
SOLIDARITÉ ET SANTÉ

SANTÉ

**GARANTIR À CHACUN LA SANTÉ DE
DEMAIN**



SOMMAIRE

CONSTAT	3
BILAN	6
LES FAIBLESSES DU PROJET PS	11
NOS PROPOSITIONS	13
PREMIÈRE PARTIE : PROFESSIONNELS ET PATIENTS : CONFIANCE ET RESPONSABILITÉ AU CŒUR D'UN NOUVEAU CONTRAT DE SANTÉ	14
1. Donner un nouveau souffle aux professionnels de santé	14
2. La santé, une affaire humaine	21
3. Lutter contre les déserts médicaux en luttant contre l'isolement des praticiens	25
DEUXIÈME PARTIE : LA SANTÉ DE DEMAIN : FINANCEMENT ET AMBITIONS.....	30
1. Optimiser la dépense sans entamer la qualité des soins	31
2. Aider patients et prescripteurs à optimiser la consommation de soins et de biens médicaux.....	37
3. Mettre la prévention et les politiques de santé publique au cœur de la santé de demain	41
4. Faire de la recherche et de l'industrie un puissant levier de progrès thérapeutiques et de croissance économique	43
FOCUS SUR L'AIDE MÉDICALE D'ETAT	46
FOCUS SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE	48

CONSTAT

Selon l'OCDE, la France se classe 3ème en matière de dépenses de santé en y consacrant chaque année près de 12% de son PIB. Cet investissement massif et la qualité de nos professionnels de santé nous permettent de vivre plus longtemps en bonne santé et de bénéficier de l'un des tous meilleurs systèmes de santé au monde.

Un système de soin performant...

Deux indicateurs témoignent de la qualité de notre modèle de santé :

- **Nous vivons plus longtemps** : notre espérance de vie est la plus importante d'Europe et se situe en moyenne à 81 ans contre 80,6 ans en Suède, 78,9 ans en Allemagne, 78 ans aux États-Unis
- **Notre taux de mortalité infantile est bas** : 3,9 décès pour 1000 naissances contre 4,6 au Royaume-Uni et 6,5 aux États-Unis

Cette performance, nous la devons d'abord aux 207 000 médecins, aux 41 000 dentistes, aux 20 000 sages-femmes, aux 74 000 pharmaciens, aux 516 000 infirmiers, aux 69 000 kinésithérapeutes et à toutes les autres professions de santé qui agissent au quotidien.

De plus, la France dispose d'un grand nombre de médecins par habitant, car elle en compte 1 pour 33 000 habitants contre 1 pour 53 000 en Allemagne, 1 pour 59 000 au Royaume-Uni et aux États-Unis ou 1 pour 94 000 au Danemark.

...mais coûteux

Chaque année, la France dépense près de 12% de son PIB pour ses dépenses de santé. C'est **2 point de plus que la moyenne des pays de l'OCDE**. L'Allemagne en dépense 11,6%, la Suède 10%, l'Espagne 9,5% et le Royaume-Uni 9,8%.

Les dépenses de santé s'élèvent ainsi en 2010 à 234 Mds d'euros, dont 178Mds en consommation de biens et services médicaux. Les dépenses de santé augmentent mécaniquement en raison du progrès des techniques médicales, de l'évolution de la

demande de soins et du vieillissement de la population, mais elles augmentent plus vite que le PIB, ce qui pose avec acuité la question de l'avenir du financement de l'assurance maladie.

Les Français vis-à-vis du système de soins : satisfaits, inquiets et lucides.

La dernière enquête de l'Observatoire Général de la Santé de septembre 2010 permet de constater :

*...que **les Français sont très majoritairement satisfaits de la qualité des soins** garantie par leur système de santé :*

- **88% sont satisfaits par la qualité des soins**
- 63% considèrent que cette qualité s'est améliorée au cours des 10 dernières années

*...qu'ils sont **inquiets pour son avenir et conscients de la gravité de la question des déficits***

- **59% se disent inquiets pour les 10 prochaines années**
- **55% considèrent que le déficit de la sécurité sociale est un problème grave qu'il faut régler d'urgence.** Ils considèrent avant tout que cette hausse s'explique par les abus et fraudes des patients (52%) et la mauvaise gestion du système (46%).
- **83% considèrent que la mesure la plus efficace serait de réduire les abus et gaspillages.**

Ce modèle, que le monde entier nous envie, est notre bien commun. Nous devons en être fiers et collectivement responsables. **C'est pour cela que nous devons inventer et garantir à chacun la santé de demain.** L'UMP propose donc un nouveau contrat de santé aux professionnels et aux patients autour de trois axes :

1. INVENTONS LA SANTÉ DE DEMAIN BASÉE SUR :

- **l'accessibilité géographique et financière des soins**, qui est une source d'inquiétude croissante pour nos concitoyens. Les patients doivent être au cœur du système de soin, en renforçant l'accès à l'information, la promotion de la bientraitance avec les professionnels de santé et l'individualisation des parcours de soins.
- **le « juste soin »** : il faut améliorer la prise en charge des patients en faisant mieux travailler ensemble les professionnels et en donnant la priorité au qualitatif et à la pédagogie sur le quantitatif. Nous devons mieux organiser les parcours de soins, faire

disparaître les examens inutiles et les gaspillages, en responsabilisant patients et prescripteurs, pour que chaque euro dépensé le soit à bon escient.

- **la prévention et une politique efficace de santé publique**, qui doivent être les priorités du prochain quinquennat, car la santé ne se limite pas aux soins.
- **l'ambition de notre recherche et de notre industrie** pour proposer de nouvelles thérapies, générer de la croissance économique au service d'une médecine humaine et contribuer au rayonnement de la médecine française.

2. RÉAFFIRMONS NOTRE CONFIANCE DANS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

3. GARANTISSONS LA PÉRENNITÉ DU FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

NB : Les thèmes du handicap et de la prise en charge de la dépendance feront l'objet d'une convention et d'un rapport spécifique

CE QUE NOUS AVONS DÉJÀ FAIT

Le Président de la République a engagé depuis 2007 un mouvement profond de modernisation de notre politique de santé. C'était la condition absolue pour sauvegarder l'excellence d'un système de soins auquel nos concitoyens sont légitimement attachés.

Notre système de soins a été modernisé

La loi « **hôpital, patients, santé, territoires** » du 21 juillet 2009 s'inscrit dans une triple logique de renforcement de la **qualité**, de la **sécurité** et de l'**efficience** de notre système de soins. Elle a créé les agences régionales de santé (ARS), ce qui constitue une innovation majeure : ce nouveau mode de pilotage s'exerce au plus près des réalités du terrain et dans un périmètre enfin commun au secteur de la santé et au secteur médico-social (personnes âgées, handicap). Elle a impulsé, en outre, **une nouvelle dynamique de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux**. Elle instaure une **gouvernance des hôpitaux** plus lisible en donnant plus de marges de manœuvre aux directeurs pour mieux diriger leur établissement, en étroite collaboration avec les présidents des commissions médicales d'établissements et les professionnels de l'établissement, autour du projet stratégique et du projet médical. La loi prévoit une coopération renforcée entre établissements hospitaliers via les **communautés hospitalières de territoire**, qui permettent notamment de bénéficier d'un partage de compétences entre plusieurs établissements et de mutualiser des investissements auxquels ils ne pourraient pas prétendre individuellement.

Pour donner aux hôpitaux les moyens de fonctionner durablement, le **plan hôpital 2012**, lancé dès 2007, a permis de maintenir durant la période 2007-2012 un haut niveau d'investissement, plus de **10 Mds d'euros**, pour rénover les bâtiments, favoriser les regroupements d'établissements et moderniser les systèmes d'information des hôpitaux. De plus, les ressources hospitalières ont augmenté de + 3,1 % en 2009 (+ 2,1 Mds€ par rapport à l'année précédente) et **des résultats très significatifs ont été obtenus sur le retour à l'équilibre des finances hospitalières, avec un déficit passé de 475M€ en 2007 à 180M€ en 2010**.

Malgré la crise, le Président de la République n'a pas reculé devant les nécessaires efforts de maîtrise de nos dépenses de santé. Un cap ambitieux pour l'évolution de l'Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) a été fixé lors de la conférence des déficits de mai 2010 : 3 % en 2010, 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012. Ce cap a été respecté : 2010 a, en effet, été la première année d'exécution de l'ONDAM conforme aux prévisions votées en loi de financement de la Sécurité sociale depuis 1997. Les objectifs fixés seront également tenus en 2011.

Ces efforts ont été menés dans **un esprit de justice** en direction de nos concitoyens les plus modestes : c'est pourquoi, le Gouvernement a, par exemple, sensiblement relevé le plafond de ressources pour l'accès à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ainsi que son niveau en valeur absolue (de 100 à 200€ pour les moins de 16-25 ans et de 400 à 500€ pour les plus de 60 ans).

Un effort sans précédent a été engagé en direction des professionnels de santé

La mise en œuvre du protocole du 2 février 2010 a représenté un effort significatif pour **revaloriser les carrières des professions paramédicales**. De même, les engagements du Président de la République ont été tenus en direction des médecins : **la cotation « C » de la consultation des médecins généralistes a été revalorisée à 23€**, ce qui représente un effort financier significatif (de l'ordre de 250 M€) et le chantier « médecine de proximité » mené en 2011 est destiné à redonner confiance dans l'exercice libéral.

C'est grâce à cette confiance retrouvée que nous apporterons **une réponse concrète à la problématique de la désertification médicale**. En effet, la loi HPST instaure **des mesures incitatives** pour l'installation dans les territoires sous-dotés avec la création de **contrats d'engagement de service public** qui donnent lieu au versement d'une allocation mensuelle (1200 euros) aux étudiants en médecine et aux internes, en contrepartie d'un exercice dans les zones sous-dotées et sous réserve de pratiquer les tarifs conventionnels. Pour la rentrée 2011, 250 bourses ont été octroyées. La loi HPST prévoit aussi un soutien au **développement de maisons de santé pluridisciplinaire** dans les territoires sous-denses : 75 millions d'euros ont été mobilisés pour en développer 250 d'ici 2012. Un cadre juridique et fiscal simple et

opérationnel a, par ailleurs, été établi en 2011 pour ces maisons avec la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Ce programme constitue, en outre, un puissant levier pour **inciter à l'exercice médical libéral de proximité dans un cadre collectif**. Enfin, un soutien particulier au déploiement de projets de télémédecine a été apporté. Toutes les agences régionales de santé (ARS) bénéficieront de moyens financiers destinés à la **promotion de projets innovants** : 26 millions d'euros ont été délégués en 2011 aux ARS dans le cadre du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

Enfin, la convention médicale signée en juillet 2011 entre l'assurance maladie et les principaux syndicats représentant les médecins libéraux engage une évolution ambitieuse de l'organisation de la médecine de proximité à travers une diversification des modes de rémunération conjuguant paiement à l'acte, rémunération forfaitaire, et rémunération sur la base d'objectifs de santé publique et d'efficience.

