

JENNER
— ASSOCIATION —

Manifeste Jenner - 2026

« On ne modernisera pas la France sans faire confiance à ses territoires.
La décentralisation est une école de responsabilité »

Michel Rocard : Le cœur à l'ouvrage, Odile Jacob, 1987

«Les territoires sont mûrs pour prendre en charge toute l'administration
du quotidien (économie, social, santé, éducation, énergie de proximité)
pour peu qu'ils en aient les moyens et la claire responsabilité »

**Frederic Salat-Baroux, Conseiller d'État, Secrétaire général de
l'Élysée auprès du Président Jacques Chirac (2005/2007)**

Le mot du président

Le système de santé est en crise. L'accès aux soins et leur qualité préoccupent les Français. Le vieillissement de la population et les innovations médicales accélèrent la croissance des dépenses. Mais il est hors de question de participer au catastrophisme ambiant. Nous pensons en effet que notre modèle a de nombreux atouts avec des professionnels engagés et de qualité. Agissons pour stopper une dégradation qui a débuté et pour inverser la tendance. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité créer un think-tank entièrement dédié à la santé, rassemblant des professionnels issus tant du secteur public que privé, lucratif ou non lucratif voire libéral. Ils sont soignants et non soignants, volontaires pour défendre les valeurs de notre système de santé et réfléchir aux moyens d'améliorer son efficience.

Notre premier acte consiste à saisir l'opportunité de l'élection présidentielle de 2027 pour proposer des réformes structurelles et répondre aux préoccupations de nos concitoyens. C'est l'objet du MANIFESTE que nous avons élaboré pour les futurs candidats. Nos propositions s'articulent autour de cinq grands axes : Déconcentrer, Libérer, Prévenir, Financer, Numériser.

A l'État de définir une politique de santé publique pour la France, d'en assurer le financement. Aux Régions de la mettre en œuvre en trouvant les meilleures solutions adaptées à chaque territoire. Cela suppose que l'ensemble des acteurs de santé obéissent, à terme, aux mêmes contraintes de fonctionnement et bénéficient de niveaux de rémunérations similaires. En d'autres termes, nous avons besoin de tous les talents, sans esprit de chapelle, pour prendre en charge les patients dans leur parcours. Bien évidemment, notre Think Tank, poursuivra ses travaux en abordant d'autres thèmes dans le même esprit (rôle et place des CHU, du médico-social, rémunérations ...).

La devise de Jenner ?

Préférer l'explication à la simplification, la liberté à la censure, l'imagination au pouvoir.

Alain Milon, Président

A propos de l'Association Jenner

<http://ww.asso-jenner.fr>

Jenner, association loi 1901 à but non lucratif, est un think-tank sur le système de santé, les besoins de santé et l'évolution des organisations, du financement et de la tarification, de la gouvernance et des statuts des établissements de santé et médico-sociaux, créé par des praticiens. Les membres du conseil d'administration de Jenner sont : Docteur Alain MILON (Président), Guy COLLET, Docteur Marie Claude DUMONT, Pascal FORCIOLI, Docteur Bernard GARRIGUES (Vice-Président en charge du secrétariat général), Yves GAUBERT, Professeur Éric LEPAGE (Trésorier), Andre LESTIENNE, Dominique MAIGNE (vice Président), Gerard VINCENT (Vice-Président Exécutif).

Les propositions de Jenner pour reformer le système de santé : changer d'ère

« La tendance consistant à imposer des règles uniformes plutôt que des règles adaptées à chaque situation entraîne des coûts de surveillance et des règles centralisées qui seront inévitablement plus élevées que des règles développées par des participants locaux »

Eliaor OSTROM, Prix Nobel d'économie 2009

Notre système de santé, tel qu'il fonctionne aujourd'hui, repose sur une centralisation excessive qui dilue les responsabilités et freine l'innovation. Même dans la période actuelle pour affronter une crise sans précédent, l'État demeure persuadé que les fondamentaux du système doivent être préservés. A aucun moment l'État ne remet en cause son action hégémonique dans le domaine de la santé. La seule exception, c'est lorsqu'il s'agit d'évaluer les dysfonctionnements du système (déserts médicaux, crise des urgences hospitalières, régularisation financière défailante ...), il devient silencieux pour en assurer sa part de responsabilité, et revoir sa place dans le système .

