



L'AUTONOMIE SOLIDAIRE EN SANTÉ

Synthèse des travaux de l'Institut Santé
sur la régénération du système
de santé en France*

2023

« La difficulté n'est pas de comprendre les idées nouvelles
mais d'échapper aux idées anciennes »

John Maynard Keynes

Pourquoi régénérer notre système de santé ?

Notre système de santé connaît la crise la plus grave de son histoire. Après avoir fait figure de référence mondiale au XXème siècle, son déclin est lié à son inadaptation au nouvel environnement instauré par la triple transition démographique, épidémiologique et technologique, source d'opportunités et de menaces.

→ **La transition démographique** est d'une intensité historique de 2010 à 2040 du fait de la hausse de l'espérance de vie mais aussi de l'arrivée des générations nombreuses d'après-guerre au-delà de 65 ans. Ainsi, la population de plus de 75 ans va augmenter de 6,3 millions en 2020 à 10,7 millions de personnes en 2040, soit une hausse de 70%. Ce vieillissement condamne tout système de santé centré sur le curatif (gestion du risque en aval) et impose d'instaurer un modèle assis sur une approche populationnelle et préventive, dit de santé publique (gestion du risque en amont, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie).

→ **La transition épidémiologique** se traduit par un allongement sensible de la durée du risque, avec une chronicisation croissante des pathologies. La dominance des pathologies chroniques change le paradigme de la prise en charge : instauration d'une médecine de parcours, risque accru de creusement des inégalités sociales de santé et forte pression à la hausse des dépenses de soins. Cet allongement du risque implique un pilotage de celui-ci par le porteur du risque (le citoyen patient) et non plus par l'offre (le soignant), une approche territoriale des besoins de santé et une démocratie sociale et solidaire active.

→ **La transition technologique** résulte de la convergence de plusieurs révolutions technologiques (dont l'internet, l'IA, les nanotechnologies et les biotechnologies) qui génère des gains substantiels en santé à condition de transformer le système actuel et de garantir un accès pour tous à ces technologies. Collectivement, ces révolutions technologiques font de la santé un secteur stratégique pour le pays sur un plan économique, industriel, sociétal et géopolitique (soft power) au XXIème siècle. En cela, la recherche médicale et les industries de santé doivent être sensiblement renforcées pour redonner à la France sa compétitivité à l'international et garantir un haut niveau de santé aux citoyens.

La transition écologique a aussi un impact sur le système puisque la santé est responsable de près de 8% des GES. Elle impose d'aller vers un modèle de sobriété sanitaire.

Le système de santé français construit au milieu du XXème siècle, avant cette triple transition, et toujours en vigueur est inadapté à ce nouvel environnement. Les réformes politiques menées ces trois dernières décennies, notamment le virage étatiste et comptable des ordonnances de 1996, n'ont pas permis de reconstruire le système à la hauteur des enjeux, d'où sa crise actuelle. Il devient urgent de mener cette réforme, tout en conservant ses valeurs fondatrices inclusives et républicaines. Celle-ci se fera si et seulement si chaque acteur du système s'engage dans sa réalisation. Ce document a pour vocation de déclencher cet engagement par la connaissance des solutions.

SOMMAIRE

❶ **POUR UN SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTÉ** | PAGE 4

❷ **POUR UNE REFONDATION DE LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ** | PAGE 11

❸ **POUR UNE NOUVELLE ARCHITECTURE DE FINANCEMENT & DE GESTION DES DÉPENSES DE SANTÉ** | PAGE 15

❹ **POUR UNE MEILLEURE VALORISATION DE LA RECHERCHE MÉDICALE ET DE L'INNOVATION** | PAGE 18

*Publié dans le livre « L'autonomie solidaire en santé », Éditions Michalon, 2021

Quel nouveau système de santé mettre en place ?

Le nouveau modèle repose sur trois piliers : **la santé globale, les besoins de santé à l'échelle des territoires de santé et un modèle démocratique inclusif.**

- **De l'accès aux soins à l'accès à la santé pour tous** : la considération holistique de la santé induira un modèle qui évoluera de l'accès aux soins pour tous à l'accès à la santé globale pour tous. La prise en compte des déterminants non médicaux de santé (déterminants sociaux, économiques, comportementaux, environnementaux...) étendra le champ d'action politique du système de santé et imposera une gestion transversale de la santé sur les plans politique et scientifique. Le centre de gravité du nouveau modèle deviendra le maintien en bonne santé du citoyen, i.e. une approche de santé publique. Ce sera le maintien en bonne santé par excès et le curatif par défaut.
- **De l'offre (de soins) aux besoins (de santé globale)** : l'individu sera au cœur d'un nouveau modèle géré à partir de ses besoins à l'échelle d'un territoire de santé. Cette approche par les besoins générera une réduction des inégalités sociales de santé et une meilleure considération de la dignité des personnes (liberté de choix y compris des personnes vulnérables). Cela passe par rendre chaque citoyen le plus autonome possible dans la gestion de sa santé, ce qui exige un système solidaire de santé, dit d'autonomie solidaire. L'instauration d'un service public territorial de santé participera à l'instauration de ce dernier.
- **De l'Etat centralisé à un modèle de santé démocratique inclusif** : Un système centré sur l'individu nécessitera un processus de démocratisation abouti de la santé, pour la rendre accessible à tous et garantir les droits en santé de chacun. Cela exigera un investissement social en santé dès le plus jeune âge mais aussi une gouvernance démocratique du système avec une participation active des acteurs de santé aux institutions de gouvernance. L'État concevra la stratégie et la politique de santé, assurera la régulation du système mais déléguera la gestion opérationnelle et territoriale du système par délégation de service public aux acteurs du système (sécurité sociale, professionnels de santé, citoyens-patients, collectivités territoriales).

DANS LE NOUVEAU SYSTEME DE SANTE

Culturellement, la santé sera perçue comme une source de bien-être physique, mental et social, d'autonomie et de dignité de l'individu.

Socialement, ce sera la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par une plus forte égalité dans le maintien en bonne santé (par l'éducation à la santé dès le plus jeune âge entre autres) qui feront du nouveau système de santé, dit d'autonomie solidaire, un modèle plus inclusif.

Politiquement, ce sera l'instauration d'un modèle républicain de citoyens libres, responsables et solidaires face à la santé grâce à un Etat stratégique et une démocratie sociale et sanitaire active.

Economiquement, ce sera par l'investissement social dans le capital humain pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé (en priorité des classes moyennes et populaires), couplé à l'investissement dans des innovations thérapeutiques et technologiques accessibles à tous, que les dépenses de santé seront maîtrisées, efficaces et créatrices de richesse.

Diplomatiquement et en termes d'image de la France dans le monde, le haut niveau de santé de la population couplé à une maîtrise des principales technologies et à une forte capacité d'innovation en santé renforceront le soft power du pays.

POUR UN SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTÉ

1.1 | Le territoire de santé : nouvel horizon pour tout professionnel de santé et pour tout usager

Le pilotage de la santé sera réalisé à partir de territoires de santé définis dans tout le pays, qui se substitueront à toute autre forme de territorialisation existante. Ces territoires de santé seront identiques pour tous les secteurs et tous les professionnels de santé. Ces derniers exerceront dans un territoire avec la possibilité de travailler selon leur choix (non exclusif) en ville, à l'hôpital et/ou dans le médico-social et selon leur choix de mode d'exercice. Chaque territoire de santé aura une délégation de service public pour gérer les besoins de santé de la population de ce territoire.

L'ensemble des acteurs de santé dans ce nouveau service public

GÉRER LA SANTÉ À PARTIR DES BESOINS DES USAGERS D'UN TERRITOIRE

- Un territoire de santé se définira à partir des bassins de vie de l'Insee, et couvrira en moyenne autour de 150 000 habitants. Il garantira pour leurs habitants un accès à toutes les prestations de santé, dont des urgences hospitalières à moins de 30 mn.
- La France sera ainsi composée de quelques 450 territoires de santé. La géographie des territoires sera réévaluée tous les 5 ans pour prendre en compte l'évolution démographique et celle des besoins de santé de chaque territoire.
- Chaque territoire de santé se substituera à toute autre forme de territorialisation existante aussi bien pour les établissements de santé (GHT) que pour les professionnels médicaux et paramédicaux (CPTS).
- Chaque professionnel de santé exercera dans un territoire de santé dont il assurera auprès de la population des missions de soins et/ou de santé publique adaptées à sa profession.

DES MISSIONS DE SOINS ET DE SANTÉ PUBLIQUE

Chaque territoire de santé sera doté de missions de soins et de santé publique, assurées dans le cadre des 3 grands principes du service public (continuité, égalité, mutabilité) et délivrées par l'ensemble des acteurs de santé du territoire, publics et privés, selon une approche populationnelle et préventive. Le territoire sera piloté par un groupement territorial de santé (GTS) qui aura la responsabilité de ce service public.