La France s'est préparée aux défis sanitaires d'aujourd'hui et de demain

Le Président de la République a lancé plusieurs chantiers de santé publique majeurs : le **Plan Alzheimer** (doté de 1,6 Md€), le **Plan Cancer** (doté de 2 Md€) ou encore le **programme national de développement des soins palliatifs** (disposant d'un budget de 230 M€). Chacun de ces plans vise à apporter des solutions innovantes de prise en charge et à soutenir les efforts de recherche au service des patients. Le plan Alzheimer (2008-2012) prévoit de créer des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), pour les résidents en établissement souffrant de troubles du comportement. Ces pôles proposent pendant la journée, aux résidents présentant des troubles modérés, des activités sociales et thérapeutiques. 788 établissements d'hébergements ont déposés un dossier de candidature auprès des agences régionales de santé. La « Fondation Plan Alzheimer » – sous statut de fondation de coopération scientifique – soutient les activités de recherche dans un contexte international où les publications sur les avancées de la recherche sur Alzheimer se sont multipliées. Le PLFSS 2011 a permis de sécuriser le financement du passage de 17 à 35 sites dès 2011. La perspective d'un passage à 150 sites à l'horizon 2013 a, par ailleurs, été posée.

Le Gouvernement a également fait un choix résolu pour **soutenir l'innovation et la recherche dans la santé** qui n'est pas qu'une cause de dépenses mais également une source de croissance et d'emplois pour la France. **La santé représente, ainsi, avec 2,5 Mds€, une composante majeure du programme d'investissements d'avenir** pour le développement des biotechnologies, de nouveaux modèles d'excellence hospitalo-universitaire ou encore la mobilisation des nouvelles technologies pour la santé.

Enfin, le Président de la République et le Gouvernement agissent avec fermeté et détermination pour que les dysfonctionnements graves révélés par l'affaire du *Mediator* ne se reproduisent plus jamais. **L'exigence de sécurité sanitaire constitue une condition impérative pour préserver la confiance des Français dans leur système de soins.** C'est pourquoi, nous avons créé un fonds d'indemnisation des victimes qui garantira une indemnisation rapide mais ne conduira pas à substituer la solidarité nationale à la responsabilité première du laboratoire concerné. Mais nous avons également tracé, à l'issue des **Assises du médicament**, les axes d'une réforme d'ensemble de notre politique du médicament.

FOCUS : La lutte contre le cancer, une priorité du gouvernement depuis 2007

La lutte contre le cancer est l'une des trois priorités du Président de la République dans le domaine de la santé publique, avec la maladie d'Alzheimer et les soins palliatifs. C'est pour cela que le 2 novembre 2009, Nicolas SARKOZY a annoncé le deuxième Plan cancer 2009-2013, afin de consolider les acquis du premier plan (2003-2007). Doté de **732 millions** d'euros, ce plan poursuit trois objectifs :

- **Construire les soins de demain** par le soutien à la recherche, à l'innovation et à la formation des professionnels.
- **Réduire les inégalités de santé** face au cancer, par l'amélioration de la prévention et du dépistage.
- **Personnaliser les parcours des patients** en impliquant les médecins traitants et améliorer la qualité de vie pendant et après le cancer.

Avec 357 500 nouveaux cas de cancers diagnostiqués en France chaque année, le cancer reste souvent assimilé à une perception de crainte et synonyme de souffrance et de mort. Et même si chaque année, **146 500 personnes décèdent encore du cancer, plus de 60 % des cancers sont désormais curables**. Les parcours de soins ont, eux aussi, beaucoup évolué, pour s'adapter au mieux à la situation personnelle de chacun, et pour renforcer la coordination entre les différents acteurs durant le traitement de la maladie. Depuis 2009, grâce à l'engagement de tous les acteurs de la recherche et de la lutte contre le cancer, de nombreuses avancées ont été réalisées :

En matière de soins et de recherche, les efforts ont été accrus pour **faire progresser l'accès aux traitements innovants et aux nouvelles thérapies**, la participation de la France aux programmes de recherche internationaux s'est développée, et les effectifs des professionnels de santé en cancérologie ont progressé. 886 nouveaux postes d'internes seront créés d'ici 2014.

En matière de réduction des inégalités de santé : pour améliorer la participation de l'ensemble de la population au **dépistage**, des actions spécifiques sont déployées en direction des publics-cibles partout en France. Les professionnels de santé sont également sensibilisés au dépistage et à la détection précoce des cancers, et de nouvelles stratégies de dépistage sont en cours de définition. **Un effort particulier a été apporté pour mieux personnaliser les parcours de soins** : 885 nouveaux établissements sont désormais autorisés à traiter des cas de cancers. Les malades sont mieux informés grâce à la mise à disposition de nouveaux guides ou encore par la plateforme « Cancer info ». Enfin, le rôle du médecin traitant a été renforcé pour développer une prise en charge personnalisée et accompagner l'après-cancer. Concernant **l'amélioration de la qualité de vie pendant et après le cancer**, la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), signée par les pouvoirs publics et des représentants de la banque et de l'assurance, a été renouvelée et améliorée le 1er février 2011. Désormais, les personnes malades sont mieux assurées, leurs démarches pour emprunter sont facilitées, et les emprunteurs à revenus modestes qui souhaitent souscrire un crédit sont aidés. Enfin, c'est pour **combattre toute forme d'exclusion liée à la maladie** et provoquer une prise de conscience en mettant mieux en avant les progrès réalisés en matière de recherche et de traitement, qu'a été lancée la campagne de sensibilisation « La recherche sur les cancers avance, changeons de regard ».

LES FAIBLESSES DU PROJET PS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le Parti socialiste nous propose une vision rétrograde de la politique de santé fondée sur l'assistanat, la coercition et l'infantilisation des professionnels de santé.

L'interprétation faite par le PS de la notion de « *care* » peut paraître séduisante au premier abord, mais elle s'avère dangereuse pour notre modèle social en donnant la priorité à l'assistanat par une logique de guichets. Leur stratégie est claire : capitaliser sur l'anxiété des Français sur le devenir d'un système de santé auquel ils sont attachés. Le « *care version PS* » est présenté comme une « *société de l'attention aux autres* » par opposition à une prétendue « *société d'indécence* ». Protéger, serait rassurer et réformer serait inquiéter. L'éclosion de cette thématique intervient précisément à un moment où des réformes engagées par le Gouvernement sont en cours. C'est le cas par exemple des recompositions hospitalières issues de la réforme HPST.

Ce discours porte d'autant mieux que les effets sociaux de la crise nourrissent le besoin de protection pour ceux qui en sont victimes.

Derrière le recours artificiel à des vocables de changement et l'appel à un « *nouveau modèle de société* », le *care* socialiste s'appuie en réalité sur une logique consistant à figer les politiques sociales dans des recettes éculées. Il repose sur une logique d'assistanat, qui conduirait à revenir sur un acquis majeur des réformes initiées depuis 2007, à savoir l'activation de nos politiques sociales pour les rendre plus compatibles avec la valeur travail. En cela, le *care* que nous propose le PS est tout sauf la « *société d'émancipation* » qu'il prétend instaurer, c'est, au contraire, la société du **retour en arrière vers des pratiques sociales dont l'inefficacité a été largement démontrée.**

Poussée à l'extrême, la *société du care*, est celle de l'infantilisation de la personne qui n'existe que dans des liens, censés créer de la solidarité mais pouvant dériver vers

l'oppression de la liberté individuelle : « *il ne s'agit pas simplement que « chacun prenne soin des autres », cela implique aussi que l'Etat prenne « soin de chacun »* ». Ce risque de dérive a d'ailleurs été perçu à gauche par Manuel VALLS, qui estimait que « *cette intention, si noble soit-elle, est une erreur profonde et constitue même un recul pour la gauche et pour le pays. Car l'individu n'est ni malade ni en demande de soins.* » (*Le Monde*, 14 mai 2010). Derrière cela, nous sommes dans la réalisation de la prophétie d'Alexis de Tocqueville qui annonçait l'émergence d'un « *pouvoir immense et tutélaire* » s'élevant au-dessus d'« *une foule innombrable d'hommes semblables* » (*De la Démocratie en Amérique*, vol. II, 1840). Ce discours sur « l'émancipation » avait été d'ailleurs largement utilisé au moment de l'instauration des 35 heures pour finalement aboutir à une logique d'imposition systématique autoritaire dont les effets désastreux pour l'organisation de notre système de soins sont bien connus. **C'est la même logique qui conduit aujourd'hui le PS à vouloir imposer aux professionnels de santé des zones d'implantation en fonction des besoins. Le projet du PS est une attaque en règle contre les 115 000 médecins libéraux pour lesquels ils proposent de supprimer le paiement à l'acte et la liberté d'installation.**

Appliquée aux professionnels de santé, cette orientation générale tourne à l'infantilisation et se situe clairement dans le mépris pour l'esprit d'initiative et de responsabilité auxquels ils sont légitimement attachés. Nous refusons cette approche en faisant clairement le choix de la confiance dans les professionnels pour accompagner la modernisation de notre système de soins. Sur la pérennité du financement, comme sur tous les sujets, le PS ne propose aucune orientation concrète, mise à part de nouvelles augmentations d'impôts.

NOS PROPOSITIONS

Nos propositions s'articulent autour de 6 axes :

- ▶ **Garantir l'accessibilité financière et géographique aux soins**
- ▶ **Redonner des perspectives aux professionnels de santé**
- ▶ **Promouvoir le « juste soin » au service d'une santé humaine**
- ▶ **Mettre la prévention au cœur de notre politique de santé publique**
- ▶ **Assurer la pérennité financière de notre système de santé**
- ▶ **Faire de la santé un levier de croissance et d'emploi**

PREMIÈRE PARTIE

PROFESSIONNELS ET PATIENTS : CONFIANCE ET RESPONSABILITÉ AU CŒUR D'UN NOUVEAU CONTRAT DE SANTÉ

1- DONNER UN NOUVEAU SOUFFLE AUX PROFESSIONS DE SANTÉ

Notre objectif est clair : améliorer les conditions et l'organisation du travail pour dégager du « temps médical » pour tous les professionnels en valorisant chaque métier, en ville et dans les établissements.