Pourtant face aux défis croissants – démographiques, financiers et organisationnels – il devient indispensable de refonder – à l'instar de tous les pays européens -en profondeur ses mécanismes de gouvernance. Notre démarche repose sur une conviction simple : seul un système responsabilisant pleinement ses acteurs peut garantir efficacité, qualité et pérennité. Cela suppose, d'une part, de confier aux élus régionaux de véritables responsabilités stratégiques et opérationnelles, afin d'adapter les politiques de santé aux réalités des territoires. Cela implique, d'autre part, de redonner aux gestionnaires hospitaliers des marges d'action aujourd'hui entravées par un cadre statutaire trop rigide, en leur permettant d'exercer pleinement leurs responsabilités de pilotage. C'est en assumant collectivement ces évolutions que nous pourrons engager une transformation durable et ambitieuse de notre système de santé

Restaurer l'efficacité du système de santé

Manifeste à destination des candidat(e)s à l'élection présidentielle

Notre système de santé, selon une opinion largement partagée, est confronté à de graves problèmes (difficultés d'accès aux soins, déficit inquiétant des hôpitaux et de l'Assurance maladie...). Les Français en font désormais l'une de leurs préoccupations majeures. Pourtant nos responsables politiques regardent ailleurs, tétanisés par l'ampleur de la tâche, incapables de trouver des solutions structurelles. La transformation du système de santé suppose non seulement une vision lucide de l'avenir mais également courage, ténacité et audace pour engager des réformes innovantes, loin des corporatismes divers, voire des résistances idéologiques.

C'est pourquoi JENNER, think-tank dédié à la santé, souhaite interpeller les candidat(e)s à l'élection présidentielle de 2027 pour que la santé devienne, enfin, un véritable projet présidentiel, en réponse à l'angoisse de nos concitoyens avec des solutions opérationnelles à court et moyen terme.

L'enjeu est de taille : un objectif national de dépenses d'assurance maladie de 274 milliards d'euros en 2026, un déficit chronique qui s'amplifie chaque année et semble non maîtrisable (un déficit prévisionnel de 13,8 milliards d'euros). La pente naturelle des dépenses liée au vieillissement de la population et au progrès médical, à organisations et règles de fonctionnement inchangées, serait, selon les experts, de l'ordre de 4 à 4,5% par an ! Dans la situation que connaît notre pays, cela devient insoutenable pour nos finances publiques.

En même temps l'approche budgétaire aboutit à une impasse. Le débat technique autour du PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale), sur le niveau des recettes et des dépenses ne peut être qu'un point d'arrivée, et non un point de départ. Au-delà des réformes paramétriques qui s'enchaînent au fil des ans et qui ne sont pas à la hauteur des enjeux, et dans l'esprit des réformes structurantes qui ont permis de porter à un haut niveau notre système de santé (cf. la réforme de 1958, dite « réforme Debré », et celle de 1970 portée par Robert Boulin), JENNER propose de véritables mesures de refondation.

Ces propositions s'articulent autour de 5 thèmes

- 1. Décentraliser et déconcentrer le pilotage du système de santé**
- 2. Réformer le modèle de financement du système de santé en le simplifiant**
- 3. Une priorité nationale : la promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé**
- 4. Les technologies numériques au service des professionnels de santé et de leurs patients**
- 5. Projeter en Europe et à l'international, l'excellence du système de santé français**

1 - Décentraliser et déconcentrer le pilotage du système de santé

FAIRE CONFIANCE AUX ACTEURS DE TERRAIN SANTÉ

Le système de santé français, contrairement à ceux de la plupart des pays européens, se caractérise par une autonomie des acteurs largement virtuelle qui cache un pilotage doublement centralisé. La négociation avec les syndicats médicaux et paramédicaux des conventions qui encadrent la rémunération et les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux a été confiée à l'Assurance maladie. Les hôpitaux publics et privés sont pilotés par le ministère de la santé, relayé par les ARS, qui disposent de l'essentiel des moyens juridiques et financiers.

Il en résulte un pilotage non seulement très centralisé mais technocratique, voire bureaucratique. A cela, se rajoute le comportement d'un pouvoir politique local dont l'attitude est ambiguë. Dépourvu de toute responsabilité dans le fonctionnement du système de santé, il se borne le plus souvent à exiger le maintien de situations locales privilégiées au détriment des finances publiques, mais aussi fréquemment des patients. Cette gouvernance centralisée est supposée favoriser un traitement égalitaire des territoires et une rigueur dans la gestion des services de santé.