- Ce groupement n'est pas un échelon administratif mais un espace de débat, de dialogue et de décision entre toutes les parties prenantes de la santé des territoires (élus locaux, représentants des syndicats de la fonction publique et des libéraux, associations de patients, directions d'établissements).
- C'est à l'échelle du territoire, grâce à ce service public, que les questions de déserts médicaux, de permanence des soins, d'inégalités sociales de santé seront gérées.
- Les évaluations des besoins sanitaires de chaque territoire et de la qualité du service rendu par les professionnels de santé seront réalisées par l'agence régionale de santé publique (ARSP qui remplacera l'ARS actuelle). Chaque citoyen utilisera préférentiellement l'offre de santé de son territoire mais restera libre de se faire prendre en charge dans un autre territoire.

1.2 | Un contrat thérapeutique pour les patients chroniques remboursés à 100%

Il s'agit de mettre en place un contrat thérapeutique entre le coordinateur médical, le patient et l'assurance santé pour renforcer l'efficacité et l'efficience de la prise en charge des pathologies chroniques et créer les conditions d'une alliance thérapeutique optimale. Ce contrat visera à mettre à disposition de chaque patient un écosystème de moyens humains, technologiques, financiers optimal et personnalisé pour chaque patient. Ce contrat structurera le parcours de chaque patient chronique afin de mieux maîtriser les dépenses (104Mrds€ en 2020) tout en améliorant la qualité de la prise en charge.

- Ce contrat visera à renforcer les capacités et ressources du patient dans la lutte contre sa maladie. Il contiendra le protocole personnalisé de soins, les droits et devoirs du patients, les informations essentielles sur la pathologie et les objectifs à atteindre au cours de la prise en charge. Des patients experts seront intégrés si besoin.
- Le patient demeurera libre du choix de son référent médical pour la coordination mais la contractualisation impliquant la mise en place de l'équipe de coordination sera obligatoire pour obtenir le remboursement à 100% (ALD).
- Le numérique et l'IA seront massivement intégrés afin de garantir le partage de l'information entre les professionnels, l'accès à cette information en temps réel par le patient, ainsi que le suivi & l'analyse des résultats par un data manager.
- Une évaluation des parcours sera réalisée chaque année à partir des données médicales, sociales et financières, tout en prenant en compte des données de satisfaction des patients et des professionnels de santé recueillies régulièrement par le data manager.



1.3 | L'hôpital public se reconstruit à partir de son ancrage territorial et de son rôle pour maximiser l'excellence de la médecine française

Le nouveau modèle de santé impliquera un hôpital intégré dans son territoire, dont le personnel aura la co-responsabilité de la gestion des besoins de santé de la population avec les autres professionnels de santé (salariés et libéraux). Pour cela, l'hôpital disposera d'une vraie autonomie de gestion et d'organisation. La nouvelle gouvernance fera vivre l'ouverture de l'hôpital du XXIème siècle sur la ville et le médico-social et illustrera le rééquilibrage entre le médical et l'administratif. Son organisation permettra d'offrir des carrières professionnelles en adéquation avec les attentes individuelles des soignants et les besoins médicaux. Les CHU seront réorganisés, notamment pour la recherche et l'enseignement, pour jouer de nouveau un rôle clé dans le rayonnement international de la médecine française.

UNE GOUVERNANCE AUTONOME, DÉMOCRATIQUE ET À LA RECHERCHE D'UN RÉÉQUILIBRAGE MÉDICO-ADMINISTRATIF QUI INCITE À L'EXCELLENCE ET À L'EFFICIENCE

- La nouvelle gouvernance instaurera un Conseil d'administration à la place du Conseil de surveillance, qui disposera d'un véritable pouvoir de co-décision sur la stratégie et la gestion de l'établissement. Sa composition sera proche du Conseil de surveillance, à l'exception de l'intégration d'élus régionaux et pas simplement locaux dans le Collège des élus.
- La recherche d'un équilibre médico-administratif pour la direction s'inspirera du modèle Unicancer qui permet à des médecins, assistés d'un directeur administratif, de diriger les établissements. La fin du monopole de l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique), l'ouverture aux sciences sociales et managériales caractériseront l'évolution de la formation et du recrutement des directeurs d'établissements.
- Ainsi, la nouvelle direction réintègrera les enjeux humains et médicaux dans le management, tout en tenant compte des contraintes économiques. Elle sortira du modèle extractif (concentration du pouvoir de décision dans un cercle restreint) en cours depuis 2009 pour aller vers un modèle inclusif (partage large de ce pouvoir).
- La démocratie sociale et sanitaire sera au centre du fonctionnement de l'hôpital, avec notamment l'élection des chefs de service par les professionnels de santé du service, voir aussi celle des chefs de pôle, avec un rôle actif des représentants de patients.
- Les pôles médicaux seront reconstruits sur une base médicale et pertinente vis-à-vis de la prise en charge des patients (et non sur une base administrative et comptable comme aujourd'hui) à l'échelle des territoires de santé. Leurs performances sanitaires (basées sur l'amélioration de l'état de santé de la population considérée sur le territoire donné) et médico-économiques seront régulièrement évaluées.

RÉNOVER LES ORDONNANCES DEBRÉ POUR RÉUSSIR L'ANCRAGE TERRITORIAL DE L'HÔPITAL PUBLIC ET Y FAIRE RAYONNER L'EXCELLENCE DE LA MÉDECINE FRANÇAISE

- Favoriser la mobilité et la diversité des carrières professionnelles à l'hôpital public grâce à des contrats d'obligations de services réévalués tous les 5 ans, comprenant des missions à réaliser et des objectifs à atteindre compatibles avec les aspirations individuelles et les besoins des établissements et des territoires.
- Ce contrat intégrera la nouvelle responsabilité territoriale et engagera chaque praticien à assurer des missions sur le territoire de santé de l'établissement.
- La transformation du statut PU-PH conduira au choix de deux valences, en fonction des souhaits des médecins et des besoins des services, pour lesquelles il sera évalué. La norme sera la bivalence même si la trivalence restera possible si elle est justifiée.
- Ce nouveau statut redonnera à l'hôpital public son rôle de locomotive, d'étendard de la médecine française au bénéfice de tous les autres acteurs (cercle vertueux).
- L'enseignement est à réaliser par du personnel dédié, clairement identifié et évalué pour un enseignement d'excellence.
- Pour répondre à la féminisation de l'activité médicale, plusieurs options de temps de travail seront proposées, ouvrant droit à une gestion plus individualisée des carrières des PH, tenant compte des impératifs personnels et médicaux.
- La juste valorisation de la pénibilité en lien avec la permanence des soins sera une priorité, une redistribution des gains liée à la reconstruction vers les salaires sera garantie et un système d'intéressement financier pourra être proposé pour les praticiens qui dépassent les seuils moyens d'activité.
- Les salaires des soignants seront négociés pas seulement dans un budget global mais à partir de niveaux de salaires cibles en phase avec les réalités économiques (pouvoir d'achat, benchmark) pour redevenir attractifs.
- Les carrières paramédicales seront redynamisées à partir des leviers de rémunération, de mobilité interne, de formation continue pour développer de nouvelles compétences et d'accompagnement des parcours professionnels, y compris dans le secteur libéral ou au retour de celui-ci.



REPENSER LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES PUBLIQUES

- L'ancrage des hôpitaux dans le territoire exige des structures hospitalières connectées humainement et numériquement avec les autres acteurs de santé du territoire.
- Une nouvelle typologie de structures hospitalières constituée de trois types sera développée pour les nouvelles constructions : la tête de réseau pour une activité d'excellence ultraspécialisée, le centre généraliste de moyen et long séjour, l'établissement ambulatoire spécialisé.
- Ces trois types de prise en charge coexistent dans les établissements actuels. Si les modèles hospitaliers de demain ne seront pas aussi « épurés » que les types proposés, ils tendront vers ce modèle d'organisation pour optimiser la prise en charge des patients et l'environnement de travail des soignants, grâce à une optimisation de la répartition des ressources.
- Les missions de service public seront déployées dans les trois types d'établissement.
- Les hôpitaux de proximité seront renforcés pour assurer, en pleine autonomie, le premier niveau de gradation des soins hospitaliers et la coordination avec la ville.
- Il s'agira aussi de remédier à la dissémination de l'enseignement clinique grâce au contrat d'obligation de services et à la limitation à deux valences pour identifier précisément les praticiens enseignants, mieux les valoriser et mieux les évaluer.
- Enfin, il faudra reconstruire des pôles de recherche de dimension internationale dans chaque spécialité pour renforcer le rôle d'excellence des CHU et favoriser leur développement à l'international. L'ensemble favorisera la venue de doctorants chercheurs étrangers en France et l'exportation de l'excellence de la médecine française.