Nous devons redonner confiance dans ces métiers essentiels pour l'avenir de la France et proposer de réelles perspectives à ce vaste secteur d'emplois. Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont apporté une contribution décisive à la rénovation des bâtiments hospitaliers. Nous continuerons bien sûr cette politique d'investissement et nous souhaitons la renforcer notamment dans la première ressource de notre système de soins, à savoir les professionnels de santé. Ce quinquennat a permis d'accomplir les réformes de structures courageuses qui étaient attendues (loi HPST, coordination régionale, affirmation de la médecine générale comme pivot du système de soins). Ces grandes réformes de structures sont maintenant terminées. **Il s'agit à présent de capitaliser sur ces efforts qui vont entrer dans leur phase d'efficacité pour aider les professionnels et simplifier leurs pratiques.**

Libérer les capacités d'innovation en matière de gestion des parcours professionnels

La gestion des ressources humaines dans le domaine sanitaire et médico-social représente un enjeu humain majeur. En effet, nos structures sanitaires et sociales restent fondamentalement, et quels que soient le progrès technique et l'informatisation croissante, des entreprises humaines : **les soignants et les autres professionnels du secteur de la santé**

constituent la première richesse de notre système de soins. Cette richesse repose sur tous les acteurs médicaux et paramédicaux en ville comme à l'hôpital. Par exemple, les seuls établissements publics de santé emploient près de 860 000 personnes (765 000 en équivalent temps plein) dont environ 100 000 médecins (55 000 en équivalent temps plein). Les professions de santé libérales rassemblent, elles, plus de 122 000 personnes, dont plus de 60 000 généralistes, 55 000 spécialistes, 60 000 infirmiers, 36 000 dentistes ou encore 6 500 psychologues. Il n'y a jamais eu autant de médecins en France alors que le manque de professionnels est partout énoncé.

L'enjeu financier est également considérable : **les dépenses de personnel des seuls hôpitaux représentent 67 % des charges d'exploitation des hôpitaux et 26 % des dépenses de l'assurance maladie.** Pour faire face à ces enjeux, les politiques de gestion des ressources humaines doivent pouvoir **faire preuve de capacités d'adaptation et d'innovation constantes.**

Pour une véritable gestion prospective des métiers

La gestion des ressources humaines dans le champ sanitaire et médico-social a été trop longtemps marquée par une imprévision et par l'application de politiques de *stop and go* à court terme ne permettant pas de faire face aux défis de la démographie des professions sanitaires et médico-sociales. La pratique du *numerus clausus* en est un bon exemple.

Dans son rapport d'avril 2006 sur *Les personnels des établissements publics de santé*, la Cour des comptes rappelle que « *la détermination du numerus clausus instauré en 1971 à l'entrée de la deuxième année en médecine a répondu le plus souvent à des préoccupations de court terme. Il a connu une évolution erratique dans le temps, sans lien avec la démographie du pays, passant de 8 588 en 1971 à 3 500 en 1993, soit une baisse de 59 %, avant de remonter à la fin des années 1990 pour atteindre 6 200 en 2005, soit une hausse de 77 %.* ». Des goulets d'étranglement majeurs se sont, ainsi, constitués dans certaines professions et ces pénuries en ressources humaines sont aujourd'hui très difficiles à résorber.

Pour corriger cela, des initiatives ont été prises récemment, sans être toujours articulées les unes avec les autres :

- **Au niveau local**, de plus en plus d'établissements mettent en œuvre des politiques de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences ;
- **Au niveau national**, des dispositifs ont été mis en œuvre pour répondre à la pénurie de personnels soignants comme la création d'un mécanisme incitatif au retour à l'emploi et d'un Observatoire de la démographie des professions de santé dont les rapports constituent désormais une base très utile d'analyse de ces problématiques.

Dans ces conditions, **une politique de gestion prospective des ressources humaines sanitaires et médico-sociales reste encore largement à inventer.**

Après la phase d'investissements dans le capital technique, l'heure est maintenant venue d'investir massivement dans les femmes et les hommes qui font notre système de soins. Nous devons **consentir un effort majeur de formation, à la fois initiale et continue, soutenir les pratiques innovantes de rémunération** – individuelle ou collective – à la performance, donner des perspectives en créant **des passerelles entre les métiers** et en validant les acquis de l'expérience, **communiquer de façon dynamique en direction des jeunes** sur les opportunités de carrières dans le secteur de la santé, **faire face aux besoins de recrutements à venir** pour notre système de soins et **favoriser l'émergence de « nouveaux métiers de la santé »**, en périphérie du soin et contribuant à un fonctionnement plus efficient de notre système de santé.

PROPOSITION 1 : ENRICHIR LA FORMATION INITIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Pour être efficace, la formation des professionnels de santé doit répondre aux besoins futurs des patients, aux aspirations des professionnels, aux exigences des techniques nouvelles et à l'évolution des politiques de santé. Nous proposons d'enrichir cette formation initiale, en mettant l'accent sur :

- la **coordination interprofessionnelle**, qui sera au cœur de l'exercice des futurs praticiens ;

- la **pertinence des actes**, la **démarche qualité** et la **pédagogie** vis-à-vis des patients qui concourent à la pratique du « juste soin » au service de la médecine humaine que nous souhaitons promouvoir ;
- les **sciences économiques et sociales** qui permettraient aux futurs personnels de santé de perfectionner leur connaissance des enjeux administratifs et financiers qui entourent la santé.

PROPOSITION 2 : CRÉER DE « NOUVEAUX MÉTIERS DE LA SANTÉ » À PARTIR DES MÉTIERS EXISTANTS ET ORGANISER LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE ACTEURS DE SANTÉ.

L'environnement en mutation du système de santé et l'évolution des besoins de santé de la population impliquent de faire émerger de nouveaux métiers de santé de niveau intermédiaire.

Ces nouveaux métiers seraient créés à **partir des métiers existants** sur la base d'une **formation initiale ou d'une formation continue** à définir, proche de la validation des acquis de l'expérience. Ils seraient **prioritairement ouverts dans les secteurs en tension**. La définition de ces nouveaux métiers sera effectuée à partir des besoins et **en étroite concertation avec les médecins et tous les professionnels de santé**.

Il ne s'agit pas de multiplier les couches d'intervenants au risque de rendre illisible le parcours de soin mais de créer une complémentarité des métiers pour **mieux répondre aux besoins des patients et dynamiser les trajectoires de carrières pour les professionnels**.

PROPOSITION 3 : DÉVELOPPER DES PASSERELLES ENTRE LES DIFFÉRENTS MÉTIERS DE LA SANTÉ

Entre spécialités médicales...

Sans remettre en cause l'examen national classant, nous pourrions envisager la **création de passerelles entre les différentes spécialités médicales** qui permettraient d'enrichir les perspectives des médecins au moyen de formations complémentaires théoriques et pratiques. Par exemple en permettant à un généraliste d'exercer la gériatrie ou la

cardiologie, ou l'inverse. **Un concours passé à 24 ans ne doit pas définir l'intégralité d'une carrière.**

...entre professions médicales et paramédicales

De la même manière, nous devons **faciliter les évolutions professionnelles entre les professions paramédicales et les professions médicales**. Par exemple, en créant de nouvelles spécialités infirmières. La création de métiers intermédiaires renforcerait ces possibilités. Cette ouverture pourrait intéresser tous les métiers de la santé : pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes, etc.

L'organisation de ces passerelles doit être impérativement élaborée **en étroite concertation avec les professions de santé**.

PROPOSITION 4 : PROMOUVOIR LES MÉTIERS DE SANTÉ AUPRÈS DES JEUNES

Lancer **un plan national de communication en direction des jeunes** pour promouvoir les opportunités de carrières dans le secteur de la santé. Des partenariats entre les établissements de santé et les collèges et lycées seront encouragés.

PROPOSITION 5 : LIBÉRER DU TEMPS MÉDICAL EN ALLÉGEANT ET SIMPLIFIANT LES TÂCHES ADMINISTRATIVES QUI PÈSENT SUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN VILLE ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS.

Nous proposons de confier aux organisations professionnelles et à l'Assurance Maladie la mission de **recenser et de « peigner » l'ensemble des tâches administratives qui relèvent des professionnels de santé** (protocole d'entente préalable, ordonnance « bi-zones », etc.). Certaines devront être supprimées, d'autres simplifiées.

PROPOSITION 6 : ÉLABORER UNE CARTOGRAPHIE DES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIALES

La définition des besoins en équipements et en structures a fait l'objet de modes successifs de régulation avec la carte sanitaire et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Or, rien de tel n'existe dans le champ des ressources humaines alors que les

professionnels constituent l'élément clé du bon fonctionnement de notre système de santé. **Sur chaque territoire et sous l'égide des Agences régionales de santé, seraient élaborés des schémas d'anticipation des besoins en ressources humaines à cinq ans.** Ces schémas seraient révisés régulièrement pour tenir compte de l'évolution des situations. Ils serviraient de base à la mise en œuvre de politiques communes de formation, de recrutement et de fidélisation des professionnels. Ils constitueraient un point d'appui pour le développement d'un dialogue social associant tous les professionnels de santé au niveau régional et au niveau national.

PROPOSITION 7 : UN PORTAIL INTERNET POUR ORGANISER L'ORIENTATION DES PATIENTS VERS L'HÔPITAL

Afin de **fluidifier le circuit du patient, faciliter le travail du médecin**, et réduire les files d'attentes au niveau régional, il conviendra de fournir, notamment aux médecins de ville et hospitaliers, un service permettant de **voir en temps quasi-réel les lits d'hospitalisation disponibles par spécialité**. Un tel service constituera un facteur d'attractivité pour l'hospitalisation publique, qui pourrait afficher ses capacités d'accueil et un facteur de **désengorgement des urgences** qui sont aujourd'hui le premier point d'entrée à l'hôpital public.

Le déploiement de tels outils pourrait être délégué aux ARS, dans une impulsion nationale, avec un financement dédié. En outre cela **permettrait aux ARS de disposer d'un tableau de bord en temps réel pour piloter l'offre de soins au quotidien et répondre aux situations d'urgence sanitaire**.

PROPOSITION 8 : MODERNISER L'ORGANISATION DU TRAVAIL À L'HÔPITAL

L'organisation efficiente du fonctionnement de l'hôpital dépend de la qualité l'articulation des tâches. Nous proposons de confier à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) la diffusion des bonnes pratiques en matière de simplification des tâches et des procédures, à l'image des expérimentations concluantes qui ont eu lieu dans plusieurs services d'urgence de l'AP-HP.

