

# DOCUMENT DE TRAVAIL

## A débattre en Bureau Politique

### Programme Santé UDI.

#### **Vers un système de santé et d'assurance maladie basé sur la solidarité et l'efficacité.**

##### ***La santé est une des préoccupations majeures des français.***

Ils sont conscients de l'engagement des professionnels de santé et de la qualité de leur formation mais inquiets par le coût croissant et la dégradation progressive de notre système de santé.

Tous ont, au moins une fois, fait l'expérience difficile d'un passage dans un service d'urgence ou attendu un rendez-vous chez un médecin généraliste ou tout autre professionnel de santé, alors qu'ils étaient inquiets pour leur état de santé ou celui d'un proche.

Certains sont sensibilisés aux gaspillages et aux risques liés à la multiplication des actes diagnostiques et /ou thérapeutiques ainsi qu'à l'absence de vraie politique de prévention.

Pour près de 30% de la population les inégalités d'accès à la santé s'aggravent pour des raisons financières ou géographiques ; ils renoncent à recourir aux soins et aux programmes de prévention.

Parallèlement, 82% des 35000 médecins consultés par le conseil de l'ordre des médecins fin 2015 estimaient que le système de santé s'était détérioré depuis dix ans.

Finalement, c'est bien aux politiques, qu'usagers et professionnels reprochent de ne pas avoir mené les réformes nécessaires et anticipé les bouleversements démographiques et technologiques.

##### ***Pour l'UDI, La santé doit être au cœur des débats politiques et des programmes pour les prochaines élections.***

La santé produit des richesses, elle contribue au maintien des liens sociaux et au respect de la laïcité.

Notre système de santé doit être basé sur la solidarité et un accès de tous à la prévention et aux soins. Pour être préservé, voire « sauvé », il doit être économiquement viable. Seule une amélioration de l'organisation des soins et de leur qualité dans chaque territoire, sur la base d'un « panier de soins et de prévention » garanti à tous, permettra de gagner en efficacité. Ceci passe par une responsabilisation de l'ensemble des acteurs et une profonde réforme du système de financement des dépenses de santé.

##### ***L'UDI est optimiste.***

Notre pays peut retrouver un système de santé parmi les plus performants car la majorité des acteurs, professionnels de santé et agents publics, sont compétents mais il faut renoncer à des réformes cosmétiques pour fixer dès maintenant les étapes qui permettront de le moderniser.

## Le constat.

- **Un système de santé trop coûteux, longtemps considéré comme excellent mais qui se dégrade.**

Selon l'Euro Health Consumer Index, qui classe les systèmes de santé des pays européens, la France recule depuis 2005 dans le classement pour arriver à la onzième place en 2015. Nous sommes en quinzième position, parmi les pays de l'OCDE, pour l'espérance de vie des hommes. La mortalité par cancer du poumon chez la femme a doublé en 25 ans et la progression de l'obésité chez les adultes, depuis 15 ans, est parmi les plus rapides dans les pays de l'OCDE. Dans son panorama de la santé 2015, l'OCDE classait la France en treizième position sur les 31 pays évalués pour le taux de mortalité par accidents vasculaires cérébraux, en dix-septième position sur 32 pays pour la mortalité par crise cardiaque et en neuvième position sur 24 pays pour la survie à 5 ans des cancers du sein chez la femme.

Parallèlement, La Banque Mondiale plaçait, en 2013, la France en troisième position des pays de l'OCDE qui consacrent le plus de dépenses à la santé (12% du PIB) après les Etats Unis (17,1% du PIB) et les Pays Bas (12,9 %).

La dégradation de notre système de santé a été très rapide. En 2000, l'OMS a effectué une analyse comparée des systèmes de santé dans le monde sur la base de cinq indicateurs et concluait que la France fournissait les meilleurs soins de santé généraux à sa population. Les responsables de systèmes de santé étrangers (Grande Bretagne, Canada ou UTAH aux Etats Unis à titre d'exemple), qui prenaient la France en exemple, nous alertent aujourd'hui, lorsqu'ils sont interrogés par nos propres dirigeants, sur les risques de dérive rapide de notre système.

Ces experts et observateurs, ainsi que l'OCDE dans son panorama de la santé, soulignent, qu'en France, les moyens alloués à la prévention sont insuffisants (2% en France contre 3% en moyenne dans les pays de l'OCDE), que les inégalités sociales en santé s'accroissent<sup>1</sup> et que l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins est trop lente.

Notre système de santé n'est pas préparé aux défis mondiaux que sont le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques, les mouvements de population dans le monde et le financement des progrès technologiques.

---

<sup>1</sup> Communiqué de presse du CISS, le 12/10/2016 faisant suite au dixième baromètre de la pauvreté Ipsos/Secours Populaire, « l'accès aux soins, un luxe auquel nombre de personnes renoncent »

- **Des inégalités sociales en santé inacceptables**

L'écart d'espérance de vie entre cadres et ouvriers n'a pas évolué depuis 45 ans. La France est l'un des pays d'Europe occidentale dans lesquels les écarts de santé entre groupes sociaux sont les plus élevés. Ainsi, l'écart du risque de mortalité prématurée entre travailleurs manuels et non manuels, entre 45 et 59 ans, est 2 fois plus élevé en France qu'en Suède ou au Danemark. L'espérance de vie d'un ouvrier français est inférieure de 6 ans par rapport à celle d'un cadre, en lien avec l'absence de prévention, les accidents du travail et un retard au diagnostic des maladies les plus graves.

En 2012, selon une enquête de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, 26% des personnes interrogées ont déclaré avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières.

Ces inégalités sociales de santé s'aggravent et le tiers payant n'aura aucun effet pour des personnes "démunies" qui ne savent pas s'orienter à travers les structures de soins. L'éducation sanitaire, l'éducation thérapeutique et la prévention ne sont pas adaptées aux populations les plus défavorisées faute de coopération suffisante entre les secteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux. D'autres pays, tel le Canada, ont su créer des réseaux de prise en charge sanitaire et sociale.

Aux inégalités économiques s'ajoutent des inégalités régionales et infrarégionales, en lien avec l'environnement de vie et/ou la désertification médicale.

- **Une crise des professions de santé.**

La perte de confiance entre professionnels de santé et gouvernement n'est plus acceptable car elle freine toute évolution du système. Au-delà de la colère, le taux de « burn out » et de suicides augmente chez les professionnels de santé en lien avec les conditions de travail.

La rémunération moyenne des professionnels de santé est relativement faible si on la compare aux pays de l'OCDE.

La démographie des professions de santé est inquiétante; la pénurie s'aggrave en raison des Réductions de Temps de Travail (RTT) et des changements de comportement professionnel qui ne sont que partiellement dus à la féminisation de ces professions.