1.4 | L'aboutissement du virage ambulatoire en ville

La médecine de ville s'inscrit dans les évolutions précitées avec une allocation des ressources à l'échelle d'un territoire de santé. Les équipes de soins primaires et les médecins spécialistes de ville seront responsabilisés sur des missions clairement définies en contrepartie d'un financement à sa juste valeur et d'une autonomie professionnelle renforcée. Le libre choix du mode d'exercice - libéral, salarié, mixte - sera garanti pour tous les soignants. La permanence des soins ambulatoires s'appuiera sur des maisons médicales de garde dans lesquelles les professionnels hospitaliers et de ville d'un territoire exerceront. L'universitarisation de la médecine de ville, composante indispensable de la revalorisation de la médecine générale, sera renforcée de même que celle des autres professions de santé de ville.

DES PROFESSIONNELS DE VILLE PLEINEMENT GARANTS DES MISSIONS TERRITORIALES DE SANTÉ

- Les professionnels de santé de ville seront affectés à un territoire de santé et rempliront des missions de service public territorial de santé (dont accès aux soins pour tous, permanence des soins, coordination des parcours, maintien à domicile, prévention, formation...) en fonction de leur profession. La réalisation effective de ces missions sera un critère d'accès à un certain nombre de financements et de ressources technologiques.
- Les professionnels de ville participeront à l'évaluation des besoins de santé du territoire qui seront l'outil de pilotage de l'offre de santé et de la performance sanitaire du territoire.
- L'instauration du contrat thérapeutique pour chaque patient souffrant d'une affection de longue durée déplacera le centre de gravité de ces patients vers la ville et instaurera une vraie médecine de parcours. Son succès nécessitera un maillage territorial suffisant en médecins généralistes et spécialistes, qui sera de la responsabilité du territoire de santé.

LA PDSA DEVIENT UNE MISSION PARTAGÉE ENTRE TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- La permanence des soins ambulatoires (PDSA) sera restructurée afin de garantir la pertinence des urgences hospitalières, dont le taux d'hospitalisation à partir des urgences sera un critère d'évaluation.
- Une modélisation des maisons médicales de garde (MMG) sera réalisée à partir de structures existantes ou d'expérimentations territoriales si besoin pour évaluer leur dimensionnement optimal en moyens humains, financiers et matériels. Deux modèles seront à définir et à généraliser : à proximité des établissements hospitaliers, et éloigné des établissements, au cœur des territoires plus isolés.



- Ces MMG disposeront des équipements nécessaires pour l'urgence non vitale, notamment pour la biologie et l'imagerie médicale. Les professionnels hospitaliers cohabiteront avec ceux de la ville dans ces MMG. Un projet d'investissement national de 1 Mrd€ sera conçu sur ces nouvelles bases pour couvrir chaque territoire de santé d'au moins deux MMG (soit 900 à 1000 au total).
- Les médecins libéraux ou salariés seront rémunérés sur la base d'un forfait de PDSA, équivalent à celui de l'hôpital, qui pourrait se structurer en plusieurs niveaux selon la pénibilité du travail (horaires, nombre de passages). Pour éviter la distorsion avec la situation à l'hôpital, les patients ne paieront pas ces prestations ambulatoires de soins non programmés. La juste valorisation de la pénibilité en ville comme à l'hôpital sera un levier important pour redynamiser l'attractivité des métiers dans ces deux secteurs en général et de la PDSA en particulier.
- Le financement se fera à partir d'un budget territorial de missions de service public, géré par la caisse primaire d'assurance santé (ex CPAM).
- A l'exception des cas d'urgence graves orientés directement vers les établissements hospitaliers, tout accès à des maisons médicales de garde exigera la validation du centre de régulation dont les moyens seront adaptés en conséquence.
- Ce centre de régulation sera équipé des outils de téléconsultation pour orienter les cas litigieux. Le filtre de la régulation sera le plus rigoureux et efficace possible.
- Outre l'efficacité de la régulation, l'Uncas (ex Uncam), avec l'appui des Caisses primaires d'assurance santé (ex CPAM), sera chargée de réaliser des campagnes de communication et d'éducation sanitaire des citoyens sur l'utilisation des MMG et des urgences hospitalières.

ACCÉLÉRER L'UNIVERSITARISATION DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE ET DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

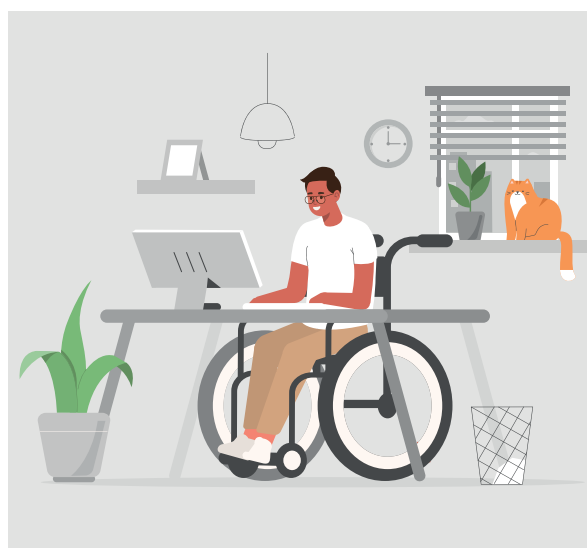
- Les internes seront formés à la permanence de soins ambulatoires et y participeront (comme à l'hôpital).
- La valence recherche en ville sera valorisée à la même hauteur qu'à l'hôpital, notamment en instaurant un programme ambulatoire en recherche clinique et un recueil de données des soins primaires. Un médecin ne pourra exercer en même temps que deux valences, avec un système équivalent de celui de l'hôpital.
- Le statut de maître de stage sera revalorisé financièrement et institutionnellement, avec un lien plus fort avec l'université. La filière universitaire de médecine générale sera renforcée.

Pour une médecine de ville renforcée dans ses missions, ses moyens et ses fonctions universitaires d'enseignement et de recherche



1.5 | L'optimisation de l'autonomie des personnes dépendantes et souffrant d'handicap

La gouvernance et le financement du risque dépendance au sein de l'assurance santé seront unifiés. Le budget global du risque dépendance sera piloté par les caisses régionales d'assurance santé (ex Urcam). Une logique de "plateforme de services" permettra aux personnes souffrant de perte d'autonomie légère à modérée de disposer d'un large panel de choix de services en dehors des Ehpad. Un programme ambitieux d'investissement dans le bien-vieillir accompagnera la nouvelle politique de santé publique. Le Conseil Départemental, chef de file du social et du médico-social en France, sera l'opérateur de l'évaluation des besoins et des attentes des personnes. Il assurera aussi la coordination des structures et dispositifs, et garantira une orientation adaptée des personnes dans une offre de service lisible.



L'OPTIMISATION DE L'AUTONOMIE ET LA LIBERTÉ DE CHOIX DES PATIENTS SOUFFRANT D'HANDICAP

- Simplifier pour plus d'efficacité : La fusion de la caisse nationale santé autonomie (CNSA) au sein de l'assurance santé (ex CNAMTS) et le regroupement des multiples sources de financement permettra d'unifier le financement (un seul objectif global de dépenses) et la gouvernance du 5ème risque «perte d'autonomie» de la sécurité sociale.
- Décentralisation : Les caisses régionales d'assurance santé remplaceront les agences régionales de santé dans leur rôle de régulateur actuel et les départements se concentreront sur leur rôle d'opérateur public pour les usagers (mise en adéquation de l'offre avec les besoins).
- Le complément de financement de la dépendance nécessaire d'ici à 2030 sera socialisé à travers une hausse de la contribution de solidarité pour l'autonomie, sans hausse des charges au global pour les entreprises du fait de la suppression des contrats collectifs en santé. Les dotations budgétaires incluront des objectifs de rémunération connectés avec les réalités salariales.
- L'organisation de la prise en charge du grand âge comprendra trois axes – le bien vieillir, le maintien à domicile ou en résidences intermédiaires et les « Ehpad 2030 » (établissement spécialisé pour la dépendance lourde) - et sera définie par l'État dans la loi d'orientation et de programmation de la santé (LOPS). L'État déterminera la politique du grand âge et fixera les objectifs à atteindre.
- Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens seront élaborés entre les caisses régionales d'assurance santé et les établissements médico-sociaux.
- Une logique de plateforme de services gérontologiques dédiée aux personnes souffrant de perte d'autonomie légère à modérée mettra à leur disposition un large panel de services favorisant le maintien au domicile ou dans des structures intermédiaires adaptées à ce public sur le plan de la domotique comme des services à la personne. Des accueils de jour dans les établissements hospitaliers et des structures de répit pour les aidants seront généralisés dans chaque territoire de santé.
- Les départements seront les principaux opérateurs de services du risque dépendance. Ils interviendront en tant que relais uniques de l'orientation des publics et de l'évaluation des besoins des personnes en situation de perte d'autonomie. Ils évalueront les structures et les services, en veillant à leur bonne répartition sur les différents bassins de vie sur la base d'un cahier des charges national défini par l'État.
- Le financement par l'assurance santé des infirmiers (IDEL) en SSIAD et en Ehpad, ainsi que celui des médecins libéraux en Ehpad, établi lors du Covid, sera pérennisé. Les métiers de la gériatrie seront revalorisés sur le plan statutaire et financier.

