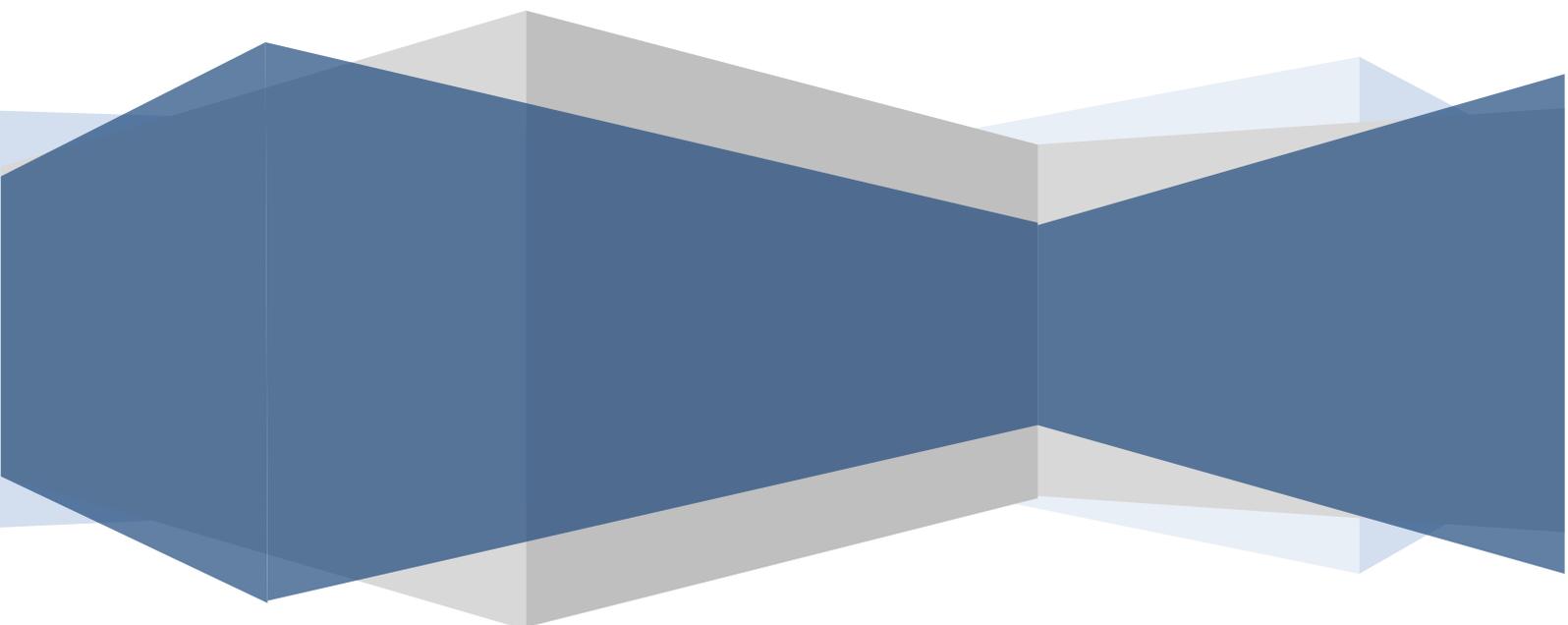




La santé en France

L'urgence de vraies réformes

Unis, pour réveiller le désir libéral #Comprendre #Combattre #Construire



Sommaire

Edito	p. 2
Première partie : le constat	
○ Les comparaisons internationales mettent en lumière les faiblesses du système français de santé et son recul dans les classements	p. 4
○ Les mutations qui affectent le système de santé	p. 7
○ La médecine de ville menacée par un hospitalo-centrisme sans cesse réaffirmé	p. 10
Seconde partie : programme de propositions	
○ Gouvernance libérale nationale de la santé : restructurer le système de santé français pour lui redonner son excellence	
• Promouvoir efficacement la médecine ambulatoire libérale	p. 15
• Restructurer fermement l'offre de soins hospitalière	p. 18
• Harmoniser localement la prise en charge entre la médecine de ville en premier recours et l'hôpital public en dernier recours	p. 19
○ Répondre aux enjeux de santé publique	
• Faire de la prévention une priorité de santé publique !	p. 20
• Répondre aux problèmes de démographie médicale	p. 20
• Prendre en compte les avancées technologiques tout en protégeant les Français	p. 23
Conclusion	p. 25

L'édito

La recette indigeste

« La santé n'a pas de prix mais elle a un coût ». Ce vieil adage est toujours d'actualité. Depuis plus de 20 ans les responsables politiques français sont confrontés au déficit de la sécurité sociale et se trompent de voie pour le limiter. Ils ne cessent d'abîmer lentement notre modèle.

Les résultats sont là : la dette de la branche maladie continue de nous inquiéter, le déficit cumulé devient abyssal et les médecins libéraux qui devaient être la clé de voûte de notre système de santé, déstabilisés par une tentative de nationalisation de la médecine libérale, sont exaspérés sinon découragés.

La jeune génération refuse de porter le flambeau.

L'hôpital public, malgré une gestion budgétivore et des difficultés importantes d'organisation, dans toutes les politiques qui se sont succédées, est toujours privilégié sans pour autant contenter, ni les patients ni les soignants qui y exercent.

Si on ajoute les différents motifs d'accroissement inéluctable des dépenses de santé : vieillissement, développement des maladies chroniques, émergence de traitements innovants et onéreux (médicaments issus des biotech, cœur artificiel, etc.), il est urgent de changer de logique et d'accepter la notion de déficit permanent dans le domaine de la santé si nous voulons continuer d'offrir aux Français la médecine qu'ils plébiscitent.

Alors, il n'est pas trop tard pour renverser la tendance de la réorganisation du système, en re-libéralisant la médecine de ville, en stoppant cet hospitalo-centrisme et en supprimant cette architecture de contrôle qui repose sur la défiance de l'Etat vis-à-vis du corps médical libéral.

Le SML a souhaité compiler un certain nombre de données chiffrées françaises et internationales¹ relatives à la santé, pour :

- éclairer les zones du système de santé où une amélioration est nécessaire ;
- proposer de nouvelles mesures afin d'orienter les politiques en santé.

La confiance doit être restaurée, la place de chacun réévaluée et l'Etat doit avoir le courage dorénavant de réinvestir le monde libéral pour améliorer la réponse aux besoins des Français.

¹ Sources : OCDE Panorama de la santé 2015 ; DREES (ministère de la Santé), Comptes de la santé 2014 ; Cour des comptes Rapports annuels

Mesdames et Messieurs les candidat(e)s à l'élection présidentielle, la santé est un sujet important pour les Français, les médecins et les patients.

Si l'on veut maintenir notre système de santé et permettre sa modernisation, il faudra repenser non seulement son organisation, mais aussi son financement.

Pour le SML, replacer la santé en 3^{ème} position après la sécurité et l'emploi devrait être un objectif.