La France n'a jamais compté autant de médecins en activité (222150 en 2015, dont 103000 généralistes selon l'INSEE) ; la densité des médecins généralistes sur le territoire est supérieure à celle de l'Espagne ou du Royaume Uni mais les français ressentent une pénurie<sup>2</sup>. Pour pallier aux départs à

---

<sup>2</sup>Selon une enquête réalisée par l'IFOP pour la Confédération des Syndicats Médicaux Français, 78% des français se déclarent favorables à la médecine libérale. Lorsqu'ils sont interrogés sur les difficultés qu'ils rencontrent, 55% estiment que les délais

la retraite du baby-boom, le numerus clausus a été augmenté dans les années 2000 (passage de 3500 en 1990 à 7646 en 2016) mais un médecin partant à la retraite, généraliste ou spécialiste, trouve difficilement un remplaçant à Paris ou dans les zones rurales.

Le rapport Berland de 2006 sur la démographie médicale hospitalière décrivait déjà ces tendances.

Des réformes ont déjà été engagées dont une prolongation de l'activité des praticiens au-delà de l'âge légal de la retraite avec le cumul emploi retraite, et le recours aux médecins étrangers. Aujourd'hui, 20% des médecins exerçant en France ont obtenu un diplôme à l'étranger, dont l'obtention est le plus souvent moins exigeante qu'en France avec comme corollaire une formation de moindre qualité.

L'afflux de professionnels formés à l'étranger concerne aussi les métiers paramédicaux<sup>3</sup> et, comme pour les médecins, est la conséquence, depuis des décennies, d'absence de vision prospective sur l'évolution de notre système de santé.

Dans le secteur de la rééducation, les professionnels exercent à plus de 80% en secteur libéral<sup>4</sup>. Le manque de kinésithérapeutes et d'orthophonistes dans les établissements de santé, en lien avec un manque d'attraction financière dans la fonction publique, conduit à des pertes de chances pour le malade mais aussi à une augmentation des coûts en lien avec un allongement de la durée des séjours et une augmentation des séquelles fonctionnelles.

Certains territoires, en particulier ruraux et péri-urbains, se désertifient avec une disparition des services et structures de proximité (postes, écoles, crèches, commerces..) dont ceux de la santé. Les écarts entre territoires vont du simple au double pour les médecins généralistes, de 1 à plus de 7 pour les spécialistes et de 1 à 9 pour les infirmiers. Parallèlement, disparaissent des pharmacies et des cabinets de professionnels paramédicaux. C'est donc une réorganisation de l'offre de soins dans ces territoires qui permettra d'offrir, à tous, les services dont ils ont besoin.

L'offre de soins se dégrade aussi dans les grandes villes. Ainsi, à Paris, malgré une moyenne de médecins supérieure à celle de la France, les patients connaissent des problèmes d'accès aux soins. En effet, un tiers seulement des médecins sont spécialisés en médecine générale ; 40% d'entre eux exercent en secteur 2 avec dépassement d'honoraires. Plus de 25% exercent un métier différent de la médecine générale dont la médecine d'urgence, l'homéopathie, l'acupuncture, ou d'autres médecines non conventionnelles que la France tarde à réglementer.<sup>5</sup>

---

*pour obtenir un rendez-vous sont trop longs, 30% se plaignent du refus de certains médecins de prendre de nouveaux patients, 23% considèrent que le coût de certaines consultations étaient trop élevé et 23% que la distance à parcourir pour trouver un médecin était trop importante. Plus d'1 français sur 5 a déjà eu recours à un médecin pratiquant des dépassements d'honoraires parce qu'il n'arrivait pas à obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables*

<sup>3</sup> Etude DREES, octobre 2014, métiers de la rééducation.

<sup>4</sup> Etude DREES, édition 2016, les dépenses de santé en 2015.

<sup>5</sup> Le parlement européen a adopté en mai 1997 une résolution sur le statut des médecines non conventionnelles considérant qu'une législation européenne en matière d'exercices des médecines non conventionnelles constituerait une garantie pour les patients.

- **Une organisation des soins éclatée, cloisonnée et hôpitalo-centrée.**

L'organisation des soins et la distribution des moyens en France sont dirigées vers l'hospitalisation.

Si l'on compare à l'Allemagne, selon les données de l'institut Thomas More en 2012, la France consacre 1229€ par habitant et par an à l'hôpital contre 819€ en Allemagne. Nous avons 42,7 établissements hospitaliers pour 1 million d'habitant contre 25,4 en Allemagne avec un record d'hôpitaux de très petite taille (la moyenne des lits par hôpital en Allemagne est de 323 contre 154 en France et ceci malgré l'existence de très grosses structures). La durée moyenne de séjour à l'hôpital est 10 jours en France contre 8 jours dans les pays de l'OCDE, en lien essentiellement à un plus faible développement de la médecine ambulatoire.

Faute d'organisation du système de soins primaires et de moyens suffisants, l'hôpital est contraint d'assurer les missions délaissées par le secteur ambulatoire dont la continuité des soins de premier recours.

Conséquence directe, les services d'urgences sont au bord de l'implosion<sup>6</sup>. Il y a eu plus de 18 millions de passages aux urgences en 2013 alors que, depuis 10 ans, le nombre de situations graves et d'urgences vitales n'a pas augmenté (10% environ des passages en 2013).

Au poids de l'hôpital dans le système s'ajoutent les difficultés liées aux cloisonnements entre médecine hospitalière et médecine de ville ainsi qu'entre médecine publique et libérale ; ceci malgré les récentes réformes législatives<sup>7</sup>.

Le retard pris en France dans l'utilisation des outils numériques, au point que le dossier médical personnalisé et informatisé n'est toujours pas déployé, freine toute possibilité de travail en réseaux au sein d'un même établissement et encore plus avec le secteur ambulatoire.

Les soins primaires sont très largement assurés par les médecins libéraux ; leur mode d'exercice mono-disciplinaire et de rémunération à l'acte ne leur permettent pas de faire efficacement de la prévention ou de la prise en charge médico-sociale.

Les centres de santé, dont l'intérêt est bien analysé dans un rapport de l'IGAS de 2013, représentent seulement 2,4% de l'offre de soins ambulatoires alors que les pays étrangers (Canada, pays nordiques, Allemagne, Grande Bretagne ou Etats-Unis) ont largement développé ce mode de pratique pluri-professionnelle qui permet d'assurer une activité de soins, de prévention, de prise en charge sociale et médicale, de participer à la permanence des soins. Ces centres de soins, comme les maisons de santé pour le secteur libéral, répondent aussi à une demande de jeunes médecins, souvent des femmes, d'exercer en groupe.

Les ARS ont défini des "schémas régionaux d'organisation médico-social" essentiellement tournés vers la prise en charge de la précarité, du handicap et de la dépendance. Cependant, force est de constater qu'une partie de plus en plus importante de la population, en raison de la crise économique, du chômage, de la monoparentalité, de la fragilisation de la cellule familiale, de l'augmentation de la toxicomanie, ont besoin d'une prise en charge à la fois médicale et sociale. Ainsi, une partie de nos

---

<sup>6</sup> Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence, Dr J.Y. Grall, juillet 2015.

