

PROJET POUR LA FRANCE DE **MARINE LE PEN**



**M LA SANTÉ**





**M**

**LA SANTÉ**



# — LA SANTÉ —

La crise sanitaire a révélé les insuffisances de notre système de soins et la vulnérabilité des patients souffrant de maladies chroniques et de comorbidités. Plusieurs facteurs contribuent à l'écart croissant entre la demande de soins et l'offre de soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital : augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, vieillissement de la population, érosion des personnels soignants à l'hôpital, raréfaction des visites à domicile, disparition des tours de garde, progression des déserts médicaux.

Il sera probablement encore plus difficile de se soigner dans les années à venir, car un quart des médecins a plus de 60 ans, ce qui annonce des départs massifs à la retraite. Conséquence de ces évolutions : les services d'urgence des hôpitaux doivent prendre en charge une part de plus en plus importante des malades dans les services d'urgence. Cette situation a été aggravée par les politiques menées par Emmanuel Macron depuis 5 ans, avec 18 000 fermetures de lits – une tendance qui a été poursuivie aveuglément, malgré la crise sanitaire.

---





## ■ Redonner confiance à l'hôpital public en lui fournissant les moyens pour être efficace et en réformant sa gouvernance.

La situation dans laquelle se trouvent les hôpitaux est telle qu'un plan d'ampleur doit être mis en œuvre pour leur permettre de

retrouver un fonctionnement normal au profit tant des patients que des personnels soignants.

### I. L'organisation des hôpitaux est déconnectée des besoins des malades et des enjeux de santé publique

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ont été introduits par la loi Santé de 2016 dans le but de mutualiser les moyens et les projets entre hôpitaux publics d'un même territoire pour garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins. Les effets attendus ne sont pas au rendez-vous, puisque l'accès aux soins n'a pas été amélioré et que les GHT ne sont pas parvenus à résorber les inégalités dans ce domaine.

La loi Buzyn de 2019, dite « Ma Santé 2022 », affirme la nécessi-

té d'organiser les soins de façon décloisonnée à l'échelle d'un territoire entre l'hôpital et la médecine de ville à travers les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et leur intégration au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Là encore, l'échec est au rendez-vous.

Ni la création des CPTS, ni celle des GHT n'ont permis de parvenir à une bonne complémentarité entre la médecine de ville et l'hôpital, et entre le secteur public et le secteur privé.

### II. La gouvernance hospitalière a fait naître une bureaucratie qui pénalise la qualité des soins

Il est indispensable et urgent de réformer la gouvernance hospitalière de façon à redonner toute sa place au personnel soignant et à privilégier la qualité des soins. La loi Bachelot de 2009, dite « Hôpi-

tal, Patients, Santé et Territoire » a créé les Agences Régionales de Santé (ARS). Cela a aggravé la situation des hôpitaux. Les médecins, notamment les chefs de service, ont été exclus de la gouvernance

de l'hôpital et des services de soins, au profit des ARS et des directeurs d'hôpitaux. L'approche administrative et financière des ARS a pris le pas sur les questions médicales, en faisant peser sur les soignants le poids permanent de la dictature des indicateurs chiffrés, au détriment du temps passé à soigner les patients.

### → Proposition

Il est urgent de desserrer l'étau bureaucratique et de lever le carcan administratif mis en place par les ARS. Afin de réaffirmer l'autorité de l'État dans le domaine de la

santé, la tutelle des hôpitaux sera de nouveau confiée aux préfets de région à travers les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales : les ARS seront purement et simplement supprimées.

