



Mieux dépenser pour la santé de tous?

Semaines sociales de France - Octobre 2013

Sommaire

Introduction.....	6
1- Comment dépense-t-on ? Quelques bizarreries du système de santé.....	8
1-1 Les inégalités géographiques de répartition des professionnels de santé.....	8
1-2 La complexité du parcours de santé.....	9
1-2-1 Santé publique, éducation à la santé, prévention.....	9
1-2-2 Les cloisonnements.....	12
1-3 Le mode de rémunération des professionnels.....	13
1-4 Pas de signe de responsabilisation.....	15
1-5 L'insuffisance de la pratique de l'évaluation.....	18
1-6 Management et coûts de gestion.....	19
1-7 Les industries de la santé.....	20
2 Prendre la mesure des changements.....	21
2-1 L'accroissement des savoirs.....	21
2-2 Induisant des changements de métiers.....	21
2-3 Les effets de l'informatisation.....	22
2-4 Changements des rapports entre patients et soignants.....	22
2-5 Des changements d'organisation.....	23
2-6 Les évolutions démographiques et générationnelles.....	23
2-7 Le système de santé ne peut plus fonctionner comme avant.....	24
3 Quels principes de solidarité pour le système de santé ?.....	25
3-1 Bases et évolution de la solidarité.....	25
3-2 Les limites rencontrées.....	25
3-3 Propositions d'ordre éthique.....	27
4 Face aux anomalies actuelles, à un contexte nouveau, quelques pistes à explorer en vue d'une meilleure maîtrise du système de santé.....	28
4-1 Quels soins?.....	28
4-1-1 La prévention.....	29

4-1-2 Parcours de soins et développement de soins intégrés	30
4-1-3 Care plus que technique	32
4-1-4 La nécessaire recherche d'efficience des soins.....	32
Propositions à débattre :	33
4-2 Une organisation des soins facilitant l'accès aux professionnels.....	33
4-2-1 Le décloisonnement	34
4-2-2 Pour assurer une cohérence entre besoins et professionnels de santé.....	34
4-2-3 La répartition des professionnels de santé	35
Propositions à débattre:	36
4-3 Valorisation des fonctions, rémunération des professionnels et des structures d'hospitalisation.....	38
Propositions à débattre:	39
4-4 Le pilotage	40
4-4-1 Les évolutions structurelles.....	40
Propositions :	41
4-4-2 La maîtrise de facteurs stratégiques	41
4-4-3 Des outils de pilotage à renforcer.....	43
4-4-3-1 Evaluation à tous niveaux	43
Propositions à débattre :	44
4-4-3-2 La responsabilisation	45
Propositions à débattre :	47
5 La mise en œuvre d'une politique et ses conditions.....	47
5-1 Des obstacles à nommer	48
5-2 L'indispensable adhésion de tous	49

Sigles utilisés

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD : Affections de longue durée

ANRS : Agence nationale de recherche sur le Sida

ARS : Agence régionale de santé

CESE : Conseil économique, social et environnemental

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CLS : Contrats locaux de santé publique

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPE : Conseiller principal d'éducation

DMP : Dossier médical personnel

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Ministère des affaires sociales et de la santé)

ESPIC : Etablissements de santé privés d'intérêt collectif

FMC : Formation médicale continue

FNES : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

GRSP : Groupements régionaux de santé publique

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de santé publique

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

LEEM : Les Entreprises du Médicament

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies

MS : Médico social

NHS : National Health service

ONDAM : Objectif national d'augmentation des dépenses de l'assurance maladie

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORS : Observatoire régional de santé

PMI : Protection maternelle et infantile

SCP : Société civile professionnelle

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

SS : Sécurité sociale

T2A : Tarification à l'activité

Introduction

A la demande du Conseil des Semaines Sociales de France (SSF), un groupe pluridisciplinaire de travail a été constitué à l'occasion des débats autour de la révision des Lois de Bioéthique. En s'interrogeant sur l'anonymat des donneurs de gamètes, il a montré que cette question avait de multiples arrières plans, industriels et financiers. Le groupe, agrandi en 2009, a alors décidé de concentrer sa réflexion sur les questions concernant les aspects économiques de la santé.

Ce document rassemble et prolonge le travail fourni par ce groupe sur l'usage d'un bien commun : le système de santé français et certains aspects de son fonctionnement. Quelques pistes sont offertes au débat pour dépenser mieux, voire moins, sans mettre pour autant en péril le bénéfice collectif des améliorations de l'état de santé constatées ces dernières années en France. Ces pistes ont en commun d'appeler à une solidarité responsable dans l'usage d'un bien commun :

- en intégrant, dans une vision élargie du système de santé, les secteurs sanitaire, médico social et social, à l'exemple d'autres pays occidentaux ;*
- en privilégiant des actions collectives propres à préserver la santé des individus, selon une culture de promotion de la santé ;*
- en observant aussi les fondements individuels de l'usage du système de santé pour en proposer certaines évolutions.*

Ces propositions ont pour objectif de favoriser le renouvellement de la politique de santé nationale, et d'inviter à une refondation des principes éthiques sous-tendant cette politique.

Ce volet « mieux dépenser », est indissociable de la réflexion poursuivie par ailleurs, et non mentionnée ici, sur les « recettes » et sur une éventuelle augmentation de la part de la richesse nationale consacrée au système de santé, avec le souci de préserver l'équilibre économique et celui des charges portées par les différentes générations.

Lutter contre les maladies, améliorer notre état de santé, dans le cadre de soins accessibles à tous et financés essentiellement par la Sécurité sociale : nos concitoyens y sont particulièrement attachés. 83% des personnes interrogées dans un récent sondage¹ estiment que les remboursements de l'Assurance Maladie ne doivent pas être réduits, les mesures éventuelles d'économie devant être faites ailleurs (minimas sociaux, allocations familiales ou pour le logement, assurance chômage ...). Cependant dans cette enquête, 97% des mêmes personnes estiment qu'il faut réduire les dépenses publiques pour équilibrer le budget de l'Etat (mesure éventuellement associée à une hausse des impôts pour 23%). Tenir en un seul programme les deux positions relève à première vue de l'impossible.

Pourtant certains constats devraient interpeller le secteur de la santé et chacun de ses acteurs, même si l'accroissement des dépenses de santé est partagé par tous les pays développés, du fait notamment de l'allongement de la durée de vie, des soins liés aux maladies chroniques et des évolutions technologiques.

- Les dépenses sont supérieures aux ressources : Depuis plusieurs années, l'objectif national d'augmentation des dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), voté par le Parlement, a été régulièrement supérieur à l'augmentation du PIB. De plus, ce n'est qu'au cours des trois dernières années que cet objectif a été respecté .

- 11% du PIB est consacré aux « dépenses courantes de santé » (contre 5% en 1970) : ce taux est le troisième après les USA (15%) et la Suisse, la moyenne des pays de l'OCDE étant de 9%, lequel est identique ou proche de ceux mesurés dans des pays à espérance de vie quasiment identique à celle constatée en France (Espagne, Italie : moins de 9%, Norvège, Suède, Pays Bas 9 à 9,5%)².

¹ (IFOP-Acteurs publics 26 Juin 2012), <http://www.francetv.fr/2012/les-francais-preferent-la-reduction-des-depenses-a-l'augmentation-des-impots-153787>

² (<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/3008012ec072.pdf?expires=1342107474&id=id&accname=freeContent&checksum=B20BF8417DE19053700EE3A826A0D2B9>)

- Malgré le montant des dépenses de notre système, fondé sur la solidarité nationale et sur son caractère largement redistributif, d'importantes **inégalités sociales et territoriales de santé** demeurent :

- La différence d'espérance de vie à 35 ans, chez les hommes, entre un ouvrier et un cadre demeure de 7 ans, sans changement depuis 40 ans. Cet écart s'explique davantage par des différences concernant l'environnement, le logement, l'éducation, les conditions de vie et de travail plutôt que par l'accès aux soins. Les écarts régionaux des taux standardisés de mortalité prématurée, avant 65 ans, varient de -15% (Rhône Alpes) à +38% (Nord)³. Alors que la CMU leur permet normalement l'accès gratuit aux soins, le taux de mortalité des personnes en bénéficiant est le double du reste de la population à âge et sexe comparables, avec une prévalence accrue de pratiquement toutes les pathologies⁴.

- Il y a un « amont social » à l'accès aux soins : si le renoncement à certains soins (soins dentaires, lunettes, consultations...) touche particulièrement les personnes les moins riches (près de 25% pour le premier quintile de revenu)⁵, il est aussi fonction d'autres facteurs notamment socio culturels, qui peuvent entraîner jusqu'à 50 % de renoncement dans certaines populations amenées à hiérarchiser les priorités en fonction des ressources disponibles. La réalité d'un projet collectif, porté par l'Assurance Maladie, d'égal accès aux soins est donc interpellée.

Ces variables socio économiques et socio culturelles sont à l'origine des inégalités sociales de santé. Dès lors, ne conviendrait-il pas d'élargir le champ traditionnel de la santé, au delà du cadre des maladies et de leur traitement, alors que les cloisonnements actuels entre secteurs sanitaire et social retentissent sur l'accès aux soins comme sur leur cohérence, notamment pour les personnes les plus démunies. Il est paradoxal que la solidarité nationale conduise à une telle situation et c'est dans une torpeur collective que se développe cette dégradation de la solidarité.

Mais d'autres composants du système de santé doivent être revisités pour disposer d'un système de santé non seulement plus efficace mais aussi plus efficient : la place accordée au patient dans un parcours de santé, les cloisonnements rencontrés dans un parcours de soins ayant trop souvent perdu sa cohérence, les qualités, répartition et rémunération des professionnels de santé en fonction de besoins variant d'un territoire à l'autre, la déconcentration des institutions nationales de régulation et de financement.... Face à des dysfonctionnements remettant en cause la solidarité, induisant des charges retentissant sur l'ensemble de l'économie nationale, ce sont les responsabilités tant individuelles que collectives et politiques qui sont engagées.

Les propositions qui suivent sont fondées sur des principes actualisés et s'efforçant d'être générateurs de cohérence. Elles sont faites pour susciter les débats, ou contribuer à ceux annoncés, débats nécessaires avant des choix indispensables pour conserver la place du système de santé parmi nos facteurs de lien social. Que sommes nous prêts à payer, et pour quoi ?

(<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8111042ec025.pdf?expires=1342197372&id=id&accname=guest&checksum=A068658C04A67A844B6B31EBD3E0C137>)

³ (DREES 2011 <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er747.pdf>)

⁴ <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes173.pdf>

⁵ IRDES-Questions d'économie de la santé 2011 <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

1- Comment dépense-t-on ? Quelques bizarreries du système de santé.

1-1 Les inégalités géographiques de répartition des professionnels de santé.

Médias, élus ou assemblée parlementaire ⁶ mettent régulièrement l'éclairage sur les « déserts médicaux », sans craindre d'être mis devant leurs contradictions,⁷ alors que les professionnels de santé n'ont jamais été aussi nombreux, quel que soit leur métier. Cependant leur répartition territoriale est très inégale, particulièrement pour les médecins. Si la moyenne nationale de médecins généralistes libéraux est de 108 pour 100 000 habitants, cette densité peut varier entre régions mais surtout entre territoires d'une même région, de un à trois pour les généralistes et de un à 2,5 pour les spécialistes, voire davantage selon les spécialités. Ceci a notamment pour conséquences :

- Le renoncement à la consultation : la difficulté géographique d'accès est invoquée dans 15% des renoncements de consultation auprès d'un généraliste et deux fois plus souvent (28%) dans le cas des spécialistes⁸. A cela s'ajoutent les difficultés d'obtention de rendez vous (en cause une fois sur trois dans les consultations auprès de généralistes et plus d'une fois sur deux pour celles auprès de spécialistes).
- Le recours inapproprié à l'hôpital public et à son service d'urgence d'autant plus recherché qu'est réalisé là un « service complet » (examens complémentaires, petits soins éventuels, service social...) et ce en tiers payant intégral. Or une telle consultation en « Urgences Hospitalières » sera payée, forfaitairement par l'Assurance Maladie, 250 euros, largement plus qu'en secteur libéral. On pourrait craindre que cette recette tempère la volonté de réguler les recours non adaptés aux urgences, malgré la désorganisation provoquée.
- Un état de burn out pour certains professionnels, exerçant en zone de très faible densité médicale, à l'origine d'une spirale délétère qui fait fuir les éventuels candidats à une installation.
- Les variations entre territoires de la fréquence de certains actes médicaux ou paramédicaux constatées par l'Assurance Maladie (césariennes, actes de kinésithérapie et durée de la rééducation, injections sous cutanées par des IDE versus auto injection, transports sanitaires...), doivent ainsi être examinées avec l'éclairage des effets possibles des inégalités de densité des professionnels de santé. Cela a été notamment illustré récemment par une étude de l'IRDES, sur la disparité interdépartementale de fréquence et la durée des arrêts maladie⁹, montrant que celle-ci était d'autant plus longue que la densité médicale était élevée, et le contrôle des arrêts par la Sécurité Sociale moins fréquents
- Pour les établissements de santé, installés en zone déficitaire, assurer les recrutements des personnels « rares » est difficile, à moins d'apporter des compléments divers de rémunération, en dehors de toute réglementation, notamment via des primes et tableaux de garde dont la justification sanitaire n'existe pas. Le fonctionnement de nombre d'hôpitaux généraux ne peut être assuré que par le recours à certains médecins spécialistes « mercenaires » itinérants ou à des médecins d'origine étrangère, dont les qualifications sont bien souvent moins adaptées que celles de leurs confrères formés en France, en situation administrative précaire et sous-payés. Plus largement, on relève une déconnexion entre les besoins sanitaires constatés

⁶ *Rapport du Sénat sur la présence médicale dans les territoires février 2013* <http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf> avec les débats et l'intervention de la ministre Marisol Touraine et où les éléments de diagnostic sont amplement développés

⁷ *La Loi de juillet 2011, déposée par le sénateur Fourcade, a rappelé que la liberté d'installation des médecins devait être respectée par le SROS et a supprimé diverses mesures « coercitives, mal vécues par les médecins » de la Loi HPST, comme l'obligation d'exercer une demi journée par mois dans des zones de sous densité ou de déclarer leurs absences programmées.*

⁸ enquête IFOP-JALMA 2011 <http://www.jalma.fr/content/fr/actualit%C3%A9>

⁹ <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes177.pdf>

sur le terrain et l'offre de soins. Un exemple, faisant aussi douter de la volonté politique de réguler, en a été apporté par la Cour des Comptes à propos des équipements et des actes d'imagerie soumis à autorisation¹⁰.