<sup>7</sup> La création des Agences Régionales de santé (ARS) en 2010 par application de la loi "hôpital, patients, santé et territoires" ; le renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé avec la loi de décembre 2011 ; l'indispensable amélioration de la prévention dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.

concitoyens s'excluent ou sont exclus des programmes de prévention allant du dépistage des cancers ou des maladies sexuellement transmissibles jusqu'aux visites médicales de prévention et aux examens bucco-dentaires.

Depuis la création de la Protection Maternelle et Infantile en 1945, de nombreuses structures<sup>8</sup>, de statuts différents, ont été créées pour répondre aux besoins spécifiques de la population, coordonnées au niveau des départements ou au niveau national. Chacune de ces structures a correspondu, à un moment, à un besoin de la population. Leur évaluation est aujourd'hui indispensable ; un rapprochement, en particulier avec les centres de santé, permettrait des économies, éviterait des redondances dans les missions et faciliterait l'orientation du patient vers un service dédié.

Enfin, la médecine scolaire et la médecine du travail sont, aujourd'hui, à bout de souffle.

- **Une qualité et une sécurité des soins qui progressent trop lentement avec des gaspillages coûteux et dangereux.**

Une conséquence directe du faible investissement, en France, dans l'organisation et le financement des soins primaires est la multiplication des actes inutiles, la redondance des examens, consultations et prescriptions, le nombre important d'hospitalisations évitables. Ces hospitalisations inutiles sont associées à une mortalité plus élevée, en lien avec des événements indésirables graves. Elles varient dans des proportions très importantes (moins de 1% à plus de 40%) selon les territoires, creusant encore les inégalités de prise en charge de la population alors que l'examen des données de santé de l'Assurance Médicale Obligatoire (AMO) permet de les repérer. La France est en vingt et unième position parmi 31 pays évalués par l'OCDE en 2015 pour les admissions évitables à l'hôpital des patients porteurs de diabète.

La France est aussi championne dans la surconsommation de médicaments, dont les benzodiazépines ou les antibiotiques, avec des conséquences graves pour la santé de l'individu ou la santé publique telle la résistance aux antibiotiques.

Parallèlement, la moitié des malades traités pour hypertension n'auraient pas le traitement approprié et près de 50% des patients diabétiques n'auraient pas bénéficié d'un fond d'œil dans l'année écoulée.

La mortalité évitable faute de politique de prévention adaptée est élevée. A titre d'exemple, on enregistre une moyenne de 1000 décès chaque année par asthme alors qu'il n'y a plus de décès dans l'état américain de l'Utah<sup>9</sup> grâce au programme « Astma Tracker ».

---

<sup>8</sup> Les centres de planning familial, les CSAPA ou centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CAARUD ou centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, les CDAG ou centres de dépistage anonyme et gratuit des infections sexuellement transmissibles (IST), les CIDDIST ou centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST, les centres de vaccination, les centres des caisses primaires d'assurance maladie dédiés à la prévention et au dépistage.

<sup>9</sup> Voir note 8 sur le livre de P.H. Bréchat.

Selon les données de l'Institut National de Veille Sanitaire, la couverture vaccinale est très élevée en France pour les nourrissons mais insuffisante pour les adolescents et l'adulte. Le carnet de santé, bien rempli pour les jeunes enfants, permet à la mère et aux médecins traitants de suivre leur statut vaccinal. A l'opposé, ce suivi est particulièrement difficile à partir de l'adolescence en l'absence de carnet de vaccination électronique. La Côte d'Ivoire dispose d'un tel système OPISMS RAPPEL VACCIN, développé par une société d'informatique ivoirienne.

La France manque de référentiels de bonnes pratiques (RBP) et, lorsqu'ils existent, leur diffusion et leur appropriation par les professionnels de santé et les patients sont très insuffisantes. Nombre de professionnels de santé français consultent le site du NICE (National Institut for Care Excellence en Grande Bretagne) ou le site « Santé Canada ». La multiplication des sites non contrôlés sur lesquels les patients cherchent des informations et même des formes de traitements alternatifs est inquiétante.

Quelques chiffres de santé publique sont particulièrement préoccupants. Ainsi, la France se situe au treizième rang des pays de l'Union Européenne pour la mortalité maternelle et occupe une place encore moins bonne pour la mortalité périnatale. Nous avons, également, un taux de décès par suicides parmi les plus élevés.

- **Un système assurantiel qui creuse les inégalités.**

Contrairement à de nombreux pays, l'assurance privée, en France, occupe une place importante dans la prise en charge des dépenses de santé. Quarante-deux pour cent de la population est couverte, le chiffre le plus élevé parmi les pays de l'OCDE. Ainsi, la part des dépenses totales de santé prise en charge par les complémentaires-santé est aussi très élevée, 14%, alors qu'elle est de 9,5% en Allemagne, 6% en Espagne et 4% en Belgique.

La France est aussi caractérisée par un système assurantiel hybride dans lequel les complémentaires interviennent essentiellement pour couvrir la part des dépenses restant à la charge des patients après l'intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour des soins jugés indispensables (reste à charge après une hospitalisation) mais aussi pour des soins au service médical rendu modéré ou faible<sup>10</sup> (c'est le cas de certains médicaments remboursés à 15% par l'AMO) ou des prestations comme les cures thermales.

De nombreux analystes, et récemment la Cour des Comptes dans son rapport 2016 sur la sécurité sociale, pointent les risques majeurs liés au mode de financement des dépenses de santé en France:

- Ce système est l'un des plus dépensiers en frais administratifs : 13,7 milliards d'euros par an de frais de gestion pour, d'une part les 3 régimes principaux et les régimes spéciaux de l'AMO (et leurs 86 opérateurs), et d'autre part, pour plus de 700 organismes complémentaires qui se partagent 14% des dépenses de santé.

- L'AMO ne joue plus son rôle de socle de protection universelle.

---

<sup>10</sup> Le service médical rendu (SMR) est un critère prenant en compte la gravité de la pathologie et les données propres au médicament dans une indication donnée, dont l'efficacité et les effets secondaires, la place dans la stratégie thérapeutique, l'existence d'alternative thérapeutique, l'intérêt pour la santé publique. Sur la base de ces critères, le service médical rendu par un médicament est classé en 3 niveaux : majeur ou important, modéré ou faible, insuffisant.

- le nombre inconsideré de mutuelles les prive de rôle significatif dans l'organisation des soins ou dans la lutte contre les gaspillages et les fraudes ; fraudes qui s'élevaient en 2011 à 156 millions d'euros dont 71 par l'hôpital, 65 par les professionnels de santé et 20 par les assurés.