PROPOSITION 9 : MODERNISER LA POLITIQUE DES RÉMUNÉRATIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET EN VILLE

Dans les établissements de santé, la mise en place **de mécanismes collectifs d'intéressement** doit permettre de valoriser les équipes impliquées dans des efforts particuliers de travail en réseau, de performance ou de qualité.

Pour ce qui concerne la médecine de ville, dans son intervention à Livry-Gargan d'avril 2010, le Président de la République avait affirmé sa volonté de poser « *la question de la rémunération [des médecins] qui doit être différenciée* » en indiquant que « *ce n'est pas simplement la consultation qui fait la rémunération. Il y a tout le dialogue, l'écoute.* » De façon connexe, avait été annoncé l'engagement d'une réflexion sur « *l'intéressement des médecins de proximité aux efforts de rationalisation des dépenses de santé.* »

Un mode de rémunération reposant sur trois éléments doit être développé :

- **Le paiement à l'acte**, qui reste la base de la rémunération, en graduant le montant des actes selon une hiérarchisation des actes cliniques.
- **Le paiement au forfait** pour certaines activités (actes de prévention, participation à des travaux d'épidémiologie clinique, etc.) ou certaines pathologies (diabète, insuffisance cardiaque, etc.) ;
- **Une rémunération pour encourager** la recherche permanente de **l'adéquation des soins aux bonnes pratiques** et pour promouvoir la transparence sur **la qualité des soins** prodigués, dans la droite ligne de la convention récemment signée et qui doit maintenant s'appliquer partout sur le territoire.

En effet, la nouvelle convention médicale signée en juillet 2011 par les principaux syndicats de médecins libéraux enclenche cette diversification des modes de rémunération qu'il faut maintenant faire vivre, avec les professionnels, sur le terrain.

Le nouveau quinquennat sera donc l'occasion d'une **réforme structurelle de la rémunération** des médecins, en systématisant les **primes variables en fonction d'objectifs**

de performance et de qualité afin d'avoir un pouvoir incitatif plus fort dans les disciplines et zones géographiques plus affectées par des difficultés de recrutement.

PROPOSITION 10 : CRÉER DES COMMUNAUTÉS SANITAIRES DE TERRITOIRES

Nous proposons de **faire évoluer les communautés hospitalières de territoire pour les élargir à tous les acteurs de la filière de soins** (offre privée, médecins libéraux, professions paramédicales). Il s'agit d'améliorer la complémentarité entre tous les acteurs du sanitaire et du médicosocial (hôpital public et privé, entre ville et hôpital et entre médical et paramédical). La qualité des soins et la lisibilité de sa prise en charge pour le patient passent par des parcours de soins coordonnés. Cette logique de découplage est souhaitée par tous les acteurs. Il s'agit d'aller au bout de la logique des Agences régionales de santé pour établir pour les patients de véritables parcours allant de la prévention au médico-social.

PROPOSITION 11 : PROMOUVOIR LA TÉLÉMÉDECINE

Le déploiement des nouvelles technologies doit permettre de favoriser à la fois une meilleure qualité des soins, une plus grande accessibilité pour les patients et de meilleures conditions de travail pour les professionnels. Des avancées ont été obtenues ces dernières années et un cap stratégique a été fixé par la stratégie nationale *e-santé* de juin 2011.

Il faut notamment encourager le développement des pratiques de télémédecine, existantes et à venir, en rémunérant les actes distanciés.

2- LA SANTÉ, UNE AFFAIRE HUMAINE

Favoriser l'accessibilité financière aux soins

La question financière apparaît souvent comme un obstacle dans l'accès aux soins. Des mesures significatives ont été prises ces dernières années avec le **renforcement sensible de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** (de 100 à 200€ pour les moins de 25 ans et de 400 à 500€ pour les plus de 60 ans) ou encore la revalorisation des plafonds de la CMU complémentaire. Les mesures générales de lutte contre l'exclusion ou d'aide au retour à

l'emploi – comme la création du RSA - contribuent également à la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins. Pour aller plus loin, nous proposons d'apporter une réponse réaliste à la question des dépassements d'honoraires.

PROPOSITION 12 : ENCADRER LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

L'accès aux soins est un enjeu fondamental. Sur certains territoires et pour certaines spécialités, les dépassements d'honoraires peuvent devenir un obstacle.

Nous mettrons donc en œuvre le « secteur optionnel ». Issu de l'accord conclu par les partenaires conventionnels, ce dispositif permettra de réduire significativement les dépassements d'honoraires. Ce nouveau secteur sera proposé aux spécialités de « plateau technique lourd » : chirurgie, anesthésie, gynécologie-obstétrique dont les praticiens exercent en secteur 2 (honoraires libres) ou disposent d'un droit à dépassement permanent (DP). Les médecins optant pour le secteur optionnel s'engagent à pratiquer 30% de leurs actes au tarif de la Sécurité sociale et pour les 70% restant, les dépassements ne devront pas être supérieurs à 50% du tarif de la Sécurité sociale. Par ailleurs, ils devront respecter les obligations de formation continue et réaliser un volume d'actes suffisant pour « assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins ». En échange, ils seront exonérés d'une partie de leurs cotisations sociales sur les actes réalisés au tarif de la Sécurité sociale et sur la partie des actes réalisés avec dépassement qui correspond au tarif Sécurité sociale. Les mutuelles étant encouragées à prendre en charge le dépassement. L'objectif fixé par l'accord est de couvrir dans les 3 ans, 80% de l'offre en anesthésie et 55% pour la chirurgie.

Dans tous les cas, **l'UMP ne laissera pas la question des dépassements d'honoraires entraver l'égalité d'accès aux soins.**

Garantir la transparence et l'égalité face à l'information dans le choix des soins

Les attentes des Français dans le domaine de la santé sont aussi tournées vers le **besoin de transparence**. Connaître ses droits en tant que patient, pouvoir s'orienter dans un système connu pour sa complexité et y accéder à un coût raisonnable sont les préoccupations majeures qui émergent aujourd'hui.

Le sentiment d'être bien informé sur la qualité des soins (79% des Français s'estiment bien informés, soit -5 points par rapport à 2010) et le coût des soins (53%, -5 points) **est en baisse** ainsi que la satisfaction relative à l'information délivrée par les médecins sur leur état de santé et les soins qui y sont liés (84% se sentent bien informés, - 5 points).

Près de 9 Français sur 10 (87%) souhaiteraient pouvoir se référer à des critères de qualité pour pouvoir s'orienter vers l'établissement de leur choix. Pour les moyens utilisés, 80% évoquent les discussions avec leur médecin traitant qui reste la source privilégiée d'information, et seulement 29% utilisent Internet.

Renforcer l'information des patients pour permettre à chacun de connaître l'offre de soins en fonction de ses besoins et de sa situation géographique.

Pour que chaque Français ait accès en direct à toutes les informations (coût réel, activité, spécialité, efficacité) lui permettant de choisir entre les différents modes de prise en charge pathologie par pathologie, région par région, hôpital par hôpital, nous déploierons **un portail internet (sante-transparence.fr) et un numéro vert pour rendre notre système de soins plus accessible à tous les Français.**

PROPOSITION 13 : RENFORCER L'ACCÈS À L'INFORMATION AU SERVICE DES PATIENTS (SANTE-TRANSPARENCE.FR)

En plus des **conditions financières de prise en charge** et du **niveau de remboursement** par l'assurance maladie et les complémentaire, cette plateforme permettrait à chacun de connaître:

- **Les critères de qualité des hôpitaux.** La capacité d'identifier la qualité de la prise en charge des établissements et services est communément admise comme une vraie inégalité en France. Le succès des suppléments « *Hôpitaux* » des magazines en est la preuve. La **publication régulière de critères de qualité** (définis par la HAS par exemple) serait un signal fort d'une plus grande égalité, et agirait comme levier pour

pousser les établissements à s'améliorer sur les points de faiblesse, tout en **valorisant les bonnes pratiques**.

- **Le temps d'attente aux urgences.** Le patient disposera en instantané par Internet du temps d'attente moyen des différents services d'urgence de la région. Un outil simple permettra de calculer le temps de parcours depuis le domicile, en fonction du mode de transport, afin d'identifier l'établissement le plus rapidement accessible. La plupart des hôpitaux ont déjà informatisé leurs urgences, au moins s'agissant des admissions. La connexion de ces systèmes à un serveur régional ou national afin de transmettre une information standardisée est un projet réalisable, au moins pour une grande partie des systèmes en place. L'accélération de l'informatisation des autres établissements devra être planifiée en ce sens.

Promouvoir la bientraitance avec les professionnels de santé

Les politiques de promotion de la bientraitance développées dans le secteur médico-social apportent un éclairage nouveau sur les droits des patients et de leurs proches. **La prise de conscience de l'importance de prendre en charge de façon globale le patient, dans tous ses aspects, physiques et psychiques, appelle à la promotion de la bientraitance dans la culture du soin.**

PROPOSITION 14 : ENSEIGNER LA BIEN TRAITANCE À TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Cela commence dès le stade de la formation. Souhaitons que les universités et les écoles complètent leurs enseignements en ce sens.

PROPOSITION 15 : DÉVELOPPER « LES MAISONS DES PROCHES »

Engager un programme quinquennal de déploiement de « Maisons des proches » à proximité des centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires. Ces Maisons permettent aux patients hospitalisés loin de chez eux d'avoir ainsi leurs proches à leurs côtés, hébergés dans un lieu dédié, jouxtant ou intégré à l'établissement de santé. **Il s'agit de mieux associer l'entourage du patient à son parcours de soin pour promouvoir la notion d'« environnement soignant » qui renforce l'efficacité de la prise en charge.**

3- LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX EN LUTTANT CONTRE L'ISOLEMENT DES PRATICIENS

L'accessibilité aux soins est une exigence républicaine. Outre la question financière, se pose depuis plusieurs années la question du maillage territorial de l'offre de soins. À l'image de la société dans son ensemble, **la démographie médicale et les besoins des patients évoluent et appellent des réponses justes et réalistes à la question des « déserts médicaux ».** C'est un thème prioritaire et, pour être efficace, il faut aussi entendre les aspirations des professionnels de santé.

Comme le rappelle la Cour des Comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011 : **« il n'y a jamais eu, en France, autant de médecins qu'aujourd'hui, ni une densité aussi forte ».** La France compte 171 médecins généralistes en moyenne pour 100 000 habitants, ce qui la situe dans la moyenne des pays de l'OCDE.

Mais la population médicale vieillit et ses aspirations changent avec une évolution claire en faveur du salariat : seulement 10 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins s'installent en pratique libérale, les autres recherchent le salariat à 66 % et 25 % environ choisissent de devenir remplaçants.

