



## Table-ronde sur le programme santé d'Emmanuel Macron

28 mars 2022

### Invités

Référents santé de La République En Marche :

- Dr François Braun, urgentiste, président de Samu-Urgences de France et chef de pôle au CHR de Metz-Thionville
- Pascale Mathieu, kinésithérapeute
- Dr Sébastien Mirek, anesthésiste-réanimateur au CHU de Dijon et médecin réserviste au service de santé des armées (SSA).

Grand témoin :

- Philippe Denormandie, chirurgien orthopédiste, membre du conseil de la Conférence nationale de santé pour l'autonomie (CNSA).

### Présentation du projet

#### **François Braun, urgentiste, référent santé de La République En Marche**

Le premier point du programme d'Emmanuel Macron en matière de santé concerne la lutte contre les inégalités de santé. Il s'agit d'envisager la santé dans toutes ses composantes : la prévention, le dépistage, le soin, le suivi. On parle souvent du soin, mais le soin n'est qu'une partie des problématiques de santé. La santé, c'est une vision globale, que l'on appelle aujourd'hui *One Health* : faire attention à ce que l'on respire, à ce que l'on boit, à ce que l'on mange.

Lutter contre les inégalités de santé, c'est lutter contre toutes les inégalités qui ont un impact sur la santé : les inégalités financières, dans la droite ligne de ce qui a été fait sur le 100% santé ; les inégalités territoriales ; les inégalités d'accès aux soins propres à certaines parties de la population, notamment les femmes, les enfants, nos aînés, les personnes en perte d'autonomie.

Le deuxième point, c'est de faire de la France le pays leader de l'innovation en santé au niveau européen. Il y a une logique, un sillon tracé en ce sens ces dernières années, que nous allons continuer.

Enfin, il s'agit d'œuvrer pour la souveraineté sanitaire de la France. C'est évidemment un enjeu qui s'inscrit dans le cadre d'une Europe forte, l'Europe de la santé étant un axe qu'il faudra approfondir. Voilà les trois grands axes sanitaires du programme d'Emmanuel Macron, qui font partie de ce pacte intergénérationnel.

### **Olivier Mariotte, Président de nile**

Pascale Mathieu, nous avons été particulièrement alertés la question de la prévention, qui fait partie des points sur lesquels les acteurs ont l'impression qu'il y a un consensus et des travaux depuis des années, et qu'au bout du compte il n'y a pas de vraie politique menée. Que proposez-vous sur ce point ?

### **Pascale Mathieu, kinésithérapeute, référente santé de La République En Marche**

Je tiens à préciser en préambule que, concernant la méthode, rien n'est figé et que le projet est en constante évolution. La verticalité n'est pas l'ADN du candidat. Il a été annoncé qu'il y aura une conférence des parties prenantes en cas de réélection de M. Macron ; cette conférence nous permettra d'aller plus loin dans l'élaboration des projets qui se dessinent dès à présent.

Le rôle des relais-santé de la campagne de M. Macron nous permet d'avoir des remontées du terrain ; les rencontres que nous avons pu faire depuis plusieurs mois nous nourrissent, nous permettent de voir ce qui va, ce qui ne va pas et ce que l'on peut améliorer.

Concernant la prévention, elle était déjà au cœur du programme santé de 2017 de M. Macron. On ne va pas revenir sur la crise sanitaire et tout ce qu'elle a empêché en termes de politiques publiques. Cette crise nous a cependant permis également de voir ce qui allait bien, ce qui ne fonctionnait pas et sur quoi nous pouvions mettre l'accent. Sur la prévention, beaucoup a été fait malgré la crise. Concernant les 1000 premiers jours notamment, qui sont un point très important car les inégalités de santé émergent dès l'enfance. Il faut aller plus loin concernant la santé de l'enfant ; on sait que beaucoup d'enfants échappent aux bilans sanitaires. Il faut renforcer l'*aller-vers*, notamment en matière bucco-dentaire. Il faut renforcer les actions à l'école concernant les troubles *dys*, les troubles du neurodéveloppement des enfants. Nous pouvons déjà compter sur une forte participation des orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens et kinésithérapeutes ; nous allons y adjoindre la participation des psychologues.

Concernant la santé mentale, ce sera un axe très fort du programme du candidat, avec la possibilité d'aller vers une prise en charge par la solidarité nationale des soins des psychologues.

