



Monsieur Jean-Marc AYRAULT  
Premier Ministre  
Hôtel Matignon  
57, rue de Varenne  
75007 PARIS

Paris, le 12 septembre 2012

### **LETTRE OUVERTE**

N/Réf. : 12/140-CS/mcs

**Objet : Elaboration de la stratégie nationale de santé de la France**

Monsieur le Premier Ministre,

Lors de votre discours de politique générale devant l'Assemblée nationale, le 3 juillet dernier, vous avez annoncé que notre pays serait doté d'une stratégie nationale de santé.

Nous nous en félicitons car notre système de santé est depuis trop longtemps sans cadre général de nature à guider de façon globale les parties prenantes, Etat compris.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé, Mme Marisol Touraine, a déclaré ce samedi 7 septembre qu'elle présenterait prochainement la stratégie nationale de santé comportant des mesures visant à assurer la disponibilité de ressources financières pour les territoires désertifiés, l'accès aux services d'urgence ainsi que le pacte pour l'hôpital public.

Au contact des populations au travers des 40 associations qui composent notre collectif nous avons une image assez fidèle des attentes de la population. Elles dépassent largement ces propositions, sur le fond comme sur la méthode.

D'abord, la question de la santé publique est à l'abandon. La loi de santé publique du 9 août 2004 aurait dû, selon ses propres termes, être renouvelée dès 2009. Cela n'a pas été le cas. Or, le bilan qui peut en être tiré nécessite d'en reprendre les objectifs, les stratégies et les outils. D'ailleurs, le Haut conseil de santé publique a donné des indications sur les nouveaux objectifs à retenir dans son avis du 17 mars 2010 et, dès le 11 décembre 2009, il avait proposé une stratégie nouvelle pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Ces importantes recommandations font consensus avec celles de la Conférence nationale de santé et de la Société française de santé publique. Il n'y a donc pas de raison de les écarter.

10 Villa Bosquet, 167 rue de l'Université - 75007 Paris

☎ : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27 - [www.leciss.org](http://www.leciss.org)

**ADMD - AFD - AFH - AFM - AFPric - AFVS - AIDES - Alliance du Cœur - Alliance Maladies Rares - ANDAR  
APF - Autisme France - AVIAM - Epilepsie France - Familles Rurales - FFAAIR - FNAIR - FNAPSY - FNAR - FNATH - France Alzheimer  
France Parkinson - La CSF - Le LIEN - Les Aînés Ruraux - Ligue Contre le Cancer - Médecins du Monde - ORGECO  
SOS Hépatites - Transhépate - UAFLMV - UNAF - UNAFAM - UNAFTC - UNAPEI - UNRPA - Vaincre la Mucoviscidose - VMEH**

Bien au contraire, dans la stratégie nationale de santé, il convient même de tenir compte des questions de santé au travail, de santé scolaire et de santé environnementale.

Ensuite, avec la transition épidémiologique, la question de l'accès aux soins de premier recours, pour tous et en tous points du territoire, revêt une importance croissante. La loi Hôpital, patients, santé et territoires a permis de disposer d'un cadre régional unifié en théorie propice aux initiatives territoriales finement adaptées aux besoins si différents d'un bassin de santé à l'autre. Mais ces solutions sont encore trop limitées, notamment parce que les agences régionales de santé restent privées de la possibilité de mettre en place les mécanismes de financement nécessaires aux initiatives à prendre pour maintenir une offre de soins de santé primaire en proximité des populations, offre qui ne saurait d'ailleurs se résumer aussi simplement que certains le croient à la multiplication des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Sur l'organisation des soins de premier recours, le consensus n'est pas établi. Des approches globales existent cependant dont l'une est marquée par son audace. C'est celle qui vient d'être proposée sous l'égide de vingt bloggers et intitulée « Médecine générale 2.0 ». Ces propositions ont le mérite de la cohérence. Et elles ne provoquent pas de rejet massif, contrairement à de nombreuses autres comme celles récentes du Conseil national de l'Ordre des Médecins. D'autres acteurs professionnels font aussi des propositions pour relever le défi des soins de premier recours et notamment leur coordination, comme les syndicats MG France et l'Union syndicale des pharmaciens d'officine. Il faut donc faire masse de ces propositions, les arbitrer et permettre qu'elles puissent se concrétiser au niveau des bassins de santé car les initiatives de leur mise en œuvre viendront du terrain et auront besoin du soutien des collectivités territoriales tout autant que des agences régionales de santé.

L'hôpital, comme le soutient la ministre des Affaires sociales et de la Santé, a besoin d'être conforté. Profondément déstabilisé par trois lois successives, il mérite l'élaboration d'un pacte de confiance. Mais c'est son adaptation structurelle aux nouvelles missions attendues par les patients qui doit être le centre de la réflexion. D'ailleurs, à la fin de l'année 2011, la Direction générale de l'offre de soins reconnaissait que plus de 10 % des lits de médecine générale sont occupés de façon inadéquate et que la mise en œuvre des solutions adaptées, toutes charges comprises, recèlerait plus de 3 milliards d'euros d'économies chaque année. La seconde question d'importance pour l'hôpital réside dans la coordination de ses interventions avec celles de la ville, et réciproquement. Les sujets de l'organisation de la médecine de ville et de l'adaptation structurelle de l'hôpital doivent donc être réfléchis ensemble. Les constats sont posés depuis deux décennies et les solutions retenues jusqu'à présent manquent soit d'ambition soit de suivi.