1.6 | Une formation des professionnels de santé, secteur d'excellence et droit inaliénable tout au long de l'exercice

L'objectif est de permettre, grâce à une formation de qualité, une montée en gamme des métiers du soin, une promotion professionnelle équitable et une meilleure qualité et sécurité des soins. La formation initiale sera plus individualisée pour répondre aux projets professionnels des étudiants, à la diversité des pratiques professionnelles existantes ainsi qu'à la possibilité de partenariats nationaux et internationaux. Les formations interprofessionnelles et la santé environnementale seront développées pour répondre aux besoins de coordination dans les affections de longue durée et aux besoins d'actions de prévention sur l'ensemble de la population. Le compte personnel de formation sera sacralisé pour devenir une garantie de revalorisation de la formation continue à toutes les étapes de la carrière pour chaque professionnel de santé.

Permettre, grâce à une formation de qualité, une montée en gamme des métiers du soin, une promotion professionnelle équitable et une meilleure qualité et sécurité des soins

Une formation initiale à rendre plus flexible et plus en phase avec l'évolution des métiers

- La qualité de la formation est un gage d'attractivité et son affaiblissement concourt aux difficultés de recrutement des professions de santé.
- Pour les médecins, un stage libre sera proposé au cours de l'internat répondant aux aspirations de chacun et aux spécificités de certains territoires. Le nombre de stages en ambulatoire sera augmenté, notamment en psychiatrie et en gériatrie.
- Les formations interprofessionnelles pendant l'internat seront obligatoires pour préparer les soignants au travail d'équipe lors de la coordination des parcours des patients ALD.
- Une formation à la santé environnementale sera intégrée dès le deuxième cycle des études médicales pour améliorer la compréhension des pathologies dites environnementales et des crises sanitaires (notion de one health).
- En médecine générale, la quatrième année de l'internat sera professionnalisante et compensée par une année en moins dans l'un des deux premiers cycles. Le nombre d'enseignants en médecine générale, 8 fois plus faible en densité que pour les autres spécialités, sera mis au niveau des autres spécialités.
- Pour les formations paramédicales, le niveau à l'entrée des écoles d'infirmiers sera rehaussé. La reconnaissance universitaire des infirmières spécialisées sera effective (Ibode, Ide puéricultrice et Ide en santé mentale notamment) pour permettre la montée en gamme de l'ensemble des métiers paramédicaux (effet d'aspiration). L'accès au concours IDE des agents de services hospitaliers et des aides-soignantes(e)s sera reconnu dans les textes et dans les faits.
- Le contrat d'engagement de service public (CESP) instauré en 2009 sera généralisé à l'ensemble des professions de santé.

Une faible valorisation de la formation continue aux conséquences lourdes et multiples

- Si l'outil compte personnel de formation existe dans la plupart des secteurs et spécialités, il est très peu opérationnel en réalité. Il sera considéré comme un droit inaliénable pour tout professionnel de santé et une obligation pour les employeurs.
- Les contraintes de gestion d'effectifs ne peuvent justifier l'impossibilité pour le personnel des établissements hospitaliers et médico-sociaux de se former. Une simplification administrative de grande ampleur sera faite à l'hôpital public pour accéder facilement et pour tous à un programme de formation de qualité à partir d'un guichet unique numérique.
- Face au laxisme de quelques opérateurs de formation qui offrent des programmes de piètre qualité, la sélection de ces opérateurs et l'évaluation du contenu des programmes seront renforcées à travers un processus d'accréditation. Un retour d'expérience des formations par les utilisateurs accompagnera chaque formation et sera pris en compte par le régulateur. Par ailleurs, les patients experts dans la conception et l'évaluation des formations seront intégrés au dispositif.
- Le financement de la formation par l'industrie pharmaceutique des programmes post-universitaires et de développement professionnel continu sera pérennisé à travers un fonds dédié à cet objet, qui garantira l'indépendance professionnelle des soignants vis-à-vis de l'industrie.
- L'accréditation pour les spécialités à risque sera généralisée au secteur public, via un financement par l'assurance santé.

2

POUR UNE REFONDATION DE LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

2.1 | Pour une gouvernance politique dédiée à la santé publique (État, Europe)

La crise Covid a montré que la santé était une mission régalienne. Comme pour les autres fonctions de cette nature, la santé devra être pilotée par une loi d'orientation et de programmation sanitaire pluriannuelle, votée en début de quinquennat. L'État devra devenir statège en santé publique. Une réactualisation budgétaire annuelle avec évaluation et débat se tiendra chaque année au Parlement. La réorganisation institutionnelle de l'État sanitaire se fera avec fusion des multiples agences dans un pôle de santé publique de type CDC à la française et un pôle d'évaluation des services et produits de santé. Un Ministre délégué à la santé publique aux compétences interministérielles pilotera la politique de santé publique. La nouvelle organisation favorisera la coordination entre les pays et l'harmonisation de notre politique de santé publique à l'échelle de l'Union européenne (ECDC, HERA, Commissaire européen à la santé).

Renforcer le poids politique de la santé publique en France, simplifier pour renforcer la gouvernance.

Pour une santé publique pivot du nouveau modèle de santé national et européen

- La loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans permettra au ministère de la santé de renforcer ses capacités dans l'anticipation, la protection, la prévention, la gestion des risques en santé. C'est le dispositif principal pour planifier les objectifs et les ressources afin de répondre avec efficacité aux besoins de santé et aux risques sanitaires.
- Une vraie stratégie de santé sera définie à partir de l'évaluation des besoins de santé et d'objectifs de santé publique à 5 ans, qui structureront la prévision des dépenses de santé à 5 ans. Une évaluation et une actualisation budgétaire annuelle auront lieu chaque année au Parlement, séparément des autres branches de la sécurité sociale.
- Un expert de santé publique sera nommé comme ministre délégué à la santé publique, sous la tutelle du ou de la ministre de la santé et de Mâtignon, pour agir sous forme interministérielle.
- La fusion de plusieurs agences (SPF, HCSP, HCAAM, ANAP...) conduira à un pôle qui assumera les principales fonctions de santé publique : contrôle de la situation sanitaire, surveillance épidémiologique, conception de la politique de santé publique, gestion et planification des ressources humaines, promotion de la santé, participation et droit des citoyens.
- En région et dans les départements, les agences régionales de santé seront remplacées par une direction de santé publique dans les Préfectures.
- L'unité de la gouvernance des soins sera garantie par les gouvernances territoriales qui unifieront soins et santé publique.
- Cette nouvelle organisation de santé publique s'inscrit dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de simplification administrative pour optimiser l'impact des actions de santé publique, grâce à une capacité d'anticipation et de réaction forte.
- La France une des locomotives de la construction de l'Europe de la santé publique en cherchant à co-construire avec les autres pays une vision européenne de la santé publique, à coordonner des actions et à intégrer la santé publique dans les prochaines orientations stratégiques et institutionnelles de l'Europe.

2.2 | Pour une gouvernance des soins unifiée, démocratique et territorialisée (Sécu, DSS)

Par délégation de service public, l'Etat confiera la gouvernance globale des soins à la sécurité sociale (branche santé), pivot de la démocratie sociale et sanitaire. L'assurance santé obligatoire (ex Uncam) sera restructurée dans sa gouvernance pour faire vivre une démocratie sociale et sanitaire active aux échelons nationaux, régionaux et locaux. Elle contractera avec les territoires de santé pour définir les objectifs et les moyens disponibles pour répondre aux besoins globaux de santé de leur population.