Également, la santé des femmes est un enjeu majeur. Il y aura une montée en puissance du dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que de la vaccination contre le HPV, y compris chez les garçons. Concernant le cancer du sein, on sait qu'il faut aller vers les femmes ; le dépistage s'adresse à tout le monde, mais beaucoup y échappent. L'accent sera mis également sur les maladies cardiovasculaires, qui touchent également les femmes, mais avec des symptômes différents des hommes.

Il faudra aussi développer l'activité physique, notamment dans la prise en charge du cancer. Nous connaissons l'importance de cette activité physique ; des maisons sport-santé permettent sur tout le territoire de la renforcer chez les malades atteints de maladies chroniques ou de cancers.

### **Olivier Mariotte**

Philippe, l'une des grandes problématiques de notre système est le lien entre le sanitaire et le médico-social, notamment concernant la prise en charge de la personne en risque de dépendance. Est-ce qu'il y a des pistes pour améliorer ce lien ?

### **Philippe Denormandie, chirurgien, membre du conseil de la CNSA**

La piste clé, c'est la coopération entre les différents secteurs. C'est plus facile à dire qu'à faire ; c'est un sujet de territoire, de proximité. Il s'agit de donner plus de responsabilités aux acteurs du territoire, pour qu'ils aient ensemble une réflexion populationnelle pour répondre aux différents besoins. Cela fait partie des gros sujets méthodologiques.

Un grand sujet également, c'est la prévention ; ce sujet est essentiel. Mais ne parlons pas de dépendance ; parlons d'autonomie ! La prévention et l'autonomie fonctionnent de pair.

Je me permets de poser une question sur le sport : qu'en est-il du sport pour les enfants ?

### **Pascale Mathieu**

Il y a un volet concernant le sport chez les enfants, à l'école bien sûr mais aussi dans la ville. Beaucoup doit être fait, notamment concernant les mobilités. Avec l'épidémie de surpoids chez les enfants, notamment après les confinements, il y aura 30 minutes d'activité physique par jour à l'école ; mais au-delà de l'école, il faut déployer des politiques de la ville favorables à l'activité physique.

### **Olivier Mariotte**

Dans ma région de Bourgogne, nous avons une situation complexe de désert médical. Qu'est-ce qui sera mis en place concernant cette problématique ?

### **Sébastien Mirek, anesthésiste-réanimateur, référent santé de La République En marche**

L'idée en termes de méthode, c'est de construire ensemble. Il faut intégrer l'ensemble des parties prenantes, repartir du territoire, et aller au lendemain des élections créer une conférence pour redonner aux acteurs la parole sur les évolutions du système de santé. Il faut débattre sans tabous, dans l'objectif de redonner l'accès à des soins de qualité pour toutes et tous. C'est un des premiers points que le candidat a mis dans le manifeste adressé aux françaises et aux français concernant la santé, avec les déserts médicaux.

Concernant les déserts médicaux, on sait qu'on ne résoudra pas les problèmes à coups de baguette magique, même si beaucoup a été fait, notamment sur la suppression du *numerus clausus*. On résoudra ce problème en utilisant une palette d'outils. Il faut aider tout d'abord les médecins de ville et les dentistes en leur redonnant du temps médical, pour mieux suivre leurs patients ; cela se fait en embauchant des assistants médicaux, en travaillant sur de nouveaux modes d'exercice, en créant une fonction d'assistant dentaire.

10% des Français environ n'ont pas de médecins traitants. Avec l'application de ce programme, on pourra choisir un infirmier référent ou un pharmacien référent ; en étendant les missions de ces professionnels, on pourra mettre en place le renouvellement d'ordonnance, avoir accès à un conseil, à une porte d'entrée dans le système de santé, pour permettre l'orientation de la population. Les infirmiers et pharmaciens doivent pouvoir réaliser plus d'actes, au quotidien, avec des protocoles et des armes décisionnelles.

L'innovation en santé, le déploiement de la téléexpertise, doivent pouvoir être favorisés, mais en étant attentifs au lien humain.

Il faut également envisager des hôpitaux hors les murs, avec des spécialistes hospitaliers qui se déplacent et font de l'aller-vers.

Enfin, il faut améliorer l'accès aux urgences. En aval, avec le service d'accès aux soins et le numéro unique, on peut apporter une réponse pertinente aux citoyens qui appellent les urgences, en sachant qu'une grande partie des appels passés au 15 sont résolus par du conseil par téléphone.

### **Philippe Denormandie**

Ce qui est intéressant, c'est la notion de « palette de solutions ». On peut imaginer des mesures caricaturales, perçues comme des solutions-miracles, comme celle d'envoyer les jeunes médecins pendant trois ans en exercice dans les déserts médicaux... En réalité les enjeux sont plus compliqués que cela. Les efforts doivent être collectifs ; on doit tous se retrousser les manches. On peut réussir ensemble dans une logique de territoire, parce que le pilotage de la solution sera assuré en groupe.