Après le vote de la loi de santé, la mise en place d'une convention à bout de souffle, le sujet de la santé devrait permettre aussi de faire la différence entre les candidats.

Étonnez-nous et ensemble, réveillons le désir libéral !

Dr Éric Henry
Président du SML

1. Les comparaisons internationales mettent en lumière les faiblesses du système français de santé et son recul dans les classements

Le *Panorama de la santé 2015* de l'OCDE explore en 226 pages une dizaine de thèmes qui couvrent toutes les dimensions de la santé et des systèmes de santé des pays membres, sur la base des données comparables et disponibles par pays pour l'année 2013, dernière année connue. Plus de deux cent trente tableaux et graphiques éclairent ces différents thèmes. Les évolutions des systèmes de santé sont lentes, du fait des masses démographiques et économiques en jeu et de leur inertie : la situation relative des pays de l'OCDE n'a donc pas évolué sensiblement depuis 2013.

Les thèmes retenus par l'OCDE sont l'état de santé de la population, les facteurs de risque de la santé, le personnel de santé et les services de santé, l'accès aux soins et leur financement, la qualité des soins, la pharmacie et les médicaments, le vieillissement et les soins de longue durée. Les tableaux et graphiques détaillés du *Panorama* permettent de comparer la position relative de la trentaine de pays de l'OCDE. Les données de santé relatives à certains pays non-membres de l'OCDE sont parfois fournies. Les indicateurs épidémiologiques et économiques retenus sont définis de manière identique pour chaque pays de façon à permettre les comparaisons, malgré les particularités des différents systèmes de santé dans les pays développés.

- a. **La France n'est plus en tête** pour son système de santé. En l'an 2000, elle avait été placée à la première place mondiale par l'OMS. Elle ne l'est plus aujourd'hui, même si elle demeure encore bien classée. Elle se situe le plus souvent dans le tiers des pays présentant les meilleurs résultats.

Plus précisément :

- En ce qui concerne les **ressources** consacrées à la santé avec 10,9% du PIB (moyenne de l'OCDE : 8,9%) la France fait partie du groupe de cinq pays qui consacrent à la santé aux alentours de 11% de leurs ressources, avec d'autres pays européens : les Pays-Bas, l'Allemagne, la Suisse et la Suède. Les Etats-Unis sont à part avec plus de 16%. Signalons que l'indicateur des " ressources " consacrées à la santé est ambigu : il mesure le niveau de la priorité collective que le pays donne aux questions de santé, mais ne permet pas d'évaluer la bonne utilisation des ressources en question. Des dépenses excessives parce que mal contrôlées (par exemple une mauvaise gestion du temps de travail du personnel hospitalier - et toutes les formes de gaspillage) font gagner des places selon ce critère. Augmenter les ressources consacrées à la santé n'est donc pas à court terme un objectif pour la France.

- En matière d'**espérance de vie**, la France est numéro 5 (hommes et femmes réunis) et numéro 3 pour les femmes, se situant là après le Japon et l'Espagne. Il est à noter qu'en 2015 cette espérance de vie a, pour la première fois depuis de nombreuses années, diminué.
- En matière de **facteurs de risque**, la France est très mal classée en ce qui concerne le tabagisme et la consommation d'alcool (numéro 30 sur 40 pays suivis). Le tabagisme en France décroît moins que dans la moyenne des autres pays de l'OCDE. Entre 2000 et 2013, nous avons reculé de 7 places sur 41 dans le classement des pays fumant le moins.
- Par ailleurs, pour ce qui est de **l'état de santé perçu**, la France se situe au-dessous de la moyenne internationale OCDE, avec 67% de personnes se considérant " en bonne santé " (moyenne : 69%). Cette appréciation subjective, qui n'est pas corroborée par les données de fait, est à rapprocher du pessimisme très élevé exprimé de manière générale par les Français dans les enquêtes internationales d'opinion comparatives se rapportant à des sujets collectifs.

1.2. Deux **particularités** de la France mises en lumière par ces comparaisons internationales contribuent à la dérive des dépenses de santé :

- **L'hospitalo-centrisme** est très important en France. Il apparaît de manière flagrante lorsqu'on examine, dans la part des dépenses de santé par grandes fonctions (tableau 9.6), celles qui sont consacrées au système hospitalier (hors soins de longue durée) : 35% en France contre 28% en moyenne dans l'OCDE. Le nombre de lits par habitant et la durée moyenne de séjour pour une hospitalisation sont eux aussi plus élevés que la moyenne. L'inquiétude régulièrement manifestée en France lors des fermetures de lits hospitaliers est généralement injustifiée. Corrélativement, les **dépenses ambulatoires** de santé (hors prescriptions médicales) sont sensiblement plus **faibles** qu'ailleurs : les dépenses hospitalières sont 7 points au-dessus de la moyenne européenne, et les dépenses ambulatoires 8 points en dessous.
- La proportion exceptionnellement **faible** au sein de l'OCDE du "**reste à charge**" **des ménages** à payer sur les dépenses de santé, 7% en France contre 19% en moyenne. Seul le Royaume-Uni, où le National Health Service est intégralement financé par l'impôt, a le même faible niveau de reste à charge des ménages mais le Royaume-Uni est beaucoup moins bien classé dans les chiffres de l'OCDE, que la France !

1.3. La crise économique des dernières années a ralenti - sans arrêter la **hausse des dépenses de santé**, en France comme ailleurs. Certains pays cependant, notamment l'Espagne, l'Italie, la Grèce, le Luxembourg, le Portugal, ont vu leurs dépenses baisser en valeur absolue. Les dépenses de santé ont continué à augmenter en France plus que le PIB. Elles sont passées de 10,4% du PIB à 10,9% entre 2004 et 2014.

Le déficit persistant qui en résulte en France, en période de très faible croissance, n'est pas inéluctable, comme le montre l'exemple allemand : l'assurance-maladie allemande, en déficit structurel après la réunification allemande, à la fin des années 1990, est redevenue excédentaire en 2004 ; elle a réalisé ensuite un excédent cumulé de 10 milliards au cours des dix dernières années, malgré la crise de 2008, alors que la sécurité sociale française cumulait plus de 100 milliards d'euros de déficit dans la même période (*Cour des comptes 2015*). Mais ce modèle hyper administré ne convient ni aux Professionnels de santé Libéraux français ni à la vision des patients de leur médecine à la française.

Enseignements 1 :

La France est un des pays développés qui consacre le plus de ressources financières à la santé.

Les dépenses de santé en France sont majoritairement destinées à l'hôpital public.

Une prise en charge en ville est beaucoup plus économique qu'une hospitalisation.

Le pays reste confronté à de nombreux défis sanitaires : modification des modes de vie, population vieillissante, tabagisme, alcoolisme, obésité, risque suicidaire, violences intrafamiliales...

Ces facteurs sociétaux participent au sentiment, de plus en plus partagé par les Français d'une santé à bout de souffle.