De plus, une étude menée en 2008 à la Faculté de Lyon, montre que sur un échantillon représentatif des étudiants en 6ème année de médecine générale à Lyon, 24% sont prêts à s'installer en zone rurale et 71 % dans un bourg de moins de 5.000 habitants. Parmi les mesures qui favoriseraient une installation en milieu rural, ils citent en premier l'existence de maisons de santé pluridisciplinaires ou de cabinets de groupe, en deuxième les maisons médicales de garde et en troisième les aides financières et la présence d'un hôpital de proximité. **C'est donc principalement contre l'isolement des praticiens qu'il faut agir.**

De nombreux dispositifs sont mis en œuvre depuis plusieurs années afin de lutter contre les inégalités d'accès aux soins au détriment des territoires ruraux : par l'assurance-maladie sur le fondement des conventions d'objectifs et de gestion successives conclues avec l'État ; par les collectivités territoriales qui développent de nombreuses aides pour encourager l'installation en zones sous-médicalisées.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 prévoit d'optimiser la politique territoriale de santé en créant les agences régionales de santé (ARS) qui ont pour mission de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé. Elle prévoit également une nouvelle organisation de schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) qui donne davantage de cohérence territoriale à la gestion des soins dans le monde rural et apporte également une réponse aux zones rurales en regroupant à la fois le volet ambulatoire et le volet médico-social de la politique de santé. Le texte instaure également des mesures incitatives pour l'installation dans les territoires sous-dotés avec la création du contrat d'engagement de service public qui donne lieu au versement d'une allocation mensuelle (1200 euros) aux étudiants en médecine et aux internes, en contrepartie d'un exercice dans les zones sous-dotées et sous réserve de pratiquer les tarifs conventionnels. Pour la rentrée 2011, 250 bourses ont été octroyées. La loi prévoit aussi un soutien aux développements de maisons de santé pluridisciplinaire dans les territoires ruraux : 75 millions d'euros ont été mobilisés pour en développer 250 d'ici 2012. Un cadre juridique et fiscal simple et opérationnel a, par ailleurs, été établi en 2011 pour ces maisons. Ce programme constitue, en outre, un puissant levier pour inciter à l'exercice médical libéral de proximité dans un cadre collectif. Enfin, un soutien particulier au déploiement de projets de télémédecine a été apporté. Toutes les agences régionales de santé (ARS) ont bénéficié de moyens financiers destinés à la promotion de projets innovants: 26 millions d'euros ont été délégués en 2011 aux ARS dans le cadre du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

Face au Parti socialiste qui choisit la contrainte pour les médecins et la démagogie floue du « droit opposable aux urgences » et au FN qui ne propose rien, l'UMP fait le choix de l'innovation et de l'incitation efficace.

PROPOSITION 16 : DÉVELOPPER LE « TUTORAT-ASSOCIATION » POUR LES INTERNES DANS LES ZONES SOUS-MÉDICALISÉES.

Afin d'inciter les futurs généralistes à s'installer en zone rurale, nous proposons de développer le compagnonnage pour les étudiants lors de leurs deux dernières années d'internat. Sur des périodes de 6 mois renouvelables, l'étudiant s'associe avec un praticien d'une zone sous-dense et l'assiste en échange d'une ½ journée de tutorat assurée par le titulaire. Cela permet de lutter contre l'isolement des praticiens et organiser la permanence des soins sur le territoire.

PROPOSITION 17 : PLUS DE STAGES CHEZ LE PRATICIEN « AMBULATOIRE »

Nous proposons de **rendre obligatoire un stage d'immersion chez le praticien ambulatoire en seconde année de médecine**. De plus, **deux stages d'externat devront effectivement être réalisés en médecine extrahospitalière** (médecine de ville, PMI, santé scolaire, EPHAD, etc.) dont au moins un en médecine générale. **Ces stages devront être prioritairement réalisés en zone sous-médicalisée**. Pour permettre cela, le nombre de maître de stage doit augmenter de 3 500 à 7 000. La possibilité d'exercer des fonctions de maîtres de stage a été facilitée grâce à l'arrêté du 24 juin 2011 qui réduit de 3 ans à 1 an la durée minimum d'exercice pour être agréé en qualité de maître de stage et les maîtres de stage auront le titre de maître de stage des universités (arrêté du 10 Août 2011).

PROPOSITION 18 : SIMPLIFIER LES AIDES À L'INSTALLATION

Il existe plusieurs centaines d'aides à l'installation. Elles sont proposées par l'État, par les universités, par les ARS, par les collectivités territoriales ou encore par les CPAM. Pour les rendre plus lisibles et plus efficaces, **nous proposons de créer un guichet unique dans le cadre des ARS pour les faire connaître et les gérer**.

PROPOSITION 19 : RÉAFFIRMER L'IMPORTANCE DU MAILLAGE TERRITORIAL DES OFFICINES DE PHARMACIE

Nous avons la chance de bénéficier d'un maillage organisé sur l'ensemble du territoire à travers le pharmacien. Il faut capitaliser sur cette chance, utiliser davantage les pharmaciens

dans le parcours de soin et **concrétiser l'affirmation de nouvelles missions des pharmaciens en matière d'éducation, de prévention et de premier recours.**

PROPOSITION 20 : UN PLAN NATIONAL URGENCES VITALES

Chaque Français doit pouvoir recevoir dans les délais nécessaires les soins en cas de pathologie vitale. Par exemple, le traitement des infarctus myocarde et des infarctus cérébraux repose sur une prise en charge spécialisée très rapide. En accord avec les professionnels concernés, nous améliorerons le maillage de la médecine d'urgence. Les services d'accueil des urgences, des SAMU-SMUR et la permanence des soins de ville, **seront réorganisés pour redonner toute sa cohérence et son ambition à notre filière de prise en charge des urgences.**

La médecine d'urgence doit aussi être sécurisée dans sa fonction de proximité. Nous lutterons contre l'engorgement des urgences en assurant aux services les lits d'aval nécessaires à leur fonctionnement. Nous revaloriserons significativement les fonctions d'accueil et d'orientation au sein des services d'urgence et nous encouragerons **l'installation des maisons de santé libérales adossées aux établissements de santé.**

PROPOSITION 21 : PROMOUVOIR LE DÉVELOPPEMENT DES MAISONS DE SANTÉ EN FIXANT LE CAP DE 1 000 MAISONS PLURIDISCIPLINAIRES LIBÉRALES POUR 2017

Depuis 2009, nous avons engagé un programme ambitieux de développement de maisons de santé pluridisciplinaires, avec un soutien renforcé en milieu rural et dans les quartiers urbains prioritaires. 75 M€ ont été mobilisés pour en développer 250 d'ici 2012. Nous devons poursuivre ce programme qui constitue, en outre, **un puissant levier pour inciter à l'exercice médical libéral de proximité dans un cadre collectif.**

PROPOSITION 22 : TRIPLER L'OFFRE DE CONTRATS D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC EN PROPOSANT 1 200 AU COURS DU PROCHAIN QUINQUENNAT

Nous devons également veiller, au titre de l'aménagement du territoire, à optimiser l'articulation entre l'hôpital et la médecine libérale dans les territoires éloignés des grands centres de soin. La législation actuelle permet le développement de **consultations avancées** ou de **cabinets secondaires** et doit être davantage utilisée.

Pour aller plus loin, nous amplifierons les mesures facilitant l'installation de jeunes professionnels de santé en milieu rural, en proposant **1 200 contrats d'engagement de service public**. Ces contrats attribuent une bourse de 1 200€ par mois aux étudiants qui s'engagent à s'installer dans ces territoires en sous-densité médicale.

PROPOSITION 23 : UN PLAN « SPÉCIALITÉS EN DIFFICULTÉ »

La démographie médicale n'est pas seulement déséquilibrée d'un point de vue territorial, elle peut l'être aussi également au détriment de certaines spécialités. C'est le cas notamment de la gynécologie médicale, dont on connaît l'importance et qui est pourtant confrontée à un risque majeur de pénurie. C'est le cas aussi des spécialités dites « à risque » s'agissant de l'ampleur potentielle du contentieux de la responsabilité civile professionnelle susceptible de les concerner (chirurgie, anesthésie-réanimation, gynécologie obstétrique).

Il s'agit de mobiliser pour chaque spécialité confrontée à un risque de pénurie :

- des mesures générales (reparamétrage ad hoc du numerus clausus)
- des mesures adaptées (dispositif de mutualisation du risque contentieux permettant de couvrir les risques les plus élevés auxquels sont exposés les professionnels et qui ne sont pas bien pris en charge aujourd'hui). Nous souhaitons donc réaffirmer notre **engagement pour l'adoption avant la fin de l'année de la réforme de la responsabilité civile professionnelle (RCP)** pour permettre la mutualisation des risques entre les professionnels de santé.

DEUXIÈME PARTIE

LA SANTÉ DE DEMAIN : FINANCEMENT ET AMBITIONS

La France dispose de l'un des meilleurs systèmes de santé du monde qui permet à chaque Français d'être pris en charge lorsqu'il souffre d'une maladie grave, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays développés. Nous voulons garder cette excellence qui profite à tous. Parce que nous voulons que demain chaque Français puisse bénéficier d'une offre de soins de qualité, nous avons le devoir de garantir le financement de notre système de santé. Le niveau élevé de nos prélèvements obligatoires et de la couverture du risque santé par la solidarité nationale (76%), qui est l'un des plus forts taux de socialisation du monde, ne nous laisse qu'une voie : la maîtrise des dépenses de santé.

La croissance des dépenses de santé est un phénomène commun à la plupart des pays développés. Elle est liée à des phénomènes structurels : progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, vieillissement de la population, élévation du niveau de vie et évolution de la demande de soins, mais **la France se distingue par un niveau de dépenses de santé particulièrement élevé** : en dépensant chaque année **11,8% de son PIB** pour la santé, elle occupe la troisième place derrière les Pays-Bas (12% du PIB) et les Etats-Unis (17,4% du PIB). Mais surtout, **l'évolution des dépenses de santé, plus rapide que celle du PIB, condamne le système à un état de déficit constant.**

Si nous n'acceptons pas le changement, notre système de santé se délitera sous le poids des déficits. Notre position est donc claire : **c'est parce que nous sommes attachés à notre système solidaire que nous voulons assurer sa pérennité financière.**

En 2009, le montant des dépenses de santé s'élève à 223 Md€. La dépense de soins (hospitaliers et ambulatoires) et de biens médicaux (consommés en dehors de l'hôpital) représente 175,7 milliards d'euros. La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale s'applique principalement sur les soins hospitaliers (90,4% de taux de prise en

charge), sur les soins ambulatoires (64,8% de taux de prise en charge) et sur les biens médicaux (60,1% de taux de prise en charge) (source : DREES)

Depuis 2007, le Gouvernement conduit une politique déterminée de maîtrise des dépenses de santé. Un cap ambitieux pour l'évolution de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) a été fixé par le Président de la République lors de la conférence des déficits de mai dernier : 3 % en 2010, 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012. En 2010, cet objectif a été respecté pour la première fois depuis 1997 et le sera à nouveau en 2011. De plus, des résultats très significatifs ont été obtenus sur le retour à l'équilibre des finances hospitalières, avec un déficit passé de 475M€ en 2007 à 180M€ en 2010.