### **Olivier Mariotte**

Concernant les établissements, environ 60% de l'ONDAM est fléché vers l'hôpital ; c'est un investissement extrêmement lourd. L'hôpital public est extrêmement doté ; cet hôpital peut-il devenir « poreux », pour qu'il devienne une force au sein de la cité et puisse travailler avec les acteurs du territoire de manière plus fluide ? Avez-vous pensé à un hôpital plus ouvert ?

### **François Braun**

L'esprit, depuis le début, est de travailler ensemble à l'échelle d'un territoire. C'est l'axe le plus important. Il serait aberrant de ne pas tenir compte de ce qu'il s'est passé pendant la crise. Nous avons su travailler avec le privé, le public, les ESPIC, les libéraux ; les décisions étaient prises en commun, avec des objectifs clairement identifiés. Nous sommes revenus, depuis, à nos vieilles habitudes : des réflexions en silos, des discussions insupportables pour les médecins concernant les « parts de marchés ».

L'hôpital public est le point d'accroche du système de santé. Il faut que l'hôpital tienne. Or, actuellement, l'hôpital vacille, parce que les hommes et les femmes qui font tenir l'hôpital ont une perte de sens de leur métier. Ils n'acceptent plus que l'on parle de « rentabilité ». Bien sûr, il ne faut pas gaspiller l'argent public ; mais il y a un vrai problème de sens. Il faut redonner de l'envie et du sens ; il faut savoir pourquoi l'hôpital est là. Est-ce que l'hôpital doit suivre les pathologies chroniques ? Être le premier, deuxième, troisième recours ?

Plusieurs axes forts à ce stade sont à identifier.

Les hospitaliers passent 50% de leur temps sur des tâches administratives. Le syndrome du tableur Excel est insupportable. Dans tous les tableurs que l'on nous envoie, il y a sans doute des enjeux passionnants, mais qu'en fait-on ensuite ? La première chose à faire selon nous est de supprimer les tâches administratives inutiles. Il faut composer une *task force* de soignants et d'administratifs qui font le tri des tâches utiles et inutiles, avec comme objectif de répondre aux besoins de santé du territoire. Ce qui ne répond pas aux besoins de santé d'un territoire doit être mis de côté.

Redonner du temps soignant, y compris à l'hôpital, c'est donc primordial ; il est incompréhensible de voir des médecins passer des heures sur un planning de service, ou un cadre de santé enfermé dans son bureau à des tâches administratives. On a besoin d'administratifs dans les services, au plus près des soignants, pour remplir ces tâches. On va créer des postes de soignants en plus ; mais cela aboutira dans 10 ou 15 ans. Or, redonner du temps de soin, cela peut être rapide.

Il est également important de renforcer la place du service ; les décisions se prennent auprès du patient. Il y a une vraie cohérence dans le fonctionnement d'un service ; au temps où le service était l'échelon de l'organisation des soins, le chef de service pouvait déléguer des tâches à des infirmières sans remplir des dossiers à destination du ministère.

La gouvernance doit être plus médicale. Pendant la crise, administratifs et médecins étaient côte à côte. Je ne crois pas que l'on transformera les médecins en grands managers ; il faut cependant que les deux travaillent ensemble.

Il faut que l'on travaille aussi sur la qualité de vie des soignants. Le Ségur était un traitement immédiat indispensable ; il fallait le faire. Il faut désormais renforcer la place de la qualité de vie dans les projets des établissements.

L'hôpital doit travailler avec la ville ; les services d'accès aux soins sont un remarquable travail d'ouverture entre la ville et l'hôpital. Hôpital et médecine de ville doivent travailler ensemble, c'est indispensable.

Dernier point concernant l'université ; l'université est une part intégrante du monde médical, de la recherche. L'université a son mot à dire sur l'ensemble des établissements de santé d'un territoire. Partons de l'hôpital-entreprise pour aller vers un hôpital humain.

#### **Olivier Mariotte**

Quand j'écoute François, je suis content ; j'entends parler d'un système fluide qui permet à l'ensemble des acteurs de travailler ensemble. Mais il y a un problème : dans les 50% de temps administratif, quelle part vient du ministère de la santé ? Cela pose la question de la cohérence. Comment faire de ce ministère une administration qui soit dans l'animation, le portage de projets et la simplification administrative ?