Les hôpitaux auront une gouvernance bicéphale, partagée entre le directeur d'hôpital pour les aspects administratifs et un médecin pour les questions médicales. Cette gouvernance bicéphale s'appuiera sur un projet dont les objectifs seront fixés par un contrat défini par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

## III. La pénurie de personnel soignant fragilise de plus en plus l'hôpital public

« Le premier des déserts médicaux en France, c'est l'hôpital », affirmait Frédéric Valletoux, président de la Fédération Hospitalière de France, le 18 mai 2020 lors d'une interview. Il faisait le constat que 30 % des postes, tous métiers confondus, étaient non pourvus. Les personnels soignants quittent en masse l'hôpital, car leurs conditions d'exercice se dégradent jour après jour : surcharge de travail pour compenser les sous-effectifs, manque de matériel, locaux vétustes, etc. Les hôpitaux ruraux de taille moyenne sont particulièrement démunis et doivent recourir à du personnel intérimaire extrêmement coûteux. Le recrutement

de praticiens ayant obtenu leur diplôme en dehors de l'Union européenne s'est développé, pour répondre dans l'urgence et imparfaitement aux problèmes de court terme auxquels sont confrontés de nombreux hôpitaux.

Une enquête réalisée au printemps 2021 a montré que 40 % des infirmières avaient envie de changer de métier. Pour la seule période de janvier à septembre 2020, plus de 12 000 infirmiers et aides-soignants ont quitté l'hôpital, et des dizaines de milliers de postes restent non pourvus faute de candidats. Les infirmiers et les aides-soignants ont mobilisé toutes leurs ressources physiques et psychologiques du-



rant la crise sanitaire.

Mais aujourd'hui leur épuisement, le manque persistant de reconnaissance et le poids de la bureaucratie les poussent de plus en plus à quitter l'hôpital. Ni les mesures prises par la loi « Organisation et transformation du système de santé » de 2019, ni le Ségur de la santé, ne sont suffisants pour faire revenir à l'hôpital des personnels soignants qui l'ont quitté ou pour convaincre ceux qui y exercent d'y rester.

Avant le Ségur de la santé, les infirmiers hospitaliers étaient payés environ 20% de moins que leurs collègues de la plupart des grands pays européens. Si le Ségur de la santé a permis de réduire cet écart de moitié, il demeure important. La plupart des hôpitaux ruraux ou de villes moyennes sont contraints de recruter des praticiens à diplômes hors Union européenne (PAD-

HUE). Ces recrutements en masse sont source de graves problèmes de fonctionnement et ne permettent en rien de régler les tensions pesant sur ces structures.

## → Proposition

Recruter en masse des personnels soignants pour combler les postes vacants et revaloriser leurs salaires. Au moins 10.000 places supplémentaires seront ouvertes dans les Instituts de Formation en Soins infirmiers (IFSI) et les centres de formation d'aides-soignants.

2 milliards d'euros sur cinq ans permettront de revaloriser les salaires du personnel soignant exerçant à l'hôpital. Le salaire des infirmiers sera augmenté de 10% pour atteindre la moyenne européenne. Cette revalorisation concernera également les personnels hospitaliers non concernés par le Ségur de la santé.

## IV. Une trop grande proportion de personnel administratif à l'hôpital public

L'hôpital souffre d'une bureaucratie importante qui consomme une part non négligeable de ses ressources.

Si les hôpitaux ont besoin d'emplois administratifs pour contribuer à leur bon fonctionnement, ils doivent cependant ne pas excéder un cer-

tain seuil.

## → Proposition

Fixer un plafond de 10% de postes administratifs dans les hôpitaux, ce qui dégagera des marges de manœuvre pour recruter davantage de personnel soignant.

## V. La pénurie de lits s'aggrave

100.000 lits ont été fermés ces 20 dernières années : cela correspond à une réduction de 25 %. Entre 2000 et 2020, la France est passée de 485 000 à 386 000 lits d'hôpital, alors que dans le même temps les dirigeants français faisaient le choix d'une immigration massive, ce qui a entraîné une augmentation importante du nombre de patient à prendre en charge.