Dans les faits, c'est loin d'être le cas, bien au contraire. C'est la raison pour laquelle il est impératif de lui substituer une décentralisation forte au profit de la collectivité régionale. Elle serait alors investie d'une responsabilité politique réelle dans la conduite de la politique de santé. Elle serait garante d'un accès aux services de santé équitable pour l'ensemble de la population régionale.

LA RESPONSABILISATION FINANCIÈRE DE TOUS LES ACTEURS

Dans une organisation décentralisée, l'État doit demeurer le garant de la sécurité sanitaire de l'ensemble de la population. Le Parlement, l'administration centrale et la caisse nationale d'assurance maladie conserveraient tous les leviers du pilotage national (stratégie nationale de santé, objectifs prioritaires de santé, politique conventionnelle...).

Ainsi, le cadrage financier national (effort de la Nation en faveur de la santé, part du PIB consacrée à ce champ de politiques publiques, règles de rémunérations...) serait maintenu à l'échelon national avec le vote par le Parlement du volet « santé » de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) sous la forme de l'objectif annuel des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Nous proposons la création d'un comité national tripartite de l'ONDAM associant en amont du Parlement, l'assurance maladie et les fédérations professionnelles dans la préparation des travaux fixant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cette instance aurait pour mission de proposer une trajectoire pluriannuelle et des critères de répartition de l'ONDAM en enveloppes régionales sur la base d'un diagnostic financier et sanitaire partagé. Dans un contexte budgétaire contraint, elle permettrait de responsabiliser l'ensemble des acteurs et de favoriser une conscience collective des efforts nécessaires à l'équilibre du système de santé. Enfin, elle pourrait s'inspirer du modèle allemand en renforçant la participation des acteurs de santé à la gouvernance du système.

LA DÉCLINAISON AU NIVEAU RÉGIONAL

L'ONDAM serait décliné en objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie (ORDAM) votés en même temps que l'ONDAM, qui prendraient en compte les caractéristiques territoriales (épidémiologie, précarité, démographie, accès aux soins...) avec un objectif de réduction des inégalités entre régions.

L'État, à travers son représentant régional, signerait avec chaque Région, au sein du volet santé contrat Etat/Région (CPER), des engagements concernant l'offre de santé (avec les budgets de fonctionnement et d'investissement correspondants).

Catalyseur des investissements, le CPER est déjà, dans nombre de domaines de politiques publiques, l'outil nécessaire pour élever le niveau d'équipement et accroître l'offre de service dans les territoires, soutenir l'emploi et préparer l'avenir. Il a vocation à financer les projets exerçant un effet de levier pour l'investissement local. Par ailleurs, il contribue à la mise en œuvre des fonds européens structurels et d'investissement qui représentent une part importante des financements. Cette extension des prérogatives et moyens dédiés à la santé donnerait aux régions la faculté d'ajuster les tarifs et forfaits des prestations dans le cadre de tarifs et forfaits nationaux minimums et maximums et de financer ou contribuer à financer l'investissement hospitalier structurant. Par ailleurs, les Régions dans lesquelles serait constatée une situation budgétaire déficitaire devraient en supporter la charge.

Il sera nécessaire d'identifier le financement du système de santé régional par la création d'un budget annexe au budget de la Région, soumis à la règle interdisant tout déficit tant du budget principal que de chaque budget annexe de l'ensemble des collectivités décentralisées. Il est très probable que les Régions ne pourront adhérer à un tel projet que si elles disposent des leviers nécessaires à l'exercice de leurs responsabilités.