#### **Philippe Denormandie**

Le sujet-clé est de redonner la parole à partir des gens du terrain, du quotidien ; ce sont eux qui permettent de construire. S'il a été décidé de dire qu'il fallait repenser la gouvernance, c'est bien pour repenser la gouvernance à partir du terrain. Mais à chacun sa juste place ! L'idée de revenir au service, à la proximité, est avant tout de redonner la parole aux soignants du quotidien. Il faut réinterroger tous les niveaux, et dans des calendriers très courts.

#### **François Braun**

La grande concertation sur la santé est là pour permettre de définir comment on revient vers les territoires, vers la décision de proximité. L'Etat est responsable de la santé. La santé est un bien commun ; il ne faut pas donner cette responsabilité à des niveaux infra-étatiques ; on ne peut avoir des régions riches qui pratiquent une médecine d'un niveau exceptionnel, et des régions pauvres avec une médecine au rabais. Cela serait inacceptable dans notre esprit républicain. L'Etat doit donner le cap, la direction ; il donne également la boîte à outils, pour que les acteurs puissent creuser leur sillon dans la direction donnée par l'autorité nationale. Sur la mise en œuvre, il faut faire confiance au terrain et à l'intelligence collective. Tout cela ne fonctionnera que si tout le monde se met autour de la table.

### **Olivier Mariotte**

Cela peut fonctionner, mais si l'on se retrouve dans un système repris par l'administration sur le modèle des dispositifs « Article 51 » - qui mettent deux voire trois ans à aboutir - cela ne fonctionnera pas. Il faut trouver des circuits courts, permettre une créativité au niveau des territoires ; il y a des acteurs magnifiques qui font des prises en charge formidables à l'échelon local. Mais pour déclencher cela, il ne faut pas faire remonter des dossiers à Paris, qui mettent ensuite deux ans à redescendre !

### **François Braun**

Jusqu'à présent, on était dans une politique de santé de l'offre ; on se battait pour des parts de marché. Il faut un changement de paradigme, pour passer à une logique de réponse aux besoins. Ce changement va être difficile à intégrer ; il faudra que des acteurs qui ne se parlent pas construisent ensemble. Mais nous n'avons pas le choix.

### **Philippe Denormandie**

Est-ce que cela ne réinterroge pas la question des financements ?

### **François Braun**

Je prends l'exemple du financement des urgences ; on a un financement des urgences qui repose sur trois pieds : un financement populationnel, un financement à l'activité, et un financement à la qualité et à la pertinence. On va être obligé de mettre sur la table ces trois variables.

### **Pascale Mathieu**

Il faut faire confiance aux territoires ; du territoire, localement, des expérimentations « Article 51 » se sont faites et ont bien fonctionné. Certes, la remontée au niveau national complexifie la situation ; mais de belles innovations ont vu cependant le jour.

Questions de la salle
-----------------------

### **Giovanna Marsico, directrice du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie**

Actuellement, la santé publique est le parent pauvre des politiques de santé. Je souhaiterais évoquer trois questions. Celle de l'information et de la connaissance des enjeux de santé publique par la population, de la littératie ; celle de l'implication dans la santé des structures dans lesquelles les personnes passent beaucoup de temps, à savoir l'école et l'entreprise ; celle de la démocratie sanitaire et de la place de l'Etat dans l'impulsion de cette démocratie, qui depuis des années devient très structurée et moins impulsive et moins forte.

### **François Braun**

Sébastien pourra nous parler de toutes les innovations et de tout ce qu'apportent les clusters qui se mettent en place. Il faut parler de santé globale. Je vais revenir sur les personnes âgées, qu'on a déjà évoquées. Il y a des choses très claires : si on interroge nos concitoyens, 92 % veulent vieillir chez eux. Le mur du vieillissement est devant nous : 1 million de personnes de plus de 75 ans en 2025, 2 millions en 2030. Il faut une action forte vis à vis des personnes âgées pour le maintien à domicile. C'est déjà ce qui a été annoncé avec la notion de guichet unique. Cette notion peut énerver mais c'est important : quand une personne en perte d'autonomie doit aller chercher des informations à droite et à gauche, elle peut baisser les bras très vite. Les maisons de l'autonomie dans les départements sont

essentielles ; la prime Adapt' qui va permettre d'adapter le domicile, d'avoir un monte escalier, une douche adaptée, va couvrir jusqu'à 70 % des dépenses liées à la perte d'autonomie et concerner jusqu'à 1 million de personnes.