Plus grave encore : 5 700 lits d'hospitalisation complète, c'est-à-dire des lits pour des patients qui passent plus d'une journée à l'hôpital, ont été fermés en 2020, en pleine pandémie. Actuellement, notre pays dispose d'un peu moins de 6 lits pour 1 000 habitants. Cette réduction du nombre de lits

s'est accompagnée du développement des hospitalisations de jour, des soins ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile. Mais la crise sanitaire a révélé une énorme pénurie de lits, notamment de réanimation.

Cette situation n'est pas nouvelle et n'est pas due qu'à la pandémie.

Au début de l'année 2020, plus de mille chefs de service des hôpitaux publics avaient démissionné de leurs fonctions administratives pour alerter le gouvernement sur la gravité de la situation.

### → Proposition

Instaurer un moratoire sur la suppression des lits à l'hôpital public.





## VI. Un recours excessif aux urgences

Ce recours excessif provoque un engorgement des services d'urgence aggravé par le manque récurrent de lits d'aval. Cela tient pour une part à un défaut de prise en charge par la médecine de ville.

Avec plus de 21 millions de passages aux urgences, leur nombre a doublé en 20 ans. Plus de 40 % relèvent d'une prise en charge par la médecine de ville. Cette situation met en danger la vie de certains patients, notamment des personnes âgées, qui peuvent passer des heures sur un brancard dans un couloir faute, de lits disponibles.

La réorganisation des urgences est une nécessité pour patients et soignants. L'attente y est souvent excessive et les soignants y sont

même parfois confrontés à la violence.

### → Proposition

Renforcer de façon significative le personnel des services d'urgence.

Organiser un partenariat entre les services d'urgence et des cabinets médicaux libéraux vers lesquels pourraient être réorientés les patients relevant de la médecine de ville et non des urgences.

Créer une filière distincte pour les personnes les plus âgées. Cette filière spécifique doit permettre de limiter l'attente aux urgences, d'améliorer la prise en charge et de mieux orienter le patient âgé, soit vers un service d'un hôpital, soit vers un retour à domicile ou un établissement spécialisé.

## VII. Une tarification inadaptée.

La dégradation de l'hôpital tient pour une large part aux réformes faites ces vingt dernières années, qui ont eu pour seule boussole la réalisation d'économies, au détriment de la qualité des soins prodigués.

La tarification à l'activité, mise en place par paliers de 2004 à 2021, est basée sur la performance, la compétitivité et la rentabilité. Elle vise à rapprocher la stratégie du secteur public de celle adoptée

par le secteur privé. Sa mécanique est absurde, puisqu'elle contraint les hôpitaux à fixer leur budget en fonction de leurs prévisions de recettes et non de la réalité de leur activité.

### → Proposition

Redéfinir le mode de financement de l'hôpital public en revenant à un budget sous forme de dotation globale, afin de garantir la qualité des soins.





## ■ Recourir davantage à la médecine ambulatoire

### I. Une organisation qui n'a pas apporté la preuve de son efficacité.

Depuis 15 ans, les gouvernements successifs ont inventé des modalités d'organisation de la médecine ambulatoire qui n'ont réglé aucun des problèmes auxquels sont confrontés les patients et les professionnels de santé.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), créées par la loi Touraine de 2016 et réformées par la loi Buzyn de 2019, avaient pour ambition de créer des réseaux de professionnels de santé afin de garantir l'accès à un médecin traitant à l'ensemble des patients et de faciliter l'organisation des parcours de soins.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) visent, avec les CPTS, à endiguer la désertification médicale tant dans les zones rurales que dans certaines zones urbaines, mais leur nombre est notoirement insuffisant. La Permanence de soins ambulatoires (PDSA), est un dispositif de prise en charge par des médecins généralistes, pendant les heures de fermeture des cabinets libéraux, des soins non programmés.

Ce mille-feuille bureaucratique inventé pour tenter d'organiser la médecine de ville est d'une rare inefficacité.