Le Président de la République a eu le courage de mener à bien la réforme des retraites au cours du quinquennat. Nous devons maintenant relever, dans un esprit de justice et de responsabilité, le défi de la sauvegarde de notre système de santé. Les Français, qui sont légitimement attachés à son excellence, y sont prêts car ils savent que nous ne pouvons pas reporter sur les générations futures le poids de l'immobilisme que nous proposent le PS et le FN.

1- OPTIMISER LA DÉPENSE SANS ENTAMER LA QUALITÉ DES SOINS

PROPOSITION 24 : UNE TRAJECTOIRE VERTUEUSE POUR L'ONDAM

Nous confirmerons la stratégie de responsabilité du Président de la République. L'engagement d'une progression de l'ONDAM à +2,8% en 2012 sera tenu et nous nous engagerons sur un taux d'évolution de l'ONDAM prédéterminé pour chacune des cinq années du quinquennat. **L'objectif étant, à terme, de faire converger l'évolution des dépenses de santé et l'évolution du PIB.**

PROPOSITION 25 : LES ÉTATS GÉNÉRAUX DES DÉPENSES DE SANTÉ

Sur les 223 milliards d'euros qui ont été engagés en 2009 au titre des dépenses de santé, 76% sont pris en charge par la Sécurité sociale, la part des assurances complémentaires représente 15,5% et celle des mutuelles 7,7%.

Sans remettre en cause les fondements de cette répartition, il convient de **redéfinir ce qui relève de la solidarité nationale, des régimes complémentaires et de l'effort individuel**. Par exemple, si les opérations de chirurgie esthétique n'entrent pas dans la prise en charge de la Sécurité sociale, leurs soins de suite et leurs éventuelles complications en font partie. Cette situation mérite d'être examinée pour parvenir à une juste définition du « panier de soin » couvert par la solidarité nationale. De plus, nous apporterons une réponse concertée au problème de l'accès aux soins dentaires et d'optique.

Dès 2012, les États généraux des dépenses de santé réuniront l'Etat, la Sécurité sociale, les complémentaires santé (mutuelles, sociétés d'assurance, instituts de prévoyance), les professionnels de santé et les représentants des patients.

PROPOSITION 26 : LUTTER CONTRE LA FRAUDE

En 2010, la fraude détectée a permis à l'Assurance maladie de récupérer 156 millions d'euros. Or, dans son rapport sur la lutte contre la fraude sociale, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, conduite par Dominique TIAN, député des Bouches-du-Rhône, considère que l'Assurance maladie ne détecte que 10% des fraudes réelles. **On peut donc estimer à 2 Mds d'euros le coût annuel de la fraude pour la branche maladie.**

Nos outils de détection et nos politiques de contrôles doivent être puissamment développés car **la fraude est d'autant plus inacceptable que notre système est généreux.**

Il faut donc amplifier nos efforts sur l'ensemble des champs potentiels de fraude :

- **contrôle des arrêts de travail, des assurés comme des prescripteurs** et mise en œuvre d'amendes financières

- **croisement des fichiers** entre les caisses de sécurité sociale pour s'assurer de la réalité des droits des assurés
- **lutte contre les trafics de médicaments**

PROPOSITION 27 : OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD)

Environ 10 millions de personnes sont atteintes d'une ALD et bénéficient d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé. Ces dépenses représentent 68% des dépenses de l'assurance maladie. **Nous réaffirmons notre engagement solidaire vis-à-vis des personnes atteintes d'ALD.**

Mais l'optimisation de la dépense de santé ne peut souffrir d'aucune exception. Le périmètre des 30 affections de longue durée fera l'objet de **mises à jour annuelles par la HAS pour tenir compte des progrès de la médecine et la question de l'entrée et de la sortie du dispositif sera posée. Les représentants des patients et les professionnels de santé seront associés à cette démarche.**

PROPOSITION 28 : RENFORCER LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE EN RENFORÇANT LE RÔLE DE L'AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE (ANAP)

Créée par la loi HPST du 21 juillet 2009, l'ANAP a pour objet « d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. »

En étroite collaboration avec les Agences régionales de santé (ARS), l'ANAP aide les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer leur performance, accompagne les réorganisations internes, les redressements ou les recompositions hospitalières ou médico-sociales et prend en charge l'évaluation des projets hospitaliers ou médico-sociaux, notamment dans le domaine immobilier et des systèmes d'information. **C'est un outil précieux qu'il convient de développer.**

Renforcer l'efficience de nos dépenses de médicament

Historiquement, notre pays consacre un niveau élevé de dépenses aux médicaments. En 2008, la France a consacré 1,84% de son PIB à ses dépenses de médicaments. C'est 15% de plus que l'Allemagne et 78% de plus que le Royaume-Uni. En 2009, les Français ont dépensé 36 milliards d'euros en médicaments dont 27,1 Mds€ de médicaments remboursables en ville et 5,7 Mds€ à l'hôpital. **Chaque Français consomme en moyenne 100 euros de médicament de plus par an qu'un européen, ce qui représente plus de 6 milliards d'euros.**

Selon le rapport de septembre de 2011 de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale: *« les spécificités de la consommation pharmaceutique en France aboutissent à ce que les produits chers y soient proportionnellement plus prescrits que dans les grands pays voisins(...) chaque Français consomme 40% de doses de médicaments de plus que leurs voisins proches (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni) soit 1 559 unités de prise par habitant contre 764 en Italie pour un montant moyen supérieur de 90% (535 euros par habitant contre 199 euros en Espagne) »*. Par exemple, **la consommation de psychotropes est huit fois supérieure à celle de l'Allemagne et six fois supérieure à celle du Royaume-Uni.**

Outre la surconsommation et la sur-prescription, deux explications peuvent expliquer cette réalité coûteuse : la **cherté de certains de nos médicaments, notamment des génériques**, par rapport aux autres pays européens et la **fixation du taux de remboursement qui manque parfois de cohérence.**

Or, pour pouvoir continuer de faire bénéficier les Français de nouveaux médicaments plus efficaces mais aussi plus chers, qui permettent de mieux traiter certaines maladies pour lesquelles pour lesquelles apparaissent des traitements innovants (certains cancers, maladies cardiovasculaires, diabète et demain la maladie d'Alzheimer), nous devons faire le choix d'abandonner progressivement les médicaments dont l'efficacité est insuffisante.

PROPOSITION 29 : ÉLARGIR LA COMPÉTENCE MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Afin de mieux réguler les prix des biens médicaux, nous proposons de renforcer la compétence d'évaluation médico-économique de la HAS **pour éclairer le processus d'autorisation et de fixation des prix.**

PROPOSITION 30 : FAIRE BAISSER LE PRIX DU MÉDICAMENT PAR UNE GESTION PLUS DYNAMIQUE DE LA FIXATION DES PRIX

Le prix du médicament générique est plus élevé en France que dans les autres pays européens. Si cette différence s'expliquait historiquement par la nécessité d'installer le marché du générique en France, elle ne se justifie plus aujourd'hui. **Nous proposons donc que le Comité économique des produits de santé (CEPS) révise de manière plus dynamique les prix des médicaments génériques en partenariat avec les acteurs industriels, les grossistes/répartiteurs et les pharmaciens.**

Pour les médicaments dits de marque ou innovants, nous proposons là aussi d'instaurer une gestion plus dynamique de la fixation des prix. Il s'agirait ici de **réviser plus rapidement et plus systématiquement le prix d'un médicament ou des médicaments d'une classe, chaque fois qu'un concurrent entre sur le marché.** Afin d'assurer de la visibilité nécessaire à l'industrie pharmaceutique sur le marché français, ceci se ferait sur la base de l'accord-cadre entre l'industrie pharmaceutique et le CEPS.

De plus, pour arriver à un niveau de prix comparable à nos voisins européens, nous proposons que soient **mis en place des mécanismes d'incitation à la négociation des prix des médicaments génériques au niveau des pharmaciens.** L'objectif serait d'encourager les pharmaciens à négocier un prix des médicaments génériques inférieur au prix de remboursement auprès de leurs fournisseurs. **Le bénéfice de cette négociation serait ensuite partagé entre le pharmacien et l'assurance maladie.** Ce dispositif, qui existe déjà pour les médicaments inscrits sur la « liste en sus » à l'hôpital, étendu aux génériques en ville, s'inscrit dans **une logique de responsabilité des acteurs et d'efficience pour notre système de santé.**

PROPOSITION 31 : NE PAS REMBOURSER LES MÉDICAMENTS DONT LE SERVICE MÉDICAL RENDU EST INSUFFISANT

Dans la droite ligne des Assises du Médicament, nous réaffirmons et mettrons en œuvre le principe selon lequel un médicament dont le service médical rendu a été considéré par une autorité indépendante, la Haute Autorité de Santé, comme insuffisant (SMRI) doit être déremboursé, sauf avis contraire pour des motifs explicites de santé publique. Une première vague de médicaments a été déremboursée par arrêté publié le 5 octobre 2011. Cette politique doit être accélérée pour **concentrer les remboursements de l'assurance maladie sur les remboursements vraiment efficaces.**

PROPOSITION 32 : LUTTER CONTRE LE GASPILLAGE DE MÉDICAMENTS

Dans un rapport consacré au dispositif de recyclage des médicaments de janvier 2005, l'inspection générale des affaires sociales estimait que **près d'un médicament remboursé sur deux ne serait pas consommé.** Ce gaspillage constitue **un gisement d'économies considérable.** Il s'explique principalement par la **mauvaise observance des traitements** par les patients et par la question du **conditionnement des médicaments.** En effet, contrairement au Royaume-Uni ou aux États-Unis où la quantité délivrée correspond strictement à la quantité prescrite, lorsque nous achetons un traitement, le nombre d'unités peut être supérieur à la durée de la prescription en raison du conditionnement des médicaments qui ne permet pas une vente à l'unité adaptable. Or **ces médicaments non-consommés sont également remboursés.** On peut également faire l'hypothèse que cette situation augmente, même marginalement, la consommation en médicaments des Français qui est déjà l'une des plus élevée au monde. C'est donc également une question de santé publique.