A l'autre bout, il y a les EHPAD, dans lesquels les personnes arrivent de plus en plus dépendantes. Déjà 20 000 postes y ont été créés pendant le quinquennat ; l'engagement est de créer 50 000 postes de plus d'aides-soignantes et d'infirmières en, soit 25 % de plus. C'est un engagement fort.

Aussi un engagement de 100 000 places pour les situations intermédiaires. La moitié dans des habitats innovants mais aussi des équipes mobiles, des EHPAD hors les murs. Les syndrômes de glissement existent à l'hôpital mais aussi en EHPAD.

Il faut aussi reconnaître les aidants, avec un interlocuteur unique, pour leur permettre de se reposer. Ils doivent avoir deux semaines de repos par an, et bénéficier d'un statut de l'aidant. Emmanuel Macron a dit que l'aidant sacrifie une partie de sa vie professionnelle et de sa vie personnelle ; il faut aider les aidants, développer des solutions intermédiaires, et renforcer l'accompagnement dans les EHPADs. Une vraie politique en santé est un ensemble comprenant prévention, dépistage, soins, suivi et accompagnement.

### **Pascale Mathieu**

Les postes en santé publique ne trouvent pas nécessairement preneur. Mais la santé publique ne s'adresse pas nécessairement à tout le monde. Il devrait y avoir une porte d'entrée par tous les professionnels de santé. Une infirmière à domicile peut dispenser des messages de santé publique, mais aussi un kinésithérapeute. Cela va passer par une formation initiale de tous les professionnels de santé, et permettre de répondre aux « trous dans la raquette », puisque certains publics échappent au dépistage. Ce sera de « l'aller vers », avec des campagnes dédiées qui se feront spécifiquement.

### **Sébastien Mirek**

Il y a eu un rapport commis par le professeur Chauvin sur la refondation de la santé publique. Son approche est très intéressante. Le document a été rendu le 4 mars 2022, 20 ans après la loi « droits des patients ». C'est un rapport très intéressant dans lequel on parle de santé globale. La santé publique est une vision globale : les inégalités doivent être étudiées à la racine. En redonnant du temps médical on redonne de l'humain à la prise en charge.

Il faut parler du bilan puisque c'est un continuum : pourquoi changer quelque chose qui fonctionne ? Mon Espace Santé a été créé. Il va permettre de proposer des applications dans lesquelles le patient va être acteur. Acteur de sa prise en charge, avec un suivi et une médecine personnalisée.

Le CSIS 2030 a été présenté avec des grands axes comme la biotech. L'avenir de la médecine est aussi là : des solutions innovantes qui vont permettre de révolutionner notre prise en charge. Il faut permettre à la France de devenir le fleuron de l'industrie en santé. Une grande conférence va permettre de revenir là-dessus.

### **François Braun**

On parle de démocratie sanitaire, quelqu'un qui représente les associations de patient m'a dit « osons la démocratie de santé ». 20 ans après la loi Kouchner, il faut oser aller plus loin en redonnant la parole aux soignés.

**Olivier Mariotte**

Sur un plan sémantique, nous avons eu dans un premier temps la démocratie en santé, puis on en a fait la démocratie sanitaire. Je suis d'accord avec toi (François Braun), il faut qu'on revienne à une démocratie en santé, ou de santé. Les associations et les acteurs doivent pouvoir s'exprimer et coconstruire.

**Karine Pinon, présidente de l'AMLIS (association représentant les TPE et PME de santé)**

La partie industrielle n'a pas encore été évoquée, notamment sur l'indépendance industrielle. Les produits matures traitent entre 70 % et 80 %, selon les études, des pathologies chroniques. Ces MITM, fabriqués en France, ont subi beaucoup de baisses de prix. On arrive aujourd'hui à un niveau de prix parmi les plus bas d'Europe. Situation où il est difficile de maintenir la production, même quand les exploitants souhaitent le faire, en raison de ces prix extrêmement bas. Aujourd'hui, avec cette campagne présidentielle, il faut se poser la question de quel est le prix que l'on veut accorder à notre santé. Aujourd'hui on se retrouve avec des produits à moins de 2 euros pour un mois de traitement, alors que la production implique des contrôles qualités, un système de sérialisation... Ce système qualité est important. Aujourd'hui il serait intéressant qu'on interroge les Français sur le prix que l'on souhaite impliquer dans notre santé. Si on veut maintenir cette indépendance sanitaire, démontrée comme importante pendant la crise sanitaire, comment peut-on arrêter ces baisses de prix ? Surtout dans un contexte où on assiste à une inflation des coûts de production ?