DES MOYENS D'ACTION RENFORCÉS POUR LES ÉTABLISSEMENTS

Cela passe par une remise en cause des statuts des différents acteurs :

- Concernant les CHU (centres hospitalo-universitaires), il est impératif de réviser l'ordonnance «Debré» de 1958 qui les a dotés d'un statut à caractère public sclérosant et déresponsabilisant. Il est proposé de s'inspirer du modèle de la Fondation qui leur permettrait de conjuguer souplesse, réactivité et responsabilité.¹
- Les autres centres hospitaliers (CH), ils garderaient dans un premier temps leur statut juridique actuel (les établissements volontaires pourraient cependant adopter le modèle de Fondation),
- Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), dont le périmètre de certains pourraient être révisés, devront impérativement se voir doter de la personnalité morale, indispensable à une gouvernance renforcée seule à même de recomposer l'offre des soins dans le sens de l'efficience.
- Quant aux établissements privés commerciaux, leurs conditions d'activité (incluant des missions de service public et les modalités de participation au dispositif hospitalier territorial) seraient définies par une convention d'association au service public qui conditionnerait le financement de leurs activités.
- Concernant les professionnels de santé (libéraux ou salariés), les Régions devront, en lien avec les Départements, les communes et les intercommunalités, favoriser leur intégration au réseau de Maisons France santé ou toute autre forme de coopération territoriale permettant de fonctionner au quotidien en relation avec les autres acteurs du système de santé.

LA FAUSSE BONNE IDÉE DE L'ENTREPRISE NATIONALE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Jenner s'est par ailleurs interrogé sur l'intérêt que pourrait présenter la création, suggérée par certains, d'une entreprise nationale du service public hospitalier qui apporterait peut-être, une unité de commandement et une organisation uniformisée dans les territoires. Pour Jenner, il s'agit d'une fausse bonne idée qui ne s'inscrit pas dans le sens d'une plus grande responsabilisation des échelons locaux et départementaux. Il n'y a pas non plus d'exemples d'une telle organisation pyramidale, alors que le modèle décentralisé que nous préconisons est le plus répandu en Europe et qu'il y a fait ses preuves.

¹Concernant les CLCC (centres de lutte contre le cancer), membres du corps des CHU depuis la loi HPST de 2009, ils devraient bénéficier d'une convention bipartite à jour avec leur CHU de référence ainsi qu'avec leur université.

2 - RÉFORMER LE MODÈLE DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Ce sujet majeur a deux dimensions. La première concerne les prélèvements obligatoires destinés à financer la protection sociale et notamment la branche maladie. La seconde porte sur les modalités de paiement et de rémunération des acteurs de santé.

LES RESSOURCES MOBILISÉES POUR LA BRANCHE MALADIE

Sur le premier point, il est clair que le modèle de 1945 reposant sur des cotisations des employeurs et des salariés est devenu obsolète pour le chef d'entreprise et le revenu net des salariés. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le système a déjà été amodié par la création de la CSG (contribution sociale généralisée) et l'affectation de taxes divers telles que celles sur le tabac et l'alcool, et par un prélèvement sur la TVA. Aujourd'hui le financement de la santé repose à 59% sur les cotisations salariales et patronales et 41% sur d'autres ressources.

Le mythe du financement de la branche maladie par les cotisations salariales et patronales, au nom des principes fondateurs de la Sécurité Sociale, reste un totem, au détriment de l'efficacité globale du système et du rendement financier des prélèvements. Cela aboutit à une forme d'injustice sociale conduisant à la faiblesse des salaires nets en France. C'est pourquoi nous proposons une réforme du financement qui tienne compte de l'évolution de l'économie actuelle, dans laquelle la part du revenu du travail a diminué au profit d'autres revenus plus dynamiques.

Dès lors nous préconisons de basculer progressivement, en 5 ans, vers un système fiscalisé universel. La « CSG » à 100 %, dont l'assiette est proche de celle de l'impôt sur le revenu, pourrait en être l'instrument principal. A ce financement, s'ajouteraient des taxes affectées répondant à des objectifs de santé publique (sur la « mal bouffe », sur les produits importés ne correspondant pas aux normes sanitaires ou aux normes sociales et environnementales de la France, les produits présentant des risques addictifs y compris numériques). Ce dispositif constituerait le socle financier essentiel d'une politique de santé publique assumée. Elle aurait en outre pour avantage de favoriser le basculement d'une économie productiviste vers une économie plus vertueuse.

CRÉER UN INTÉRÊT À AGIR

Sur le volet des dépenses, le système actuel est caractérisé par des modes de rémunérations des acteurs particulièrement complexes, différenciés, répondant, pour certains, plus à une politique implicite de revenus professionnels qu'à une juste couverture des coûts. Le résultat est que le coût administratif de gestion de ce système de paiement est dispendieux, inefficace et générateur de rentes. Les modalités de financement des établissements de santé et de rémunération des professionnels libéraux doivent obéir à deux exigences: créer un intérêt à agir et donc assurer un certain degré de productivité, tout en évitant la multiplication des séjours et actes inutiles.