### II. Le problème des déserts médicaux et de l'accès aux soins programmés et non programmés.

7,4 millions de Français vivent dans un désert médical : concrètement, cela signifie qu'ils doivent passer de longues heures en voiture ou en transports pour bénéficier de prestations médicales élémentaires ou acheter des médicaments. Ce problème n'est pas exclusivement dû au nombre insuffisant des médecins.

En effet, les jeunes générations de médecins sont attirées par les CHU, les grandes métropoles, les régions

littorales et le statut de salarié, et de moins en moins par la campagne et l'exercice libéral.

Les départements dont la densité médicale est la plus faible, exprimée en nombre de médecins pour 100 000 habitants, sont l'Ain, le Cher, l'Eure, l'Indre, la Mayenne, la Meuse, l'Yonne et sont généralement ceux où la population est la plus âgée, où les difficultés de déplacement sont les plus grandes et où la télémédecine

est la moins développée.

Ces départements sont aussi ceux dans lesquels la part des médecins qui ont obtenu leur diplôme ailleurs qu'en France est la plus élevée. En 2018, le pourcentage de ces médecins étrangers nouvellement installés était de 100% dans la Creuse, de 78% dans l'Indre, de 65% en Eure-et-Loir, dans le Cher et l'Yonne, de 41% dans l'Eure, de 37% en Mayenne et de 35% dans l'Ain. L'accentuation de ces inégalités territoriales est donc inéluctable dans les prochaines années si rien n'est fait pour y remédier. Qui peut croire que des titulaires d'un diplôme de médecine obtenu dans un pays en développement pourront fournir la même qualité de prestations que des médecins formés en France ?

Tout aussi inquiétante, la santé mentale des étudiants en médecine et des internes s'est fortement dégradée ces dernières années, notamment en raison de l'épuisement professionnel qu'ils subissent. Plus des deux tiers d'entre eux avouent un état proche du burn-out, les trois quarts présentent des symptômes anxieux, et 39 % des syndromes de dépression.

Dans beaucoup de bassins de vie, et pas seulement dans les déserts médicaux, l'accès aux soins et leur continuité se dégradent, en particulier pour les personnes âgées ou les patients atteints de plusieurs pathologies. Les trop longs délais d'attente

pour obtenir un rendez-vous sont un des principaux motifs de renoncement aux soins. Il faut treize jours de plus qu'il y a cinq ans pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste et un patient sur dix ne parvient pas à avoir un rendez-vous.

Ces difficultés sont particulièrement insupportables en zone rurale, où même des patients atteints de graves maladies, nécessitant des soins très rapides, doivent parfois attendre des mois avant d'avoir un rendez-vous pour effectuer un scanner ou une IRM.

## → Proposition

1. Réduire le nombre de déserts médicaux grâce à des incitations financières fortes, celles existantes, inefficaces, étant supprimées. La première de ces incitations sera simple, à rebours des dispositifs bureaucratiques et complexes mis en œuvre depuis cinq ans : une rémunération de la consultation modulée selon le lieu d'installation, sans que les praticiens n'aient de démarches spécifiques à faire. Cette mesure sera complétée par une action résolue de l'Etat en matière d'infrastructures et de services publics pour augmenter l'attractivité de ces zones vis-à-vis des médecins et de leur famille.
2. Améliorer le parcours de soins des personnes âgées et notamment la prise en charge des soins non programmés. Cela reposera sur une complémentarité entre l'hôpital

et la médecine de ville afin de mieux prendre en compte le caractère spécifique de ces patients, tant pour les soins ambulatoires que pour la programmation et pour les hospitalisations. Dans ce cadre, les infirmiers de pratique avancée (IPA) joueront un rôle essentiel.

**3.** Développer la télémédecine sous toutes ses formes : téléconsultation, télésoins, téléexpertise, télésurveillance médicale. La télémédecine permet d'établir un lien entre le patient et le médecin, mais également entre les différents acteurs du parcours de soins. La télémédecine contribue à résoudre les problèmes posés par les déserts médicaux et limite les déplacements longs et coûteux pour les patients.