**Pascale Mathieu**

Ce point est bien identifié. Nous avons interrogé de nombreux acteurs lors de notre mission de relai et ce point a été remonté dans une note. Ce sujet est transversal à l'industrie, à la santé, à l'innovation...

**Sébastien Mirek**

Deux choses sont sur la table, comme la mise sur le marché plus rapide des médicaments identifiés comme particulièrement innovants. Il a été mis aussi sur la table la valorisation de la production en France dans le calcul du prix. Les axes vont dans le bon sens. Quand on parle du programme, on attend des mesures précises tout de suite. En fait le but est de donner des axes et ensuite on échangera avec les acteurs sur les questions précises.

**Jean François Gerard-Varet, médecin**

J'ai exercé la médecine générale semi rurale pendant 40 ans. 20 ans en libéral, 20 ans en mixte. J'ai été médecin coordinateur, j'ai fait de la gériatrie... Actuellement je préside la commission démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins. J'ai aussi présidé des commissions dans des mutuelles de santé. Le mot paramédical ne me convient pas. Quelle est la place de la médecine générale dans les prochaines réflexions ? J'ai subi pendant 40 ans une dégradation de ce métier et je pense qu'une des conséquences de cette dégradation c'est le manque d'attractivité des médecins généralistes actuellement. On parle de leur désir de ne pas s'installer. C'est inexact, ils ne sont pas assez nombreux. Mais il est important aussi de miser sur le qualitatif. Il faut leur donner les moyens de bien exercer. Chaque année, il y a 1000 étudiants en médecine générale en moins qui sont formés. Cherchez l'erreur. Il faut redéfinir un périmètre métier pour la médecine générale.



### **Sébastien Mirek**

C'est un point très fort. Il faut un renfort massif dans les déserts médicaux. Il y a deux mesures importantes dans la palette d'outils qui ont été proposés. La quatrième année d'internat doit être construite avec les représentants et notamment les jeunes, dans le but de redonner de l'attractivité dans ces zones. Le deuxième point c'est l'accompagnement des jeunes talents, qu'ils soient médecins, professionnels de santé, paramédicaux... C'est important car, sur le territoire, les jeunes vont s'installer dans les territoires dont ils sont issus. Quand on arrive à repérer les jeunes talents dans les territoires sous dotés et qu'on les soutient dans leurs études et pour l'installation, c'est un point très fort. Il faut un soutien non négligeable à la médecine générale mais aussi à la médecine au sens large, d'autant plus depuis la suppression du numerus clausus qui va permettre et permet déjà une plus grande formation de praticiens, dont les médecins généralistes dont on a besoin.

### **Gérard Dubois, membre de l'académie nationale de médecine**

Deux remarques : la première c'est la médecine scolaire. Je constate une désespérance complète du personnel. Comment mettre ça en parallèle avec la priorité pour l'enfant ? Tout ne passe pas par la médecine scolaire, mais il y a tout un historique qui est en train de disparaître. Ensuite, il y a aussi un mépris envers l'industrie pharmaceutique qui conduit à un déclassement de l'industrie française. On était parmi les premiers en ce qui concerne la vaccination, on est les derniers aujourd'hui. On entre en période endémique et on va avoir un vaccin « à l'ancienne » deux ans après l'apparition de la maladie. Je suis professeur de santé publique et en 1988 ; nous avions un groupe, nommé « les cinq sages », qui a conduit à la loi Evin puis à un décret, ce qui a conduit à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. En ce qui concerne LREM, le candidat actuellement président a rempli ses engagements, notamment en ce qui concerne le prix. En revanche, sa complaisance très amicale envers l'alcool et les alcooliers fait tache en matière de santé publique. On n'a pas obtenu d'amélioration de l'indication des dangers de la consommation d'alcool pour la femme enceinte, malgré tous les efforts faits ! Le club de santé publique vous a envoyé un questionnaire avec 23 questions très pratiques. Nous n'avons pas obtenu de réponse. Enfin, une proposition : pourquoi noyer la santé avec les affaires sociales. Qu'est-ce que fait la santé avec les affaires familiales et la retraite ? Il faut un ministère de la santé et de l'assurance maladie. Actuellement on a un ministère des affaires sociales et accessoirement de la santé.

### **François Braun**

Concernant le questionnaire, on va s'assurer qu'une réponse soit envoyée avant 15 jours. Le concept de santé globale est très important. La forme dans laquelle ce concept va se matérialiser politiquement est du ressort du candidat qui va prendre sa décision. Mais le concept One Health est au centre du programme.