Ces situations géographiques contrastées contribuent au blocage de négociations nationales avec les organisations professionnelles, quand elles doivent aboutir à des mesures uniformes. Ainsi, les évolutions souhaitées dans certaines régions, particulièrement celles où la densité médicale est insuffisante, comme les délégations contractuelles de tâches entre professionnels de qualification différente, sont refusées dans des zones de surdensité.

1-2 La complexité du parcours de santé

1-2-1 Santé publique, éducation à la santé, prévention

Si la France s'est dotée en 1920 d'un Ministère de la Santé publique et a voulu, alors, créer une médecine de Santé publique, il a fallu attendre 2004 pour voir arriver la deuxième loi de Santé publique.

La prévention est en France le parent pauvre de la santé¹¹ alors qu'on observe, dans nombre de pays de l'OCDE, particulièrement les pays scandinaves¹², un rapport entre l'importance de l'effort pour la prévention et la « modération » du taux de PIB des dépenses santé. Elle est encadrée dans notre pays par un dispositif complexe, lequel, avec le manque de culture de santé publique, la faiblesse de la volonté politique la rend peu lisible et limite son efficacité.

La prévention, à base de prescriptions hygiénistes, a été portée pendant la première moitié du XX^e siècle par l'école primaire, l'éducation populaire et les associations de lutte contre la tuberculose (1901), le cancer (1924), l'alcoolisme. En 1945 a été généralisé à tous les salariés un système d'assurance maladie visant le soin et laissant de côté la prévention. Sont créés en parallèle un Centre national d'éducation sanitaire, démographique et sociale et vingt-cinq centres interdépartementaux. Ces structures n'existeront en fait que quand elles seront animées par des associations issues principalement des pneumologues et alcoologues hospitaliers. Les positions des pouvoirs publics sont hésitantes et contradictoires. Il faut attendre 1975 pour que soit créé le Comité Français d'Education pour la santé qui privilégiera les campagnes médiatiques tout

¹⁰ (<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2010>) *Les appareils d'imagerie, scanners, IRM, gamma caméras, Tep scan, constituent l'essentiel des équipements lourds, dont l'installation est soumise à une autorisation qui permet en principe à l'administration de choisir le rythme de diffusion de ces innovations et dont l'impact clinique et financier est considérable. Les dépenses annuelles liées aux actes réalisés avec ces appareils peuvent être évaluées à 1600 M€, non compris les actes inclus dans les tarifs hospitaliers (T2A).*

La politique suivie semble s'être limitée à la gestion d'une autorisation déconcentrée sans qu'un cadrage national ait été élaboré.

Or la Cour constate que ce régime d'autorisation ne permet pas de répondre aux objectifs sanitaires (I), qu'il doit composer avec une rémunération des actes d'imagerie coûteuse et mal ciblée (II).

¹¹ Maintenant reconnu par le premier ministre lui-même (discours de Grenoble du 8 février 2013)

¹² *.Certains estiment que le déclin de la mortalité observé sur un siècle, jusqu'aux années 1970, est attribuable pour 5 à 8% aux soins et pour 20 % aux mesures de prévention collective. Sur une période plus récente (1950-1985), la part d'amélioration liée aux soins dépasserait celle en rapport avec cette prévention ; cependant la vaccination contre la grippe des personnes de plus de 75 ans a divisé par dix leur mortalité due à cette maladie. (Mackenbach JP, J Clin Epidemiol 1996, 49, 1207_1213)*

en soutenant un réseau d'associations locales d'éducation généraliste pour la santé animées par des bénévoles. Par ailleurs les associations spécialisées de lutte contre le Cancer, l'alcoolisme et le tabagisme développent leur action en cherchant des ressources propres auprès des citoyens. La prévention de l'infection par le VIH draine 70 % des financements de la prévention entre 1985 et 1996, avec la naissance d'une agence de recherche (l'ANRS) et la création d'associations de prévention spécifique animées par des bénévoles (AIDES notamment). La prévention de la toxicomanie entre aussi dans la paysage, avec là encore des initiatives associatives soutenues par la psychiatrie hospitalo-universitaire. La MILDT s'efforce de dégager des priorités dans ce secteur et de les appuyer financièrement mais avec des budgets aléatoires et fragiles.

La dynamique associative se déploiera aussi en faveur de l'éducation à la santé¹³ La *loi de Santé publique de 2004* crée un Haut Conseil de la santé Publique et propose un tableau d'une centaine d'objectifs (!) qui sont hiérarchisés dans des programmes nationaux de santé publique (à visée quinquennale) et mis en œuvre à l'échelle régional par des Groupements régionaux de santé publique (GRSP) pilotant les Programmes régionaux de santé publique. La loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoire de 2009* restructure l'ensemble de la santé en consacrant l'échelon régional comme échelon de mise en œuvre de la politique de santé en créant les Agences Régionales de Santé (ARS), regroupant les secteurs de l'hospitalisation, de la médecine de ville (mais sans son financement laissé à l'Assurance Maladie), du médico-social et de la promotion de la santé et prévention. Les projets de promotion de la santé et d'action préventive lui sont soumis et c'est elle qui les finance dans la mesure où ils s'inscrivent dans les programmes régionaux de santé, déclinaisons régionales des grands programmes nationaux. Leurs financements, souvent irréguliers, peuvent être brusquement stoppés pour des raisons conjoncturelles qui n'ont rien à voir avec l'évaluation de l'efficacité des actions ; la création récente des fonds d'intervention régionale (FIR), à la main des ARS, devrait permettre, selon un principe de « fongibilité asymétrique » au profit de la prévention, de mieux assurer la pérennité de ces financements.

Mais il y a d'autres acteurs :

- La **PMI** relève à la fois du Conseil Général, qui peut avoir ses propres priorités, et de l'ARS.

- Depuis 1992, l'**Education Nationale** a ses propres services - médicaux, infirmiers et sociaux – et ses propres priorités. Ces services participent à la politique générale de promotion de la santé de manière fort inégale selon les rectorats, les inspections académiques, les secteurs et les établissements. De son côté l'**Education populaire et sportive** ne fait de la prévention et de l'éducation pour la santé que là où ses bénévoles et professionnels en découvrent l'intérêt et peuvent s'en doter .

-Les services de **santé au travail** sont attachés soit à de grandes entreprises, soit, pour les PME, à des associations. Ils disposent de marges de manœuvre réduites et, en général, sauf priorités communes, restent à l'écart des orientations de la santé publique. Il n'y a pas non plus, habituellement, de communication instituée sur les conditions de travail entre ces services et le médecin traitant.

-sans omettre les programmes propres lancés par certaines CPAM, ou Mutuelles....

¹³ *Entre 1990 et 2002, la participation des pouvoirs publics au financement du réseau associatif généraliste de l'éducation pour la santé s'accroît et permet de structurer la formation d'un personnel salarié, la documentation et la méthodologie d'action. Les associations thématiques reçoivent elles-aussi des financements. La transformation du CFES (associatif) en Institut National d'Education Pour la Santé (INPES), avec le statut d'agence permet de doter cette structure nationale de moyens réguliers. Les organismes départementaux (CODES ou ADES) et régionaux (CRES ou CORES) gardent leur statut associatif et leur dépendance de subventions aléatoires et de la saisie d'appels à projet concurrentiels...Des efforts sont faits pour unifier le secteur de l'éducation pour la santé par le mise en place d'un schéma national et de schémas régionaux de promotion de la santé (SREPS) pilotés par les comités d'éducation pour la santé qui sont amenés à se regrouper en Instances régionales de promotion de la santé (IREPS).*

La **coordination locale** entre les différents acteurs varie considérablement selon les régions, départements et communes. La possibilité, offerte par la loi de 2009, de mettre en place des Contrats locaux de santé (**CLS**) peut ouvrir à des projets de santé publique de terrain associant les différents acteurs, à l'échelle communale ou intercommunale.

Faiblesse de la culture de santé publique, aléas de la volonté politique et complexité du système rendent quasiment impossible la consolidation des faibles crédits consacrés à la prévention, de suivre les actions entreprises et de les évaluer. Pour la DREES, les dépenses de prévention organisée, individuelle ou collective, se sont élevées à 5,8 milliards d'euros (sur 240 Mds de Dépenses courantes de santé¹⁴).

L'Etat peine à assurer un pilotage global pour lequel il a actuellement la légitimité. Le corollaire en est la très faible culture collective et individuelle de prévention. La non reconnaissance des professionnels médicaux impliqués dans ce secteur ou des actes qu'ils effectuent participe à ces faiblesses¹⁵. L'éducation pour la santé est rarement pratiquée par ces médecins malgré les orientations publiques ; il y a plus à attendre, dans le cadre scolaire, des infirmières, voire des travailleurs sociaux ou des CPE. Directement impliqués dans le suivi des jeunes en établissements scolaires, ils sont de plus en plus demandeurs d'une bonne application des directives de l'Education Nationale sur l'éducation à l'hygiène de vie comme à la vie affective, relationnelle et sexuelle, mais aussi d'une cohérence dans l'empilement de priorités variant d'une année à l'autre et dans les accompagnements budgétaires des orientations imposées. Ces actions éducatives sont bien souvent menées par diverses associations généralistes ou thématiques.

A ces actions d'éducation à la santé, la prévention primaire¹⁶ associe des actions sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé ainsi que des actions touchant aux modes de vie des personnes. Les actions collectives sur les déterminants extérieurs à l'individu (environnement, eau, alimentation et chaîne du froid, habitat, travail,) font l'objet de multiples réglementations et suivis de la part de l'Etat. Leur mise en œuvre est un choix global de société. Mais la très large utilisation faite du principe de précaution, (ainsi lors de certaines menaces d'épidémies grippales), a aussi fragilisé ce type d'actions, surtout si des financements importants y avaient été consacrés, sans bénéfice sanitaire décelable. Les actions concernant les modes de vie et les conduites des personnes restent encore moins lisibles, bien souvent sans cohérence globale, sans continuité tout au long de la vie, de la PMI, la médecine scolaire, à la médecine du travail¹⁷.

¹⁴ (DREES, Comptes nationaux de la Santé 2011, Etudes et résultats N° 809)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er809.pdf>

¹⁵ cf. les salaires réservés aux médecins de PMI ou de médecine scolaire, la crise démographique en médecine du travail dont les effectifs dans les dix prochaines années, vont passer de 5600 à 3000

¹⁶ L'OMS distingue:

-La **prévention primaire** constituée d'actions sur les causes de maladies ou d'accidents afin d'éviter leur survenue ;

-La **prévention secondaire**, ou **dépistage**, qui vise à « détecter la maladie, ou la lésion qui la précède, à un stade où la prise en charge efficace des individus malades peut intervenir utilement » avant toute manifestation ressentie par la personne.

¹⁷ Les États Généraux de la Prévention (2006) soutiennent la mobilisation de mesures préventives à l'échelle de la décentralisation. Ils leurs donnent 5 priorités : agir à des étapes stratégiques de la vie, favoriser la prise en charge précoce des maladies chroniques, promouvoir l'éducation thérapeutique et faciliter le rôle des structures associatives. La commission de prévention du nouveau Haut Conseil de la Santé Publique a précisé en 2007 trois priorités : la périnatalité, la santé des jeunes et celle des personnes âgées.