En ce qui concerne les établissements de santé, la tarification à l'activité finance actuellement jusqu'à plus de 60 à 70 % des budgets des hôpitaux du service public, le solde étant assuré pour l'essentiel par des dotations couvrant le coût des missions d'intérêt général.

Dans l'attente d'études qui permettront peut-être un jour de substituer au financement au séjour un financement au parcours, de toute manière limitée aux maladies chroniques, il convient de maintenir la T2A qui représente aujourd'hui le système le plus juste d'allocation de la ressource.

Mais il faut par ailleurs poursuivre le développement de financements sur objectifs quantitatifs et qualitatifs, à la fois pour le secteur public ou assimilé et pour le secteur commercial, seul système à même de limiter les inconvénients d'un financement basé sur la seule activité, forcément un peu inflationniste et parfois non pertinent. Le même principe doit être appliqué à la rémunération des professionnels de santé (libéraux ou salariés), qui doivent rester financés majoritairement à l'activité.

3 - UNE PRIORITÉ NATIONALE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ, PRÉVENTION ET ÉDUCATION POUR LA SANTE

UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE DE LA PRÉVENTION

Une politique de prévention santé est par nature multidimensionnelle et elle traverse l'ensemble des activités sociales. Elle est différente selon qu'elle s'adresse à tous les âges de la vie : elle commence par le suivi pré et postnatal, se poursuit dans la petite enfance, puis à l'adolescence : elle concerne les adultes dans les différentes dimensions de leur vie personnelle – en tant que parent, consommateur, usager de la route...- et sociale – citoyen, patron, agriculteur ou pêcheur – et, l'âge venu, prend la forme de la prévention de la dépendance pour les personnes âgées.

Elle a le plus souvent, une dimension transversale (alimentation, environnement, santé au travail...). Elle concerne un nombre important d'acteurs aux différents échelons (national, régional, départemental, local). Se posent donc des questions de périmètre comme de dispositif de pilotage.

On parle souvent de la prévention en santé, de soins préventifs se distinguant des soins curatifs ... Dans un article intitulé « Prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé, on s'y perd » met en exergue le brouillage introduit par un usage non maîtrisé de ces différents concepts, auxquels est au surplus souvent substitué, par facilité de langage, l'appellation de « santé publique ».

Ainsi, il est de plus en plus demandé aux professionnels médicaux et non médicaux dont l'activité est centrée sur les soins curatifs, d'intégrer à leur pratique la dimension préventive, tant dans le cadre de la consultation du médecin généraliste spécialiste, qu'au cours d'un séjour hospitalier ou dans la prise en charge des pathologies chroniques. Depuis des décennies, nul ne conteste en France que la « prévention » devrait être une dimension majeure de la politique de santé. Cependant les résultats des programmes de prévention qui se sont succédé n'ont pas eu les résultats escomptés, faute sans doute de moyens suffisants, mais aussi d'une conception de la prévention comme un domaine séparé de celui des soins.

CLARIFIER LES CONCEPTS

- La loi du 2 août 2021 est intitulée « pour renforcer la prévention en santé au travail » créé l'appellation de « Services de prévention et de santé au travail ». Dans son intitulé, elle met l'accent sur le fait que la prévention est partie intégrante du domaine de la santé, alors qu'une de ses dispositions présente la prévention comme une activité distincte de la santé au travail.
- Le titre donné au ministre de la santé qui est, dans plusieurs gouvernements récents, devenu « ministre de la santé et de la « prévention », sous-entendant ainsi que la prévention ne serait pas intégrante du domaine de la santé.