### **Claude Pigement, conseil de surveillance de l'ARS Ile-de-France**

Je suis médecin et au conseil de surveillance de l'ARS Ile de France. Je salue dans le programme d'Emmanuel Macron le fait d'insister sur le partage de tâche et les délégations. Marisol Touraine l'avait mis en route dans la loi santé de 2016. Le partage des tâches et les délégations de compétence sont une manière de répondre aux difficultés d'accès aux soins. Par ailleurs, la conférence proposée sur l'accès aux soins me semble intéressante à condition que les citoyens soient réellement impliqués aux côtés des élus et des professionnels. On a vu sur la convention climat : on avait beaucoup d'espoirs et on a été déçu. L'idée est intéressante mais on verra les résultats. Le point qui me semble le plus discutable est sur l'hôpital. Le Ségur a abordé le problème de manière quantitative, avec les 9 milliards

qu'il faut saluer, mais je trouve qu'il n'a pas abordé le problème de manière qualitative, avec le problème de l'organisation de l'hôpital et les liens avec la ville. Je suis déçu sur les propositions sur l'hôpital. Moi je dis, ni hôpital entreprise, ni hospitalo-centrisme. Il ne faut pas revenir à l'hospitalo-centrisme même si je salue le rôle de l'hôpital pendant le Covid. Ma question porte sur les déserts médicaux : il y a une situation de guerre de religion entre ceux qui sont pour la coercition et ceux qui sont pour l'incitation. La coercition, ce sont les élus qui ont leur logique. L'incitation, ce sont les jeunes médecins qui considèrent qu'ils ont passé un contrat avec l'état pour l'installation. Macron semble être du côté de l'incitation mais en conférence de presse il a proposé un conventionnement sélectif dans les zones surdenses. Je voudrais qu'on m'explique le nouveau mode de « en même temps ».

### **François Braun**

Sur l'organisation de l'hôpital, j'ai dit « tout sauf l'hospitalo-centrisme ». L'hôpital est un pilier de notre système de santé et il faut le reconnaître mais il ne s'agit pas d'hospitalo-centrisme. C'est l'hôpital avec ses missions au sein d'un territoire et avec les autres. Sur le « en même temps » sur les déserts médicaux : pourquoi pas la coercition ? Parce que ça ne marche pas ! Il y a un travail très intéressant de la DREES qui fait du « benchmarking » sur ce qu'il se passe dans les pays étrangers : la coercition ne marche pas puisqu'elle ne fait pas rester. Il n'y a pas de solution miracle, il y a un ensemble de solutions. Cette solution seule ne fonctionne pas. On ne cherche pas à avoir des mercenaires qui restent trois ans mais des médecins de famille qui suivent toute la famille. Comme ça a été dit par Emmanuel Macron, tout est sur la table, y compris la régulation de l'installation. Ça comprend beaucoup de choses mais on ne fera pas la même chose dans chaque territoire. Il y a des besoins, des responsabilités. Les responsabilités se partagent entre soignants, soignés et élus. C'est l'Etat *in fine* qui s'assure que tous les Français ont la même réponse et qu'il y a une équité face aux soins. Il n'y aura pas de réponse unique qui va s'imposer partout.

### **Pascale Mathieu**

Il y aura surtout une conférence avec toutes les parties prenantes qui pourra déterminer les besoins et les envies.

### **Olivier Laplanche, CAMI Sport & Cancer**

Je veux parler de l'éducation physique à but thérapeutique. Plus largement, il y a de belles initiatives depuis le quinquennat précédent et avec le quinquennat qui se termine pour la prise en charge des patients touchés par des ALD et des pathologies chroniques. Le garde-fou c'est d'essayer de faire en sorte, que ce soit pour les acteurs associatifs mais aussi pour les patients, que tout ce qui est proposé aille dans le sens de la simplification. Ça a été dit ce soir, à d'autres niveaux et dans d'autres domaines, on arrive à une stratification, extrêmement complexe, de ce qui est demandé. On essaie vraiment d'aller dans le sens et de se servir de ce qui nous est proposé pour améliorer la vie des malades. Avec le forfait post cancer, la conception nationale de l'article de loi puis ses déclinaisons en région fait qu'on est dans quelque chose de très complexe, qui se voudrait innovant, qui l'est sur le fond mais sur la forme se rapproche du minitel de 1993. Il faut donner de la confiance aux acteurs et aux patients pour pouvoir aller encore plus dans le sens de la prévention. La Cour des Comptes a fait un rapport assez triste sur la prévention en France : le principal problème en France est l'organisation et la capacité à évaluer ce qui est fait dans la prévention. Il faudrait simplifier et enlever les strates entre les tutelles, et aller plus vite. Il faudrait vraiment accélérer.

