant du pouvoir de décision aux médecins et aux personnels soignants.**

20) Définir un panier de soins

Il semble nécessaire de **définir un panier de soins** que la collectivité prendra en charge.

Bien évidemment un tel panier de soins va entraîner de vifs débats. Le sempiternel refrain de l'apparition d'une médecine à deux vitesses va ressurgir. Mais cette médecine à plusieurs vitesses existe déjà et si rien n'est fait l'inégalité face aux soins s'accroîtra inexorablement.

Naturellement la définition d'un tel panier devra faire l'objet de débats entre les sociétés savantes, les corps intermédiaires, les associations de patients et le pouvoir politique.

Dans le domaine de la santé, la politique du rabot est également employée depuis de nombreuses années de manière insidieuse et masquée : déremboursements de médicaments, baisse de certains honoraires.

Il faut avoir le courage politique d'affronter cette problématique sans faux fuyants.

La collectivité ne pourra continuer de prendre en charge la totalité des dépenses de santé sauf à faire le choix d'augmenter régulièrement les sources de financement ce qui n'est pas souhaitable dans le pays champion des prélèvements et des dépenses publiques.

Le manque de moyens financiers est très souvent mis en avant pour expliquer les difficultés de notre système de santé, c'est un peu simpliste car chaque année l'Objectif National des Dépenses Assurance Maladie (ONDAM) augmente, certes de façon plus raisonnable qu'à une époque, mais il augmente.

21) Réforme de la politique du médicament

La crise sanitaire a mis en lumière les carences de notre industrie pharmaceutique et notre dépendance principalement vis-à-vis de l'Asie (Inde et Chine) qui désormais fabrique 80% des principes actifs contre 20% il y a 30 ans.

La filière pharmaceutique française est passée de la 1^{ère} place à la 4^{ème} dans l'UE.

Les laboratoires pharmaceutiques français et européens sont devenus des façonniers. Les procédures d'accréditation de nouveaux médicaments sont lourdes et très longues par rapport à nos concurrents. La recherche française pharmaceutique qui était leader est en difficulté d'où une baisse significative de découverte de molécules innovantes à forte valeur ajoutée. Enfin les prix des médicaments de consommation courante sont parmi les plus bas de l'UE, ce qui incite les firmes pharmaceutiques à privilégier les marchés à prix élevés.

SOLUTIONS :

Elles sont difficiles à mettre en œuvre du fait de la faiblesse de notre appareil industriel, de notre législation et nos coûts de production et devraient se concevoir en partenariat avec nos partenaires européens.

- Relocalisation de la fabrication de molécules actives principalement récentes et à forte valeur ajoutée.
- Stopper la course aux prix bas et définir un juste prix.
- Augmenter les stocks de produits finis et de molécules actives pour amortir les ruptures d'approvisionnement.
- Simplification des procédures administratives et d'accréditation des nouveaux médicaments et amélioration de la compétitivité de nos entreprises.
- Stimuler la recherche de thérapeutiques innovantes en favorisant la collaboration entre recherche publique et privée et en augmentant les financements.

22) Repenser le financement de la protection sociale

Même si les comptes de Sécurité Sociale se sont améliorés et ont été pratiquement à l'équilibre en 2018, la situation restait fragile et la branche Assurance Maladie était déficitaire. La crise sanitaire que nous vivons entraîne une augmentation abyssale des dépenses. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) prévoit un budget en déficit de 36 milliards pour 2021 après un déficit estimé à 49 milliards pour 2020 (contre 5.4 initialement prévu)

Son financement est issu principalement des cotisations sociales des salariés, des employeurs et de la CSG.

Il faut élargir l'assiette du financement.

L'introduction de la TVA sociale permettrait d'élargir la base de ressources en taxant la consommation. Son caractère universel paraissant plus équitable que l'augmentation ciblée de la CSG décidée par l'actuel gouvernement.

L'augmentation de la TVA (sauf le taux réduit sur les produits de première nécessité) aurait un double effet positif : augmenter les ressources de la Sécurité Sociale et renforcer la compétitivité des entreprises françaises grâce à la baisse de leurs charges et en taxant les produits importés en particulier issus des pays à bas coût.

Son impact sur l'inflation et le pouvoir d'achat serait probablement limité, les entreprises prenant à leur charge une partie de l'augmentation de la TVA.

L'arrivée de nouvelles thérapeutiques (immunothérapie, thérapies géniques...), de nouvelles techniques d'exploration et de diagnostic combinée au vieillissement de la population vont provoquer inévitablement une augmentation des coûts.

23) Convergence des tarifications public-privé

Nos difficultés sont en grande partie liées à un défaut d'organisation et d'optimisation des dépenses.

Il est d'ailleurs intéressant de comparer l'efficacité de la dépense entre les établissements privés et publics, cette comparaison est en général en faveur des premiers.

Avec des tarifications plus faibles le service rendu au patient est au minimum équivalent. Ces établissements optimisent la dépense en mutualisant leurs achats, en ayant une masse salariale administrative nettement plus faible et en ayant une organisation plus efficace.