De plus, de telles actions quand elles sont engagées contre des addictions, se heurtent à la permissivité ambiante, efficacement stimulée par les pratiques des industriels des secteurs concernés (tabac, agro alimentaire...), alors que les produits de transformation qu'ils fournissent sont - associés à la sédentarité - les principaux déterminants d'une pandémie mondiale responsable des deux tiers des décès sur la planète.¹⁸

Le dépistage, ou prévention secondaire, demeure un acte médical, reposant sur l'examen clinique par le médecin et sur des examens complémentaires d'imagerie ou de biologie. La valeur prédictive de ces examens, ainsi que l'impact de leur pratique systématique en espérance de vie, est régulièrement remise en cause, refroidissant ainsi l'adhésion individuelle à une culture du dépistage. Or ces dépistages réguliers ainsi que leur usage par un pourcentage élevé de la population sont des paramètres majeurs de leur efficacité et de leur efficience en vue d'un gain en santé. Cependant ces pratiques ont pour effet collatéral d'augmenter l'inquiétude du public, laquelle n'est pas forcément calmée par les recherches qu'il entreprend alors dans la presse ou sur internet. Les revues santé grand public contribuent à une « certaine » formation et peuvent aussi faire croire que tout est possible : santé parfaite, pas de risque...

L'absence de volonté publique sur ce chapitre de la prévention aboutit ici à une aberration économique. Diabète de type 2, maladies cardio-vasculaires et cancers sont les trois premières causes d'affections de longue durée (ALD), prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie, et représentent 55% des 10,8 millions des ALD (affections de longue durée) déclarées. Toutes trois pourraient être en grande partie prévenues par le développement d'une politique de prévention, associant actions collectives et individuelles, portant sur tabac, alcool, alimentation, activité physique. Le coût du traitement de chaque personne atteinte par l'une de ces affections se comptera en dizaine de milliers d'euros et davantage en handicap ou années de vie perdues.¹⁹

1-2-2 Les cloisonnements

Ils contribuent à la complexité du parcours de santé. Pour une même personne, en fonction de sa situation sociale ou sanitaire, diverses interfaces seront à franchir²⁰, entre secteurs distincts :

- social et sanitaire,
- libéral et institutionnel public.
- services de santé scolaires et professionnels d'un coté et médecine libérale et hospitalière de l'autre.

¹⁸ Isabelle Durand-Zalewski Forum Santé publique Sanofi sur le Diabète Paris 30/11/2012

¹⁹ Les maladies non transmissibles telles que le cancer, les cardiopathies, les maladies respiratoires chroniques et le diabète concourent à plus de 86 % de la mortalité et 77 % de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS... Un train de mesures hautement rentables et financièrement accessibles a déjà été mis en œuvre par certains pays qui vont de la taxation du tabac et de l'alcool, de l'élimination des matières grasses dans les aliments transformés pour les remplacer par des acides gras polyinsaturés, à la réduction de la consommation de sel. Plusieurs pays ont déjà pris des mesures contre le marketing des produits alimentaires transformés, avec leur teneur « cachée » en sucres, en sel et en graisses saturées en quantités excessives, en particulier à l'adresse des enfants www.euro.who.int/.../europe-at-forefront-of-global-movem

²⁰ Ainsi, une personne âgée devenue dépendante à la suite d'une fracture du col du fémur, au fur et à mesure de son parcours pour ce problème donné pourra, au travers des établissements sanitaires, médico-sociaux ou sociaux la prenant en charge, voir les frais engagés pris en charge, en totalité ou en partie, par différents financeurs : Assurance maladie, conseil général, ou autre collectivité territoriale. A chaque cadre correspondent des statuts des personnels, une culture, et une image publique propres, ainsi qu'un recours différent aux milieux associatifs et au bénévolat. D'autres exemples de cette complexité pourraient être tirés des parcours de personnes handicapées ou porteuses de troubles psychiatriques.

Et cela en dépit de la volonté politique exprimée depuis dix ans par une succession de lois incitant au décloisonnement et à la transversalité²¹.

La non prise en charge des paramètres sociaux contextuels au problème sanitaire peut soit retarder le recours ou l'accès aux soins, amenant à l'aggravation de la situation médicale et au coût de son traitement, soit neutraliser le bénéfice des soins apportés.

Les effets en sont de multiples pertes d'efficacité et d'efficience :

- la coordination entre acteurs de secteurs différents est peu développée ; elle éviterait les redondances, les séjours ou consultations inappropriés.
- le recours aux urgences hospitalières apparaît alors au patient comme la solution. Elle sera trop souvent l'expression des difficultés de coordination (médicales ou sociales) non réglées auparavant. Le coût global sera majoré par la diminution des structures sociales d'accueil, comme l'a montré une étude bordelaise²² sur l'utilisation des structures hospitalières par les sdf.

De plus la complexité croissante des pratiques, et l'éclatement des spécialités médicales entraînent une moindre lisibilité du pilotage de ce parcours par le médecin traitant. L'accroissement de cette fonction de coordination des différents intervenants auprès du patient qu'il a en charge nécessite aussi un temps significatif, mal reconnu. Cette même complexité a suscité le développement d'« expertises », que les diverses segmentations aggravent et qui alimentent de micro marchés. C'est une segmentation supplémentaire qui se développe ainsi entre médecine de premier recours, portée par les médecins généralistes, et médecine de spécialités, elles mêmes réparties en de multiples tranches, cloisonnées, effectuée par des médecins exerçant en secteurs public ou libéral, mais partageant une culture commune d'approche spécialisée d'organe.

Parallèlement, les parcours et les pratiques soignantes vont être plus orientés vers les techniques disponibles, globalement plus rémunératrices, que vers le soin (care) des personnes, évolution que les soins palliatifs s'efforcent de corriger.

1-3 Le mode de rémunération des professionnels

Le mode de rémunération des professionnels libéraux, comme des établissements hospitaliers, est inflationniste et inégalitaire

Pour les premiers, et majoritairement pour les seconds (du fait de la T2A), il repose sur le nombre d'actes réalisés²³. Ce mode de tarification a permis de mieux reconnaître le poids des différentes pathologies prises en charge dans les établissements hospitaliers au lieu de les rémunérer par dotation globale. Mais le choix fait de privilégier des revenus basés sur des actes techniques a poussé les uns et les autres, publics comme libéraux, à multiplier ces actes²⁴, sans bénéfice pour la qualité de prise en charge du patient. Il a contribué à dévaloriser l'examen clinique approfondi, le « care » et la prévention. Il a aussi amené certains

²¹ *Loi de 2012 sur l'action sociale, les droits des usagers et les droits des malades, loi de 2005 sur la citoyenneté des personnes handicapées, loi de 2007 sur la réforme de la protection de l'enfance, loi de 2009 Hôpital, Patients, Santé, Territoire.*

²² « *De la rue à l'hôpital, de l'hôpital à la rue : combien coûte l'absence de prise en charge médico-sociale des grands précaires ?* », Etude menée par Sandra Ferré en collaboration avec le Groupe de recherche en économie et gestion de santé publique (Université Bordeaux 2-ISPED).

²³ *cf Revenu global des médecins ayant une activité libérale et rapport inverse avec la densité médicale Drees (http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/revaind09f.PDF)*

²⁴ *Ainsi en additionnant des examens d'imagerie, échographie, scanner, scintigraphie, IRM alors qu'un seul bien choisi après examen clinique suffirait.*

acteurs, escomptant ainsi une meilleure rémunération, à sélectionner les pathologies, voire les patients pris en charge.

Pour les professionnels libéraux comme pour les établissements, ce mode de rémunération expose aux conflits d'intérêt. Le bien fondé de l'acte réalisé, sa cohérence avec le parcours de vie de la personne et le bénéfice fonctionnel réel pour elle sont mal appréciés. L'adéquation des actes les plus onéreux à la situation sanitaire du patient peuvent faire l'objet d'une « entente préalable » à la prise en charge par l'Assurance Maladie au vu du dossier fourni par le professionnel de santé. Mais la réalisation effective, les qualités et résultats de ces actes, ainsi que le bénéfice final pour le patient, ne sont qu'exceptionnellement contrôlés par le payeur.

De nombreuses questions demeurent posées sur l'efficacité²⁵ comparative des établissements de santé publics et privés. Les performances varient selon la taille de l'établissement, l'importance des plateaux médico techniques, l'activité chirurgicale, avec des scores d'efficacité supérieurs en secteur privé par rapport au secteur public ; mais si l'on prend en compte les caractéristiques de la patientèle, l'avantage du secteur privé disparaît. Le risque d'intervenir sur la sélection de cette patientèle afin d'accroître la productivité de la structure hospitalière n'est pas confirmé par une étude récente, mais celui d'une induction de demandes peu ou pas justifiées est retenu. Cet effet de la T2A irait à l'encontre des réponses à apporter par les structures de soins aux problèmes de santé d'un territoire donné²⁶.

La valeur financière de chaque type d'acte, régulièrement appréciée et applicable dans tout le pays, peine à prendre en compte la diversité des charges selon les territoires et les spécialités. Ainsi, les revenus **nets moyens** libéraux des médecins, appréciés en 2007 et 2008 par la Drees²⁷, varient dans un rapport de 1 à 2,5 selon les spécialités, ne tenant pas compte du temps de travail effectif dans chacune de ces spécialités. Et ces écarts sont nettement plus impressionnants quand on examine la répartition par décile voire par centiles... Les extrêmes supérieurs (plusieurs centaines de milliers d'euros) sont obtenus par la possibilité de réaliser usuellement des actes techniques et par la valeur donnée à chacun de ceux-ci par l'Assurance Maladie. Les modalités de calcul des plus onéreux, en imagerie, ont été critiquées par la Cour des Comptes qui a fait plusieurs propositions²⁸ à ce sujet.

Les revenus *moyens* de chacune des différentes spécialités médicales, sont répartis selon une large fourchette, fonction des actes techniques que celles-ci comportent, tandis que l'équilibre financier peut être précaire pour nombre de médecins généralistes. Au motif notamment de la durée de leur formation, de leurs charges spécifiques (assurantielles...), ou de l'absence d'acte technique venant compléter la simple consultation, certains, surtout des spécialistes, font valoir de plus en plus souvent leur droit au dépassement d'honoraires, au-delà du tarif de remboursement conventionnel²⁹. Cependant la médiatisation de cas d'abus choquants de ce droit, risquant de jeter l'opprobre sur l'ensemble de la profession, est d'autant plus ressentie comme injuste par celle-ci, que ces abus peuvent être le fait de quelques patrons hospitaliers de grandes villes proches des pouvoirs et non sanctionnés.

²⁵ *Les comparaisons de coût, et donc d'efficience, demeurent limitées par des règles d'attribution des crédits différentes entre les deux secteurs. Le projet, abandonné, de convergence tarifaire entre eux aurait amené le secteur public à sélectionner sa patientèle, ce qui irait à l'encontre de l'intérêt collectif.*

²⁶ *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A IRDES Questions d'économie de la Santé n°186 avril 2013*

²⁷ (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er735-2.pdf>)

²⁸ (<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2010>)

²⁹ (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er811.pdf>)

1-4 Pas de signe de responsabilisation

Enfin on cherchera en vain des signes d'une responsabilisation de l'un ou l'autre des acteurs : Le principe de base de l'Assurance Maladie, à savoir « contributions selon les revenus et prestations versées indépendamment de celles-ci, mais en fonction de l'état de maladie », a été détourné.

-Le *patient* a été muté en un acheteur toujours solvable, disposant d'un droit de tirage illimité sur des ressources limitées, par l'intervention, le plus souvent masquée, de l'Assurance Maladie et des assurances complémentaires. Le reste à charge pour un ménage français est le deuxième plus faible des pays de l'OCDE, même s'il a été multiplié par 2,5 au cours des trente dernières années (547 euros en 2008). Le système de tiers-payant, indispensable pour l'accès aux soins des moins aisés, fait croire à certains que les soins sont gratuits et n'ont pas de coût. L'introduction du ticket modérateur n'a pas suffi à modifier les comportements, d'autant moins que les effets en étaient réduits par les assurances complémentaires. Cette situation a donc contribué au développement de comportements de type « j'y ai droit, je prends », malheureusement avec une responsabilisation très faible de chacun à l'entretien de sa propre santé et à « l'usage » approprié des acteurs ou des parties du système de santé (professionnels, examens, traitements, dispositifs d'urgence...) ³⁰, comme à leur coût. Mais aborder ce sujet (surtout si l'éclairage est braqué sur les bénéficiaires de la CMU ³¹) est socialement « incorrect », tant pour les responsables politiques que pour les médecins, alors que cela permettrait d'ouvrir sur une analyse des causes et d'en rechercher des solutions.