UNE DÉMOCRATIE SANITAIRE ET SOCIALE RÉNOVÉE REMPLACERA LA GESTION PARITAIRE DES CAISSES

La nouvelle gouvernance traduira pleinement l'approche décentralisée, démocratique et décloisonnée du nouveau modèle de santé

- L'État délèguera à l'Assurance santé obligatoire le pilotage de l'ensemble de l'offre de soins, induisant l'unification de ce pilotage pour les 3 secteurs du soin.
- Au niveau national, la gestion paritaire actuelle des caisses sera complétée par la présence des représentants des acteurs de la santé, dans le Conseil, selon le modèle de la conférence nationale de santé.
- Au niveau régional, l'Union régionale des caisses (ex-Urcam) sera dissociée des services de l'Etat. La gestion paritaire de ces caisses sera également complétée par la présence des acteurs de santé, selon le modèle de la Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie.
- Au niveau local, la gestion paritaire des caisses primaires sera complétée par la présence des acteurs de santé, selon le modèle du Conseil territorial de santé actuel.
- Ainsi, la démocratie sociale de 1945 sera régénérée et étendue à une démocratie sanitaire et sociale construite à partir des institutions existantes.
- Sous la responsabilité du directeur général de l'assurance santé nationale (ex Uncam), une direction générale de l'offre de soins pilotera les soins en ville, à l'hôpital et dans le médico-social. Les hauts-fonctionnaires de la DGOS dédiés à l'hôpital seront transférés dans cette structure.
- La détermination des règles de tarification des établissements de santé, publics et privés, qui étaient une des prérogatives de l'État, sera transférée à l'Union Nationale des Caisses d'assurance santé (ex-Uncam). Les conventions médicales resteront la prérogative de l'Uncas.
- L'Uncas sera tenue de respecter les budgets votés dans la loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans (LOPS) et de son actualisation annuelle par le Parlement.
- La décentralisation de la gestion opérationnelle des soins sera régulée par des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens signées entre l'Etat et l'Uncas, entre l'Union des caisses régionales et les territoires de santé et entre l'Union des caisses régionales et les établissements hospitaliers et médico-sociaux.
- Cette contractualisation avec les caisses régionales déclinera les objectifs et plans d'actions contenus dans la LOPS à 5 ans, tout en garantissant une large autonomie de gestion et d'organisation aux acteurs territoriaux (professionnels, établissements, CT, associations de patients).

Pour des citoyens patients acteurs de la démocratie sanitaire et sociale (DSS)

- La démocratie sanitaire et sociale construite à partir des institutions existantes (cf. supra) nécessitera d'aller au bout de la loi Kouchner de 2002 pour passer d'un système prescriptif paternaliste à un système collaboratif, basé sur l'autonomie des usagers.
- La fonction « d'usager acteur du système de santé », sera créée et ces acteurs seront reconnus comme des professionnels de santé.
- L'ensemble des fonctions des usagers acteurs du système seront reconnues :
 - Déjà reconnues : représentant des usagers (2002), médiateur de santé pair en santé mentale (2012), intervenant en éducation thérapeutique (2015)
 - A reconnaître : ressource, pair-aidant (autre que la santé mentale), formateur, enseignant, chercheur.
- Un département universitaire des usagers patients sera créé dans chaque UFR de médecine et de Pharmacie en France (sur le modèle du DUPGA à Grenoble).

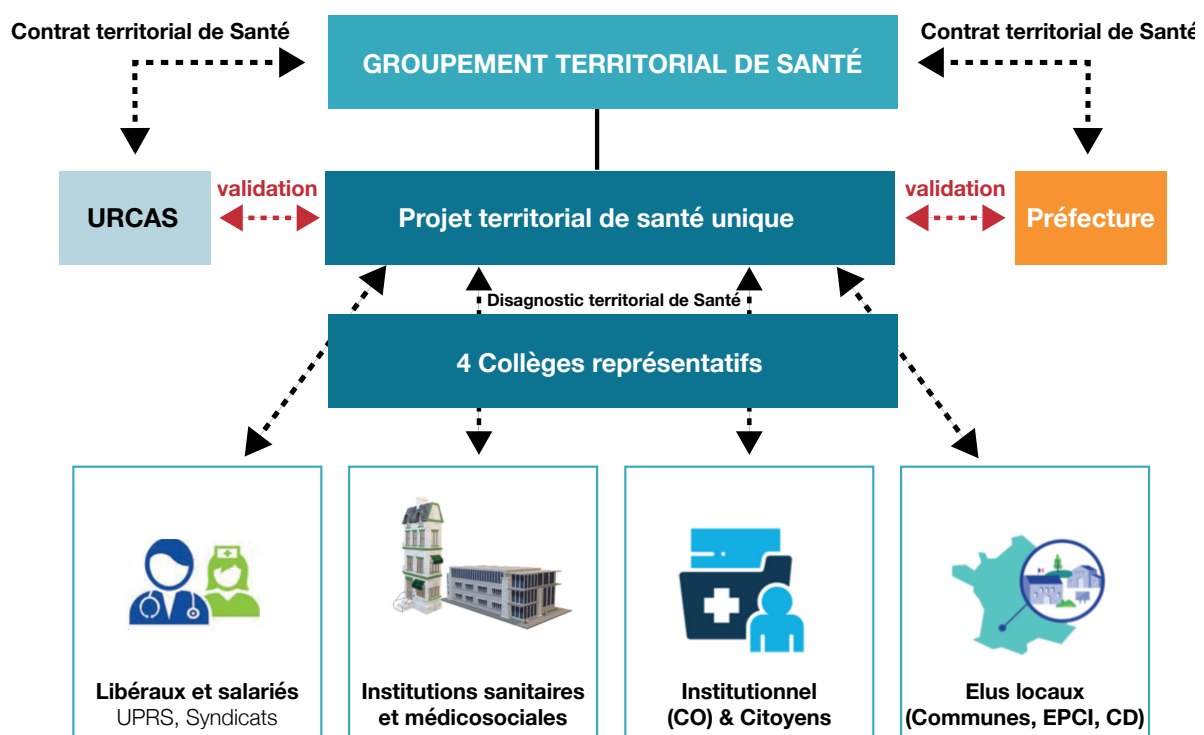
La démocratisation de la santé passe par une démocratisation de ses instances de gouvernance

2.3 | Pour une gouvernance territoriale de la santé (DSS, CT)

Le territoire de santé est un espace géographique qui contient les services et produits de santé essentiels pour répondre aux besoins de la population. Chaque territoire de santé disposera d'une gouvernance propre, unique et semblable dans leur composition (4 collèges) et leurs missions (soins et santé publique). Institution démocratique de proximité, aux pouvoirs non administratifs mais de concertation et de décision, le groupement territorial de santé mettra en place un projet territorial de santé destiné à répondre aux besoins de santé de la population.

- Une gouvernance territoriale unique portée par un Groupement Territorial de Santé (GTS) sera élue tous les 5 ans et structurée au sein de 4 collèges: collège des professionnels de santé élus des URPS et des syndicats de salariés ; collège des directions administratives et médicales des établissements sanitaires et médico-sociaux ; Collège institutionnel et citoyen (représentants des associations d'usagers/patients et de l'Ordre) ; Collège des élus locaux (communes, EPCI, Conseil départemental).
- Chaque gouvernance territoriale aura une délégation de service public sous forme d'un contrat territorial de santé (CPOM de 5 ans) signé avec l'assurance santé régionale et la direction de santé publique de la Préfecture.
- Le territoire représentera, à travers sa gouvernance transversale et ses missions globales, le pôle d'unification entre la santé publique et les soins.
- Le Groupement territorial de santé (GTS) aura un statut associatif. Ce ne sera pas un échelon administratif mais un échelon de concertation et de décision opérationnelle.
- Le GTS se substituera à toutes les instances existantes sectorielles de territorialisation sanitaire (CPTS, GHT, santé mentale).
- Le GTS sera conçu comme « une gouvernance de l'utilisateur, pour les usagers, par les usagers », destinée à répondre à l'ensemble de leurs besoins de santé. Les usagers seront incités à utiliser les services de santé de leur territoire mais seront libres d'utiliser les services d'un autre territoire.
- Le GTS sera nommé spécifiquement selon le lieu (GTS du Gâtinais ; GTS du Lochois...) pour être facilement reconnu par les usagers comme leur territoire. Il concevra et mettra en place le projet territorial de santé qui sera une déclinaison du projet régional de santé.
- Les évaluations des besoins sanitaires de chaque territoire et de la qualité du service rendu par les professionnels de santé seront réalisées par la direction de santé publique des Préfectures.