Pour répondre à ces phénomènes, le virage ambulatoire, ou plutôt du libéral et du numérique comme le demandent les médecins libéraux, doit être organisé dès à présent pour réaliser des économies profitables au système, à l'ensemble de ses acteurs et *in fine* aux patients.

La bascule de l'hôpital vers la ville doit être rapide, les financements et les moyens à la hauteur de cet enjeu.

Il faut agir vite car malgré la loi de santé et la convention, rien n'a été acté en ce sens.

Conclusion : La santé est bel et bien un enjeu de société pour lequel la population et les soignants attendent un positionnement clair.

2. Les mutations qui affectent le système de santé

Il est possible de regrouper ces mutations en quatre domaines : démographique, épidémiologique, technique et social.

- La situation **démographique** de la France est connue. Les mouvements démographiques sont lents. Cette situation se caractérise notamment par l'augmentation régulière de l'espérance de vie sauf en 2015 depuis des dizaines d'années, au rythme de deux à trois mois supplémentaires en moyenne par an.

La France a un excellent résultat dans le monde pour la croissance de l'espérance de vie depuis quarante ans. L'espérance de vie après 65 ans est passée de 15 ans à 21,5 ans entre 1970 et 2013. Ainsi, en moyenne, les Français vivent jusqu'à 86,5 ans, contre 80 ans en 1970. Cette hausse de 6,5 années est nettement supérieure à celle des pays de l'OCDE, passée en moyenne de 14 ans à 19,5 ans (+ 5,5 années).

Contrairement à une idée pessimiste très généralement admise, les années de vie qui ont été gagnées sont des années de bonne santé : la durée de la période de maladie ou de perte d'autonomie en fin de vie n'a pas augmenté avec l'espérance de vie ; elle demeure en moyenne inférieure à un an depuis quarante ans.

Par ailleurs, la France se singularise nettement au sein de l'Europe par son haut niveau de natalité. Avec environ 800 000 naissances par an ces dernières années, l'indice de fécondité français est voisin depuis longtemps du taux de renouvellement de long terme de 2. La population française augmente modérément mais régulièrement, à la différence de ce qui se passe en Europe où, au total, pour la première fois en 2015, le nombre de naissances a été inférieur au nombre de décès.

La déformation de la pyramide des âges avec le rétrécissement de sa base, qui est la marque de la " transition démographique " dans les pays développés, est donc beaucoup moins sensible en France.

- Les données **épidémiologiques** sont également en évolution régulière depuis longtemps.

L'augmentation de la part des maladies chroniques dans le champ sanitaire est constante, au détriment des maladies aiguës. Les cancers sont devenus depuis les années 2000 la première cause de mortalité, avec près de 150 000 décès par an², prenant la place des maladies cardio-vasculaires. Du fait du progrès médical, les maladies chroniques (cancers, diabète, Alzheimer ...) n'empêchent pas que la durée de vie des patients est, elle aussi, de plus en plus longue. La prise en charge de ces maladies à évolution lente se fait très majoritairement à domicile, avec des soins

² Source : Ligue du Cancer, 2008

ambulatoires, preuve que la médecine de ville a su faire face à cette évolution de la morbidité.

Un indicateur synthétique, celui des personnes déclarées en ALD (affection de longue durée), permet de mesurer le poids des maladies chroniques dans le système de santé français. Pour le seul régime général d'Assurance Maladie, le nombre des personnes en ALD est passé entre 2004 et 2014 de 6,7 millions à 9,9 millions (+ 50%, contre une hausse de la population de 5%). La prise en charge à 100% de ces malades au titre de l'ALD représente une part croissante des dépenses de l'Assurance Maladie.

A noter enfin, la France est mal placée pour deux causes importantes de cancers, le tabagisme et l'alcoolisme. Il y a là un effet patent de politiques publiques défailantes.

Enfin, il faut rajouter en France deux handicaps qui n'ont pas été mesurés par l'OCDE : les violences intrafamiliales dont le coût est estimé en France à 3,6 milliards d'euros pour ce qui concerne les femmes, auxquelles s'ajoutent les violences faites aux hommes (à hauteur de 10% des violences). Le chiffre de l'inceste n'est pas fait, cela concernerait 4 millions de personnes avec les séquelles de santé qui peuvent en découler (1 enfant par classe serait victime d'un inceste, et 20% des cas d'obésité de l'enfant liés à l'inceste).

- Les données **technologiques** évoluent rapidement et requièrent une adaptation permanente du système de santé aux possibilités nouvelles qui s'offrent à tous ses acteurs.

L'amélioration et l'accélération des diagnostics autorisées par les nouveaux équipements permettent d'accélérer la prise en charge des maladies et contribuent aux progrès sanitaires. Si la France est nettement sous-équipée en matériel de pointe de radiologie (IRM, scanner), en revanche l'excellent taux d'utilisation de ces matériels compense ce retard puisque le nombre d'examens par habitant est beaucoup plus élevé en France que dans la moyenne de l'OCDE : il est supérieur de 75% pour les IRM et de 60% pour les scanners.

La découverte de nombreux nouveaux médicaments contribue fortement à ces progrès ; ils ont permis par exemple la très forte diminution des décès d'origine cardio-vasculaire, le traitement médical et non plus chirurgical des ulcères, ou la prise en charge de maladies nouvelles (SIDA). L'ensemble de ces progrès techniques médicaux entraîne une réduction continue de la durée des séjours hospitaliers (DMS), toutefois nettement moins rapidement en France qu'ailleurs. Cette DMS est en France supérieure de 25% à la moyenne dans l'OCDE alors que les avancées technologiques devraient accroître la part de la prise en charge ambulatoire au détriment de l'hôpital public et donc une baisse supplémentaire de la DMS.

A ce sujet, il conviendrait de lancer une véritable politique de l'observance des traitements prescrits. De plus en plus de patients se procurent leurs médicaments à la pharmacie et arrêtent leur traitement avant leur terme ce qui pénalise gravement leur efficacité. Enfin, le développement des possibilités de prise en charge par la télémédecine, en autorisant les différentes modalités de consultation à distance, devrait contribuer lui aussi à la réduction de la fréquence et de la durée des séjours hospitaliers. Cette télémédecine se développe cependant trop lentement, en particulier en médecine libérale, bridée par les contraintes qu'on lui impose et qu'on ne retrouve pas dans le monde hospitalier.

Les évolutions **socio-culturelles** sont également rapides. Elles se caractérisent notamment par l'accessibilité croissante à l'information médicale, qui n'est plus l'apanage des spécialistes de la santé, avec le développement exponentiel d'Internet. L'irruption d'Internet déstabilise la relation médecin-malade, en relation avec la revendication croissante d'autonomisation et d'accès à la connaissance des patients, qui s'appuie également sur le rôle croissant des associations de malades, ex : les trente années d'histoire de l'apparition du SIDA dans les années 80, de sa prise en charge rapide dans les années 90 et de sa transformation ultérieure dans les pays développés de maladie mortelle en maladie chronique, illustrent le tournant des relations médecin-malade qui se dégradent. C'est pourquoi, ils se tournent souvent vers des médecines alternatives non remboursées dont l'efficacité thérapeutique reste souvent à démontrer. De plus, si la plupart des Français souhaitent mourir chez eux, dans les faits ils meurent encore massivement dans les hôpitaux et les 15 derniers jours de leur vie représentent une part trop importante des dépenses de santé.