- le système creuse les inégalités sociales en santé en raison, en particulier, des restes à charge sur des soins et biens indispensables<sup>11</sup>: hospitalisation, consultations, soins dentaires non prothétiques mais aussi dispositifs médicaux<sup>12</sup>. Dans ce contexte, la prise en charge des audioprothèses et des soins d'appareillage, qui concernent 3 millions de personnes dans notre pays dont 2 millions seulement sont appareillés, est largement débattue<sup>13 14</sup>. Le remboursement moyen, par l'AMO et les complémentaires, est en France de 470€ ; ceci est très inférieur au seul remboursement public dans les pays limitrophes (840€ en Allemagne)<sup>15</sup>.

- Ce mode de prise en charge de la dépense en santé et la rémunération à l'acte freinent la mise en œuvre d'une politique de prévention.

Dans ce contexte, l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la complémentaire santé obligatoire pour les salariés est effectif depuis le 1 janvier 2016. Alors que 95% de la population bénéficiaient d'une complémentaire, l'extension des contrats collectifs à 400.000 salariés non couverts représente un coût énorme pour l'Etat et des frais inconsiderés pour la mise en œuvre par les entreprises.

Les aides publiques à la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire santé pour l'ensemble de la population (salariés, fonctionnaires, agriculteurs, travailleurs indépendants, personnes bénéficiant de l'ACS : aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) s'élèvent à 3,5 milliard €, avec, pour conséquence, une augmentation significative du financement de la santé par les impôts.

La généralisation de la couverture complémentaire santé laisse 3 à 4 % de la population non couverte, en particulier, des inactifs en âge de travailler dont les ressources excèdent le plafond de l'ACS. Cette mesure qui juxtapose des dispositifs distincts pour les salariés, les indépendants, les fonctionnaires, les retraités, va inéluctablement entraver la mutualisation du risque entre l'ensemble des assurés sociaux et provoquer des hausses de tarifs des complémentaires pour certaines populations.

La généralisation des complémentaires-santé accentue les effets pervers de notre mode de financement des dépenses de santé pour permettre de masquer le déficit de la sécurité sociale.

Enfin, il faut constater que l'on a fait déployer des efforts considérables aux entreprises pour mettre en place des complémentaires santé mais que rien n'a été fait pour protéger nos concitoyens des risques lourds que sont l'invalidité, le décès, les arrêts de travail en particulier pour les travailleurs indépendants et le monde rural.

---

<sup>11</sup> Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, dans son rapport de 2013, montrait que 5% des assurés, parmi les plus fragiles médicalement et socialement, supportaient en 2009 des restes à charge supérieurs à 1600€ par an. Nous aurions besoin de chiffres actualisés sur un sujet de cette importance.

<sup>12</sup> Les dépenses liées aux dispositifs médicaux augmentent fortement. Elles s'élevaient à 13,4 Mds€ pris en charge pour 5,8 Mds€ par l'AMO et avec un reste à charge pour les complémentaires ou les patients eux-mêmes de 7,6 Mds€. (Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental, T. Beaudet et E. Couty, 2015). Ce rapport pose la question de la prise en charge des objets connectés dont l'utilisation dans la pratique de soins s'étend rapidement.

<sup>13</sup> Communiqué du 19/07/2016 de l'autorité de la concurrence : Audioprothèses.

<sup>14</sup> Communiqué du Collectif Inter associatif Sur la Santé, 2016 : Faciliter l'accès à l'audioprothèse.

<sup>15</sup> Publication par l'Union Nationale des Audioprothésistes : analyse sectorielle d l'audioprothèse en France, décembre 2015



## **Les propositions.**

Conscient de l'ampleur du chantier, l'UDI propose de fixer dès maintenant le cap pour aboutir à des réformes de fond de l'organisation et du financement de notre système de santé. Ceci ne doit pas freiner la mise en place de mesures immédiatement nécessaires. Tous les pays sont confrontés aux mêmes problématiques financières, démographiques et de progrès technologiques mais certains ont déjà entrepris les réformes nécessaires.

### **1- Une organisation des soins et de la prévention plus efficiente, garante de leur qualité et adaptée aux besoins de l'ensemble de la population.**

L'organisation des soins et de la prévention ne peut se concevoir qu'au niveau d'un territoire de santé publique avec l'intégration de tous les acteurs de la médecine publique et privée, de l'hospitalisation et des soins primaires, les pharmaciens et paramédicaux, ceux impliqués dans la médecine scolaire et la médecine du travail, le secteur médico-social et social souvent porté par les associations.

L'ordre des médecins dans les conclusions de la grande consultation, publiés en décembre 2015, propose de regrouper les acteurs et moyens de santé au sein d'un « échelon territorial d'action unique ou bassin de proximité Santé (BPS) ». Pour assurer l'efficacité et la coordination des soins ce BPS devrait « disposer de la capacité d'autonomie de prise en charge ambulatoire de sa population, incluant soins, dépistage, prévention, éducation sanitaire, médico-social, prévention au travail et en milieu scolaire » Ajoutons qu'il devrait se coordonner avec, d'une part les moyens d'hospitalisations publics ou privés sans plateaux techniques lourds, et, d'autre part avec les hôpitaux et cliniques de référence qui desservent plusieurs territoires de Santé.

Au-delà des déclarations, cela nécessite :

**- un développement extrêmement rapide de référentiels de bonnes pratiques.**

Ils sont indispensables aux professionnels de santé pour communiquer, exercer leur métier et progresser sur la base d'un socle commun de pratiques

**- le développement des outils informatiques et plus largement de la E-Santé.**

C'est le moyen le plus efficace de rationaliser l'activité des professionnels de santé, de lutter contre les déserts médicaux et de prendre en charge les malades porteurs de maladies chroniques, les personnes âgées en perte d'autonomie ou les personnes lourdement handicapées.

La France a les compétences technologiques et industrielles pour développer la E- Santé, un vecteur de croissance économique. Et pourtant, nous avons en France un retard considérable.

**- un cadre juridique et administratif qui rende effective la décentralisation.**

Il doit permettre aux acteurs de terrain d'organiser l'offre de santé pluridisciplinaire la plus efficiente pour leur territoire.

**- Enfin, un moratoire sur la vision dogmatique de l'offre de soins opposant médecine libérale et publique ainsi que les professions médicales aux professions paramédicales.**

Que les professionnels de santé exercent seuls en cabinet, dans une maison ou un centre de santé, dans une clinique ou un hôpital public, dans une pharmacie, un cabinet paramédical (kinésithérapie, orthophonie, soins infirmiers, etc.), l'usager attend de chacun d'eux qu'il puisse contribuer à lui offrir les soins dont il a besoin et à l'orienter dans le dédale du système de soins et du système social.

- **Outils informatiques et E-Santé.**

La E-Santé est indispensable aux professionnels de santé pour travailler en équipe, suivre le patient dans l'ensemble de son parcours de soins, libérer du temps à consacrer à l'activité de soins et aux relations avec le patient, s'informer. C'est aussi un des moyens de répondre à la problématique des « déserts médicaux » en développant les téléconsultations, télé-expertises et les services délocalisés de radiologie<sup>16</sup>. C'est un outil d'aide à la prise en charge de malades porteurs de maladies chroniques, au suivi des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes lourdement handicapées prises en charge dans des structures spécialisées afin d'éviter des déplacements souvent difficiles moralement et physiquement.