La gouvernance du territoire de santé



Une gouvernance de l'utilisateur, par les usagers et pour les usagers

2.4 | Pour une décentralisation de certaines missions de santé (CT)

Les départements : des collectivités de proximité pour le maintien en bonne santé

- Renforcer et clarifier les missions de santé existantes : de chef de file de l'action sociale actuel, le département devient l'opérateur public de l'action médico-sociale (cf. II), de la prévention primaire et de la promotion de la santé.
- Confier de nouvelles missions de santé au département, échelon le plus adapté pour réduire la fracture sociale sanitaire :
 - Santé scolaire : une continuité avec la PMI dans l'intérêt de l'enfant.
 - Santé universitaire : pour une politique globale de promotion de la santé rénovée à destination des étudiants.
 - Santé au travail : élargir leur champ d'intervention et le périmètre de leur mission ; l'État via les ARSP reste l'évaluateur, mais le département deviendra l'opérateur public, dans le respect de l'indépendance des SSTI.
 - Santé environnementale : le département en lien avec les communes et EPCI sera l'opérateur pivot du plan d'action one health du PRS.
 - Santé des populations : le département aura en charge la prévention des publics non concernés par la santé scolaire, universitaire et au travail.

Les régions : des collectivités stratégiques & d'investissement en santé

- Concernant la formation des professionnels de santé et la gestion de la démographie médicale, le pilotage de l'offre à partir des besoins implique une décentralisation de la gestion de la démographie médicale ; nous proposons l'extension de ce qui a été initié pour les paramédicaux aux médicaux (les Régions financent 40% de la formation).
- Pour les équipements lourds hospitaliers et l'innovation technologique, il s'agira de réaliser une décentralisation encadrée dans une stratégie nationale de l'investissement hospitalier.
- La gestion des hôpitaux se fera sur une base régionale et leur autonomie sera renforcée : le Conseil régional participera à la gouvernance des hôpitaux dans le conseil d'administration.
- La région sera stratégique de santé publique en partenariat avec l'État (ARSP) afin d'optimiser les politiques publiques existantes (éducation, transports, sport, aménagement des territoires, transition écologique...) favorables à la santé et en mesurera l'impact (feuille de route santé régionale sur 6 ans comme dans le Grand Est).

2.5 | Pour une gouvernance des pratiques sanitaires (CNP, CO)

- L'autorégulation des professions médicales avant tout sur une base déontologique jusqu'à présent, s'étendra au-delà de la déontologie car :
 - Le progrès technologique augmente les chances de succès mais complexifie les prises en charge
 - L'open data génère un besoin de transparence
 - La garantie de l'accès aux meilleurs moyens disponibles pour tous

devient un défi difficile à relever (art 11 & 32 du code de déontologie).

- La montée en puissance des Conseils nationaux professionnels (CNP) en fait les opérateurs de cette régulation des pratiques, en partenariat avec le Conseil de l'Ordre, l'agence innovation en santé et les représentants des usagers patients.
- La publication d'indicateurs crédibles de qualité des offreurs de soins sur un site de l'assurance santé sera développée.

2.6 | Pour une gouvernance rénovée des produits de santé (État, Europe)

- Une situation de transition avant une gouvernance européenne étendue visant à concevoir l'Europe des produits de santé sera mise en œuvre :
 - La délivrance de l'AMM (regulatory) sera progressivement un processus européen ;
 - L'évaluation médico-économique des médicaments (assessment) restera à l'échelle nationale du fait des divergences culturelles, même si un cadre commun européen serait souhaitable ;
- Une agence de l'innovation en santé se substituera aux agences existantes (ANSM, HAS) pour :
 - Une simplification administrative afin d'accélérer l'accès au marché ;

• Une approche globale de la recherche fondamentale à la mise sur le marché des innovations, qui nécessitera une approche transversale interministérielle

- Ce modèle s'inspirera de l'agence de l'innovation dans la défense, guidé par l'application de la LOPS ;
- Le Comité économique des produits de santé (CEPS) sera rattaché à l'assurance santé.
- Enfin, la gouvernance de ces agences intégrera un collège de patients experts, formés sur les sujets traités et participeront à la décision (garantie d'un accès plus rapide aux innovations, processus démocratique de décisions...).

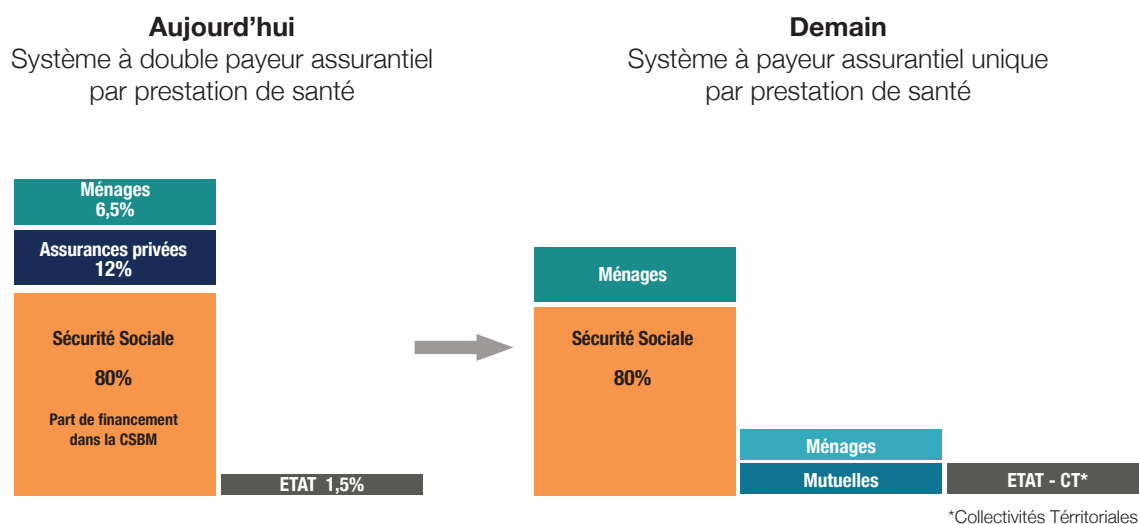
POUR UNE NOUVELLE ARCHITECTURE DE FINANCEMENT & DE GESTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Tout modèle solidaire inclusif en santé impose un financement dont les ressources comme les dépenses respectent le caractère solidaire et inclusif, ce qui est le cas de la sécurité sociale et non du financement avec les assureurs privés. Comme dans tous les grands pays développés disposant d'un modèle universel, le nouveau système de financement proposé sera un modèle à payeur unique et de type solidaire. Il sera aussi le garant de la liberté des acteurs et de l'indépendance professionnelle des soignants. Il générera des gains substantiels en baissant les coûts de financement, en renforçant l'équité d'accès aux prestations et en permettant de restructurer les modalités de paiement des offreurs de soins pour plus d'efficacité. Les gains financiers seront utilisés pour améliorer la rémunération des soignants, pour financer la dépendance et pour investir dans les déterminants de santé. Un budget santé individuel sera instauré sous la forme d'un compte personnel de prévention.

3.1 | Pour un financement solidaire inclusif à assureur unique par prestation

- L'architecture de financement actuel à deux étages quasi généralisée est structurellement défailante : la plus coûteuse au monde hors celle des USA en coûts administratifs (15 Mrds€/an, 5,6% de la dépense totale vs 2,8% dans l'OCDE) ; de faible efficacité dans la qualité de la couverture du risque (haut niveau de renoncement aux soins), à financement régressif et inégalitaire dans sa partie complémentaire (favorable pour les actifs et défavorable pour les inactifs).
- Seul l'assureur public supporte le vrai risque financier (qui peut durablement paupériser les ménages) : c'est le cas hors crise sanitaire (ALD, hôpital, molécules innovantes) et en période de crise sanitaire (cf. Covid (vaccins, tests, masques)).
- La liberté de choix de son professionnel de santé et l'indépendance professionnelle des soignants ne sont garanties que par un financeur unique comme la sécurité sociale. A ce titre, la liberté de choix est absente en Grande-Bretagne (système étatique) et aux USA (assureurs privés dominants).
- Pour tout système de santé, le financement assurantiel privé augmente drastiquement le coût du financement et diminue l'équité d'accès aux prestations de santé à l'échelle d'une population.
- La nouvelle architecture de financement actera donc la fin du système actuel du double financeur assurantiel public et privé pour une prestation de santé. La sécurité sociale deviendra le financeur exclusif de la plupart des prestations (comme c'est le cas pour les autres pays européens avec une sécurité sociale) à l'exception de certains paniers de soins remboursés par une assurance privée supplémentaire (par exemple ceux majoritairement remboursés actuellement par les complémentaires), selon un modèle mutualiste d'affiliation individuelle pour garantir une mutualisation favorable aux inactifs.
- Cette évolution entrainera l'unification des secteurs tarifaires des médecins libéraux, nécessitant un travail de revalorisation tarifaire à partir de la réelle valeur des actes et de réactualisation des nomenclatures (NGAP, CCAM...).
- Une gestion dynamique* dans le temps du contenu des prestations remboursables et des tarifs sera nécessaire avec ce nouveau financement.
- Un système de ticket modérateur sera conservé, non assurable, réévalué (10% à 20% de la valeur selon les actes), conservant tous les critères d'exonération actuels (ALD, grossesse, Puma...) et accompagné d'un bouclier sanitaire qui plafonnera le reste à charge pour tous les ménages à 2% de leur revenu annuel.
- Un système de complémentaire publique de type Alsace-Moselle, qui respectera le principe du financeur unique, pourra donner une certaine flexibilité tarifaire pour certaines prestations.