Au total, une grande partie de ces facteurs démographiques, épidémiologiques, techniques et socio-culturels devrait pousser à un déplacement continu de la prise en charge hospitalière vers la prise en charge ambulatoire. C'est le cas en général dans les pays de l'OCDE mais la France n'est pas en pointe à cet égard. Elle a en la matière des marges de progrès considérables qui sont aussi des sources d'économies potentielles.

Enseignements 2 :

La France est, comme beaucoup de pays occidentaux, en proie à un vieillissement de sa population mais elle peut compter sur une natalité forte.

Notre système de santé a déjà su s'organiser pour lutter contre les maladies chroniques et la dépendance, puisque l'espérance de vie augmente, que la part des plus de 60 ans aussi et qu'elle est supérieure à celle des moins de 20 ans...

Aujourd'hui, face à ce vieillissement rapide de notre population il est nécessaire d'aller plus loin, en créant les conditions de ce fameux virage ambulatoire censé permettre une médecine proche du domicile en évitant les hospitalisations.

Cet engagement doit se traduire autant par un investissement dans une nouvelle organisation basée sur la coordination des acteurs et les outils nécessaires que par l'investissement dans le numérique au service de tous.

Le virage du numérique doit concerner tant les libéraux que les hospitaliers, et on doit construire rapidement ce nouveau modèle en ayant recours aux outils de la e-santé (objets connectés, téléconsultations...).

Nous devrions alors pouvoir diminuer de façon importante le recours au séjour hospitalier public sans parler de l'engorgement des services d'urgences qui pratiquent encore trop largement des actes non pertinents et non urgents à des coûts exorbitants.

Pour se faire, la notion d'ONDAM doit être elle aussi complètement revisitée pour permettre cette évolution.

3. La médecine de ville est menacée par un hospitalo-centrisme sans cesse réaffirmé

1. La médecine de ville est menacée par une remise en cause de plusieurs de ses caractéristiques présentes.

Le corps médical a connu en France des années de très forte croissance : 70 000 médecins en 1970, 230 000 en 2010, soit une augmentation huit fois supérieure à celle de la population (qui passe dans le même temps de 50 à 65 millions, soit + 30%). Les prévisions des effectifs médicaux, qui sont notamment fonction du numerus clausus à l'entrée, tablent sur une baisse à court terme puis une stabilisation autour de 250 000 médecins. Plus important, le vieillissement accéléré du corps médical français, désormais un des plus âgés des pays développés (45% des médecins ont plus de 55 ans, contre 33% dans la moyenne OCDE), alors qu'il était un des plus jeunes il y a quinze ans, va aussi modifier la répartition géographique des médecins.

Les généralistes, qui étaient jusqu'à ce jour majoritaires parmi les médecins, voient leur nombre reculer face à l'arrivée des spécialistes, aujourd'hui beaucoup plus nombreux dans

les jeunes générations. Cette réduction du nombre des généralistes fait apparaître des " déserts médicaux " en zone rurale où ils étaient beaucoup plus nombreux, désertification accrue par la propension des spécialistes à s'installer en ville.

Deux autres facteurs accroissent la remise en cause des pratiques traditionnelles de la médecine libérale : la génération 35h et le fait que le revenu d'un médecin n'est plus le revenu principal d'une famille. L'absence de valorisation actuelle du médecin par la société entraîne le déclin de la disponibilité du médecin. De plus, la gratuité apparente de certains services hospitaliers contribue à une déresponsabilisation de certains patients et à un recours trop fréquent à l'hôpital public, ouvert 24h/24. La concentration des services d'urgence dans le secteur public se fait par le biais d'une concurrence déloyale en termes de tarif et de régime d'autorisation, au détriment des établissements privés d'hospitalisation qui se sont vus retirer ces autorisations.

2. Les pouvoirs publics ont privilégié l'hôpital.

- L'histoire joue un rôle important. Le système hospitalier s'est constitué sur la base du réseau très ancien, en général médiéval, des hospices, historiquement implantés dans les centres urbains. La géographie de ce réseau a lentement évolué dans le temps. Les principales évolutions du réseau hospitalier ont consisté en la rénovation ou la reconstruction de bâtiments existants, en majorité sur les implantations historiques ou à proximité. Les budgets respectifs de ces établissements hospitaliers sont encore fortement marqués par le poids de l'histoire, les plus anciens étant souvent les plus riches en patrimoine ou les mieux dotés en budget. Ainsi, l'Assistance publique de Paris (AP-HP), avec une cinquantaine d'établissements en Ile de France, dispose d'un patrimoine considérable et de ressources budgétaires supérieures d'au moins 10% aux autres établissements comparables ; l'AP-HP, dont la structure bureaucratique centralisée n'a pas d'équivalent ailleurs, a même sa réglementation propre.

Ce poids de l'histoire n'incite pas aux réformes.

- Les nombreuses lois sanitaires des vingt dernières années ont privilégié une approche économique et comptable nationale particulièrement adaptée au système hospitalier public. Elles ont institué des mécanismes de contrôle centralisés, qui se sont progressivement renforcés. On peut citer ainsi :

Les ordonnances Juppé (1996) qui ont créé *l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM)*, censé ajuster les dépenses de l'Assurance Maladie à ses ressources, le régime étant déjà en déficit déclaré insupportable. Les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) ont reçu alors le pouvoir de contrôle sur les hôpitaux et leur attention s'est focalisée sur le secteur public hospitalier. Le poids relatif de l'hôpital dans le système sanitaire n'a pas diminué pour autant. La mise en œuvre en 2004 de la " tarification à l'activité " (TAA) était supposée mieux adapter les

budgets hospitaliers à leur activité réelle, et rapprocher leur financement de celui du secteur libéral (les "cliniques"). Cependant, le Tarif Journalier de prestation qui a été maintenu a faussé la donne.

La loi Bachelot (2009) *Hôpital, patients, santé, territoires (HPST)* a voulu rationaliser la gestion de la santé, au-delà du seul hôpital, en créant de nouvelles agences régionales, les Agences Régionales de Santé (ARS). Les ARS obtenaient en outre une compétence d'organisation de la permanence des soins, qui demeurait largement centrée sur l'hôpital public. Les "plans urgences hospitalières" successifs, qui avaient régulièrement augmenté les effectifs des services hospitaliers concernés depuis 2004, s'en sont trouvés confortés.