-les *professionnels de santé*, abondamment contrôlés pour pister les dérives factuelles les plus criantes, sont exposés aux effets d'une judiciarisation croissante. Les dérives comme les défaillances médiatisées de certains acteurs professionnels ne doivent pas occulter la conscience professionnelle et le dévouement d'une forte majorité, particulièrement parmi les généralistes.

Cependant certaines pratiques sont en fait de « petits arrangements » intégrés dans la gestion courante d'établissements de soins, publics ou privés, ou dans le fonctionnement de certains spécialistes libéraux, aux dépens de l'Assurance Maladie : tableaux de garde ou d'astreinte, quasi fictifs ; segmentation d'actes, notamment d'imagerie, en multiples « sous-actes » faits sur plusieurs jours et nécessitant plusieurs déplacements, pour une meilleure cotation globale ; renouvellement systématique de certains examens de surveillance sans validation scientifique de ceux-ci ou de leur fréquence d'usage, actes de transports pris en charge...Insidieusement ³² se développe une tolérance à des pratiques de transgression des cadres

³⁰ *On pourrait rapprocher de cet esprit « j'ai droit, je prends », celui d'industriels de la pharmacie, avançant qu'en réduisant le nombre et les dépenses de médicament c'était des emplois qui seraient mis en péril (déclaration du LEEM).*

³¹ http://lexpansion.lexpress.fr/economie/les-abus-de-la-cmu_22509.html?p=5

³² « La complexité des réglementations relatives aux prestations multiplie les difficultés pratiques rencontrées par les services des caisses locales. Ainsi, dans la pratique, il est **délicat de qualifier les comportements de médecins** qui font bénéficier leur patient en ALD d'un remboursement à 100 %, même pour des médicaments étrangers à l'affection exonérante. **La branche maladie se refuse à caractériser de manière spécifique la fraude** et persiste à confondre dans une politique indifférenciée la lutte contre les fraudes et contre les abus. Certains éléments laissant présumer des comportements frauduleux ou en tout cas contraires aux règles, ne sont pas exploités. C'est le cas des dépassements tarifés aux bénéficiaires de la CMUC par des médecins du secteur 2. Selon les éléments transmis par la CNAMTS, à la connaissance de la Cour, aucune sanction n'a été engagée ni même aucune action entreprise contre ces pratiques manifestement frauduleuses, constatées par la CNAMTS chez 2660 généralistes et 11529 spécialistes. (Cour des Comptes 2010) <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2010>. Bien que les caisses et le contrôle médical suivent attentivement le volume et la typologie des prescriptions d'arrêts maladie des médecins, ils ne disposent d'outils contraignants d'intervention que vis-à-vis des très gros prescripteurs,

réglementaires en même temps que s'estompent des repères éthiques. Faute d'être mis en lumière et corrigés, des comportements a-normaux de certains professionnels de la santé se sont développés, véritables abus de bien social sur un bien commun. Ils peuvent signifier que des repères de base se sont estompés, dans un milieu souvent coupé de réalités économiques, législatives³³, ce qui n'aide pas non plus au maintien de tels repères chez certains usagers.³⁴

Les rapports de ces différents professionnels avec l'institution, assurant directement (pour les libéraux) ou indirectement (pour ceux qui sont salariés d'un établissement) l'essentiel de leur rémunération, sont complexes. Bien qu'elle fasse l'objet de différentes statistiques de l'Assurance Maladie, leur fonction d'ordonnateur de dépenses, qu'ils exercent en secteur libéral ou en établissement hospitalier public ou d'intérêt collectif (ESPIC), n'est pas intégrée dans une démarche d'évaluation. Celle-ci supposerait un travail partagé entre professionnels de santé et Assurance Maladie pour la validation et l'exploitation de ces données³⁵.

La solvabilité des patients comme la volonté des politiques de ne pas contrarier leurs électeurs en ces domaines incitent d'ailleurs à s'accommoder d'une attitude conciliante des prescripteurs devant des demandes peu ou non justifiées du patient (comme vu plus haut pour les arrêts maladie) ou des confrères. Elle permet aussi d'instaurer de nouvelles pratiques plus onéreuses sans bénéfice préalablement démontré pour la santé publique comme pour les charges financières.

La coordination avec les autres partenaires de la prise en charge du patient, notamment entre secteurs hospitalier et ambulatoire, ou entre secteurs sanitaire et social, fait certes partie des préoccupations de nombre de professionnels mais sans que les tutelles, les payeurs ou les administrations hospitalières mettent en place des incitations contraignantes qui traduiraient une volonté politique.

-L'Assurance Maladie elle-même est incapable d'arbitrer face à la pression des groupes de pression très actifs que sont les professionnels de santé, la recherche médicale, l'industrie pharmaceutique ou diverses associations de patients. Les interventions du Laboratoire Servier auprès de l'AFSAPSS pour

*les durées moyennes d'arrêt de travail varient fortement sur le territoire et pour chaque pathologie. Si une opération de la cataracte donne lieu à 21,5 jours d'arrêts en moyenne, un quart des patients sont arrêtés en moyenne 6 jours, alors que 20 % le sont pour plus de 34 jours. **Ni les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), ouverts aux médecins volontaires à compter de 2009, ni la rémunération à la performance, qui lui a succédé dans le cadre de la convention médicale de juillet 2011 et qui s'applique à tout médecin sauf refus explicite de sa part, n'ont intégré d'incitations à la maîtrise des prescriptions d'arrêt de travail.** » (Cour des Comptes). De plus, la qualité même du contrôle par la CNAM, portant sur des dossiers et non sur des malades, est questionnée dans les situations de pathologies rares ou de traitements complexes.*

³³ Cf ainsi la méconnaissance des droits des malades (Loi 2002) ou des dispositions de la Loi « Leonetti » de 2005, constatée encore récemment (rapport remis le 18/12/2002 de la mission de réflexion sur la fin de vie en France)

³⁴ La fragilisation des repères du bien collectif favorisent des pratiques ne correspondant pas à la réglementation : ainsi les publicités sur internet, pour faire connaître les « combines » permettant de faire prendre en charge par la Sécurité Sociale, en partie ou totalité, des frais d'une procréation médicalement assistée, réalisée à l'étranger alors qu'elle serait le fait d'une situation non autorisée ni prise en charge en France, encouragées par certains médecins, au motif que l'argent ne doit pas être un facteur discriminant dans l'accès à ces techniques.

³⁵ Ainsi, en 2011 alors que les établissements de santé étaient à l'origine de 53% des dépenses de transport, et que l'Assurance Maladie avait pu identifier ceux présentant une « sur prescription » significative, les systèmes d'information de ces établissements ne permettaient pas de **connaître, par médecin, les dépenses** résultant des prescriptions de transport.

défendre le Médiateur* en ont été un exemple où se mêlent indication inappropriée d'un médicament et comportements frauduleux d'industriels. Pour ces groupes de pression, la santé est un marché bien particulier : les acheteurs, grâce à « l'Assurance » Maladie et aux Assurances complémentaires, sont solvables ; les éléments d'évaluation, de comparaison font défaut à ces acheteurs ; les prix sont fixés durablement par l'Assurance Maladie. Si les pressions de ces lobbies ne parviennent pas à l'effet espéré lors de la fixation des prix unitaires, ceux-ci pourront toujours tenter d'agir sur les volumes consommés, avec l'aide d'un marketing performant particulièrement actif auprès des médias.

Les intérêts de tous les acteurs, institutions publiques ou privées, médecins, malades et ayants-droits se conjuguent face à un payeur dont la solvabilité n'a pas de bornes puisque l'Etat en dernier ressort supportera le déficit induit par l'excès de dépenses. Car la CNAM paie toujours.

Son drame est d'être un payeur aveugle, ne travaillant pas sur les données dont elle dispose pour ordonner le parcours de soins et en vérifier la cohérence³⁶.

Progressivement le paritarisme syndicats-patronat qui avait accompagné la naissance de la Sécurité Sociale et pris en charge la gestion de chacune de ses branches, par les dérives, d'abord financières, qu'il a laissées s'installer, a perdu son autorité, sa visibilité et apparaît plus défenseur de droits acquis immuables que répondant aux besoins différenciés des habitants des différents territoires. Corps intermédiaire née des ambitions de justice de l'après guerre, la CNAM a failli ; elle n'a pas su arbitrer dans l'équité les revenus des professionnels. Les revenus de plusieurs centaines de milliers d'euros, du dernier centile des médecins, correspondent pour moitié à des actes payés par l'Assurance maladie, l'autre moitié provenant de dépassements d'honoraires.

- Enfin, malgré les outils législatifs dont il s'est pourvu progressivement pour développer son autorité sur la CNAM, l'Etat accepte un ONDAM, voté par le Parlement, déconnecté des réalités économiques du pays, aggrave l'illisibilité du pilotage politique par la création de multiples instances aux compétences se chevauchant : organismes de contrôle, instituts ou agences nationales dévolus spécifiquement à telle ou telle pathologie ou action en faveur de la santé, à périmètre de responsabilité variable³⁷. Il a été incapable de développer une planification des formations des professionnels et de leur lieu d'installation en cohérence avec l'évolution des besoins, des pratiques, de la démographie ou des règlements qu'il institue lui-même. Il n'est pas parvenu à éviter de coûteux doublons entre les travaux et engagements de ses services déconcentrés (ARS) et ceux de l'Assurance Maladie sur des sujets communs, telles la coordination et les délégations de tâche dans les parcours des patients ou les systèmes d'information en santé³⁸.

³⁶ *S'agissant des remboursements de dépenses de soins, les organismes de la branche maladie sont autorisés depuis 2005 à régler les factures télétransmises par les professionnels de santé en dehors de la présence des pièces justificatives (feuilles de soins, ordonnances et accords préalables). En l'absence de dématérialisation des pièces justificatives, les organismes de la branche maladie ne rapprochent que ponctuellement les paiements des actes et prescriptions qui en sont en principe la cause. De manière spécifique, la base informatique des remboursements n'est pas reliée à celle où sont enregistrés les refus d'accord préalable. Dès lors, **les règlements de prestations en nature incorporent nécessairement, dans une mesure qu'il est impossible d'évaluer, des versements relatifs à des prescriptions inexistantes, différentes des prescriptions réellement effectuées** ou pour lesquelles l'accord préalable a été refusé ou soumis à des conditions non remplies. (Cour des Comptes rapport sur la Sécurité sociale 2011 Certification des Comptes)*
<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2011>

³⁷ . Ils dépendent chacun plus ou moins de l'un des trois ministères en charge d'un fragment de la Santé (des Affaires sociales et de la Santé, des Solidarités et de la cohésion sociale, de l'Economie et des Finances, conjointement responsables de l'équilibre des comptes de la Sécurité Sociale), sans omettre que certains professionnels de santé dont l'exercice est en grande partie orienté vers la prévention ou l'éducation, voient leur pratique placée sous l'autorité d'autres ministères (Education nationale, ministère du Travail).

³⁸ Voir ainsi le protocole Azalée de délégation interprofessionnel, validé par la HAS et promu par certaines ARS et le système SOPHIA promu par l'Assurance Maladie.

Enfin, et surtout, l'Etat a reculé régulièrement devant des réformes de la protection sociale, faute de savoir les expliquer aux électeurs, et de les concevoir dans un cadre d'équité pour les différentes parties, professionnels et usagers, tenant compte de la diversité des situations géographiques et sociales. Il demeure trop souvent tétanisé devant des manifestations corporatistes de certains professionnels de santé. Depuis l'affaire du sang contaminé, hanté par les risques que les pratiques de soins peuvent avoir pour les patients mais aussi pour les politiques, il a multiplié les réglementations sans en faire l'évaluation. A qui bénéficie alors le principe constitutionnel de précaution ?

Cet empilement et cet éparpillement ont plusieurs conséquences délétères :

- l'action collective de santé publique est peu lisible,
- l'opacité induite favorise les dérives et les interventions inappropriées de groupes de pression,
- les réglementations diverses, les cultures spécifiques, les cloisonnements fonctionnels de chaque entité sont autant de freins à la mise en œuvre de la volonté politique.
- l'évaluation des actions est rendue particulièrement difficile.

Plus largement c'est chaque acteur institutionnel auquel on peut demander s'il assume ses responsabilités quant au bon emploi des ressources collectives, chaque fois qu'il prend des mesures d'ordre social, dont la générosité est permise par les contributions des autres³⁹.