La nouvelle architecture de financement en santé



*Pour une conférence de consensus récurrente sur le contenu et les tarifs des prestations remboursées par l'assurance santé

- Le système actuel se montre peu performant pour rembourser à sa juste valeur les prestations de santé et les produits de santé dans les 3 secteurs du soin et pour intégrer dans un temps raisonnable les innovations technologiques dans le panier des prestations remboursables. Il fonctionne comme une boîte noire, nuisible à la productivité des professionnels et à la pertinence des soins.
- Une conférence de consensus nationale annuelle ou bisannuelle sera organisée entre les représentants des professionnels de santé, des politiques, des patients et le financeur pour mettre à jour – selon l'évolution des techniques et des pratiques reconnues par les sociétés savantes - les prestations et les tarifs des actes remboursés par la sécurité sociale

Une réforme du financement à 20 Mrds€ d'économies à réinvestir dans la santé

- Le système actuel de complémentaires santé coûte annuellement à l'Etat 10 Mrds€ (aides, perte de recettes), aux entreprises plus de 10 Mrds€ (primes des contrats collectifs), aux assurés 8 Mrds€ de coûts administratifs et un surcoût pour l'assurance santé (Source : Cour des comptes, Juin 2021, estimations Institut Santé)
- Le nouveau système de financement fera économiser de l'ordre de 20 Mrds€ sur ces coûts dont 15% pour les assurés, 43% pour l'Etat, 40% pour les entreprises et 3% pour l'assurance santé.
- Ces économies seront réinvesties dans un plan d'investissement social en santé (Compte personnel de prévention), dans le financement de la dépendance, dans la prise en charge des indemnités journalières de courte durée par les entreprises et dans la hausse de la rémunération des professionnels de santé.



3.2 | Pour une régulation des dépenses de santé construite à partir des besoins

- Les objectifs nationaux de santé sont établis par secteur d'offre dans un objectif global (Ondam) : le rabotage budgétaire annuel récurrent, déconnecté des besoins de santé, a affaibli les capacités d'actions dans chaque secteur et a contribué à maintenir le cloisonnement sectoriel antinomique avec la médecine de parcours et la prise en charge d'une population vieillissante.
- Le nouvel objectif des dépenses de santé (Ondas) sera construit sur 5 ans dans la LOPS avec un ajustement annuel dans la LFSS ; il sera conçu à partir des besoins de santé (soins chroniques, courants, prévention) et du type de dépenses (enseignement, recherche, produits de santé) ; il donnera une vision claire des déterminants de la croissance et de l'impact des actions de santé.
- Les dépenses du risque dépendance seront incluses dans celles du risque santé et comprendront les dépenses de prévention et de prise en charge de la perte d'autonomie.
- Une règle d'équilibre structurel des comptes de l'assurance santé sur 5 ans sera intégrée dans le nouveau système.

3.3 | Pour une diversification des modes de paiement et le passage d'une approche volume à une approche valeur

- Le paiement à l'activité (T2A) sera limité aux actes programmés et ponctuels. La tarification des séjours sera réalisée à partir d'une évaluation plus efficace, plus transparente et représentative de la véritable évolution des coûts des prises en charge.
- Parmi les modes de paiement forfaitaires de l'hôpital à instaurer, une dotation territoriale populationnelle permettra d'adapter les financements aux spécificités de la population et aux besoins en fonction des objectifs de santé publique.
- Il s'agit de sortir de la régulation prix/volume, qui revient à maximiser l'approche volume, ce qui épuise les professionnels, fait perdre le sens du métier du soignant. Le défi est de passer à une logique de valeur, ce qui exige : l'instauration de la nouvelle architecture de financement et de la gouvernance des pratiques proposées supra ; la remise à niveau de la valeur des actes et des rémunérations en général.
- Les modes de paiement en ville seront davantage diversifiés pour les adapter aux missions : paiement à l'acte pour les soins courants, capitation ajustée pour la prévention et forfait pour le reste.
- Le remboursement des médicaments sera à taux unique (suppression du 15% et 30%) pour améliorer la lisibilité du financement et dégager des marges de manœuvre pour financer les innovations.

3.4 | Pour un compte personnel de prévention

- L'accès aux soins n'est pas une garantie suffisante de protection de la santé. Investir sur les déterminants de santé permettra à chacun de se maintenir en bonne santé plus longtemps, ce qui diminuera la demande de soins et réduira les inégalités sociales de santé.
- Un plan d'investissement en santé de 15 Mrds€ sera instauré sur 5 ans, dont 10 Mrds€ dans de l'investissement social, environnemental et éducatif et 5 Mrds€ dans des soins et biens médicaux à visée préventive.
- Ce plan s'inscrit dans une réallocation des dépenses de santé de l'aval du risque (la maladie) vers l'amont du risque (le maintien en bonne santé) à montant global constant. Si le nouveau modèle est instauré en 2023 l'investissement dans la prévention sera de 9% des dépenses courantes de santé en 2027 (dont 5% en prévention institutionnelle vs 2% en 2022)
- Une évaluation d'impact médico-économique sera à mener tous les deux ans, notamment sur la baisse des dépenses de soins engendrée
- L'investissement social se gèrera sous forme d'un compte personnel de prévention qui devra à terme concerner toute la population, pour lequel l'assurance santé (ex Cnamts) jouera le rôle de guichet unique.
- Un contenu standard de services sera déterminé par l'agence nationale de santé publique en fonction des grands types sanitaires de la population. Chaque citoyen pourra adapter son panier de services préventifs, après consultation avec un professionnel de santé qualifié en prévention. Ce compte sera un levier pour une politique incitative à adopter les bons comportements en santé (« nudge »).

POUR UNE MEILLEURE VALORISATION DE LA RECHERCHE MÉDICALE ET DE L'INNOVATION

Dans un plan de relance de la recherche en France, la recherche médicale doit prendre sa place aussi bien sur le plan budgétaire que par une réorganisation institutionnelle. La recapitalisation des biotechs françaises par des fonds nationaux renforcera leur capacité de croissance et leur autonomie. La nouvelle gouvernance européenne et nationale des produits de santé proposée en partie II sera accompagnée d'une simplification administrative des procédures en recherche clinique et en évaluation des molécules en France. La digitalisation de la santé se fera non plus à partir de l'offre technologique comme aujourd'hui mais à partir des usages concrets du numérique dans les parcours de soins des patients avec ALD, dans la gestion de la santé publique, dans la prévention et dans la modernisation de l'offre de santé. Elle devra donc impliquer pleinement les acteurs de la santé à toutes les phases de développement. Une autorité publique autonome de régulation du numérique en santé sera instaurée.

4.1 | Une recherche dynamique pour l'innovation

- L'objectif de 3% du PIB dans la recherche sera fixée pour 2027, avec 5 Mrds€ de ce budget en santé (le double du budget 2021).
- La réorganisation sera aussi institutionnelle : l'ANR, dont le budget sera porté à 1,2Mrds€ gèrera le financement par appel à projets, selon un processus sélectif du type de European research Council (starting grant, consolidator grant, advanced grant). Le financement sélectif allègera la bureaucratie de l'évaluation scientifique, la renommée du chercheur sera le critère essentiel (comme au NIH).
- Elle comprendra aussi la clarification des rôles entre ANR et Inserm : l'Inserm gèrera le personnel scientifique (financement et sélection), en évitant la précarité des carrières.
- Enfin, un pôle d'excellence interdisciplinaire de recherche et de formation en santé, à rayonnement international, regroupera des compétences d'une faculté de médecine, d'une école d'ingénieur, de structures de recherche en sciences sociales, de l'école de Rennes...Le statut du pôle s'inspirera de celui des IHU en recherche médicale, de type fondation.