Un plan d'investissement massif sera lancé dans ce domaine, cofinancé par l'Etat et les collectivités locales.

**4.** Augmenter le nombre de maisons et de centres de santé pour couvrir

entièrement les besoins de la population, et les doter des capacités leur permettant de traiter les « petites urgences » (comme les fractures mineures) afin de désengorger les hôpitaux.

**5.** Ouvrir un nombre de places suffisantes dans les facultés de médecine pour disposer des médecins dont les Français ont besoin, résorber les déserts médicaux et réduire drastiquement le recours aux médecins ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne.

**6.** Donner plus de place à la prévention, notamment grâce aux visites médicales scolaires qui redeviendront systématiques.

**7.** Accroître le « temps médical » du praticien grâce à l'élargissement des tâches confiées aux pharmaciens, aux sages-femmes, aux infirmiers et aux assistantes sociales, par exemple pour la détection de la perte d'autonomie des personnes âgées.

### III. Le problème de la médicalisation insuffisante des EHPAD.

Le médecin coordonnateur d'un EHPAD, généraliste ou un gériatre, est chargé de garantir la qualité et la continuité des soins, mais 30 % des EHPAD en sont dépourvus.

La présence infirmière n'est pas assurée 24 heures sur 24.

#### → Proposition

Accroître la présence de personnel médical au sein des EHPAD : chaque établissement doit être doté d'un médecin coordonnateur et une infirmière doit être présente 24 heures sur 24.

## IV. Le problème de l'autonomie de décision des médecins.

La crise sanitaire a constitué un prétexte pour porter atteinte à l'autonomie de décision des médecins en restreignant leur capacité de prescription et leur liberté d'expression lorsqu'ils parlent de traitements médicaux, ce qui constitue une ingérence inédite et inadmissible dans l'exercice.

### → Proposition

1. Rendre aux médecins leur liberté de prescription et d'expression.
2. Réformer le système de rémunération complémentaire des médecins libéraux mis en place en 2012, qui porte atteinte à leur autonomie de décision et n'a pas eu de réel impact sur leurs pratiques professionnelles.







## V. Les proches aidants, un maillon indispensable du système de santé.

On estime qu'entre 8 et 11 millions de Français rendent régulièrement service à un proche dépendant. Pour neuf de ces personnes sur dix, la personne aidée est un membre de leur famille, très souvent l'un des deux parents.

Au-delà des valeurs de solidarité et d'entraide qui sont véhiculées par ces citoyens aidants, leur action a un impact très concret pour la France : elle évite des milliards d'euros de dépenses à la sécurité sociale chaque année. Car un proche qui aide une personne dépendante, qu'il s'agisse d'un aîné ou d'un enfant handicapé, permet d'éviter le recours à des professionnels de santé, comme les auxiliaires de vie ou des aides-soignants à domicile.

Pour tous ces aidants, la principale difficulté, au-delà de la fatigue physique ou morale, est de réussir à se maintenir dans l'emploi, ou à conserver des revenus équivalents. Car s'investir dans le soutien à un proche dépendant, cela signifie souvent exercer son métier à temps partiel, et donc perdre une partie de son salaire.

### → Proposition

La réponse des pouvoirs publics à cette situation est demeurée très

faible : un plan minimal a été adopté par le gouvernement d'Emmanuel Macron, via la création d'un congé de proche aidant, plafonné à trois mois pour l'ensemble de la carrière, et faiblement indemnisé, sans tenir compte des revenus du ménage concerné. Éluë présidente de la République, Marine Le Pen mettra en œuvre deux mesures volontaristes de soutien aux proches aidants.

Tout d'abord, la durée du congé de proche aidant sera portée à douze mois pour l'ensemble de la carrière ; son indemnisation sera indexée sur les revenus de la personne aidante, avec une couverture à 100 % des pertes salariales au niveau du SMIC, à 80% jusqu'au salaire médian puis à 50% au-delà (plafonnée à 3 000 € net) . Cette aide sera naturellement déconjugalisée, comme l'allocation adulte handicapé (AAH), car il n'est pas acceptable que l'aide versée aux familles au titre de la solidarité soit indexée sur les revenus globaux de la famille.