1-5L'insuffisance de la pratique de l'évaluation

L'insuffisance de la pratique de l'évaluation et/ou de l'utilisation des apports de celle-ci pour améliorer le système de santé, est un point commun aux bizarreries pointées ici, carence reconnue tant par le CESE que par la Cour des Comptes, à l'occasion du suivi de la Loi de Santé publique de 2004, confié à la Drees et au Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). Déjà, en 1996, C.Béraud, médecin conseil de la CNAM, évoquait une prescription d'exams diagnostics inutiles de 30%⁴⁰

A la place d'une telle démarche, des cadres de surveillance ont été institués, d'abord en fonction des effets médiatisés de dérèglements majeurs, tels les infections nosocomiales à la Clinique du Sport, l'hémovigilance à la suite du « sang contaminé ». Ces épisodes ont aussi favorisé l'émergence de la parole des patients-usagers-victimes. Mais la sécurité absolue réclamée, le risque zéro (et la judiciarisation en cas de défaillance), ne sont pas conformes à la réalité de la pratique soignante, laquelle s'efforce d'apprécier et de minimiser les risques à prendre pour lutter contre un mal dont l'évolution spontanée serait la mort ou le handicap. Sans doute est-ce un réflexe bien humain que devant un accident impliquant une institution, des boucs émissaires soient recherchés. Mais là où il faut analyser les différentes étapes d'un processus de soin pour en améliorer le fonctionnement, on cherche des coupables. Cependant on peut espérer que l'implication de représentants d'usagers instituée dans des établissements de santé stimule de véritables démarches qualité.

Certes, des structures ont été créées mais la culture d'évaluation en est bien souvent restée au développement d'indicateurs, de plus en plus nombreux, des seuls moyens à mettre en œuvre. De plus, ces indicateurs sont trop exclusivement quantitatifs pour des évaluations pertinentes de processus où le facteur humain, de l'ordre de la complexité, prend une grande place.

Cette approche a occulté la nécessité d'utiliser d'autres indicateurs du système de santé :

- D'abord le service rendu à la population, en ne se contentant pas d'une évaluation des moyens mis en œuvre mais en procédant à celle des résultats en rapport avec des finalités, des projets ayant sens pour celle-ci. Ainsi, pour l'IGAS, « le caractère lacunaire du dispositif national de la qualité des soins est

³⁹ *Entre autres exemples, celui d'EDF épinglé dans le rapport 2013 de la Cour des Comptes.*

⁴⁰ *C.Béraud : la France à la recherche d'un système de soins, Futuribles décembre 1996*

problématique, Il faut donner la priorité à la production d'informations qualité dont une part importante doit être rendue publique »⁴¹.

- Puis le coût de ses prestations. Les comparaisons d'efficience entre structures sanitaires comparables révèlent d'impressionnantes différences. Mais les mesures correctrices manquent.⁴²

Plus généralement c'est l'exploitation des résultats de l'évaluation qui fait défaut, comment et à qui remontent ils, à quelles décisions servent ils ?

1-6 Management et coûts de gestion

Ces carences illustrent les insuffisances de management trop souvent retrouvées à différents niveaux d'institutions impliquées dans l'organisation de la santé ou de l'offre de soins, du Ministère de la Santé, à l'Assurance Maladie ou aux directions d'hôpitaux publics. La présence de personnalités remarquables, la large ouverture des nouvelles directions d'ARS à des hommes et femmes porteurs d'autres cultures, les intentions de la Loi HPST en ce domaine ne sauraient masquer la toile de fond sur laquelle repose l'essentiel du fonctionnement quotidien, faite d'empilements de règlements (sollicités avant d'être dénigrés), de directives nationales uniformes, d'interventions syndicales ou politiciennes pour contourner ce qui est reconnu comme l'intérêt collectif.

Vu l'importance de la qualité du personnel et des charges qu'il représente dans le budget des établissements publics de santé (65 à 75%), on pourrait attendre une attention particulière au management et aux processus de nomination des responsables. Mais les nominations des Directeurs généraux (DG) centralisées au niveau du Ministère de la Santé et liées à des tableaux d'avancement, ne permettent pas de garantir ni l'adéquation optimale du candidat au poste, ni l'absence de déterminants politiques ou syndicaux, et celles des responsables médicaux de pôles hospitaliers, sous l'autorité des DG, sont souvent le fruit de compromis locaux amenant à désigner plus des experts reconnus de leur discipline que des managers formés pour des équipes pluridisciplinaires privilégiant les problèmes de santé publique du territoire desservi par leur établissement de soins.

⁴¹ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000107-l-hopital-rapport-2012-de-l-inspection-generale-des-affaires-sociales>

⁴² Une illustration peut en être fournie avec l'obligation, depuis 1996, de certification pour tous les établissements de santé, publics et privés, première démarche d'évaluation (en attendant, encore, celle des pratiques médicales). La procédure, effectuée sous l'autorité de la HAS, a pour objectif de s'assurer de « l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients ». Cette procédure a permis l'émergence d'une culture interdisciplinaire de la qualité des soins dans nombre d'établissements.

Cependant, les résultats de la procédure de certification n'ont pas de conséquences juridiques ou financières pour l'établissement. De plus, constatant que l'obtention de la « certification pleine », sans réserve, variait de façon importante, la Cour des Comptes « estimait tout à fait regrettable que ces écarts n'aient donné lieu à ce jour à aucune analyse approfondie, qu'il s'agisse des disparités repérées entre catégories d'établissements (de 23 à 73%) ou aussi selon les régions, ce qui interdit que la procédure lourde de certification puisse permettre de mieux identifier les leviers d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Alors que des systèmes d'incitation ont été créés à l'étranger, aucune incitation externe n'encourage les établissements à progresser dans la voie de la certification « pleine », sans réserves ni recommandations.. Ainsi, les CPOM qui déterminent les orientations stratégiques des établissements et en particulier leurs objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins,, selon la Loi HPST pourraient fixer les pénalités financières applicables en cas de non-respect des engagements de l'établissement . Or, « l'importance attachée aux résultats de la certification par le « guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM » de 2012, établi par le ministère de la Santé, est étonnamment faible » (Cour des Comptes rapport 2011).

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2011>

Abrité par sa complexité, par un langage ésotérique, et l'absence d'évaluation sur les services rendus et leurs coûts, le pilotage du système de santé est perverti par un maillage d'interdépendances entre partenaires, patients, professionnels, Assurance Maladie, responsables politiques, où chacun tient l'autre.

Enfin les coûts de gestion du système sont alourdis par les multiples redondances entre services de l'Etat et Assurance Maladie, la non prise en compte des effets de certaines réformes simplificatrices (comme la Loi CMU) et mériteraient un suivi comparatif spécifique.

1-7 Les industries de la santé...

Ces points ne sont évoqués ici que pour montrer qu'une part des charges du système de santé est dépendante des effets de la politique industrielle nationale et européenne au cours des dernières décennies.

En matière d'appareils d'imagerie, de radiothérapie, ou d'automates utilisés pour les examens de biologie, la France a perdu toute maîtrise, ne disposant plus d'entreprise créatrice en ces domaines. De plus, la contraction du nombre de fabricants à l'échelle mondiale rend les acheteurs captifs de ceux-ci, tant pour l'achat que pour l'exploitation (réactifs liés à l'automate) ou la maintenance.

L'industrie pharmaceutique française a perdu non seulement des parts de marché mais aussi sa place dans la course aux brevets. Le développement des biotechnologies, issues des recherches sur le génome et le fonctionnement cellulaire au niveau moléculaire, fut plus rapide chez nombre d'industriels étrangers qu'en France. Une meilleure fluidité des échanges entre équipes biocliniques et industriels est ici en cause ; il faut aussi mentionner que nombre d'excellentes équipes françaises ont développé avec des industriels étrangers des partenariats fructueux, particulièrement pour ces derniers.

Le gain en service médical rendu propre est mal évalué, particulièrement pour les nouvelles molécules. Les prix demandés pour les médicaments les plus innovants par ces industriels étrangers, faute de concurrence et de maîtrise de la chaîne d'innovation, peuvent atteindre plusieurs milliers d'euros par mois de traitement. Ils sont mis d'abord à disposition dans des pays où le remboursement du médicament dépend de l'assurance contractée (ainsi aux USA) ; les intérêts des assureurs et des industriels s'y rejoignent pour fixer des prix élevés. La fibre émotionnelle, manipulée par les industriels, ne permet pas aux pays à assurance collective de résister longuement aux demandes de tarifs découlant des prix acceptés dans les premiers pays d'introduction. Cela a été observé pour les médicaments antirétroviraux du SIDA ou pour les nouvelles classes de chimiothérapie anti tumorale. Si la décision tarde, ce sera la menace de fermer des sites de production sur le territoire national qui sera utilisée.

Mais ces écarts de prix ne sont pas toujours justifiés par un avantage significatif par rapport aux médicaments existants⁴³ et la superposition des instances concernées rend peu lisible la responsabilité de chacune dans la détermination du prix.

Enfin ce secteur est propice, en France comme ailleurs, à de multiples situations de conflits d'intérêt.⁴⁴ Parmi celles-ci la place prise par l'Industrie pharmaceutique pour l'information des médecins sur les médicaments est considérable, estimée par l'IGAS, en 2007, à 25000 euros/an et par médecin généraliste. On doit aussi s'interroger sur le rôle des industriels dans l'éducation thérapeutique des patients

⁴³ Comment expliquer les écarts de prix des médicaments similaires <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes178.pdf>

⁴⁴ Les experts siégeant dans les diverses commissions et comités intervenants dans les qualifications des produits (par exemple pour apprécier le « service médical rendu »), préalables à la détermination des prix de remboursement par la Sécurité Sociale, ont fréquemment d'autres fonctions : chefferie de services hospitaliers, direction d'équipe de recherche, dont les moyens de fonctionnement peuvent dépendre, plus ou moins largement, des fabricants des produits expertisés dans lesdites commissions et comités.

atteints de maladies chroniques (ainsi pour le diabète) et le soutien qu'ils apportent aux associations de patients, sans avoir à être pour autant considérés comme des « amateurs de la pureté divine »⁴⁵.

2 - Prendre la mesure des changements

Les changements intervenus dans le domaine de la santé, depuis la naissance de la Sécurité Sociale, sont multiples. Ils tiennent à l'accroissement des savoirs, aux changements des métiers, des rapports entre patients et soignés, ou d'organisation, et aussi au retentissement sur ce secteur des évolutions démographiques ou sociétales.

2-1 L'accroissement des savoirs

Le 4 octobre 1945 est publiée l'ordonnance portant organisation de la Sécurité Sociale, quelques jours après la mort de Bela Bartok des suites d'une leucémie, à l'issue de 3 ans de soins par les médecins américains les plus réputés. Ceux-ci disposaient d'un microscope pour compter les globules blancs en excès, d'une bombe au cobalt pour effectuer de la radiothérapie sur la rate et de transfusions. Un seul et même médecin disposait du savoir pour surveiller les examens et traitements. Jusque dans les années 1980, le pronostic de cette maladie n'a pas changé ; le traitement à base de comprimés remplaçant l'irradiation; il en coûtait l'équivalent de 15 euros/mois.

Depuis le début des années 2000, un médicament issu des découvertes successives concernant les mécanismes de la maladie, permet d'obtenir la disparition de tous les symptômes de la maladie, y compris ceux décelables au niveau du fonctionnement moléculaire le plus intime de la cellule leucémique. Il apporte l'espoir de guérison d'un grand nombre de patients. Ce traitement apparemment simple, pris sous forme de comprimés, nécessite, pour en décider la mise en œuvre et en effectuer une surveillance adaptée, l'accès aux multiples expertises d'une équipe pluridisciplinaire. Le coût en est de 1200 € par mois.

De semblables évolutions peuvent être décrites ailleurs en cancérologie, en gastro-entérologie, en cardiologie ou pour les maladies infectieuses.

2-2 Induisant des changements de métiers...

Cet accroissement des savoirs, bouleversant pronostic et conditions de traitement de nombre de maladies, a entraîné l'individualisation de disciplines nouvelles - identifiées par leurs concepts propres, leur langage, leurs publications spécifiques et leur société savante. Entre 1949 et 2008, le nombre de spécialités médicales ou chirurgicales reconnues en France, est passé de 11 à 30. L'émergence de nombreux métiers de la santé avec leurs domaines propres d'intervention a été confirmée par une réglementation nationale et par la création d'actes techniques reconnus par l'assurance-maladie. Cette technicisation du soin, nourrie par les découvertes de différentes sciences, a été promue par des « experts » médiatisés, et confortée par la solvabilité sans limites des patients. Mais tous ces rameaux éclatés ont établi entre eux des rapports complexes, avec une forte préoccupation identitaire.

⁴⁵ Guy Vallancien « Il faut cesser de s'en prendre à l'industrie pharmaceutique »
<http://lecercle.lesechos.fr/print/63697>

Ainsi, le nombre de professionnels de la santé a plus que triplé en France atteignant 209 000 personnes en 2009 ; sur la même période, le nombre d'infirmières a été multiplié par 2,5, avoisinant les 500 000. Les hôpitaux publics étant bien souvent les premiers employeurs de la commune ou de l'agglomération où ils siègent, le maintien sur le territoire de toutes leurs activités est devenu un enjeu électoral.