4.2 | Un écosystème global adapté et attractif pour l'innovation

- Un écosystème favorable à l'innovation a un double objectif interne et externe : dynamiser le potentiel interne de la France à innover et maximiser la capacité d'attraction du territoire français pour des initiatives étrangères à potentiel innovant.
- La recherche publique et les industries de santé seront rapprochées: le pôle d'excellence précité et l'agence de l'innovation favoriseront l'évolution des projets de la recherche fondamentale (publique en générale) à la recherche appliquée (souvent privée), en fluidifiant le rapport entre les acteurs.
- Le financement des biotechs françaises sera renforcé par des fonds financiers nationaux (type BPI) pour améliorer leur capacité de croissance et leur autonomie.
- L'usage de « l'analyse de l'horizon » (horizon scanning) sera systématisé par l'agence de l'innovation pour anticiper l'arrivée des innovations de rupture et leur impact financier, technologique et organisationnel (LOFS).
- Un Airbus européen de l'ARN messenger sera créé avec une tête de pont française réunissant un consortium d'entreprises dédiées à la recherche, au développement et à la bio production de produits issus de cette technologie.
- Outre cet Airbus, pour retrouver un leadership dans la production des produits de santé et recouvrer une souveraineté sanitaire nationale, la France accélérera le virage des biotechnologies ce qui implique de l'investissement mais aussi la création de clusters



d'innovations impliquant recherche, développement et production en biotechnologies.

- Simplifier l'environnement réglementaire des essais cliniques sur la base du modèle belge, tout en garantissant la protection des patients et en encourageant une harmonisation européenne des procédures (Europe du médicament).
- Faciliter l'accès au marché de l'innovation : La nouvelle gouvernance des produits de santé (voir II) sera un accélérateur d'accès au marché, avec un seul indicateur d'évaluation de la valeur thérapeutique (ITR à la place de SMR & ASMR), et une remise à jour des critères d'évaluation des grandes ères thérapeutiques (ex : la maladie résiduelle en oncologie).
- Basier la tarification des innovations thérapeutiques sur l'intérêt médical et l'impact médico-économique global du médicament, indépendamment de l'impact économique du laboratoire.

- La faiblesse structurelle du marché des génériques en France (30% de part de marché en volume vs 83% en Allemagne) est un frein à l'innovation. Le modèle de croissance des innovations thérapeutiques est étroitement lié à celui des génériques et biosimilaires, ce sont les deux faces d'une même pièce. Les leviers de développement des génériques et biosimilaires (répertoire, formation et information, politique industrielle) seront ainsi activés.
- Deux collèges d'experts scientifiques d'évaluation des produits de santé seront créés: un premier constitué d'experts de haut niveau indépendants, sans lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, et rémunérés par l'agence de l'innovation, couvrant l'ensemble des besoins thérapeutiques (en particulier sur les technologies innovantes) ; un second collège d'experts scientifiques non indépendants participant aux expertises mais ne prenant pas part au processus décisionnel final.

4.3 | Pour une digitalisation de la santé à partir des usages et co-construite avec les acteurs de santé

- Le retard du numérique en santé en France provient à la fois d'un problème structurel systémique (dont le cloisonnement des secteurs du soins), expliqué par le paradoxe de Solow, et d'une gouvernance administrative défaillante du secteur. Les promesses du numérique constituent depuis deux décennies une arlésienne qui pénalise lourdement l'efficacité de notre système de santé.
- Une approche par les usages : la digitalisation sera intégrée dans les nouvelles modalités d'organisation des parcours de soins des patients ALD (plateforme numérique, assistants digitaux, évaluation des parcours) et de la santé publique (atlas santé, site d'information grand public, prévention des crises sanitaires).
- Une vraie gouvernance du numérique sera instaurée à travers une autorité publique indépendante du type de celle de la Haute autorité de santé, avec une participation de l'ensemble des parties prenantes. Elle assurera la régulation de toutes les applications du numérique dans un objectif de garantir le plus haut niveau de santé publique, de qualité des services, de protection des données et de respect de la dignité des personnes.
- Si les urbanisations et architectures convergentes, nationales et européennes, sont d'ores et déjà définies par les textes, un travail considérable reste à effectuer dans les territoires. En effet, la gouvernance des données dans sa dimension territoriale est peu abordée sauf au travers des projets régionaux numériques de santé qui depuis 2008, et pour la plupart, sont en difficulté et ont du mal à stimuler les dynamiques territoriales.
- Dans la logique du service territorial de santé, les données de

santé seront produites, validées, agrégées et gérées dans les territoires par les acteurs responsables des soins et de la santé publique dans une perspective de médecine 4P, et avec les CPAS pour la validation du service médical rendu et l'efficacité du système.

- Ce sont tous les acteurs de la santé présents dans le groupement territorial de santé qui devront assurer dans chaque territoire les conditions de cette gestion des données. Ensemble ils garantiront, sous contrôle d'une gouvernance nationale de santé assurée type HAS, la coordination des acteurs de santé et la convergence des données de santé vers les espaces régionaux de santé, le HdH, et le EHDS.
- Cette gouvernance nationale sera ciblée sur la santé et constituera une branche de la gouvernance du numérique en général assurée par la CNIL.
- Un comité pluridisciplinaire à l'échelle européenne* pourrait élaborer un cadre juridique et éthique pour la e-santé, évolutif avec le progrès des technologies. Un code de e-déontologie sera conçu pour les professions médicales et paramédicales.

*A l'origine de la RGPD Européenne-2016, l'état Français, lors de la présidence française de l'union européenne (Janvier - Juin 2022), a poursuivi sa dynamique d'influence concernant la gestion des données de santé. Dans la continuité du Health data hub (HdH) Français, le 3 mai 2022, la Commission européenne publiait le projet de règlement pour l'espace européen des données de santé (ou EHDS pour European Health Data Space).



L'Institut Santé est un organisme de recherche citoyen, indépendant, fondé en 2018, pour créer les conditions d'une **reconstruction réussie du système de santé en France**.

A partir d'un travail de recherche multidisciplinaire et transpartisan politiquement, l'Institut Santé a conçu un programme de reconstruction du système de santé français. Cette conception s'est faite en trois phases :

2018-2019 : Construction en interne du nouveau système de santé (6 chantiers) ;

2020-2021 : Travail des idées en externe et recherche d'un consensus large à travers des conférences de consensus thématiques et sectorielles, avec l'essentiel des acteurs du système ;

2022- : Diffusion du nouveau système de santé à partir d'actions nationales et loco-régionales pour faire aboutir concrètement la reconstruction du système.

L'Institut Santé s'appuie sur une intelligence collective composée de **personnalités de renom** du monde de la santé et de la société civile. Dans sa gouvernance, il comprend un Comité d'orientation stratégique, des délégations régionales et un bureau.

COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE* : **Catherine Audard**, Philosophe, London School of Economics, Spécialiste des questions de justice sociale ; **Perle Bagot**, Hub Institute, Directrice associée ; Spécialistes des nouvelles technologies et des innovations disruptives ; **Evelyne Bersier**, Professeure de Sciences Sanitaires et Sociales, docteure en droit de la santé ; **Frédéric Bizard**, Professeur d'économie, ESCP ; **Alain Coulomb**, Ancien Président de la Haute Autorité de Santé ; **Philippe Cuq**, Chirurgien, Co-Président Avenir Spe-Le Bloc ; **Alain Deloche**, Professeur émérite Paris V, Chirurgien cardiaque, fondateur de l'association « La Chaîne de l'espoir », co-fondateur de « Médecins du monde » et de MSF ; **Florence de Rohan-Chabot**, Psychiatre, Maison Blanche, Ex Présidente de l'Inter Syndicat national des chefs de clinique et assistants (ISNCCA) ; **René Frydman**, Professeur de gynécologie Obstétrique, spécialiste de la santé de la femme et des questions éthiques ; **Christelle Galvez**, Directrice des soins, centre Léon Bérard, Lyon ; **Patrizia Paterlini-Bréchet**, Professeure de biologie cellulaire, Université Paris-Descartes, Fondatrice de la société Rarecells ; **Abdel Aissou**, Haut-fonctionnaire ; **Christophe Prudhomme**, Médecin urgentiste, Porte-Parole de l'Association des médecins urgentistes de France ; **Olivier Saint-Lary**, Médecin généraliste, Professeur des Universités, Président du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ; Philippe Sansonetti, Professeur au Collège de France, Chercheur à l'Institut Pasteur et à l'INSERM ; **David Sourdivé**, Co-Fondateur et Vice-Président de Collectis

BUREAU : **Frédéric Bizard**, Président Fondateur ; **Christelle Galvez**, Déléguée Générale, Directrice des soins à Léon Bérard ; **Richard Hasselmann** Administrateur, président de Lib'Acteurs, **Raymond Merle**, Délégué, Patient expert, représentant des usagers et directeur du département universitaire des patients Grenoble Alpes.

** La présence dans ce comité ne signifie pas l'approbation par chacun de l'ensemble du contenu.*