### **Sébastien Mirek**

Merci pour cette intervention qui revient sur des points qu'on a nommés. Etant acteurs du terrain, on identifie très bien ces points. Un des points proposés par le candidat est de miser sur l'intelligence collective et de redonner de la souplesse au terrain. Il faut que les professionnels puissent s'organiser comme ils l'entendent. C'est important de faire confiance au terrain, qu'on soit à la ville ou dans le rural.

Et puis, un point très fort sur la prévention. Il y a un point sur la gouvernance territoriale hôpital ville. Il faut que les soignants du territoire décident eux-mêmes le parcours de prise en charge des patients. En termes de santé publique, ce n'est effectivement pas l'argent qui est mis sur la table mais les mesures au niveau global qui permettent de faire de la prévention. Nous nous engageons à faire remonter ces informations pour donner de la souplesse et de l'agilité au terrain. Nous entendons ces problématiques.

### **Arnaud Vincent**

J'apporte un son de cloche différent. Je travaille chez Eurazeo et je suis responsable d'un fonds d'investissement en santé. La question est sur le financement de la santé. On a beaucoup parlé du financement public, mais je veux parler du financement privé. Les fonds d'investissements jouent un rôle majeur. En Allemagne, l'exemple de BioNTech, une biotech financée par des fonds d'investissement. D'une manière générale, les fonds d'investissements en France doivent mieux porter l'innovation et accompagner avec une volonté de servir les patients et la souveraineté sanitaire. J'ai démarré un nouveau fonds d'investissement chez Eurazeo il y a un an. C'est un fond public privé. Un cinquième des fonds viennent des pouvoirs publics et les 4/5 viennent des assureurs français, avec une volonté de venir en aide aux PME en France, de les aider à grandir. Il faut voir un fonds d'investissement comme un incubateur, un accélérateur d'entreprises qui vient apporter son savoir-faire et ses compétences du monde de l'entreprise au service de la santé et des patients. La question est la suivante : dans le programme du candidat Macron, quelle est la place de ces fonds d'investissements ? Ma conviction profonde est qu'il y a un véritable intérêt à faire entrer dans la danse de la santé les fonds d'investissement, avec leurs capacités financières et leurs capacités d'accompagnement.

### **Sébastien Mirek**

Je vais revenir sur ce qui a été annoncé. Le CSIS 2030 revient sur ce point, avec un plan de plusieurs milliards pour la recherche et l'innovation en santé. Avec la proposition de la création d'une agence de l'innovation en santé toujours en attente mais aussi un investissement sur la recherche biomédicale qui permet de décloisonner la recherche mais aussi d'investir massivement derrière. C'est, à mon sens, un des éléments qui permet de répondre à cette question. Ça dépend de la façon dont on voit le décloisonnement, mais dans un CHU il peut y avoir une réflexion sur le public privé. Il y a un milliard pour renforcer la recherche biomédicale. On investit aussi dans plusieurs domaines de demain : les biothérapies, la santé numérique avec les maladies infectieuses émergentes, le Covid nous a montré qu'il fallait nous préparer aux futures pandémies. Et enfin, faire de la France un leader sur les essais cliniques avec à la fois une accélération et une simplification des autorisations des essais cliniques. Il faut pouvoir redonner un cadre économique cohérent pour la souveraineté des industriels qui s'installeraient sur le territoire national et européen. Ces points tracent des caps et nous permettent de faire un investissement fort sur l'innovation pour derrière travailler sur la coopération public-privé. Dans le détail, on laissera le candidat s'exprimer s'il souhaite le faire.

**Olivier Mariotte**

Nous arrivons à la fin de cette table ronde. Philippe Denormandie, Grand Témoin, peut nous proposer une conclusion.

**Philippe Denormandie**

Une table ronde très riche, loin du «yakafokon » et qui correspond bien à ce qu'on peut entendre tous les jours. C'est donc la réalité. On voit qu'il y a des chantiers devant nous. Il faut qu'on y participe tous. Il y aura des choses à construire très vite, tous ensemble. Tout n'est pas construit, il y a des pistes claires. Un élément clé est le fait que tout le monde doit pouvoir y participer, y compris les patients. C'est un élément structurant. S'il y a d'autres questions, Olivier Mariotte pourra les transmettre aux relais. Merci beaucoup à tous et très bonne soirée.