Nous proposons d'identifier les mesures et actions d'ordre national puis de laisser aux acteurs de terrain la possibilité de s'organiser pour développer leurs outils informatiques et d'E-Santé

---

<sup>16</sup> Un décret d'application de la loi de modernisation du système de santé prévoit un élargissement des missions des manipulateurs en radiologie qui leur permettraient de prendre les clichés sans la présence d'un médecin radiologue. Celui-ci pourrait interpréter les clichés à distance. Cette mesure devrait pallier la disparition des cabinets de radiologie dans certains déserts médicaux.

### **Au niveau national :**

- Le dossier médical informatisé doit voir le jour ainsi que le carnet de vaccination électronique.
- Les actes de téléconsultation, télésurveillance et télé-expertise doivent être valorisés.
- Poursuivre le chantier permettant d'exploiter les données de santé dans le respect des règles éthiques et de confidentialité.

### **Au niveau régional et territorial :**

- Il faut identifier rapidement les situations dans lesquelles la télémédecine a fait preuve de son efficacité et favoriser le développement de la télémédecine dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante
- Au-delà, les professionnels de terrain et les établissements hospitaliers doivent pouvoir s'organiser en fonction de leurs besoins. Les aides financières doivent être conditionnées à un cahier des charges précis conduisant à une plus grande efficacité dont la simplification des circuits administratifs, la pratique pluri-professionnelle, le décloisonnement entre ville et hôpital, entre secteur médical et social, entre santé scolaire, médecine du travail et médecine générale.
- Les initiatives des complémentaires-santé et les actions financées par l'Etat doivent converger.
- Enfin, il faut accélérer l'arrivée du haut débit dans les territoires les plus reculés.

- **Les référentiels de bonne pratique acceptés par les professionnels de santé.**

Les référentiels et données de santé indispensables aux professionnels de santé dans leur exercice quotidien sont aujourd'hui produits et publiés par plusieurs structures mises en place par l'Etat dont l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et, surtout, la Haute Autorité de Santé. Ces référentiels sont souvent incomplets et incompréhensibles pour le praticien de terrain.

Il est temps de réunir compétences et financements et de doter la France d'un seul portail d'information, ouvert aux professionnels de santé et aux usagers, comme cela a été fait par le National Institute for Care Excellence en Grande Bretagne ou Santé Canada.

Enfin, toutes les organisations qui ont mis la qualité des soins au cœur du dispositif ont prévu des outils<sup>17</sup> qui permettent à chaque personnel de santé de contribuer à l'évolution de ces référentiels. Ainsi on ne parle plus de RBP mais de Référentiels de Bonnes Pratiques Partagés.

---

<sup>17</sup> A titre d'exemple, « choosing Wisely », mis en place aux Etats Unis, permet d'établir une liste par spécialité médicale des cinq spécialités à éviter ou à discuter de manière approfondie avec les patients. Cette liste est établie par les professionnels de santé puis validée par les sociétés savantes.

- **Un cadre administratif et juridique rénové.**

La gouvernance du système de santé français est caractérisée par sa complexité et le cloisonnement de la régulation lié au partage des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie, conduisant à des conflits de responsabilité et une absence de transparence pour le professionnel et l'utilisateur.

La régionalisation du pilotage de la santé est la seule réponse politique ; elle ne nécessite que des ajustements techniques pour être effective mais une inversion du mode de pensée centrée sur « une tête parisienne » et du dogme comptable selon lequel l'Etat est le meilleur gestionnaire des masses financières considérables qui sont en jeu.

Les ARS sont des organisations enviées par de nombreux pays mais remises en cause par les professionnels de santé. L'ordre des médecins, s'il définit parfaitement l'organisation de la santé au niveau d'un BPS, n'avance pas de solutions quant au pilotage, à l'évaluation et au contrôle de l'ensemble du processus au niveau national et régional.<sup>18 19</sup>

Les ARS ne pourront assurer ces missions avec succès, auprès des professionnels de santé dans leur région et avec les collectivités locales, qu'à condition qu'elles acquièrent une réelle autonomie, exécutive et financière, par rapport à l'Etat qui devra accepter la subsidiarité en mettant fin à une duplication des tâches au niveau régional et national.<sup>20</sup>

Nous proposons :

- De modifier les modes de nomination et la durée des mandats des directeurs d'ARS ainsi que des conseils de surveillance. Dans ce contexte, les ARS à travers leur lien avec l'administration centrale sont aujourd'hui responsables de l'équilibre financier des hôpitaux publics et donc en conflit d'intérêt lorsqu'il s'agit d'arbitrer entre financements publics et privés ou entre financements des hôpitaux et du secteur ambulatoire.
- De mettre fin à des attributions fléchées par secteur voir par financeur ( Etat ou Assurance Maladie) pour permettre aux ARS d'avoir les marges de manœuvres nécessaires au pilotage de la santé dans leur région en lien avec les collectivités locales avec une enveloppe correspondant aux besoins estimés de la population. Ceci peut passer par une première étape dans laquelle les Fonds d'Intervention Régionaux sont augmentées et pérennisées et l'ARS

---

*L'organisation des soins dans l'état de l'UTAH est très bien analysée dans le livre de P.H. Bréchat « Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie ». L'équipe de soins primaires dispose d'un système informatique ultrasécurisé regroupant les données cliniques, administratives, financières et sociales du patient. Ce système est partagé entre secteur ambulatoire et hospitalier et intègre les recommandations de bonnes pratiques partagées. Sur le même système, les équipes pluridisciplinaires peuvent comparer leurs pratiques et leurs résultats tant cliniques que financiers. Elles peuvent faire un retour d'expérience sur l'utilisation des RBPs et contribuer à leur amélioration. Les équipes pluridisciplinaires intègrent des médecins informaticiens.*

<sup>18</sup> Rapport du sénat de février 2014 sur « les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance »

<sup>19</sup> Une analyse critique de cette organisation a été produite en 2015 par la cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale

<sup>20</sup> Cercle Santé Société, mars 2015 : Régionalisation : la santé pourra-t-elle encore faire longtemps abstraction du principe de réalité.

devient le gestionnaire/régulateur du secteur ambulatoire dans sa région, mission largement assurée aujourd'hui par l'UNCAM.

- De donner mission aux ARS d'associer au pilotage territorial, de manière effective, les élus locaux, acteurs ayant une vision globale de la vie de leurs administrés et en charge financièrement du secteur social.
- De créer des outils juridiques simples pour favoriser l'émergence de projets locaux de partenariat ou de coopération qui nécessitent aujourd'hui des reconnaissances nationales.
- De donner, aux ARS, accès aux données de santé dont ils ont besoin, en particulier grâce aux agences sanitaires.