En outre, dans le contexte de transition épidémiologique déjà évoqué, les attentes des patients ont profondément changé. Elles sont aussi, avec l'augmentation des pathologies cognitives liées à l'âge, devenues des préoccupations de l'entourage. C'est tout le sujet de l'accompagnement des patients et de leur entourage qui est resté en déshérence depuis que la loi Hôpital, patients, santé et territoires a tenté, maladroitement, d'approcher ces questions. Il ne fallait pas, comme on l'a fait, enfermer l'éducation thérapeutique dans une sorte de « réserve médicale », mais surtout les pouvoirs publics ont eu tort de ne pas mettre jusqu'à présent en œuvre les dispositions de cette même loi relatives aux actions d'accompagnement des patients. Avec la chronicisation des pathologies, et des pluri-pathologies, et avec l'explosion des besoins ambulatoires, l'accompagnement des patients et de leur entourage devient essentiel. Y compris du point de vue de la sécurité : on ne peut pas réduire la durée moyenne de séjour sans faire peser, pour partie au moins, la gestion du risque infectieux sur ceux qui accueillent le malade à domicile. A ces questions aussi, il convient que la stratégie nationale de santé réponde.

Tout comme elle doit reconnaître l'intérêt d'offrir à nos concitoyens dont l'état de santé le nécessite, à savoir les personnes âgées en perte d'autonomie et les malades chroniques, la possibilité de disposer d'un parcours de soins et de santé pour le suivi duquel des ressources humaines soient clairement identifiées, autant que le parcours de référence lui-même. De telles solutions font consensus, comme le montre le rapport adopté le 7 septembre 2011, par l'ensemble des parties prenantes, unanimes, siégeant au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Nous ne comprendrions pas que dans de telles conditions, elles ne soient pas retenues dans la stratégie nationale de santé. Compte tenu de l'acuité du sujet, le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale devrait créer le cadre juridique propice à la mise en place des « prototypes » et du pilotage national évoqués par le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Enfin, si la défense des droits individuels des patients a fait l'objet de progrès considérables avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il n'en reste pas moins que leurs droits collectifs sont loin d'être à maturité. La France a choisi une voie originale celle de l'universalité de la représentation des usagers par des associations agréées. Nous ne voulons pas le remettre en cause. Pour autant, de nouveaux outils doivent être reconnus à ces associations agréées. Le drame du Mediator, comme d'autres questions de sécurité sanitaire ou d'accès aux soins, pourraient être abordés dans un cadre réglementé en dotant ces associations d'un pouvoir d'interpellation comme cela est le cas dans le champ environnemental par exemple. Mais la réflexion doit aussi porter sur ce que la France entend faire de son modèle de représentation des usagers quand on voit qu'elle peine autant à les nommer dans les instances de santé alors que le législateur unanime du 4 mars 2002 l'a prévu.

Cependant, de telles questions seront dépourvues d'intérêt s'il n'est pas apporté, ici encore, dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, une solution plus robuste que les crédits d'interventions de la direction générale de la santé, pour satisfaire à la mission d'intérêt général de représentation des usagers confiée par la loi aux associations agréées.

Sur ce dernier point, il y a pour nous urgence, comme nous l'avons dit aux responsables publics, sans d'ailleurs obtenir de réponse.

Pour le reste, nous pensons que la stratégie nationale de santé doit être globale, embrassant les questions de santé depuis la prévention et la promotion de la santé jusqu'aux questions médico-sociales en passant par le soin.

Nous pensons aussi qu'une telle stratégie nationale de santé doit recueillir l'assentiment des parties prenantes. Depuis longtemps maintenant, la politique cela ne consiste pas à faire « pour », mais à faire « avec ». L'organigramme de votre cabinet comporte d'ailleurs une conseillère technique chargée des relations avec la société civile témoignant de votre attachement à la participation des citoyens aux décisions qui les concernent. La stratégie nationale de santé ne doit donc pas tomber d'en haut, comme cela semble proche de survenir. Il n'y aurait alors pas de changement. Comme à l'accoutumée, les associations d'usagers, et les parties prenantes plus généralement, seraient invitées à faire connaître leurs remarques sur un document ficelé d'avance. Ce serait un recul par rapport aux Etats généraux de la santé initiés par le gouvernement de Lionel Jospin et même par rapport aux travaux préparatoires de la loi de santé publique qui pourtant n'a pas ensuite été marquée du sceau de la démarche participative.

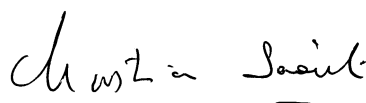
Le calendrier proposé par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, concernant le pacte de confiance pour l'hôpital, est le bon. Et la démarche participative est également la bonne. Mais nous pensons que ce calendrier et cette méthode doivent être mis au service d'une stratégie nationale de santé prise globalement : il ne peut être envisagé de parler de la coordination ville-hôpital sans traiter la question de l'échange informatisé des données personnelles de santé pour ne prendre que cet exemple, surtout dans l'absence de perspective publique relevée par la Cour des comptes dans son récent rapport et qui dépasse largement la question du dossier médical personnel.

Monsieur le Premier ministre, puisque vous avez promis de doter la France d'une stratégie nationale de santé, puisque votre gouvernement est celui du changement, vous ne devriez pas craindre de faire de l'année 2013, une année d'Etats généraux de la Santé embrassant l'ensemble des questions de santé et réunissant l'ensemble des parties prenantes et impliquant les territoires sans lesquels nous ne résoudrons aucune des questions si cruciales pour l'avenir de notre système de santé.

Nous sommes prêts à y prendre part.

Confiants dans l'attention que vous réserverez à notre proposition, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Premier ministre, l'expression de notre haute considération.

Christian Saout,  
Président.

Handwritten signature of Christian Saout in cursive script, with the name 'Christian Saout' written in a stylized, flowing manner.