Enfin, une indemnité spécifique de 300 € mensuels sera créée pour toute personne faisant le choix de vivre au domicile d'un proche dépendant ou de l'accueillir chez elle pour se consacrer pleinement à son accompagnement.



## ■ Lutter contre la fraude et mieux assurer le financement du système de soins

### I. Réformer l'Aide médicale d'État qui a été détournée de ses objectifs

Le budget consacré à l'aide médicale d'État (AME), qui permet de couvrir les soins médicaux apportés aux étrangers en situation irrégulière, a plus que doublé depuis 2015. Il s'établit à un milliard d'euros, hors soins urgents, dans le budget pour 2022. Il était de 990 millions en 2021.

La présentation de ces crédits par le Gouvernement illustre parfaitement le détournement de l'AME, puisqu'il

indique que ce milliard est « hors soins urgents », alors même que l'AME ne devrait théoriquement concerner que ces derniers. Le ministre de la Santé a indiqué que « plus de 383 000 étrangers » en avaient bénéficié en 2020.

L'AME, dans sa forme actuelle, finance l'ensemble des soins prodigués aux clandestins. Alors que plus d'un quart des Français renoncent à certains

soins, l'accès illimité et gratuit à tous les soins pour les clandestins génère une scandaleuse rupture d'égalité.

En outre, l'AME est devenue une des causes de l'immigration illégale, car elle agit comme un appel d'air.

Il convient donc de supprimer l'AME pour les adultes tout en gardant un dispositif de soins urgents, c'est-à-dire ceux mettant en jeu le pronostic

vital ou pouvant conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

## → Proposition

**Transformation de l'AME en un dispositif qui prenne en charge pour les adultes les seuls soins urgents, comme dans tous les pays de l'Union européenne.**

## II. Lutter efficacement contre la fraude

Il s'agit d'abord d'évaluer les montants des fraudes, ce qui n'est pas fait. Les organismes de protection sociale doivent donc faire preuve de volontarisme dans ce domaine.

Les fraudeurs qui ne sont presque jamais sanctionnés doivent l'être sévèrement, car ils portent une atteinte grave au système de protection sociale qui est l'un des piliers de notre modèle de société.

### → Proposition

Le livret consacré à la lutte contre la fraude présente le détail des mesures proposées dans ce domaine.

Il s'agit :

- De créer un ministère spécifiquement dédié à la lutte contre la fraude, ayant autorité sur toutes les administrations compétentes.

- D'évaluer sous un an le montant réel des fraudes aux prestations sociales et d'identifier les mécanismes utilisés par les fraudeurs.

- De permettre aux organismes sociaux d'accéder aux fichiers utiles pour lutter contre la fraude.

- De contrôler que les personnes qui perçoivent des prestations sont toujours vivantes, notamment les retraités résidant à l'étranger : une preuve de vie, à travers une visite au Consulat de France, sera désormais exigée chaque année.

- De sécuriser la délivrance et l'utilisation des cartes Vitale en remplaçant le modèle actuel par des cartes infalsifiables contenant des données biométriques.

**MARINE LE PEN**

CANDIDATE

À LA PRÉSIDENTIE DE LA RÉPUBLIQUE



“ ELUE PRÉSIDENTE, JE FERAI DE LA **QUALITÉ DES SOINS**  
LE PIVOT DE LA **POLITIQUE DE SANTÉ** EN REDONNANT  
AU **PERSONNEL SOIGNANT SA JUSTE PLACE** ”

REJOIGNEZ  
LA CAMPAGNE :



NOUS SUIVRE SUR LES RÉSEAUX :



**M**  
*la France*  
www.mlafrance.fr