DÉCLINER UNE FEUILLE DE ROUTE

Nous suggérons, par conséquence, d'asseoir une politique de prévention sur 9 principes d'action :

1. D'éviter la facilité et de s'efforcer à la rigueur dans l'usage du vocabulaire dans la rédaction des textes législatifs et réglementaires. Le premier acte en la matière serait la rédaction d'un lexique dans lequel serait donné une définition rigoureuse des différents termes en usage. Cette discipline permettrait d'éviter les faux-semblants et les discours creux et vides de sens.
2. En particulier, de bien distinguer ce qui relève de la protection des populations, de l'éducation pour la santé relevant de la prévention primaire des autres formes de prévention, de ce qui relève d'une approche populationnelle et d'un suivi individuel. En effet chacun de ces domaines est placé sous la responsabilité d'autorités et associe des acteurs différents, il recourt à des moyens d'action spécifiques s'adresse à des cibles qui leur sont spécifiques.
3. De faire mieux connaître les responsabilités respectives des organismes internationaux, de l'autorité de l'Union européenne, des niveaux territoriaux de l'État et des différentes collectivités territoriales.
4. Plutôt que de favoriser l'activisme d'organismes dont ce ne devrait pas être le champ d'action et construire de prétendus « partenariats » sous la forme de dispositifs de coopération coûteux, chronophages et inefficaces, il faudrait veiller à ce que chacun assume pleinement la place qui est la sienne sans empiéter la place des autres.
5. De s'efforcer d'intégrer aussi systématiquement que possible les soins préventifs et les soins curatifs dans l'activité des professionnels de santé. Ces deux dimensions devraient figurer systématiquement dans les programmes de formation et dans les protocoles de soins et dans les recommandations adressées aux professionnels.
6. Concernant la pénurie des médecins dits de « prévention », les difficultés de recrutement ne sont que partiellement liées à l'insuffisance des rémunérations. La perspective pour de nombreux potentiels candidats de se spécialiser dans la prévention peut avoir pour eux un caractère frustrant et peu gratifiant.
7. Plutôt que de faire de la « prévention » une spécialité, favoriser la transversalité développant un dispositif d'accréditation de professionnels dont ce ne serait pas l'activité principale.
8. Élargir les responsabilités des professionnels de santé non-médicaux, en particulier celles des IPA (infirmières en pratique avancée), infirmières, autres paramédicaux et des assistants médicaux, à l'image de ce qui est fait depuis deux décennies dans le cadre de la médecine du travail.
9. D'organiser autant que faire se peut les activités de prévention au sein de structures dont ce ne serait pas l'activité exclusive, en particulier au sein des maisons, centres de santé multidisciplinaires, avec un rôle particulier pour les maisons ou antennes au sein du réseau France santé.

LE PILOTAGE AU TRAVERS D'INDICATEURS NATIONAUX ET RÉGIONAUX

En termes de pilotage, l'effort en faveur de la prévention s'appuierait, pour le cadrage national, sur un opérateur de référence, à partir de l'expérience de l'agence Santé publique France recentrée sur cette priorité.

Un sous-objectif prévention santé serait créé au sein de l'ONDAM permettant de suivre les priorités fixées par le Parlement et de les décliner au niveau régional, via les ORDAM (cf. supra).

La montée en charge des financements serait assurée à 20% par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et à 80% par l'assurance maladie complémentaire (AMC). Une partie significative des taxes comportementales y étant affectée.

Sur le modèle des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, une conférence des financeurs de la prévention santé serait créée au niveau régional, avec des relais au niveau départemental et infra-départemental permettant de mobiliser tous les acteurs publics et privés, mais également de garantir, dans la mise en œuvre opérationnelle des actions de prévention, la dimension transversale (alimentation, environnement, école, universités, entreprises...).

4 - LES TECHNOLOGIES NUMÉRIQUES AU SERVICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DE LEURS PATIENTS

L'outil numérique et plus récemment l'Intelligence artificielle sont devenus incontournables dans le domaine de la santé. Cette technologie irrigue toutes les dimensions du soin, du curatif au préventif, mais aussi de l'organisation et de la gestion du système. Elle aura un impact considérable pour les patients que ce soit pour accéder au système de santé, évaluer la qualité des soins, le suivi à domicile, la prévention des risques par les moyens éducatifs numériques avec par exemple la mise en œuvre d'un « ChatGPT » médical

Tout candidat à la Présidence de la République se devra donc de proposer une politique de développement massif dans le numérique en santé avec trois domaines

UN DOSSIER MÉDICAL UNIQUE

Il doit regrouper les données du patient accessible à celui-ci mais surtout permettant au professionnel de santé de disposer de l'ensemble des données pertinentes nécessaires à un soin de qualité et une politique de prévention au meilleur coût. Cet objectif ne peut être atteint que si l'accès à ces informations et son enrichissement est transparent pour le professionnel de santé. L'objectif ne doit donc pas être de rendre obligatoire son utilisation mais bien davantage d'assurer un usage facile et un accès à l'information pertinente. Ceci nécessite également de s'interroger sur la gouvernance actuelle que ce soit la dispersion des structures ministérielles en charge de ce dossier, mais aussi à la pluralité des guichets de financement et l'éclatement des éditeurs de logiciels.