Enfin la loi Touraine (2016), outre la généralisation du tiers-payant, a fortement réaffirmé la primauté du "service public" et de l'hôpital public dans l'ensemble du système de santé. Cette préférence s'est d'abord exprimée dans la fin de la "convergence des tarifs" entre secteur public et secteur privé, dès le début du quinquennat ; le secteur privé, qui devait voir ses tarifs d'activité alignés sur l'hôpital, garde donc des tarifs inférieurs, autrement dit à activité comparable, il est moins financé par l'Assurance Maladie. La création en cours de "Groupements hospitaliers de territoire" (GHT), qui agrègent obligatoirement les établissements publics d'un même territoire, et censés l'organiser, sont une manifestation de cette réaffirmation de l'hospitalo-centrisme public.

Il faut savoir que ces années d'intense activité législative se sont accompagnées, en dépit d'un contrôle règlementaire accru des hôpitaux, de l'augmentation régulière de leurs budgets et de leurs effectifs. Les effectifs ont cru de 16% entre 1995 et 2009 (Cour des comptes). De même, les divers plans de développement sectoriels, par exemple des urgences, se sont traduits par une activité accrue de l'hôpital : 14 millions d'admissions aux urgences en 2002, 18 millions en 2011 (dont seuls 20% sont suivies d'une hospitalisation).

Les seuls efforts significatifs de rationalisation et réduction des structures d'hospitalisation (salués par la Cour des comptes) ont concerné les regroupements des cliniques privées, et pour des raisons dites de sécurité, la fermeture des petites maternités. Ces efforts inachevés se sont étalés sur 15 ans et ont porté pour plus de la moitié des réductions de capacité sur des maternités privées. Au total, le nombre d'établissements et de lits a été réduit d'un tiers. Soulignons ce succès. Il y a eu beaucoup moins de réorganisations hospitalières dans les autres activités médicales.

Enseignements 3 :

Il est intéressant de noter que, malgré l'accroissement du nombre de médecins en France et la politique menée, la désertification médicale s'accroît. Trois causes à cela :

- 1 - La modification des modes de vie et la nouvelle composition des familles qui incitent les médecins à s'installer en ville ;
- 2 - L'impact générationnel sur la profession ;
- 3 - La tendance à l'hyperspécialisation des nouvelles générations qui ne pratiquent plus la seule médecine générale.

Le désamour des médecins Français pour la médecine installée en est un autre marqueur. L'inflation des textes législatifs qui depuis les années 1990 tendent à favoriser l'hôpital au détriment de la médecine de ville est une cause de ce désamour.

Rien dans les études ne prépare à faire le choix positif de la médecine libérale car mis en valeur beaucoup trop tard dans le cursus universitaire.

Si le vieillissement de la profession peut être avancé pour expliquer certaines de ces données de surconsommation de structures et de surdépense en santé, il ne peut être tenu comme seul responsable, d'où la nécessité d'une mutation.

L'approche privilégiée en politique de santé étant majoritairement comptable, elle participe à la définition d'une politique nationale qui ne tient compte ni des disparités territoriales, ni de la haute qualification des acteurs.

Sur l'année 2011, pour 14 des 18 millions de Français qui se sont rendus aux urgences, aucune hospitalisation ne s'en est suivie. Si toute urgence ne conduit pas à l'hospitalisation, il est certain que cette part très importante conduit à la réalisation, par des médecins urgentistes d'actes de médecine générale de ville. Le surcoût de cette pratique engage des dépenses inacceptables car ces actes ont un coût 10 fois plus élevé que le même acte pratiqué dans un cabinet de ville. Cette gabegie est évaluée à 3 milliards d'euros.

Le monde libéral peut répondre à ces demandes de soins non programmées en continuité des soins, si on lui en donne les moyens.

Restructuration, réorganisation, investissement, virage numérique... c'est ici 7 milliards d'euros d'économies que nous pouvons réaliser ensemble rapidement.

Ce sont l'implication et l'intrication libéral/ hôpital /médico-social qu'il faut repenser. Aucune des réformes passées n'a accordé la confiance et le crédit à la médecine libérale.

Conclusion : Il existe visiblement parmi la classe politique, une volonté réelle de réformer la santé. Mais ce sont sur la confiance retrouvée des Libéraux et sur cette synergie des moyens distribués de façon équitable qu'il faudra s'appuyer pour proposer une réforme de santé applicable rapidement.



Unis, pour réveiller le désir libéral :

#Comprendre

#Combattre

#Construire

PROPOSITIONS

GOUVERNANCE LIBERALE NATIONALE DE LA SANTE : RESTRUCTURER LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS POUR LUI REDONNER SON EXCELLENCE

Au stade où nous en sommes, on pourrait avoir l'illusion que toutes les chances ont été données au monde libéral, mais en réalité, ce n'est qu'un mirage. En effet, depuis presque 10 ans, l'administration n'a fait que décliner et promouvoir son modèle. Utilisant la pénurie comme justification de son action, les différents gouvernements ont en réalité fait la promotion d'un modèle unique qu'ils comptent maintenant administrer. À l'instar du monde agricole qui depuis 50 ans a subi la désorganisation et la mort d'un modèle de qualité, le monde libéral médical refuse de s'inscrire dans cette vision : administration - subvention - dépendance - aliénation.

Pour simplifier l'organisation de la réponse et stimuler la médecine ambulatoire portée par les libéraux, il faut clairement afficher 3 niveaux de prise en charge des soins :

1. Un premier niveau est représenté par la médecine générale de ville en coordination avec les autres professionnels de santé et les spécialistes cliniques en accès direct ;
2. Un deuxième niveau : les spécialités cliniques et techniques de ville et/ou en établissement avec adressage ;
3. Un troisième niveau : l'hospitalisation qui doit se situer absolument comme le dernier recours.

Promouvoir efficacement la médecine ambulatoire libérale

La décision de prise en charge ambulatoire d'un patient devrait être le fait du médecin de ville, et non de l'hôpital.

Les dispositifs réglementaires actuels ne sont pas adaptés pour désengorger l'hôpital public de ces patients. Les politiques publiques se sont au contraire concentrées sur le développement des activités hospitalières à l'extérieur de l'hôpital comme " l'hospitalisation à domicile ".

La promotion active de l'ambulatoire libéral consisterait plutôt à développer les moyens de la médecine de ville afin d'éviter le recours en première intention à l'hôpital, trop souvent abusif mais toujours très coûteux.

1. Dans la convention :

Le SML dénonce la notion de forfait, l'absence d'équité tarifaire, l'inadaptation des tarifs à la complexité et au temps consacré pour de nombreux actes, le refus de dépassements autorisés dans ces cas, le sacrifice de certains secteurs et la disparition programmée de certaines spécialités cliniques.

Le SML demande la création d'une nomenclature nouvelle à l'acte pour tous les professionnels de santé permettant la prise en charge des patients en proximité pour limiter le recours à l'hospitalisation (coordination, télé médecine ...).

Le SML demande que les mutuelles jouent leur rôle et que cesse la notion de " contrats responsables " puisqu'ils augmentent en réalité le reste à charge des patients.

2. Sur les territoires :

Le SML demande la création d'une nouvelle organisation et la mise à disposition de nouveaux moyens pour les libéraux.