2-3 Les effets de l'informatisation

Parmi les effets des progrès technologiques des dernières décennies, ceux liés à l'informatisation doivent être spécifiquement abordés. Outre les remarquables changements apportés aux équipements de biologie et d'imagerie, permettant d'importants gains de productivité, l'informatisation du secteur de la santé a profondément modifié, comme ailleurs, les organisations et pratiques soignantes. Depuis les origines de l'informatique en santé, de multiples initiatives individuelles, partant des besoins ressentis par les professionnels, se sont développées de manière séparée. Un cadrage national, venant de la puissance publique, peine encore à imposer des normes permettant l'interopérabilité des données, entre établissements ou entre praticiens libéraux, ou facilitant la consolidation de données d'intérêt. Sur ce dernier point, la responsabilité de l'Assurance Maladie est importante, compte tenu des données dont elle dispose mais n'exploite pas, retardant ainsi la mise à disposition d'éléments objectifs nécessaires pour faire évoluer les comportements ou les pratiques. Les légitimes exigences de sécurité pour des données sensibles et protégées par le secret professionnel peuvent aussi servir de paravent à des médecins ne souhaitant pas remettre en cause des pratiques très autonomes. Enfin, la possibilité, pour le patient de refuser que soient indiquées dans son dossier médical personnel (DMP), communicable aux personnes qu'il aura désignées, certaines informations concernant ses antécédents pathologiques, risque de vider ce dossier d'éléments essentiels. Dans un récent rapport sur le coût du DMP, la Cour des Comptes pointait « l'absence particulièrement anormale et préjudiciable de stratégie et d'un grave défaut de méthode dans la mise en œuvre d'un outil annoncé comme essentiel à la réussite de profondes réformes structurelles. ». Elle estimait qu'à fin 2011 la mise en place de DMPs, sous différentes formes, avait vraisemblablement coûté plus d'un demi-milliard d'euros, essentiellement à la charge de l'Assurance Maladie, « l'absence de suivi par le ministère de l'ensemble de ces dépenses ne permettant pas d'être plus précis ». ⁴⁶Ces remarques doivent seulement conduire à une identification suffisante et à la prise en compte des obstacles résiduels au développement du DMP, qu'ils soient le fait d'associations de patients, de certains professionnels de santé, ou de véritables difficultés techniques. Le discours officiel sur l'informatisation et tous ses bienfaits ne sera crédible qu'au prix de cet effort de réalisme.

Malgré les potentiels reconnus des outils informatiques pour l'amélioration des pratiques entre professionnels, notamment lors de la mise en place d'un parcours de soins coordonnés, pour beaucoup d'entre eux l'informatisation demeure encore davantage ressentie comme un outil à usage administratif et comptable plus qu'un instrument d'amélioration fonctionnelle, au bénéfice du patient et de la santé collective. Mais il faut ici prendre la mesure des changements de comportement à l'égard des outils informatiques selon les générations, sans que l'on puisse apprécier leur impact sur la relation entre soignants et patients.

2-4 Changements des rapports entre patients et soignants

⁴⁶ Le coût du DMP depuis sa mise en place Juillet 2012
http://www.ccomptes.fr/content/download/53668/1420602/version/2/file/rapport_cout_dossier_medical_personnel.pdf

La multiplication des partenaires devenue bien souvent nécessaire pour la prise en charge d'une maladie diluera les responsabilités sans qu'un médecin soit clairement reconnu par le patient comme étant Le responsable. Celui qui est chargé non seulement de la synthèse diagnostique et de choix thérapeutiques adaptés, mais qui doit aussi porter l'essentiel de la communication sur la gravité de la maladie, ses contraintes et traitements possibles n'est plus aisément identifié.

45 % des internautes utilisent le Web pour chercher des réponses à des questions sur la santé, qu'ils en aient ou non parlé à leur médecin. Ce développement de l'usage d'internet et des réseaux sociaux modifie la position du médecin, lequel se trouve face à des personnes qui savent un peu, et partagent entre eux. Il lui faut affronter ce qu'il peut ressentir comme une remise en cause, expliquer sa prescription, ou son refus de suivre les suggestions émanant d'internet, et développer une relation de confiance dont les bases auront évolué. A contrario, la diminution du temps d'examen clinique par le médecin, et de sa composante d'entretien et d'interrogations, au profit d'actes complémentaires techniques, risque de renforcer la mise en valeur exclusive de ces derniers telle qu'elle est faite dans les médias.

Et pourtant, la connaissance demeure asymétrique entre patients et soignants, tandis que les uns comme les autres sont exposés à la communication manipulatrice surtout initiée par des groupes de pression industriels. Le dévoiement trop fréquent de cette communication alimente la judiciarisation et une inflation de formulaires « d'information » anonymes .

L'appétence constatée pour les médecines alternatives questionne sur le complément thérapeutique qui est ainsi recherché, besoin suscité par une dépersonnalisation des soins, « une biomédecine (qui) a produit d'impressionnantes réussites techniques mais qui ne produit pas d'histoires qui aident à vivre »⁴⁷

2-5 Des changements d'organisation

C'est la maladie, opportunité d'une suite d'actes techniques rémunérés aux dépens de l'acte intellectuel, qui a été mise au centre de l'organisation. Elle court-circuite le patient qui en est porteur, tandis que les lieux d'hospitalité sont devenus des plateaux techniques avec hébergement éventuel.

Ils sont aussi devenus de plus en plus souvent des lieux de la « violence ultime » par la séparation de la personne de son chez-soi pour mourir loin des regards et des compassions : 60 % des décès ont lieu aujourd'hui en établissements de soins, à l'encontre des désirs exprimés lors des enquêtes.

Ces constats d'une organisation ne répondant plus que partiellement aux besoins de la population nourrissent actuellement la réflexion sur les parcours de soins, voire sur les parcours de santé des personnes, amenant à y intégrer leur parcours de vie et leur environnement social. Même si cette réflexion est nourrie par des expériences étrangères de soins intégrés, notamment québécoises, elle n'a pas, jusqu'alors, conduit à un décloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico social et social ni à la fongibilité de certains de leurs financements.

2-6 Les évolutions démographiques et générationnelles

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des facteurs de dépendance. Les soins sont plus complexes, les hospitalisations redoutées en raison des décompensations qu'elles peuvent susciter, la prise en charge sociale et médico sociale

⁴⁷ D.Peters, cité par JM Gueullette « Evaluation des médecines alternatives » Etudes, février 2013, p 178

devenant le corollaire indispensable du soin. C'est une autre organisation de leurs parcours de soins qui est appelée⁴⁸.

Le renouvellement générationnel des professionnels de santé retentit sur le temps opérationnel collectivement disponible. Les enquêtes faites auprès des jeunes médecins montrent qu'ils partagent les souhaits de leur génération d'une vie personnelle et familiale plus équilibrée ne sacrifiant pas au métier comme ont pu le faire leurs aînés. Leurs souhaits de modalités d'exercice, plus volontiers en groupe, leur pratique de l'outil informatique pour la communication, permettent d'escompter leur adhésion aux nouveaux modes d'offres de soins présentés dans ce document.

La féminisation de la profession médicale progresse. En 2009, les femmes représentaient près de 40% des médecins en exercice⁴⁹. La parité devrait être atteinte à l'horizon de 2020 et la féminisation s'accroît encore, la part des femmes parmi les étudiants passant avec succès le concours d'accès aux études médicales atteignant 70 à 80%. Par delà les transformations quantitatives de l'exercice médical (moindre durée hebdomadaire, davantage d'exercice salarié), c'est un rapport à la temporalité qui va évoluer « ... les tensions autour de la disponibilité des hommes médecins vis-à-vis de la sphère familiale et la sociabilité conjugale deviennent de plus en plus vives. L'influence de la féminisation va bien au-delà de la seule présence numérique des femmes. »⁵⁰. Devenues majoritaires et accédant plus largement à des fonctions de responsabilité dans le milieu professionnel et universitaire, il est très probable que les femmes feront évoluer l'éthos et la pratique médicale, par ce qu'elles sont elles mêmes et non par rapport à une majorité masculine.

2-7 Le système de santé ne peut plus fonctionner comme avant

Le système de santé, élément de cohésion sociale, ne peut plus fonctionner comme avant. Progressivement la définition de l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁵¹, a montré la nécessité de développer une offre de santé dont le soin n'est qu'une composante, certes majeure, et dans la définition de 1986 (Charte d'Ottawa), la santé est définie comme une « *ressource pour s'adapter à l'environnement et développer ses projets de vie* ». A travers ces évolutions de définition, s'exprime aussi une demande de démedicalisation d'une vision de la santé dont l'accès au soin n'est plus la seule manifestation.

Ces différents changements ne permettent pas d'envisager que le système de santé perdure comme il a vécu depuis 1945. Il est devenu, progressivement, par la solidarité financière qu'il traduisait, un élément d'appartenance à la société ; et parfois, pour les plus démunis, l'ultime lien avec elle. L'enjeu collectif de l'adapter aux réalités contemporaines est un enjeu sociétal. Cette adaptation ne peut être le fait de mesures sectorielles de simple réparation ; elle nécessite une révision de ses bases et de son usage par les citoyens, les professionnels, les institutions, pour que les innovations nécessaires trouvent leur place.

⁴⁸ *Les personnes de plus de 80 ans représentent 5% de la patientèle, mais 13 % des courts séjours hospitaliers, 26% des prises en charge en HAD, 37% de celles en soins de suite et réadaptation et sont à l'origine de 50% de la croissance des dépenses de santé (données de la Direction de l'organisation des soins, ministère de la Santé mars 2013)*

⁴⁹ *Elles étaient près de 30% en 1990. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art03.pdf>*

⁵⁰ *Revue française des affaires sociales 2005/1 (n°1) N. Lapeyre et N. Le Feuvre] Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*

⁵¹ <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

3 - Quels principes de solidarité pour le système de santé ?

3-1 Bases et évolution de la solidarité

Les deux principes fondamentaux de l'Assurance Maladie sont : cotisation selon les moyens et prise en charge indépendamment des ressources⁵². Ils représentaient le résultat d'un arbitrage entre les principes d'égalité citoyenne, de libre agent et de multi solidarisme⁵³. Après une phase où accès et contribution ont été directement liés au travail, dans une logique d'égalité citoyenne, c'est à tous les citoyens, puis à tous les résidents non citoyens, que furent progressivement ouverts les droits aux « soins dans le cadre de la solidarité », indépendamment de leur contribution financière et des modalités de celle-ci (impôts, cotisations sur salaire). Mais devant les limites des produits de l'activité économique pouvant être destinés à l'usage collectif, et les résultats des arbitrages en faveur d'autres emplois que la santé, l'appel au libre agent a grandi. Ce principe est bien présent quand le reste à charge est à couvrir par une assurance complémentaire, même si une aide publique est prévue pour que les plus démunis « s'assurent » eux-mêmes (CMUc).

Le « multi solidarisme », qui semblait quelque peu écarté par la prééminence de la solidarité citoyenne, est alors sollicité, qu'il s'agisse de la solidarité familiale (aidants), ou d'autres formes de solidarité civile intermédiaire. Mais sa reconnaissance, même si elle n'est encore que limitée, contribue à considérer la prise en charge d'un autre périmètre de la santé, incluant l'environnement social de l'individu. La charge pesant sur les proches peut s'en trouver renforcée, par le cumul d'aides diverses que ceux-ci ont à fournir. Ces éléments ont été récemment rappelés dans le cadre d'une réflexion pluridisciplinaire engagée sur ce sujet depuis 2012 par la Conférence Nationale de Santé.

3-2 Les limites rencontrées

Les changements philosophiques

Par la Loi du 28 juillet 1999⁵⁴, était instaurée la couverture maladie universelle (CMU) accessible par le seul critère de résidence. Aboutissement de l'élargissement progressif des qualités des « ayants droits », cette Loi marque aussi une rupture radicale avec le concept initial d'un système créé pour les travailleurs salariés avec des cotisations liées à la masse salariale de ceux-ci et dont la gestion était confiée, paritairement, aux représentants syndicaux des travailleurs et au patronat. Ce cadre architectural demeure mais les recettes fiscales sont venues compléter, et maintenant dépasser,⁵⁵ les cotisations provenant

⁵² Ces principes ont encore été tout récemment utilisés par le premier ministre pour rééquilibrer le régime des Allocations familiales non par une modulation des prestations selon les revenus, mais en faisant appel à des mesures fiscales nouvelles.