Une convergence des tarifications entre le public et le privé pour une même mission est souhaitable. Elle obligerait les établissements à faire des efforts d'optimisation de leurs dépenses. Les établissements privés ont connu une baisse de leurs tarifications de 10 à 12% en 5 ans et ne bénéficient pas contrairement aux hôpitaux publics d'une rallonge budgétaire en fin d'année.

24) Renforcer la lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie

Ces fraudes peuvent paraître anecdotiques en regard du budget de l'assurance maladie (environ 190 milliards d'euros), mais elles sont hautement symboliques et doivent faire l'objet d'une lutte sans concession aussi bien vis-à-vis des assurés fraudeurs que des professionnels de santé malhonnêtes.

25) Réforme de l'Aide Médicale d'Etat (AME)

Naturellement lié aux problèmes migratoires ces dépenses ne cessent d'augmenter pour atteindre pratiquement 1,3 milliard d'euros en 2020 et constituent un appel d'air.

Cette aide généreuse et respectable ne peut être maintenue à l'identique.

Elle pourrait être substitué par une aide réservée aux situations d'urgence vitale et liées aux pathologies infectieuses épidémiques.

26) Mettre en place une véritable politique de prévention

Le système de santé en France est parmi les plus généreux au monde, mais historiquement il est ancré dans le domaine du curatif plutôt que du préventif. Il compte **un retard significatif** sur la prévention par rapport aux autres pays européens.

Il est important d'inverser les priorités. Cela permettrait d'améliorer le niveau de santé global de la population et de diminuer les dépenses de santé.

La sédentarité et la mal nutrition en particulier sont devenues de véritables fléaux et constituent un enjeu de santé publique.

Malgré toutes les campagnes de mobilisation et de sensibilisation la situation se dégrade et affecte en particulier les jeunes générations.

En effet, la sédentarité est devenue la **1^{ère} cause de mortalité évitable** en France avec :

- 2/3 des français ont une activité physique insuffisante (6 à 10 000 pas) et 50% des français seulement pratiquent une activité plus d'1h/semaine
- 22% seulement des 3-10 ans atteignent les niveaux recommandés d'activité physique
- Perte de 25% des capacités physiques des adolescents en 40 ans
- 1 adulte sur 2 est en situation de surpoids

Nous comptons également **1 million de personnes dépendantes** qui seront 2 millions en 2040, conséquence du vieillissement de la population française.

Ce constat est d'autant plus alarmant et injustifiable quand on sait que l'activité physique est préconisée en première intention avant tout traitement médicamenteux dans les dépressions légères et modérées, dans l'artériopathie des membres inférieurs, dans le diabète de type 2, l'obésité (rapport INSERM 14 février 2019) et permet d'éviter entre autre:

- 30% des maladies cardio-vasculaires
- 25% des cancers du sein et du colon,
- 50% des diabètes de type II et 30% de risques d'AVC

Le différentiel de dépenses de santé entre une personne active et sédentaire est de **250€/an/personne**.

Ce sont plus de 10 millions de patients qui sont concernés, donc un gain théorique de **2.5 milliards**, c'est dire l'enjeu social et économique incontournable pour les années à venir.

Partant de ce constat, il est essentiel de mettre en place des programmes d'activité physique et sportive en prévention primaire, secondaire et tertiaire qui pourront être portés par des Maisons Sport Santé, des collectivités locales, des associations sportives, des structures de soins...

Les Maisons Sport Santé (MSS) initiées en 2019 constituent une indéniable avancée. Elles ont pour but d'accueillir et d'orienter les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge, leur état de santé ou de fragilité. L'objectif est de labelliser 500 MSS sur l'ensemble du territoire.

La formation à la connaissance théorique et pratique des bénéfices de l'activité physique est nécessaire en direction de l'ensemble des professionnels de santé, en particulier des médecins durant leurs études et leurs carrières professionnelles grâce à la formation continue et des professionnels de l'activité physique adaptée qui mettront en œuvre ces programmes en particulier les dispositifs de Sport Sur Ordonnance qui s'adressent à des patients souffrant de pathologies de longue durée.

De nombreuses collectivités locales expérimentent et mettent en place des actions de sport santé bien-être à destination de leur population : espaces sportifs en libre accès, ateliers sportifs gratuits ouverts à tous, sensibilisation des scolaires Ces actions ont bien évidemment un coût et dépendent de leur volonté politique.

Il est important également de privilégier les modes de déplacements actifs en aménageant des voies dédiées et sécurisées aux piétons et aux cyclistes. L'activité physique et sportive doit être intégrée à nos modes de vie au quotidien. Marcher et utiliser son vélo pour aller à l'école ou au travail, monter les escaliers plutôt que de prendre l'ascenseur permettent bien souvent de respecter les objectifs quotidiens d'activité physique.

Comme indiqué le gain financier pour la collectivité étant estimé à 2.5 milliards d'euros, il pourrait être proposé de soutenir financièrement ces expérimentations ciblées sur la prise en charge de l'activité physique et sportive à des fins de santé par la Caisse nationale d'Assurance-maladie (CNAM) dans les territoires.

La lutte contre la pollution en particulier les particules fines qui sont à l'origine de pathologies cancéreuses, pulmonaires et cardiovasculaires, la lutte contre les perturbateurs endocriniens et les addictions doivent être également une priorité d'une politique de prévention efficace.