« Les Associations Libérales de Proximité (ALP) »

Les ALP permettent de fédérer les acteurs et de structurer l'offre de soins. Instances de progrès et d'excellence, les Associations Libérales de Proximité concourent notamment à promouvoir, créer, développer et porter des services innovants, efficaces et efficients, adaptés à l'exercice médical libéral.

Elles assurent aussi un rôle de sentinelle grâce à une fine connaissance du terrain et peuvent servir de lien avec les URPS médecins et les instances de veille sanitaire.

Nouveaux moyens :

« Les Plateformes Territoriales d'appui (PTA) multiservices LIBÉRALES »

Le SML propose que les Associations Libérales de Proximité aient comme moyens mis à leurs dispositions, les Plateformes territoriales d'appui multiservices.

La PTA telle que décrite dans la loi de santé de Marisol Touraine qui ne s'adresse qu'aux cas complexes, ne place toujours pas le médecin au cœur du système et comme ordonnateur des actions. Pourtant, le médecin libéral est le plus à même de gérer l'interface ville/hôpital et d'assurer l'interaction entre les champs sanitaire, médico-social et social. Les médecins sont déjà impliqués dans la coordination interprofessionnelle.

Les conditions du succès de ce dispositif sont :

- **La création d'un service d'organisation des parcours des patients** dans le système de santé basé sur deux principes.

- a. La régulation (réponse aux demandes de conseils, d'informations et d'orientation des patients) ;
- b. La coordination (assistance au parcours sur les situations dites complexes).

- **La mise en place d'un service logistique** contribuant à optimiser et améliorer l'exercice médical au quotidien en solutionnant les problèmes internes aux cabinets (problèmes techniques, informatiques, juridiques, institutionnels, d'approvisionnement).

La gouvernance de ces plateformes doit être assurée par les libéraux.

Au constat d'un besoin de connaissance de plus en plus pointu et face au Big Data qui a gagné la médecine, le SML propose de valoriser les expertises cliniques et les expertises particulières dans le parcours de soins.

Plutôt que d'étendre l'hôpital, il faut utiliser ces acteurs qui maillent le territoire. Sur le terrain, ces professionnels ont l'impression de voir s'annoncer leur fin programmée.

Le développement massif des services de mobile-santé et de télémédecine

- La mise en place d'agendas en ligne permettrait de diminuer les délais d'attente de rendez-vous auprès des médecins et de fluidifier la file active.

- **Une formation médicale continue spécifique** aux outils numériques financée en supplément de l'enveloppe actuelle grâce à une participation des entreprises du numérique sur le modèle du financement par l'industrie pharmaceutique pour la formation métier.

- **Une nomenclature innovante** pour la prescription d'applications mobiles de santé évaluées par la profession d'une part, et l'interprétation de leurs résultats d'autre part.

- **Un financement équitativement réparti** entre le monde hospitalier et libéral des moyens déployés pour la télémédecine.

- **Le déploiement généralisé et non restrictif** des actes de téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance et la définition d'un forfait technique, sur le modèle de l'imagerie, rémunérant les frais d'amortissement et de fonctionnement de la plateforme indépendamment d'une juste rémunération de l'acte médical lui-même.

Pour les établissements privés, des questions primordiales restent en suspens pour les libéraux : Accès au capital ? La participation à la gouvernance des établissements de soins ? Besoin de personnel au sein des cabinets ?

Restructurer fermement l'offre de soins hospitalière

Les comparaisons internationales avec les pays développés montrent la dérive continue de l'usage de l'hôpital (l'abus du recours aux urgences) et de celle des coûts des hôpitaux publics.

Réduire de moitié seulement l'écart de 7 points entre les dépenses hospitalières françaises et la moyenne de ces dépenses au sein de l'OCDE libérerait environ 7 milliards d'euros. Une telle diminution permettrait non seulement de combler tout le déficit annuel de l'Assurance Maladie (5 à 6 milliards d'euros) mais aussi d'améliorer la prise en charge ambulatoire par la médecine libérale.

Le SML recommande de :

- **Fermer des lits** de soins aigus excédentaires.
- **Supprimer ou regrouper des services** sous-utilisés, ou encore les reconvertir.
- **Réguler les systèmes d'urgence hospitalière** en créant des plateformes libérales d'appels pour répondre à la continuité des soins et à la permanence des soins (plateforme territoriale d'appui multi-service). Le tiers payant intégral doit être revisité ainsi que le système de tarification des services d'accueil des urgences pour ne pas inciter à une utilisation inappropriée de ces structures budgétivores, et l'information de la population sur l'utilisation optimale de ces services doit être accrue.
- **Regrouper des établissements ou les transformer.** Dans le contexte de pénurie globale de personnel médical et paramédical, le personnel en surnombre n'aurait aucune difficulté à être réaffecté en libéral si on lui en donne les moyens.
- **Réintroduire une certaine responsabilisation globale des patients : financière et organisation des parcours.** Le discours officiel sur " l'inégalité d'accès aux soins ", voire le renoncement aux soins, est biaisé.

Les comparaisons internationales montrent que la France conjugue un très faible reste à charge des ménages, une excellente qualité de la couverture sociale et des soins de haut niveau. Le système français de couverture, avec les mécanismes de la CMU, la CMU C et les ACS permet à leurs bénéficiaires un accès aux soins illimité, quasi gratuit et généralisé.

Si on y ajoute la prise en charge à 100% des ALD pour près de 10 millions de personnes, ces différents dispositifs « créateurs de droits » n'incitent pas au retour de comportement parfaitement responsable des bénéficiaires (mode de vie, hygiène alimentaire...).

De plus, le système d'assurance maladie est devenu illisible pour le patient lorsqu'on lui superpose les mutuelles et les contrats responsables.

La pédagogie d'une bonne utilisation du système de soins doit se faire auprès des assurés sociaux, en leur donnant les véritables clés d'une bonne utilisation en mettant en avant non seulement leurs droits, mais aussi leurs devoirs.

Les informer sur les moyens mis à disposition, telles que les plateformes territoriales d'appels, les agendas en ligne, les consultations téléphoniques, les téléconsultations et les conseils... et ceci dès l'école.

Le tiers payant généralisé en ville doit être définitivement annulé.

Harmoniser sur chaque territoire la prise en charge entre la médecine de ville en premier recours et l'hôpital en dernier recours

La disparité des situations sanitaires entre les différentes régions françaises est une réalité très mal prise en compte. C'est pourquoi, les acteurs régionaux et nationaux doivent intervenir pour aider, faciliter l'exercice local libéral en donnant la priorité à la concertation entre tous les acteurs libéraux du bassin de santé et non pas imposer ou briser les initiatives interprofessionnelles.