⁵³ Nous proposons d'identifier ici, en suivant A. Masson, trois déterminants principaux (ou principes philosophiques) dans les fondations des systèmes de solidarité : l'égalité citoyenne, le libre agent, et le multi solidarisme. Dans le premier, c'est l'État qui est à la manœuvre, subvenant à tous les besoins qui sollicitent la solidarité ; il le fait grâce à l'impôt. Dans le deuxième, l'individu est totalement responsable et assumera lui-même tous ses besoins en la matière en anticipant par l'assurance ou l'épargne salariale. Le dernier est intermédiaire entre les deux précédents et fait place aussi à diverses solidarités civiles, incluant notamment celles venant de la famille. Ainsi, les deux premiers termes de la devise républicaine (liberté, égalité) s'expriment elles dans la troisième, la solidarité étant considérée comme un avatar de la fraternité. Selon les Etats, l'arbitrage entre ces trois principes diffère.

⁵⁴ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392>

⁵⁵ Dans les recettes du régime général de l'assurance Maladie en 2012, 72,9 mds provenaient des cotisations, 55 mds de la CSG et 18,8 mds, d'impôts et taxes.

toujours de la masse salariale tandis que la majorité des bénéficiaires ne sont plus des salariés mais des retraités. Les « ordonnances Juppé » de 1995 avaient eu l'ambition de confier la gouvernance du système à l'Etat, en lieu et place des partenaires sociaux⁵⁶. De ces évolutions, on aurait pu attendre diverses simplifications de procédures (par ex pour le contrôle des droits...) ou des interrogations telles celles sur le maintien d'un paritarisme de gestion dans sa forme initiale.

La progression des charges

La part des dépenses courantes de santé dans la richesse nationale est passée de 5,4% du PIB en 1970 à 12% en 2011. Financées pour 75% par l'Assurance Maladie, leur croissance a longtemps été permise par celle de la richesse du pays ; depuis plusieurs années, elle ne peut l'être en totalité que par le recours à l'emprunt. Le déficit cumulé du régime général de l'Assurance Maladie entre 2000 et 2012 est de 91 milliards, dont 5,9 Mds d'euros pour l'année 2012⁵⁷, mais minoré par les 7 milliards de recettes supplémentaires, venant de diverses mesures fiscales votées fin 2011-début 2012.

Pour les prochaines années, les forces poussant à la poursuite de l'accroissement des dépenses sont déjà en place : la pyramide des âges se modifie au profit des tranches d'âge les plus consommatrices de soins, les connaissances continuent de croître, nombre de maladies incurables rapidement mortelles deviennent chroniques et les nouveaux modes de vie font augmenter le nombre de porteurs d'affections chroniques.

Dans le même temps, la demande de soins pris en charge par la collectivité est élargie à la satisfaction d'états de « souffrance sociale ». Les débats en cours sur la proposition d'assistance médicale à la procréation pour les couples de même sexe, en est un exemple, appelant une réflexion collective plus approfondie devant la pré éminence actuelle du principe d'égalité des droits sollicité pour contrecarrer la réalité de la diversité des corps sexués.

Le développement du secteur assurantiel

Mutuelles et Assurances non mutualistes ont proposé des offres de plus en plus diversifiées, en même temps que l'Assurance Maladie restreignait le niveau de certaines prises en charges ou que des mesures de participation individuelle censée responsabiliser les patients lors de leur consommation de soins étaient décidées. Mais les risques ainsi couverts le sont au prorata des cotisations consenties. Le premier effet négatif est la sélection des risques et des patients en fonction des revenus de ceux-ci, à l'encontre du principe d'universalité. Un second effet a été de solvabiliser une clientèle permettant d'augmenter les tarifs de prestations au-delà du tarif opposable fixé par convention avec l'Assurance Maladie comme de déresponsabiliser patients et professionnels dans leur usage d'investigations ou de traitements, « puisque c'est couvert par la complémentaire »...pour le profit, in fine, des Mutuelles et Assurances complémentaires, dont l'augmentation des cotisations est ainsi légitimée, permettant celle du chiffre d'affaires.

Les comportements

Le système de solidarité repose sur le postulat que chaque citoyen fera un usage du système de santé correspondant strictement à ses besoins de santé et que les professionnels n'en tireront que de « justes » revenus. Les exemples rapportés dans la première partie montrent les limites de ce postulat.

Les cloisonnements

Les différents secteurs pouvant concourir à la santé, sanitaire, médico social et social, sont cloisonnés, du sommet décisionnel et financeur, à la base opérationnelle, ce qui retentit sur leur efficacité propre pour le service apporté par le système de santé.

⁵⁶ *Vote annuel par le Parlement de la Loi de financement de la Sécurité sociale, fixant la limite de l'accroissement annuel des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), nomination, par le gouvernement des dirigeants des caisses d'Assurance Maladie...*

⁵⁷ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss_synthese_juin_2013_6_06.pdf

3-3 Propositions d'ordre éthique

Propositions d'ordre éthique pour le fonctionnement du système de santé. Il nous semble difficile d'avancer des propositions cohérentes sans commencer ainsi.

Nous estimons que :

- La santé mobilise un bien commun, matériel et immatériel (compétences) dont la *constitution s'est faite progressivement. Ce bien doit rester tel, au bénéfice de tous, dans la justice, et la santé ne pas être réduite à un produit d'intérêt collectif*⁵⁸

- L'usage de ce bien commun doit être hiérarchisé : les soins des maladies avant ceux de confort, la correction de ce qui limite l'intégration sociétale des handicapés avant le prolongement de la vie de situations sans espoir ou par des traitements de « jouvence ». C'est à l'application universelle de ces biens, avant qu'individuelle, que nous devons d'abord songer. Le principe d'équité est premier, avant l'ambition de prolonger la vie à tout prix. Il suppose l'égal accès aux soins. Il fera privilégier les soins bénéficiant au plus grand nombre, et d'abord aux plus démunis et développer la prévention et le « care » avec la même reconnaissance sociale et financière que les actes techniques. Les choix de financement d'actions sur les déterminants de santé, ou de programmes de recherche pour de nouvelles thérapeutiques seront l'occasion de mettre en œuvre ces principes.

- Ces choix doivent être faits :

- au profit de tous les hommes, mais particulièrement au profit des plus faibles, quelles que soient leur situation matérielle, leur non intégrité apparente, leurs capacités, des hommes que le chrétien considère comme « temple de Dieu » devant être intégralement respectés dans leur état de créature vivante et libre, quel que soit leur handicap.

- dans le respect de la liberté des personnes, en sachant aller au devant d'elles, particulièrement quand leur état rend difficile, voire impossible, l'expression d'une demande.

- L'acte thérapeutique sera fondé sur le bien fait au malade, ou du moins dans l'intention de fonder ce bien, pour lui et avec lui, apprécié non seulement en terme d'espérance de vie mais aussi de qualité de vie⁵⁹.

- Dans la perspective de choix « durs », qui viendront quels que soient les progrès de l'efficience du système (par exemple la décision de traitements très onéreux chez des personnes très âgées), d'une part des alternatives d'accompagnement devront être élaborées, d'autre part une réflexion *collective* sur les critères de décision devra être initiée, portant notamment sur les « besoins de base », appréciés après analyse de situations. A défaut d'une telle anticipation les ressources communes seront épuisées avant que ces besoins de base de chacun, et notamment des plus faibles, aient été pris en charge.

- Le périmètre du concept de santé doit être renouvelé⁶⁰, au delà du soin des maladies, afin d'englober amont et aval de celles-ci, à savoir les secteurs médico social et, au moins pour partie, social. Les dépenses sociales, et les accompagnements qui vont de pair, contribuent à l'efficacité non seulement de notre système de protection sociale mais aussi de notre système de santé. Il faut aller au-delà de la promotion de dispositifs d'articulation du sanitaire et du social, vers des dispositifs d'intégration opérationnelle et financière de ces différents secteurs.

⁵⁸ Pour une conception renouvelée du bien commun . François FLAHAUT Etudes Juin 2013, 773-784

⁵⁹ JM Gueullette op. cité

⁶⁰ En cohérence avec la charte d'Ottawa, de 1986, sur la promotion de la Santé.

- Dans la situation économique actuelle l'option retenue est d'assumer les besoins essentiels de santé⁶¹ de chacun avec les ressources collectives existantes, et non pas de laisser les charges augmenter en les faisant porter par les ressources individuelles, mobilisées directement (fonds personnels) ou indirectement (assurances, mutuelles). A défaut d'un tel engagement, il est montré que le reste à charge est, en valeur relative, d'autant plus important que les revenus du foyer sont faibles. et qu'il constitue un déterminant majeur du renoncement aux soins des catégories socio professionnelles les moins favorisées.

- Enfin, à la place de l'extrême centralisation actuelle, le principe de subsidiarité doit être mis en application notamment pour l'allocation et la gestion des ressources au niveau des territoires, avec une décentralisation des organisations et des centres de décision en même temps que seront réduites les structures centrales actuelles. Cela ne doit cependant pas être prétexte à faire perdurer les inégalités actuelles de la répartition des ressources nationales.

4 - Face aux anomalies actuelles, à un contexte nouveau, quelques pistes à explorer en vue d'une meilleure maîtrise du système de santé

Des choix doivent être posés et des priorités retenues pour l'évolution d'un système figé. La promotion de la santé pour tous, l'efficacité et l'efficience des soins pour chacun et la responsabilisation des citoyens imposent des découplages, l'humain n'étant pas une addition de pièces détachées Il y a là un enjeu organisationnel majeur, refondant les relations entre professionnels, et intégrant pleinement chaque personne dans la prise en charge de sa propre santé, comme dans ses responsabilités de citoyen solidaire des siens dans son usage du système de santé .

Pour rendre le système plus adapté et efficace c'est un ensemble cohérent d'actions impliquant tous les partenaires : professionnels, usagers, Assurance Maladie, Assurances et mutuelles, Etat, qui doit être réfléchi. Ces actions devront notamment concerner : l'accessibilité aux professionnels de santé, le contenu préférentiel des soins, la valorisation des fonctions et la rémunération, l'évaluation, la responsabilisation des acteurs, le pilotage du système.

Les propositions sont regroupées sous quatre rubriques :

- Les soins : de la prévention, parcours de soins et de santé, care plus que technique, avec quelle efficience
- Une organisation des soins facilitant l'accès aux professionnels : les « secteurs » et leurs professionnels ; découpler et adapter formations et répartition en fonction des besoins
- La valorisation des fonctions selon une autre répartition des tâches
- Un pilotage renouvelé : évolutions structurelles et éléments stratégiques à maîtriser

4-1 Quels soins?

Il s'agit de prendre soin de toute personne, selon une vision globale de la santé débordant une approche limitée à celle des maladies, mais intégrant l'amont et l'aval de celles-ci dans leurs dimensions économiques, environnementales, sociales et/ou médico sociales. La cohérence est la priorité, répondant à la demande des citoyens. Elle nécessite d'abord la mise en communication et en réseau des personnes, avec leurs fonctions, précédant celle des structures.

⁶¹ *Mais comment les définir précisément, le propre du « besoin » étant d'être toujours affecté d'un indice de croissance exponentiel... La piste de la réponse aux « situations » critiques serait sans doute plus fructueuse, sans que l'on puisse se soustraire à la subjectivité de la définition de ce caractère « critique ».*

C'est à partir du concept de parcours de santé que pourront se développer des soins répondant à la fois aux besoins identifiés par l'analyse des situations de personnes reconnues pleinement comme sujets, aux exigences de la santé publique ainsi qu'aux enjeux financiers.

Les questions abordées ici concernent la prévention, les soins intégrés, la place du care ainsi que la préoccupation d'efficacité des soins. Elles ne traitent pas du périmètre de ce qui relève du soin et de ce qui est de l'ordre de la convenance.

4-1-1 La prévention

Elle est la porte d'accès à une autre politique de santé pour tous, où l'implication individuelle responsable va de pair avec l'assistance. Elle est aussi une source de gains, moyennant un effort continu et sur le long terme, à l'abri d'aléas électoraux.

Chaque personne doit être sujet et non objet de prévention, et en connaître les outils par une éducation à la santé concernant notamment ses principaux déterminants : alimentation, tabac, alcool, activité physique, hygiène individuelle, comportements à risque. Les enfants, les adolescents doivent être les premiers concernés et initiés au soin de leur santé tant dans leur famille qu'à l'école. Ceci implique de nos jours une aide à la parentalité ainsi qu'une véritable application de directives de l'Education Nationale en matière d'hygiène de vie, d'éducation à la santé, à la vie affective, relationnelle et sexuelle, comme au vivre ensemble. C'est aussi une cohérence entre les différents intervenants (parents, enseignants et autres éducateurs, médias pour la jeunesse...) qui doit être développée. Le niveau *local* est celui de l'éducation à la santé, des actions de prévention adaptées aux types de public. Il faut y distinguer ce qui est d'origine associative ou institutionnelle, avec des intervenants salariés ou payés à l'acte, sachant que le maillage entre ces acteurs, et une reconnaissance réciproque, doivent progresser.