Ce projet de décentralisation suppose aussi :

- de mettre fin à une organisation centrale en tuyau d'orgue<sup>21</sup> au niveau du Ministère de la Santé avec d'une part la Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS) qui, malgré son intitulé, ne pilote que les hôpitaux, d'autre part la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), tutelle de l'UNCAM qui gère la médecine de ville, la Direction Générale de la Santé en charge de la prévention, de la sécurité et de la qualité des pratiques, de la gestion des risques sanitaires et finalement la Direction Générale de la cohésion Sociale (DGCS) qui pilote l'action sociale.

- de repenser la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) avec un budget pour l'hôpital préparé par la DGOS et un budget pour les soins de ville préparé par la DSS en lien étroit avec l'UNCAM. Parallèlement, un ONDAM médico-social est préparé par la DGCS et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (elle-même sous pilotage de la DSS).

Enfin, nous proposons de confier au Ministère de la Santé la responsabilité de la médecine scolaire et de la médecine du travail afin de favoriser leur interaction avec la médecine de ville et l'hôpital sur un territoire.

- **Les soins primaires et la prévention.**

L'objectif doit être de déployer une offre coordonnée de prévention, dépistage, vaccination, diagnostic et traitement ainsi que de conseils pharmaceutiques sur le territoire de santé avec un personnel dédié au suivi des usagers et leur orientation dans le système de prévention de soins et médicosocial. Pour aboutir, il ne s'agit pas d'imposer un modèle unique mais de proposer une palette d'outils aux professionnels de santé qui les exploitent en fonction des spécificités de leur

---

<sup>21</sup> Une analyse critique de cette organisation a été produite en 2015 par la cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale.

territoire, leur donner l'initiative puis évaluer leurs résultats. Dans certains pays, cela fonctionne et il est donc possible de s'inspirer de ces modèles.<sup>22</sup>

Nos propositions sont les suivantes:

- **Favoriser la création de pôles de santé pluridisciplinaires** et adapter leur modèle économique pour leur permettre d'assurer une offre de prévention, une offre médico-sociale et psychologique, la permanence des soins sur leur territoire, la prise en charge les urgences de proximité, éventuellement de consultations décentralisées. Sans dogmatisme, il faut fixer un cahier des charges pour ces structures, en particulier si elles doivent bénéficier d'aides financières ou de conditions de tarifications particulières, mais laisser aux acteurs de terrain le choix du modèle : maison de santé de droit privé, centre de santé de droit public, maison de garde rattachée à un établissement hospitalier.

Le nombre de ces structures par nombre d'habitants, l'intérêt ou non de les doter de plateaux techniques en biologie ou en radiologie, doivent être planifiés en lien avec les ARS.

Les ARS devront aussi mener les négociations difficiles avec les différents acteurs présents sur le territoire, souvent regroupés en association, qui conduisent des actions dans des domaines comme la toxicomanie, la santé sexuelle, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, la vaccination. Leur rapprochement des pôles de santé pluridisciplinaires serait source d'économie et de lisibilité pour l'utilisateur.

Les pôles de santé pluridisciplinaires sont des lieux propices à la formation et à l'évaluation de nouveaux métiers dédiés aux parcours de santé et aux parcours administratifs ou à l'évolution des professions paramédicales vers des métiers à pratiques avancées ; ceci avec pour objectif de redonner aux médecins et aux professionnels paramédicaux le temps nécessaire à la qualité des soins et à l'échange avec le patient.

La création de ces pôles doit aussi s'accompagner de la mise en place d'un mandat de santé publique pour les médecins libéraux au niveau territorial comme ceux-ci l'ont réclamé au cours des assises de la médecine libérale en février 2016.

L'évaluation de la qualité et de l'efficacité de ces structures devrait leur permettre d'offrir à leur patients des soins aujourd'hui non pris en charge par l'AMO et/les complémentaires dont l'intervention de psychologues indispensables en raison du manque de psychiatres ou de praticiens aux méthodes non conventionnelles. Les patients ont de plus en plus recours à ces pratiques ; leur encadrement dans une approche pluridisciplinaire et évaluée devrait permettre d'éviter de nombreuses dérives, dont certaines, en raison des effets indésirables, ont une répercussion sur les dépenses de santé.

---

<sup>22</sup> Dans son livre « sauvons notre système de santé et d'assurance » P.H. Bréchat analyse bien plusieurs de ces succès et les conditions de leur mise en œuvre, en particulier dans l'état de l'UTHA aux Etats Unis.

- **Mettre fin au cloisonnement entre médecine scolaire ou médecine du travail d'une part et médecine de ville.** Aujourd'hui les jeunes, scolarisés ou non, consultent très peu les médecins de ville. Les chômeurs, souvent en situation sociale et sanitaire précaire<sup>23</sup>, ne peuvent plus bénéficier des visites de médecine du travail. Des consultations et bilans gratuits (dentaires en particulier) sont proposés aux jeunes et aux personnes de plus de 50 ans mais force est de constater que ce sont toujours les mêmes qui consultent. Il faut donc focaliser le travail des médecins scolaires et des médecins du travail sur leurs missions essentielles de repérage des risques et de prévention, en particulier pour les usagers qui n'ont pas consulté dans l'année écoulée, et mettre en place les protocoles de coopération nécessaires pour permettre l'intervention des médecins généralistes, pédiatres ou autres spécialités lorsque le patient le nécessite.

- **L'hospitalisation.**

En France, l'offre de soins hospitaliers repose sur deux piliers complémentaires que sont les établissements publics et privés. Si les établissements privés sont souvent plus réactifs, les hôpitaux publics généraux sont garants, sur le territoire, du service public ; les CHU sont des centres d'enseignements, de recherche et d'excellence que l'on nous envie.

Ces deux piliers doivent être préservés et les propositions doivent permettre de renforcer dans chaque territoire la collaboration et la complémentarité entre les deux types d'établissements.

Mais un effort doit être consenti par les établissements publics et privés pour aboutir à un nombre global d'établissements, de jours d'hospitalisation et de dépenses hospitalières par habitant dans la moyenne des pays de l'OCDE. Ils doivent s'engager à concentrer les moyens techniques et financiers dans les plus gros sites et à favoriser la reconversion de structures hospitalières en établissement de soins de suite, de prise en charge de la dépendance, en centres de santé pluridisciplinaires et hautement équipés ou en hôtels médicalisés pour faciliter la prise en charge ambulatoire.

***Nous proposons de lever les contraintes financières mises sur les hôpitaux privés en contrepartie d'un engagement dans une démarche territoriale de qualité des soins, d'efficacité et d'accueil de toutes les populations.*** Pour cela il faut :

-Revoir la définition du service public hospitalier pour inclure les établissements privés sur la base de critères objectifs.

---

<sup>23</sup> Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental sur « l'impact du chômage sur les personnes et leur entourage », J. Farrache, 2016.

-Réintroduire la convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés ; Ceci pouvant s'accompagner d'une réévaluation pour les hôpitaux publics du financement des MIGAC ( missions d'intérêt général et aide à la contractualisation qui incluent les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation).