Cependant, la mise en œuvre de la vente de médicaments à l'unité aux patients par les pharmaciens ne pourra se faire sans difficulté : elle entraînerait un coût industriel pour les fabricants qui devraient revoir leurs chaînes de fabrication ainsi que pour les pharmacies pour lesquels un tel changement aurait des coûts d'organisation matérielle en termes d'espace et de flux.

Nous souhaitons donc poser la question d'une meilleure optimisation du conditionnement des médicaments et de la lutte contre le gaspillage en concertation avec les pharmaciens, les prescripteurs et les représentants des usagers.

2-AIDER PATIENTS ET PRESCRIPTEURS À OPTIMISER LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

Nous l'avons vu, **la consommation de soins et de biens médicaux est plus importante en France que dans la plupart des autres pays**. Si la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie, les gaspillages et toutes les dépenses inutiles sont des priorités permanentes, **nous souhaitons mettre l'accent sur la question de la pertinence des actes**. Il ne s'agit pas de culpabiliser les praticiens, ni les malades qui ne peuvent être jugés responsables de leur pathologie, mais **d'accompagner patients et prescripteurs à recevoir et prodiguer le « juste soin »**.

C'est tout autant une question de dépense publique que de santé publique. **Les actes médicaux inutiles sont coûteux et peuvent être dangereux**. Plusieurs causes peuvent être avancées pour expliquer les actes inutiles :

- l'éducation thérapeutique des patients, qui font parfois pression sur le praticien pour que la consultation soit ponctuée d'une ordonnance, ou pour qu'un médicament y soit ajouté.
- Les carences en organisation de certains services, qui entraînent la redondance des actes, la perte d'informations, les mauvaises habitudes et l'insuffisante évaluation des pratiques, etc.
- la tarification à l'activité, qui parfois pousse à la consommation d'actes dont le nombre sert de base à la rémunération ou à la dotation pour l'hôpital public.
- la formation des praticiens, qui ne les sensibilise pas suffisamment à cet enjeu

PROPOSITION 33 : OPTIMISER L'ACTE DE PRESCRIPTION PAR LA MISE EN ŒUVRE PLEINE ET ENTIÈRE DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (DMP)

Le dossier pharmaceutique a été mis en place avec succès par les pharmaciens. Sur le même modèle, nous souhaitons achever la mise en place du DMP

La prescription médicale constitue un moment charnière du parcours de soins, c'est le moment où sont engagés l'essentiel des actes médicaux, de soins, des médicaments et dispositifs médicaux. **120 à 150 Mds€ sont engagés par les médecins au moment de leurs prescriptions. Chacun des 210 000 médecins prescripteurs engage donc en moyenne 600 à 800 000€ de dépenses par an**, avec une forte variance. Un nombre important de praticiens engage plusieurs millions d'euros par an.

La prescription médicale représente donc un vivier d'amélioration de qualité des soins important. Les prescriptions redondantes de médicaments ou d'examens complémentaires sont comprises dans une fourchette allant de 7 % et 20 % selon les études, entraînant risques pour le patient et surcoûts pour l'assurance maladie. Les événements iatrogènes médicamenteux causent des millions de journées d'hospitalisation supplémentaires qui pourraient être évitées. **Cette non-qualité coûterait entre 10 et 20 Mds€ par an.**

La prescription médicale repose aujourd'hui en grande partie sur la mémoire du médecin prescripteur et sur celle de son patient, alors que de nombreux outils de bonnes pratiques existent avec une efficacité renforcée prouvée. Afin de réaliser une prescription optimale, le médecin doit disposer de la bonne information sur son patient (antécédents, allergies, parcours de soins, traitements en cours, résultats d'examens), des bonnes pratiques correspondant au diagnostic qu'il a réalisé et doit transmettre sa prescription de manière claire et immédiate. Les patients ne se souviennent généralement pas des traitements qu'ils prennent, notamment dans le cas de multi-pathologies. **Avec un dossier médical personnalisé (DMP) alimenté par tous les prescripteurs, des gains majeurs d'efficience et de qualité des soins peuvent être obtenus.**

Contrôle et évaluation de la pertinence des actes médicaux

Au cœur de notre projet de santé, nous plaçons l'évaluation de la pertinence des actes médicaux. **Parce que tout ce qui est possible n'est pas nécessairement souhaitable et parce que les médecins aspirent à ce que leurs activités puissent être jugées, et donc rémunérées, sur des critères qualitatifs plus que quantitatifs, nous voulons promouvoir la notion de « juste soin ».** Cette responsabilité incombe aussi bien aux prescripteurs qu'aux patients. Notre système est un bien commun dont la préservation dépend de chacun.

Selon le rapport du 15 septembre 2010 de la Fédération Hospitalière de France sur la pertinence des actes médicaux, *« un acte médical est bien adapté lorsqu'il assure la qualité de la prise en charge le plus simplement possible, c'est à dire au moindre coût. La notion de coût ne se limite pas aux dépenses, mais il implique aussi les risques encourus et même, tout simplement, les contraintes subies par le patient y compris psychologiques. »*

Par exemple, alors qu'une conférence de consensus avait établie en 2009 que les radiographies du crâne étaient inutiles dans les traumatismes crâniens simples, au premier trimestre 2010, 261 000 radiographies ont été effectuées pour un coût total de 8,9 millions d'euros. Le cas du recours aux césariennes est lui aussi parlant : en 2009, le taux national de césariennes était d'environ 20% avec des écarts importants et inexpliqués allant de 1 à 4 selon les établissements de santé.

D'autres actes moins coûteux contribuent par leur accumulation à creuser les déficits. C'est le cas des médicaments prescrits sous la pression de patients désireux d'être rassurés, ou des actes redondants ou inutiles.

PROPOSITION 34 : PUBLIER LES STATISTIQUES MOYENNES NATIONALES PAR ACTE

À partir d'indicateurs nationaux, chaque établissement de santé, public et privé, publiera le détail de son activité, de ses coûts et des résultats médicaux de ses équipes. La comparaison permettra aux patients de mieux éclairer son choix d'établissement et de **donner la possibilité à chaque établissement de comparer son volume d'activité à celui des autres**

pour en corriger les éventuels excès. Ce dispositif pourrait également être expérimenté pour les praticiens.

PROPOSITION 35: MODULER LA TARIFICATION EN FONCTION DE CRITÈRES DE PERTINENCE DES ACTES

L'objectif de la tarification à l'activité est de dynamiser la gestion des établissements de santé pour que le financement de l'assurance maladie se fasse sur la base de leur activité. Le système de tarification actuel et son mode de régulation atteint aujourd'hui ses limites et peut conduire à des phénomènes inflationnistes.

Pour mieux prendre en compte l'importance de la pertinence des actes, nous mettrons en place un système de bonus/malus pour moduler l'application des tarifs prévus.

PROPOSITION 36 : UNE CAMPAGNE DE COMMUNICATION POUR SENSIBILISER LES PATIENTS

L'éducation des patients est nécessaire pour les aider au quotidien à éviter des dépenses inutiles et parfois dangereuses pour la santé. Le succès de la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » est un bon exemple, qui pourrait être transposé à la **consommation excessive de médicaments et de biens médicaux en général.**

PROPOSITION 37 : PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES PATHOLOGIES IATROGÈNES

Nous n'avons plus la possibilité de supporter leurs très lourdes conséquences humaines et leur impact financier.

PROPOSITION 38 : INFORMER POUR RESPONSABILISER CHAQUE PATIENT ET CHAQUE PRATICIEN SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ QU'IL ENGAGE

Afin d'accompagner la prise de conscience que la santé a un coût important supporté en grande partie par la solidarité nationale, nous proposons que **la Sécurité sociale adresse chaque trimestre à chaque assuré social, à chaque praticien et à chaque service un récapitulatif des dépenses de santé engagées.**

3- METTRE LA PRÉVENTION ET LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE AU CŒUR DE LA SANTÉ DE DEMAIN

Passer d'une culture du traitement de la maladie à une culture de la santé globale est pour nous une priorité absolue. Un pourcentage toujours croissant des coûts de santé dans l'ensemble des pays européens est attribuable aux maladies chroniques et évitables. Or, notre système récompense et favorise une approche thérapeutique qui vise principalement à réparer ce qui ne va pas plutôt qu'à l'éviter en amont. Par exemple, les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure, de substances psycho actives, interviennent dans 30 % de la mortalité précoce et évitable.

Nous proposons donc une approche renouvelée en santé publique qui met l'accent sur la prévention, la santé environnementale et sur un nombre restreint de priorités touchant l'ensemble de la population.

PROPOSITION 39 : RÉVISER EN PROFONDEUR LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE DE 2004

Un des premiers textes de loi relatif à la santé du prochain quinquennat sera un projet loi de santé publique quinquennale. Il prolongera les chantiers prioritaires du Président de la République : Plan Alzheimer, Plan Cancer, Programme de développement des soins palliatifs et proposera 6 nouveaux plans : la **santé environnementale**, la **santé mentale**, les **maladies infectieuses**, la **vaccination**, la **prévention des troubles du comportement alimentaire** et les **toxicomanies**, en particulier celles affectant les adolescents.

PROPOSITION 40 : RENFORCER LE PARCOURS DE PRÉVENTION DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

La couverture maladie universelle (CMU et CMU complémentaire) permet à plus de 4 millions de nos concitoyens les moins favorisés de bénéficier d'une prise en charge de leurs dépenses de santé. **Onze ans après sa création, ce dispositif a atteint son objectif financier,**

puisque la CMU garantit l'accès aux soins pour tous, mais pas son objectif sanitaire puisque la santé globale des bénéficiaires ne s'est pas significativement améliorée.

Cette situation vient du manque d'accompagnement dont souffrent ces personnes en situation de précarité sociale. Il s'agit d'accompagner les bénéficiaires dans un parcours de prévention et de soin, dont le médecin généraliste serait le pivot.