La coopération interprofessionnelle doit donc être facilitée et gérée par les acteurs libéraux du territoire pour permettre :

- La communication entre professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge du patient, grâce à un meilleur suivi médical.
- La prise en charge et l'orientation plus rapides et plus pertinentes dans le système de soins.
- La réduction de certaines inégalités d'accès aux soins, notamment pour les usagers en situation d'isolement (zones rurales, montagneuses, insulaires...).
- L'assurance de la permanence des soins notamment chez les patients atteints de maladies chroniques
- Une note détaillée du coût réel des hospitalisations doit être présentée aux patients à la sortie.

Respecter le niveau 1 et niveau 2 de l'ambulatorio, remettre l'hôpital à sa juste place, harmoniser le travail entre ces différentes structures en créant des outils nouveaux au service des professionnels et des patients : DMP, messagerie sécurisée, télé médecine (conseil, téléconsultations, téléexpertises).

Reconnaître la médecine de ville comme compétente sur ces différents champs en lui donnant les moyens de se déployer.

Respecter l'hôpital et ses acteurs, qui doivent rester dans leurs murs en leur donnant les moyens de la complémentarité nécessaires avec les autres acteurs Libéraux et médico-sociaux pour fluidifier les parcours, augmenter le maintien à domicile et les sorties rapides tout en lui garantissant sa place de 3^{ème} recours et de prise en charge de l'urgence vitale.

Développer la télé médecine libérale. Pour l'instant, force est de constater que 57% des projets sont exclusivement hospitaliers (dont 83% dans le public).

REPENDRE AUX ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

Les nouvelles pathologies, le maintien des personnes âgées à domicile, la démographie médicale, la e-santé, la féminisation de la médecine et les jeunes médecins, sont autant de sujets et de problématiques que les politiques de santé doivent anticiper.

1. Faire de la prévention une priorité de santé publique !

L'accroissement de reconnaissance des cas d'ALD (de 664 822 en 1997 à 1 224 352 en 2013)* (source IRDES) est dû pour partie à l'apparition de nouvelles pathologies liées au vieillissement de la population, aux pathologies liées à l'environnement (pollution...), aux comportements à risques du type addiction au tabac, à l'alcool, aux drogues de toute nature (cannabis...), mais aussi à l'alimentation occidentale déséquilibrée en faveur des aliments gras, sucrés, salés, etc.

Autant de pathologies qui pourraient être prévenues, enravées, stoppées ou mieux prises en charge médicalement.

Créer des consultations obligatoires de prévention charnières entre les périodes d'âge.

Pour éviter la progression des maladies évitables, lourdes et chroniques, toutes les études démontrent que la prévention peut infléchir ces courbes. Éviter la survenue de ces pathologies, c'est aussi éviter leurs complications, souvent bien plus dramatiques, et de plus en plus difficiles à soigner. Il est temps de l'intégrer dans la politique de santé publique. Mettre en avant l'intérêt primordial de la prévention doit permettre de dépasser les corporations, et à terme, de repenser l'organisation de l'offre de soins curatifs et la définition des priorités du système de soins de notre société.

Cette nouvelle pédagogie doit pouvoir être portée par les médecins libéraux au sein même du système scolaire et universitaire et valorisée.

2. Répondre aux problèmes de démographie médicale

La démographie médicale est affectée par deux phénomènes cumulatifs : les médecins qui partent à la retraite ont de plus en plus de difficultés à trouver des remplaçants ce qui crée des zones sous équipées en offre de soins, et les jeunes médecins se tournent de moins en moins vers l'exercice libéral, du fait des contraintes administratives.

Régler le problème avec des solutions d'installation contraignantes, ne peut être une réponse. Des actions existent déjà et se sont à développer pour lutter contre ces difficultés qui aboutissent à une offre de soins très limitée sur certains territoires.

La réforme des études médicales :

Mettre en place un compagnonnage libéral. Seuls 9,8% des jeunes médecins inscrits au CNOM en 2007 choisissent l'exercice libéral. Et après 5 ans d'exercice professionnel, ils sont finalement 35 % à exercer en libéral/mixte. Si l'exercice libéral de la médecine n'est pas le type de pratique qui attire les jeunes médecins en premier lieu, il semblerait qu'après quelques années d'expérience, ils s'intéressent un peu plus à ce type d'exercice.

Il est donc essentiel de mieux faire connaître l'exercice libéral aux étudiants au cours de leur cursus théorique afin de leur permettre, à l'issue de leur formation, d'appréhender les multiples possibilités d'exercice qui composent les professions libérales.

Les avantages pour l'étudiant, le médecin mentor et pour le système de santé sont nombreux :

1 - ***Choix éclairé de l'étudiant pour son orientation professionnelle ;***

2 - ***Immersion dans le quotidien du médecin libéral*** et apprentissage du métier sur le plan logistique (organisation des gardes en villes, relations quotidiennes, gestion des situations d'urgence et des incertitudes médicales...);

3 - ***Initiation à la gestion de l'entreprise*** : une dimension absente du cursus universitaire : relations conventionnelles avec la CPAM, tarification, comptabilité...

4 - ***Amélioration du niveau de formation des futurs praticiens*** et mise à jour de connaissances des praticiens en exercice : plus de réflexions et d'échanges sur le terrain ;

5 - ***Réponse aux enjeux de coordination du soin*** en inculquant la notion de travail en équipe.

Contrat intergénérationnel :

Créer le contrat de solidarité succession active : Aujourd'hui en France, la médecine libérale n'est plus attractive pour les jeunes médecins du fait de conditions d'installation trop complexes et des obligations administratives trop contraignantes. En parallèle, le nombre de médecins libéraux partant à la retraite sans être remplacés est croissant. La conséquence est l'augmentation des territoires sous dotés en offre libérale.

Fondé sur le principe du gagnant-gagnant, le contrat solidarité succession active offrira des avantages aux médecins entrant et sortant. Le médecin entrant sera assuré d'une patientèle préexistante, pourra apprendre de son prédécesseur les spécificités du territoire et de la patientèle, et obtiendra une aide administrative et des garanties quant à ses besoins de remplacement. En parallèle, le médecin sortant pourra vivre une retraite active – une transition douce vers la cessation complète d'activité – et avoir la certitude que ses patients auront une offre de soins de proximité garantie après son départ.

La déclaration du départ à la retraite du médecin libéral :

Le départ à la retraite des médecins libéraux engendre plusieurs difficultés. Ceux qui exercent en zones qualifiées de « déserts médicaux » peinent à trouver un remplaçant. Le départ à la retraite du médecin libéral pose des difficultés en termes d'aménagement de l'offre de soins. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, certaines régions comme l'Île-de-France, ou la Provence-Alpes-Côte-D'azur perdront des médecins d'ici 2018.

Les enjeux du départ à la retraite du praticien libéral sont donc liés à l'offre de soins sur son territoire mais également à l'organisation financière de son départ.

Il s'agit donc de solutionner ces problématiques dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux et du dialogue entre les médecins libéraux et l'Etat. Une maîtrise des choix des médecins, une évaluation raisonnée de leurs engagements, l'inventaire de leur situation actuelle et de leurs projets, doivent permettre de mieux évaluer et ainsi limiter leurs risques.