-Encourager toutes les initiatives de coopération entre établissements publics et privés qui ont vu le jour depuis plusieurs années.

-Conditionner le renouvellement des autorisations d'activité de soins pour les établissements hospitaliers, privés ou publics, à l'obtention de l'accréditation et à un volume d'activités garantissant la qualité des soins.

***Nous proposons, dans les hôpitaux publics, la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) doit être effective et conduire à plus d'efficience.***

Depuis la réforme de 2004, l'hôpital public a connu de profondes mutations qu'il convient de conforter. Il s'agit de l'introduction de la tarification à l'activité et l'introduction d'un financement forfaitaire pour les MIGAC, le développement d'une démarche de qualité, de gestion des risques et de démocratie sanitaire, une évolution de la gouvernance, la régionalisation de l'offre de soins, un début de virage ambulatoire.

Cependant, ces établissements restent fragiles, en particulier budgétairement, et il faut aujourd'hui se donner les moyens de réussir les groupements hospitaliers de territoires. Ceci passera par un assouplissement des modes de fonctionnement de l'hôpital et un pilotage favorisant l'initiative et l'innovation plutôt que la norme et la contrainte.

L'UDI propose pour, rendre effectifs et efficaces, les GHTs les mesures suivantes :

- Permettre et même encourager les GHT à bénéficier de la personnalité morale de droit public.
- Définir les nécessaires évolutions de la gouvernance hospitalière permettant un fonctionnement cohérent et coordonné des GHT.
- Structurer les réseaux de comptables publics afin que les établissements membres du GHT puissent bénéficier d'un interlocuteur unique.
- Engager une réflexion permettant de délivrer les autorisations d'activité, de reconnaître les MIGAC et de déléguer les crédits du Fond d'Intervention Régional au niveau du GHT, à charge pour les établissements de les répartir en fonction des besoins en santé et des conditions techniques de fonctionnement des activités.
- Obtenir un rescrit de la part de l'administration centrale afin de ne pas appliquer la TVA aux conventions de mise à disposition des personnels médicaux et non médicaux entre établissements d'un même GHT.
- Autoriser que les prestations assurées entre établissements d'un même GHT ne soient plus soumises à l'application du code des marchés publics.
- Permettre aux GHT qui le souhaitent d'expérimenter la mise en commun des trésoreries, du recours à l'emprunt long terme et aux lignes de trésorerie.
- Enfin, il faut aller vers une plus grande autonomie de gestion des établissements par leurs dirigeants mais, également, une plus grande responsabilisation en s'inspirant des modèles des établissements privés à but non lucratif.



- **Les urgences.**

Le passage aux urgences hospitalières s'élève à un montant moyen de 223€ contre 48€ si le patient est vu par un généraliste<sup>24</sup>.

Le problème des urgences ne peut être résolu sans la mise en place d'une permanence des soins de ville 24H/24 et 7jours/ 7. L'usager qui consulte aux urgences n'a pas trouvé d'autre moyen de prise en charge et proposer de le « pénaliser » est irrespectueux pour tous nos concitoyens.

Il faut donc organiser la prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence vraie, sur l'ensemble des plages horaires, par les pôles de santé dans une filière de prise en charge organisée et suffisamment attractive financièrement pour les médecins libéraux.

D'autres mesures sont nécessaires<sup>25</sup> :

- Renforcer les plateformes de régulation médicale pour orienter le patient vers la structure adaptée.
- Développer, en particulier dans les zones à faible population médicale, les transports adaptés à la situation clinique.

## **2- Une régulation effective des dépenses de santé pour assurer la pérennisation du financement.**

« Aucun français ne doit renoncer à se soigner faute de moyens ». Nous ne pouvons qu'approuver cet objectif fixé par Marisol Touraine, ministre de la santé, mais la solution proposée d'un système à deux étages qui reporte sur les complémentaires santé des soins indispensables à la population alors qu'ils devraient être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire n'est pas acceptable car excessivement coûteux, déresponsabilisant et générateur d'inégalités sociales en santé, en particulier, pour les 4% de la population qui n'ont pas accès à une complémentaire.

A travers le choix d'un système de prise en charge des dépenses de santé, l'objectif doit être de réduire au maximum les causes financières de renoncement aux soins mais aussi la surconsommation et le gaspillage.

Il ne faut donc plus rembourser partiellement un éventail très large de biens et produits de santé dont certains consomment abusivement mais garantir à tous l'accès aux biens et produits dont l'efficacité pour la santé individuelle et pour la population générale est démontrée.

---

<sup>24</sup> Rapport « urgences médicales » de 2006 de la cour des comptes.

<sup>25</sup>Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence, Dr J.Y. Grall, juillet 2015.

Il faut oser définir un panier de soins et de prévention qui garantissent, à tous, les biens et produits de santé indispensables à une prise en charge de qualité . Ce panier de soins doit être défini par l'Etat en concertation avec les professionnels de santé, les patients et les assureurs, sur la base de référentiels de soins partagés.

A terme, et sur la base admise et comprise par tous de ce socle de soins et de prévention, nous devons faire le choix entre différents systèmes assurantiels, celui d'une seule assurance santé pour tous, comme en Grande Bretagne, ou un système qui permet aux citoyens de choisir son assureur avec un système de péréquation qui évite la sélection des assurés par les assureurs, comme en Allemagne ou aux Pays Bas.

Dès maintenant, certaines mesures doivent être prises, plusieurs faisant partie des recommandations de la Cour des Comptes en 2016 :

- Accélérer le regroupement des opérateurs qui gèrent les 14 régimes obligatoires.
- Supprimer le régime social des étudiants qui doit être pris en charge par le régime général de l'AMO.
- Supprimer les tickets modérateurs lors d'une hospitalisation, ce qui règle la question de l'harmonisation des assiettes entre établissements publics et privés.
- Supprimer le remboursement de médicaments à service médical rendu faible ou insuffisant par l'assurance maladie obligatoire.
- Supprimer le remboursement par l'assurance maladie obligatoire de soins de confort comme les cures thermales
- Réexaminer les conditions de prise en charge des transports en fonction des pathologies et des lieux de résidence (déserts médicaux)
- Reconsidérer les modalités de prise en charge des affections de longue durée, en particulier les conditions qui doivent conduire à un arrêt de la prise en charge.
- Etendre les mesures visant à limiter le reste à charge des ménages résultant des secteurs à liberté tarifaire en renforçant les critères d'éligibilité des contrats « responsables ».
- Réorienter une partie des soutiens à la souscription d'une couverture complémentaire vers les assurés aux risques les plus élevés.
- Améliorer la détermination des prix et des taux de remboursements des vaccins comme l'a recommandé recommandation Cour des Comptes en 2013 pour aller vers leur gratuité comme l'a recommandé le Haut Conseil de la Santé Publique mars 2014.

### **3- Une politique des ressources humaines.**

Toute politique des ressources humaines est basée sur une relation de confiance entre les acteurs.