L'exemple récent du succès d'une entreprise comme Doctolib dans le domaine de la gestion des rendez-vous mais aussi des logiciels de cabinet et du dossier médical patient et son extension sur des pays européens pose bien la question du rôle des pouvoirs publics face aux opérateurs privés tout en y intégrant le développement des normes européennes en particulier pour ce qui concerne l'interopérabilité et la normalisation des données. Ainsi, l'Etat doit rester le garant de la sécurité nécessaires et des modalités d'usage de ces données, ce rôle pouvant être confié à un seul opérateur public.

LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION

Les travaux autour des entrepôts de données doivent être favorisé permettant le développement de la Recherche clinique et épidémiologique mais aussi l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et l'aide à la décision médicale. La mise en place de l'entrepôt de données national et son alimentation par les systèmes d'information ou entrepôt de données locaux doit être accélérée avec une alimentation obligatoire des établissements en particulier hospitalo-universitaire ainsi qu'un accès plus ouvert vers les chercheurs mais aussi les industriels. Cet entrepôt doit être également au service du pilotage du système de santé : trop souvent, la gestion s'effectue « à l'aveugle », alors même que les données existent.

L'INTÉGRATION DES OUTILS D'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

L'intégration des outils d'intelligence artificielle à la pratique quotidienne des professionnels de santé mais aussi des gestionnaires doit constituer une priorité de la médecine de demain. Il doit permettre de dégager du temps soignant et administratif en automatisant les tâches à faible valeur ajoutée mais chronophages (courriers, codage, plannings, prises de RDV, orientation des patients...).

Il doit surtout constituer une aide à l'action médicale et à la prévention. Le développement de tels outils auxquels il convient d'associer les dispositifs médicaux doit être favorisé au profit des entreprises européennes et son utilisation par les professionnels encouragée.

DE NOUVELLES FORMES DE GOUVERNANCE

Pour répondre à ces objectifs ambitieux et fédérateurs, une réflexion sur la gouvernance est indispensable avec pour objectif de supprimer la dualité DGOS versus DNS ou DGOS versus Assurance Maladie et de se poser la question des missions existantes actuellement entre la DGOS, la Délégation du Numérique en Santé, l'Agence du Numérique en Santé, les ARS et les Grades.

Une structure unique en charge du développement du numérique en santé s'appuyant sur Paris Santé Campus en termes de recherche et de développement pourrait constituer une base de travail.

5 - PROJETER EN EUROPE ET A L'INTERNATIONAL L'EXCELLENCE DU SYSTEME DE SANTÉ FRANÇAIS

Les différentes composantes du système de santé français constituent autant de filières d'excellence reconnues – médecine de ville, hôpital, secteur médico-social, recherche, industries de santé.

Les impératifs de soutenabilité économique, d'attractivité des talents et de mobilisation des investissements rendent désormais indispensable la projection structurée de ces atouts à l'échelle européenne et internationale, qu'il s'agisse de cadres juridiques innovants encore inaboutis (tel le projet de statut d'hôpital européen), de coopérations institutionnelles, d'appels d'offres internationaux ou de stratégies d'implantation et d'acquisition à l'étranger. Dans cette perspective, tout candidat ou candidate à la résidence de la République se doit d'assumer, au-delà d'une participation active aux politiques de santé de l'Union européenne – prévention, anticipation et gestion des crises, formation des professionnels, médicaments et dispositifs médicaux, numérique en santé, intelligence artificielle, données de santé et recherche-, un leadership affirmé en matière de santé à l'échelle du continent. Cette ambition appelle à retrouver un récit narratif autour de la marque France Santé, fondé sur l'excellence, l'accès universel, l'équité sociale et territoriale, ainsi que sur une capacité d'innovation continue, tournée vers les défis sanitaires des prochaines décennies.

JENNER
— ASSOCIATION —