L'impact des conditions du départ à la retraite du médecin libéral :

- Pour le territoire :

- Perte d'un praticien sur le territoire
- Contrainte de réaménagement de l'offre de soins
- Démarches de remplacement

- Pour le médecin libéral :

- Coût financier du départ à la retraite notamment les charges qu'il continue à payer tandis que ses revenus diminuent drastiquement (la retraite moyenne d'un médecin libéral s'élève à 2300 euros brut mensuels, soit 40% de leurs anciens revenus d'activité)
- Lors de son départ à la retraite, le médecin doit également s'acquitter des impôts correspondants à sa dernière année d'activité (sous réserve d'un éventuel prélèvement à la source dans le futur)
- Le médecin libéral qui clôt son assurance professionnelle peut difficilement envisager un retour à l'emploi

Les mesures pour la retraite des médecins libéraux : Le cumul emploi-retraite

Le cumul emploi-retraite selon la loi du 21 août 2003 permet à un médecin en âge légal de faire valoir ses droits à la retraite de toucher sa pension, tout en continuant son activité professionnelle.

Néanmoins, des pénalisations financières pèsent sur les retraités actifs. En effet, le médecin bénéficiant du cumul emploi-retraite paye des indemnités journalières de l'ASV sans acquérir de nouveaux points.

Le SML propose la déclaration préalable du départ à la retraite du médecin libéral

- Le dispositif permettrait au médecin d'être exempté de cotisations sociales lorsqu'il reste en activité, notamment :
 - o Cotisations d'Assurance Maladie-maternité ;
 - o Cotisations d'allocations familiales ;

- o CSG et RDS ;
- o Contribution à la formation professionnelle (CFP) ;
- o Contribution à l'union régionale des professionnels de santé (CURPS) ;
- o Les Cotisations Retraite.

- Un statut spécifique serait ainsi créé pour le médecin ayant déclaré son départ à la retraite. Ce statut lui ferait bénéficier d'une assurance de l'Etat dans le cadre de ses trois dernières années d'activités.
- Par ailleurs, il s'agirait également de prévoir de nouveaux contrats de prévoyance pour les plus de 60 ans.

Les objectifs d'une déclaration préalable

La déclaration possible de la retraite du médecin traitant trois ans avant son départ permet d'assurer la continuité de l'offre de soins sur le territoire. En effet, prévoir les départs c'est pouvoir prévoir très en amont son remplacement et, le cas échéant, négocier un report de ce départ.

Les territoires peu dotés en professionnels de santé libéraux seraient les plus concernés par la mesure. Sachant que les zones « déficitaires » auront tendance à augmenter et leur situation à s'aggraver.

De plus, les médecins libéraux dont la pension de retraite est drastiquement inférieure à leurs revenus en activité peuvent bénéficier de ce système puisqu'ils ont la possibilité de planifier leur départ en amont et de s'organiser avec l'Etat notamment en matière fiscale.

3. Prendre en compte les avancées technologiques tout en protégeant les Français

Open Data, objets connectés, consultations de télémédecine proposées par des mutuelles, sont autant de systèmes d'informations qui ont fait leur irruption dans le monde de la santé.

Les médecins : une ressource précieuse pour la e-santé

Logiquement et inéluctablement, **la e-santé métamorphosera le paysage médical en le façonnant pour le centrer autour et au service du patient.** Cette transformation ne pourra se faire qu'avec des femmes et des hommes, les médecins et leurs partenaires des autres professions de santé, qu'il est étonnant de vouloir opposer à la technostructure hospitalière.

La France regorge d'entreprises innovantes, en particulier dans le champ de la santé. Rien qu'en Ile-de-France, ce sont plus de 400 start-up qui créent l'innovation en santé. Le marché de la e-santé a été évalué à 2,7 milliards d'euros en 2014. **Mais ces sociétés ont trop souvent oublié la principale ressource, le moteur qui fait vibrer la mécanique inerte : la ressource médicale. Les médecins doivent s'emparer d'urgence de ce secteur de la e-santé.**

Encore axé sur une médecine de l'aigüe focalisée sur l'hôpital, **le parcours de soins de demain devra s'orienter vers la médecine ambulatoire de ville et la pathologie chronique**, obligeant l'hôpital autocentré et recroquevillé sur lui-même à **s'ouvrir et à communiquer avec les médecins de proximité**.

La médecine, c'est avant tout de l'humain et certainement pas de l'organisation. **Les patients l'ont bien compris et le réclament : davantage d'humain, de relations médecin-patient, de temps passé dans le colloque singulier**. Les médecins l'ont bien compris et le réclament : prenons garde à la préservation du secret médical, ne soyons pas noyés par les paperasses et autres obligations administratives, fussent-elles informatisées.

Un vent de liberté nécessaire

Les pouvoirs publics ont souhaité maîtriser la e-santé en France. Au lieu de l'encadrer efficacement, ils la musèlent. Par la création de deux agences, l'Agence des Systèmes d'Informations Partagées de santé (ASIP) et la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé (DSSIS), ils ont voulu administrer la e-santé en la sclérosant et en la confiant au monde hospitalier. En refusant depuis des années de donner les moyens légitimes aux médecins libéraux pour entreprendre alors que les crédits abondent à l'hôpital, en les contraignant par des normes qui s'imposent à la médecine de ville mais pas à la médecine hospitalière.

L'analyse des pays étrangers indique clairement que le bénéfice apporté par la e-santé est reconnu de façon consensuelle mais les rigidités organisationnelles et la lassitude des professionnels de santé (découragés par leurs conditions de travail et la non-reconnaissance de la noblesse de leur mission attestée par l'absence d'une juste rémunération) freinent son adoption.

Un vent de liberté est urgemment nécessaire : il faut faire confiance aux professionnels de santé libéraux, ne plus les entraver, leur donner les moyens financiers d'investir dans la télémédecine : telles sont les conditions nécessaires pour répondre aux défis de demain d'un réel virage ambulatoire et numérique.

Réveillons le désir libéral !

C'est un appel que nous lançons. Une main que nous tendons.

Trop souvent, nous autres libéraux avons été oubliés des réformes et des grands projets de société. Pourtant nous sommes cette force vive qui innove, crée de l'emploi et s'empare des questions de santé dans l'intérêt de la population.

Une fois encore nous vous le prouvons en dépassant les intérêts corporatistes pour ne viser que l'intérêt général.

Ici se trouve le fruit de nos réflexions.

Saisissez-vous de ces questions. Engagez les réformes nécessaires.

Elles sont listées, expliquées et prêtes à être appliquées par les libéraux qui maillent notre territoire.

Osez le libéral, donnez-nous la chance de vous proposer la médecine que la France et les Français méritent.

Il faut agir dès maintenant. Ayons le courage de la réforme juste et pérenne.

Réveillons le désir libéral, pour ces femmes et ces hommes qui se battent au quotidien pour construire la santé de la France d'aujourd'hui et de demain.

Dr Éric Henry
Président du SML