Rétablir le dialogue avec les professionnels de santé est un préalable à toute réforme efficace du système.

- **La démographie des professionnels de santé dans chaque territoire.**

Des réformes profondes, telles qu'elles sont proposées dans ce programme par l'UDI, sont un prérequis indispensable. L'exercice pluri professionnel, la reconnaissance de nouveaux métiers, l'adhésion à une culture de la qualité et de l'efficacité à travers des RBP partagés et la diffusion de la télémédecine sont indispensables si l'on veut redonner à tous les professionnels de santé le temps nécessaire aux praticiens pour prévenir, soigner et informer leurs patients.

Au-delà, l'UDI n'est pas favorable à une obligation d'installation mais propose :

- que l'installation dans des zones sur-dotées soit conditionnée à autorisation pour toutes les professions de santé ;
- que le numerus clausus soit régionalisé, en privilégiant les facultés et centres de formation proches des zones sous dotées. De même, les possibilités de choix de spécialités doivent être ajustées en fonction des besoins dans chaque territoire ;
- que pour certains étudiants, une prise en charge incitative des frais nécessaires à la poursuite de leurs études soit proposée en contrepartie d'un engagement à s'installer dans les territoires dépendant de leur université de formation les plus sous dotés ;
- que des mesures nationales, ou portées au niveau européen, permettent de garantir aux usagers que les professionnels, formés à l'étranger, aient un niveau de connaissances conformes aux exigences du système français ;
- D'assouplir les statuts des médecins et paramédicaux exerçant dans le secteur public et favoriser l'exercice mixte, pour donner de la réactivité au système de soins sur le territoire en fonction des besoins hospitaliers et de médecine de ville. De même, le professionnel de santé du secteur privé doit pouvoir exercer ponctuellement dans les établissements publics avec des modalités de rémunération et un statut juridique en termes de responsabilité bien étudiés.

- **La formation.**

Elle doit accompagner les réformes proposées du système de santé, en particulier la pratique pluri professionnelle, l'évolution des carrières et la culture de l'évaluation et l'innovation.

***Nous proposons pour la formation initiale:***

- une sélection des étudiants à l'entrée du PACES sur dossier pour éviter le tirage au sort ;
- une ouverture réelle des terrains de stages au milieu ambulatoire et libéral avec des postes d'enseignants associés, condition pour rendre obligatoire un stage en ambulatoire.
- de permettre à un étudiant de connaître les professions de santé différentes de sa spécialité, en particulier à travers les stages ;
- de renforcer la collaboration entre les ministères de la santé et celui de l'enseignement en clarifiant leurs champs d'intervention, le ministère de la santé définissant les rôles et missions de chaque catégorie de professionnels de santé et le ministère de l'enseignement supérieur élaborant les programmes de formation.

**En cours de carrière :**

- de permettre les évolutions vers des métiers aux pratiques avancées avec une habilitation des actes pratiqués par chaque profession.
- Développer la formation aux métiers et intervention à domicile
- de donner aux professionnels libéraux, la formation et les moyens nécessaires à l'évaluation de la qualité de leurs pratiques et de faire émerger une filière d'excellence associant clinique, recherche et formation.

- **le mode de rémunération des professionnels de santé.**

En 2014, la consommation de soins auprès des médecins généralistes était évalué à 8,7 milliard d'euros et celle auprès des spécialistes à 11,1 milliards d'euros pour des dépenses globales de santé de 190 milliards d'euros. Cette consommation a augmenté très rapidement en particulier pour les spécialistes (2,6% en 2014 et 2,3% en 2013).

Toute évolution du mode de rémunération des professionnels de santé doit donc conduire à une plus grande efficacité du système. Ceci passe par un développement plus rapide de la rémunération au forfait qui complète la rémunération à l'acte.

Ces forfaits sont essentiellement appliqués aux médecins généralistes sur objectifs de santé publique, pour le suivi des patients en affection de longue durée, la permanence des soins, le suivi des personnes âgées.

Si l'on veut favoriser une approche pluridisciplinaire de la prise en charge d'un patient, en particulier avec des délégations de tâches, l'évolution des modes de rémunération doit concerner l'ensemble des professionnels de santé dans leurs différents modes d'exercice<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup>Rapport d'information du 28 janvier 2014 sur la *Coopération entre professionnels de santé*

L'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération (NMR), mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, permet d'envisager un nouveau mode de financement des équipes pluridisciplinaires exerçant dans des pôles de santé.

La rémunération des personnes délégataires de certaines tâches n'est réellement simple que dans des structures fonctionnant sur le mode salariale.

Des tarifs spécifiques permettant de rémunérer le délégataire de tâche faisant l'objet d'une coopération doivent être définis.

Une réflexion doit être aussi menée sur la rémunération d'actes non actuellement identifiés dans la nomenclature mais indispensables à la qualité des soins.

Ces évolutions doivent passer par une négociation interprofessionnelle sous l'égide du Ministère de la Santé.

Nous proposons aussi de nous inspirer du modèle allemand qui, depuis 2008, répond à un objectif de régulation financière qui associe paiement à l'acte et capitation. En Allemagne, les unions de médecins, auxquelles les praticiens doivent obligatoirement adhérer, s'entendent sur une enveloppe globale souple, qui dépend des risques sanitaires de la population. Ces unions assurent ensuite une répartition entre leurs membres en fonction du nombre d'actes réalisés, chaque médecin se voyant fixer un volume de soins standard par patient en fonction de son risque. Ce système, qui combine capitation et paiement à l'acte, fait que pour un volume d'actes inférieurs au plafond, les caisses ne paient que le volume d'actes réalisés. Mais comme l'activité est plafonnée, le médecin n'a pas d'incitation à augmenter son nombre de soins au-delà d'un certain niveau. En parallèle, les consultations ont été revalorisées.

Enfin, si l'on peut espérer qu'un meilleur mode de rémunération des médecins est susceptible de limiter certains dépassements d'honoraires, nous sommes conscients que des mesures spécifiques devront être prises pour lutter contre les dépassements abusifs.

Les français, en général, s'accordent pour dire que la consultation du généraliste à 25€ est insuffisante, mais 73% considèrent, selon une enquête d'Opinion Way en 2012, que l'adoption de mesures plus contraignantes de limitation des taux de dépassements d'honoraires, est une priorité.

## Liste des sigles

ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire.

ANI : Accord National Interprofessionnel.

ARS : Agence Régionale de Santé.

BPS : Bassin de Proximité Santé.

CHU : Centre Hospitalo-universitaire.

CISS : Collectif inter associatif Sur la Santé.

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale.

DGOS : Direction Générale de l'offre de Soins.

DGS : Direction Générale de la Santé

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

DSS : Direction Générale de la Sécurité Sociale.

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation.

NICE : National Institut for Care Excellence.

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

RBP : Référentiels de Bonnes Pratiques.

RTT : Réduction du Temps de Travail.

UNCAM : Union des Caisses d'Assurances Maladies.