Réduire les maladies évitables en réduisant les comportements à risque

Outre l'importance de la lutte contre les trafics et l'insécurité, sur laquelle le Gouvernement a obtenu des résultats particulièrement significatifs depuis 2007, **la toxicomanie pose la question de l'autonomie et de l'affirmation de la liberté d'initiative des jeunes.** Or, la drogue, c'est l'esclavage absolu d'une jeunesse en détresse. C'est, pour les trafiquants, la négation même de l'idée de personne qui n'est plus perçue que par sa dépendance qu'il faut absolument entretenir. C'est, pour les familles touchées, un drame au quotidien et un sentiment d'impuissance déchirant. Nous voulons, à ce sujet, affirmer aux familles qui souffrent de la consommation de drogues par leurs enfants, que tous les efforts seront faits pour les guérir et les aider.

Contrairement aux ambiguïtés du PS et de ses alliés écologistes, nous réaffirmons clairement notre attachement à un modèle de prohibition en refusant toute dépénalisation des drogues et tout projet de création de centres d'injection supervisée, dits « salles de shoot ».

Du point de vue sanitaire, **nous devons aller plus loin dans les démarches d'accompagnement des usagers de drogues visant à réduire les risques de contamination et à les aider à sortir de l'addiction.** Ces dernières années, la France a développé une stratégie ambitieuse en matière de substitution et une offre diversifiée de structures de prise en charge auxquelles peuvent s'adresser les usagers de drogues. C'est le cas, en particulier, des 500 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et des 130 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques. En 2010, le financement de ces seules structures représente près de 300 M€. Les études disponibles

montrent que la politique exemplaire de la France en matière d'accompagnement des usagers de drogues a d'ores et déjà permis de réduire significativement la prévalence du virus du SIDA dans cette population. Elle offre également des solutions concrètes et innovantes de prise en charge pour un usager de drogues qui souhaiterait être aidé pour sortir de la dépendance.

Considérant que la famille est le premier lieu de l'éducation et le meilleur rempart contre les comportements addictifs, **nous souhaitons développer particulièrement la prévention dans le cadre d'un soutien à la parentalité renouvelé.**

PROPOSITION 41 : DÉVELOPPER MASSIVEMENT LE COACHING PARENTAL

Au regard du succès des expériences australienne ou portugaise, nous proposons d'expérimenter et de financer un **développement massif des initiatives de soutien à la parentalité.**

Sur la base d'appels à projets du ministère en charge de la Famille, des associations organiseraient des stages pour les parents en partenariat avec les collectivités locales. Des équipes d'éducateurs, des psychologues et de bénévoles donneraient aux parents volontaires les clefs basiques pour exercer leur parentalité (nutrition, heure du coucher, etc.), **prévenant ainsi l'émergence de troubles du comportement chez leurs enfants.**

4- FAIRE DE LA RECHERCHE ET DU DÉVELOPPEMENT UN PUISSANT LEVIER DE PROGRÈS THÉRAPEUTIQUES ET DE CROISSANCE ÉCONOMIQUE

La santé n'est pas seulement une question de coût mais est également une source de croissance et d'emploi, notamment dans l'industrie et la recherche. Si dans le contexte de crise internationale il a été demandé un effort important aux industries de santé ces deux dernières années, il n'est **pas question de remettre en cause la confiance dans ce secteur à**

forte valeur ajouté et notre volonté d'investir dans l'avenir. Les efforts proposés grâce aux travaux du Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS) doivent être poursuivis et amplifiés. La politique engagée sur le crédit impôt recherche sera maintenue et nous devons travailler avec le secteur des NTIC en santé pour développer avec eux de nouveaux modèles économiques pour les financer.

Nous souhaitons donc poursuivre les efforts engagés pour soutenir le développement des industries de santé, pour que les Français puissent bénéficier des avancées les plus modernes du progrès médical et pour faire de la France le leader européen de l'innovation dans la nouvelle économie de la santé. La France doit continuer à être un pays d'innovation et de croissance, grâce à **des industries de santé implantées sur son territoire.**

Le Président de la République est fort d'un bilan historique en matière d'investissements dans l'enseignement supérieur et la recherche avec 22 Mds € sur les 35 Md€ des investissements d'avenir (« Grand emprunt ») consacrés au volet *Enseignement supérieur et recherche*. Cet engagement confirme la confiance en l'excellence scientifique française et procède de la conviction que ces investissements sont la source de la croissance d'aujourd'hui et de demain. Dans ce total, **la santé représente une composante majeure avec 2,5 Md€, sans compter les effets de levier escomptés, consacrés aux biotechnologies, aux nouveaux modèles d'excellence hospitalo-universitaire ou encore à la mobilisation des nouvelles technologies pour la santé.**

Il faut impérativement prolonger cette dynamique. Les défis majeurs concernant la santé doivent faire émerger une bio économie fondée sur la connaissance du vivant et l'objectif de transfert de technologies, qui suppose des relations étroites avec les acteurs industriels.

PROPOSITION 42 : AMPLIFIER L'ESSOR DE L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Nous proposons d'amplifier l'essor de l'économie de la santé :

- en **développant les partenariats** au service de l'innovation thérapeutique ;
- en **renforçant la dynamique des alliances** (Alliance pour les sciences de la vie et de la santé et Alliance pour la Recherche et l'Innovation des Industries de Santé) ;

- en **misant sur les PME et les biotechs** pour accroître notre potentiel d'innovation ;
- en **renforçant l'attractivité de la France** pour accueillir les centres de R&D privés dans le champ de la santé grâce au crédit impôt recherche ;
- en **prolongeant cette stratégie au niveau européen** par le recours au brevet communautaire.

PROPOSITION 43 : FAIRE DE LA MÉDECINE DE PROXIMITÉ UNE RESSOURCE MAJEURE DE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Nous proposons de verser aux médecins volontaires, **un forfait spécifique « R&D »**. Lieu majeur de l'offre de soins de proximité, les cabinets libéraux devraient constituer un terrain privilégié d'une recherche médicale, aujourd'hui trop concentrée dans les grandes structures hospitalo-universitaires. Cette surconcentration est inefficace : dans le secteur industriel, les gains de productivité sont également générés par les programmes de R&D et les bonnes pratiques émergeant des PME. Sur la base du volontariat, **les médecins libéraux pourraient être coordonnés en « pools de recherche » sur la base de grands programmes thématiques dégagés au niveau national**. Ils constitueraient alors un vecteur majeur d'alimentation de ces programmes par les ressources uniques qu'elles peuvent mobiliser en expertise médicale et en cas clinique.

PROPOSITION 44 : COORDONNER LES ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES AU NIVEAU EUROPÉEN

En France et en Europe, la recherche biomédicale est essentiellement menée par les universités et à moindre mesure par les industriels. Or, **la recherche biomédicale perd du terrain : le nombre de patients inclus dans les études diminue régulièrement**. Cette situation risque de conduire à un décrochage de la recherche au bénéfice des États-Unis et de l'Asie, et aura même un effet direct sur les patients qui ne disposeront des nouveaux médicaments que plus tardivement par rapport à aujourd'hui. Nous agissons avec nos partenaires européens de façon à **unifier et à simplifier les règles administratives applicables à la recherche biomédicale en Europe, tout en veillant à procurer aux patients une protection du plus haut niveau possible**. Nous lancerons des études épidémiologiques avec des cohortes européennes en collaboration avec la Commission européenne et les autres États membres.

FOCUS : L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME)

L'AME est un dispositif de prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à 634€ mensuels. 216 000 personnes en bénéficient, concentrées essentiellement en Ile-de-France et plus particulièrement en Seine-Saint-Denis où résident 20% des bénéficiaires de l'AME. Plus de 80 % des bénéficiaires sont des personnes isolées, essentiellement des hommes jeunes, leur état de santé apparaissant plus dégradé que celui des assurés du même âge, avec une consommation plus fréquente de médicaments indiqués pour des pathologies sévères. Alors que les dépenses de l'Etat au titre de l'AME ont considérablement augmenté depuis 2009 pour atteindre 543 M€ (soit 0,3% des dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale), la question de la difficile conciliation entre devoir de soins et limites de la solidarité nationale a alimenté un vif débat à l'occasion du vote de la loi de finances pour 2011.

Plusieurs mesures ont été engagées en 2011 pour réformer l'AME

Régulation du droit d'accès et délimitation du panier de soins

- Droit d'entrée à 30€ obligatoire pour les bénéficiaires adultes sous la forme d'un timbre fiscal.
- Exclusion des actes, produits et prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie - sauf pour les mineurs.
- Nécessité d'une entente préalable (« agrément ») pour les soins hospitaliers et pour le forfait hospitalier journalier dont le coût dépasse un seuil fixé par décret en Conseil d'État. Cet agrément est accordé après vérification des conditions de ressources et de stabilité de résidence.

Renforcement de la lutte contre les abus et les fraudes

- Nouvelle définition de la stabilité de résidence. Introduction d'un nouveau concept de « stabilité de résidence » dans des « conditions fixées par décret en Conseil d'Etat » pour le « service des prestations ». Il s'agit de s'assurer que le bénéficiaire de l'AME réside effectivement en France de façon stable en cours de bénéfice des prestations.

- Les organismes peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite.

Nous pensons que ce sujet ne doit pas être évité car l'enjeu de régulation des dépenses d'AME est réel. Cependant, nous considérons que la mise en œuvre d'un dispositif d'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière répond à une exigence impérative d'humanisme. Si nous refusons la démagogie de la stigmatisation facile et dangereuse sur ce sujet, **nous poursuivrons cette réforme dans le sens d'une meilleure régulation du droit d'accès, d'une stricte délimitation du panier de soins et d'une lutte sévère contre les abus et les fraudes.**

FOCUS : LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Le Président de la République a souhaité conduire au cours du premier quinquennat une réforme ambitieuse des procédures d'hospitalisation sans consentement dans une double logique de **renforcement de la qualité des modes de prise en charge et de meilleure protection de la société contre les risques susceptibles d'être causés par les personnes atteintes de troubles mentaux.**

Nous devons, au cours du quinquennat à venir, actualiser la politique de santé mentale :

- **en faisant en sorte que la structure familiale et la communauté sociale soient aussi ouvertes et intégratives que possible** (développement des capacités soignantes du patient, compréhension de sa maladie, adhésion aux soins, soutien des proches) ;
- **en résistant aux « effets de mode » conduisant à sur-spécialiser l'offre de soins sur des segments trop pointus ne correspondant pas aux réels besoins des patients les plus en difficulté ;**
- **en modernisant les modalités de coordination entre les différents acteurs :** urgences de l'hôpital général ou du CHU, médecins généralistes, structures médico-sociales, établissements pénitentiaires.

PROPOSITION 45 : Nous confierons à un Délégué interministériel à la santé mentale la mise en œuvre d'un vaste « plan santé mentale » qui aura vocation, dès 2012, à refonder les bases de l'intervention publique en direction des personnes atteintes de troubles mentaux.