Mais c'est tout au long de la vie, au delà de la petite enfance de la PMI et de la crèche, de l'école aux mouvements de jeunesse, puis se prolongeant dans différents cadres, notamment professionnels, que cette culture individuelle de prévention doit être entretenue. C'est la même culture qui conditionnera l'observance aux procédures de prévention des risques professionnels, comme à celle des traitements des maladies chroniques (médicaments, hygiène..).

Parcours de vie et parcours de santé sont imbriqués : l'histoire des émotions collectives ou individuelles a un impact sur ces parcours. Il serait irresponsable de ne pas en tenir compte. Parmi les outils disponibles, les médias classiques, comme les nouveaux tels les réseaux sociaux, seront particulièrement étudiés, leur contenu pouvant être délétère sur la santé ou au contraire véritablement éducatif.

Mais le seul discours informatif est insuffisant pour une pleine efficacité. Comme l'ont montré la prévention des accidents de la route ou la lutte contre le tabagisme, des interdits sanctionnés doivent y être associés. Ils contribuent à faire évoluer les comportements, même si d'autres moyens doivent être mobilisés à cette fin, en particulier pour l'éducation des jeunes à leur santé.

Notre propre démarche de prévention peut être ainsi vue comme un acte civique, de citoyen, pouvant contribuer aux efforts collectifs de maîtrise des coûts et avoir valeur d'exemplarité, ou inversement de contre-exemple, particulièrement quand il est le fait de parents ou de soignants. Elle sera aussi fonction de notre situation, des phases de la vie, des événements intercurrents positifs (maternité ou paternité par exemple) comme des épreuves (chômage, deuil, séparation...). Mais l'équilibre entre liberté individuelle, incitation médicale et contrôle social ne doit-il pas rester dynamique, donc instable ?

Pour les professionnels du soin et des secteurs social ou médico-social, c'est à la mise en œuvre et à la valorisation d'une fonction jusqu'alors souvent laissée en friche qu'il convient de s'attacher en la considérant pleinement comme faisant partie du soin. Le rôle opérationnel de chacun et sa place parmi les autres acteurs devront être déterminés dans le cadre d'une organisation de proximité pérenne, adaptée à

chacun et à chaque type d'action, comme il a été souligné par le CESE⁶². Le rôle de tous les éducateurs (milieux scolaire ou sportif, par exemple) concourant à la santé publique, notamment par des actions de prévention, doit être ici reconnu et valorisé.

C'est de l'implication des professionnels, d'une meilleure connaissance de nous même conduisant à des choix plus en cohérence avec nos besoins, dans le respect des autres, de la volonté de l'Etat, particulièrement avec ses relais régionaux, que dépendent les effets des actions de prévention sur la santé de chacun et sur le coût de celle ci. Le trio peut être gagnant, mais pas l'un sans les autres. Sa mobilisation nécessite un investissement culturel et financier majeur particulièrement auprès des éducateurs et des médias.

4-1-2 Parcours de soins et développement de soins intégrés

La notion de parcours de soins peut être un outil de cohérence, pour les patients comme pour les professionnels. Elle est citée dans les orientations de la stratégie nationale de santé présentée récemment par le premier ministre⁶³.

Elle nous semble pouvoir être développée à deux niveaux :

- celui d'une coordination entre professionnels et institutions différents, devant intervenir auprès d'une personne (malade ou handicapée) pour des soins d'une longue durée,
- mais aussi comme une organisation générale, pilotée à un niveau supérieur, permettant des accords cadres entre ces partenaires de proximité ou leurs représentants afin d'assurer des financements à priori de leurs interventions et des ajustements à posteriori. Ce second niveau est symbolisé par la mise en place d'un guichet unique ouvert aux opérateurs du premier niveau.

Si, dans certains territoires, ou agglomérations, et surtout en cas de surdensité de professionnels de santé, la volonté de coordination pour mettre en place un tel parcours de soins peut faire défaut, dans des zones moins favorisées, il n'en est pas de même ; des expériences de ce type y sont entreprises ou prêtes à se développer, facilitées quand est présente la volonté de réaliser un guichet unique et d'apporter un appui d'ingénierie administrative.

L'ambition est que le parcours de soins ne soit plus un puzzle à reconstituer par le patient, ou ses proches, mais qu'il ait pu être préparé par les professionnels concernés, et au premier rang son médecin traitant. Mais c'est bien le patient qui intègre dans son parcours de santé ce qui est aussi un temps de sa vie. Nous pensons que l'intégration des différents acteurs dans un projet partagé de santé de territoire, incluant soins, financements et évaluation, peut être un facteur de succès du développement des parcours de soins comme du parcours de santé tout au long de sa vie..

⁶² « Bien au-delà des questions de responsabilité individuelle, beaucoup d'analystes évoquent les questions de responsabilisation et de culpabilisation de l'individu. Il nous faut, en matière de prévention, emprunter une approche totalement différente et parvenir à dépasser la responsabilisation et la culpabilisation individuelle par la notion d'implication de la personne. Une stratégie de prévention nouvelle pourra induire, chez elle, un désir et une volonté de mieux faire pour préserver son potentiel santé. Les campagnes de prévention permettent d'informer les populations mais ne suffisent pas à changer les comportements. Pour être effective, la politique de prévention doit être assimilée par tous et prendre en compte les aspirations, les réticences ou les refus de la population. Il n'y pas de stratégie collective gagnante sans adhésion des individus ». (CESE)

⁶³ Discours sur la santé de JM Ayrault à Grenoble (8 février 2013) insistant sur la coordination des professionnels (via l'informatique), la mise en place d'une médecine de parcours, la continuité « prévention-soins-accompagnement ».

Le développement de soins intégrés dans le cadre de dispositifs pluridisciplinaires de premier recours est un élément central d'une évolution de l'offre de soins. Dans des zones rurales, peu médicalisées, les communes, voire les conseils généraux, ont aidé au développement de « maisons médicales », hébergeant plusieurs professionnels de santé de qualifications différentes. Certaines de ces maisons ont été construites sans qu'il y ait eu certitude qu'elles soient occupées, dans le seul espoir que leur existence attirerait des candidats. Les échecs rencontrés alors ont poussé à privilégier d'abord l'élaboration de projets, émanant des professionnels eux-mêmes, regroupés fonctionnellement en « pôles de santé » ou en réseaux de soins.

Il est bien reconnu maintenant que le développement de soins intégrés doit procéder d'un projet fonctionnel élaboré par plusieurs médecins et différentes catégories de professionnels, du secteur sanitaire comme du secteur social, pour répondre aux besoins spécifiques de santé de la population d'un territoire donné. Ainsi peut être promu un dispositif de premier recours, à la forme différente selon qu'il se situe en zone rurale à population âgée ou en zone urbaine sensible avec une forte prévalence de drogues. Le dispositif décrit ici rejoint, en l'élargissant, une proposition récente Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie⁶⁴. Le groupement physique (par ex maison de santé) n'est qu'un des moyens d'organisation traduisant ce projet fonctionnel, mais n'est pas une fin en soi.

C'est dans ce cadre des soins intégrés que peuvent plus aisément être mises en place de nouvelles fonctions, par exemple de liaison entre ambulatoire et secteur hospitalier, entre secteurs sanitaire et social, entre généralistes et spécialistes, ou d'acteurs d'éducation à la santé (infirmières scolaires, éducateurs sociaux...). Ainsi, en raisonnant en terme de parcours de santé de la personne, peut on observer que celui-ci n'est pas limité à l'environnement médical et soignant mais implique un environnement social (par exemple pour les personnes âgées, ou pour celles porteuses de troubles mentaux ou en situation d'addiction).

De nouvelles compétences, dans le cadre de nouveaux métiers (secrétariats d'interface entre secteurs, IDE cliniciennes, coordinateur de dispositifs pluridisciplinaires...), ou délégations contractuelles de tâches (suivis d'ALD, éducation thérapeutique...), particulièrement entre médecins et IDE, seront développées. Une première application en seront les soins aux personnes âgées dépendantes. De tels dispositifs existent en France, rares et expérimentaux, éventuellement portés par des protocoles de coopération (cf. §4-3) mais ailleurs de façon courante.

Les promouvoir aurait plusieurs effets positifs :

- constituer une réponse lisible aux demandes des médecins généralistes de se recentrer sur leur « cœur de métier », et de pouvoir mieux maîtriser leurs horaires de travail.
- reconnaître qu'une partie des demandes actuelles de la population, adressées au médecin, ne relèvent pas spécifiquement de celui-ci, que d'autres professionnels, plus disponibles, peuvent y répondre, à un coût moins élevé pour la collectivité. Les populations très vulnérables bénéficieront tout particulièrement d'une organisation de « soins de santé primaire »..
- représenter une entité d'offre de soins de proximité et de promotion de la santé dont les missions peuvent faire l'objet d'une contractualisation avec les financeurs (permettant de quitter le paiement exclusif à l'acte) et les évaluateurs, regroupant les différentes catégories de professionnels adaptés aux besoins d'un territoire donné.

Leur développement, vu les changements culturels nécessaires, et la nécessité d'identifier des « promoteurs », encore trop rares, pilotes de projets fonctionnels, sera d'abord destiné à des zones sous médicalisées ou cumulant les difficultés d'ordre social, démographique, ou épidémiologique.

⁶⁴ (HCAAM) http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf

4-1-3 Care plus que technique

La foi aveugle dans les vertus d'un progrès scientifique indéfini, à priori bon, a mis en concurrence les différents acteurs du soin aux maladies, avantageant les porteurs de techniques, et cela aux dépens de ceux engagés dans le soin à la personne.

En France, 9 consultations sur 10 donnent lieu à une ordonnance, ce taux est de 7/10 en Allemagne et de 4/10 aux Pays-Bas. Pourtant, les Allemands et les Néerlandais ne sont pas en moins bonne santé que les Français. Le « tout médicament » français pose question en termes de financement mais également de sécurité sanitaire : les accidents iatrogènes sont responsables de 130 000 hospitalisations et 10 000 décès chaque année. Nous consommons annuellement 2 à 4 fois plus d'antibiotiques et 5 à 10 fois plus d'anxiolytiques et d'hypnotiques que les autres pays européens comparables.(CESE) ⁶⁵.

Non accessible aux cotations par des actes, le care doit être reconnu socialement et financièrement. « On passe plus de temps à réfléchir pour décider que l'on ne fait pas un acte (temps non valorisé) qu'à décider de le faire et le réaliser (temps rémunéré) », disait un médecin de soins palliatifs. Prendre soin de la personne et proclamer qu'elle est au centre du dispositif, c'est d'abord faire appel à ses ressources personnelles et lui permettre de les exprimer. C'est aussi lui proposer des services cohérents dont elle ne soit pas le simple objet inerte. La coordination des acteurs et des actes nécessités par les étapes fragmentées de prise en charge des maladies nécessite d'individualiser et de reconnaître des fonctions de « logisticiens » du parcours de soins et de sa continuité (réseau, liaison ville/hôpital...), en prenant en compte les conditions de vie de la personne concernée, de son entourage et des aidants éventuels. Ils pourront ainsi rendre ce parcours lisible d'abord par les patients mais aussi par les professionnels, les évaluateurs et les financeurs. Ces fonctions actuellement portées par les médecins traitants, pourraient être confiées à d'autres professionnels formés et reconnus pour cela.

4-1-4 La nécessaire recherche d'efficience des soins

Elle impose de modifier certaines organisations et pratiques actuelles :

- Le niveau de qualification, et de compétences des professionnels, comme des structures d'hospitalisation, doit être en cohérence avec les besoins de la population, afin d'identifier précisément les services à rendre par ceux-ci et à en évaluer la réalisation.
- Dans nombre de territoires, il y a incompatibilité entre maintien d'une proximité de soins de deuxième ligne et efficience, en raison des infrastructures matérielles et des compétences ciblées que ces soins peuvent nécessiter. Afin de respecter une équité d'accès à travers le pays, les modalités de prise en charge des transports seront modifiées, en fonction des territoires desservis.
- Plus globalement, cette recherche d'efficience ne peut progresser sans une évaluation et une responsabilisation des acteurs (Cf infra)
- Dans les sites agréés, les critères d'évaluation des explorations et traitements les plus onéreux soumis à autorisation intégreront le respect des divers facteurs prédictifs d'efficacité et le coût global. Certains traitements ambulatoires de plusieurs milliers d'euros par mois, pour lesquels apprécier l'espoir d'efficacité nécessite l'avis d'équipes pluridisciplinaires reconnues, sont trop souvent entrepris sans que cet avis ait été préalablement pris.
- Comme le montrent les parcours de personnes très défavorisées ou ceux de personnes âgées, l'efficacité et l'efficience dépendent de la cohérence de toutes les étapes du parcours de santé, à savoir la prise en

⁶⁵ http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf

compte des éventuels problèmes sociaux interférant avec la survenue ou l'évolution du problème sanitaire. La même cohérence est nécessaire en cas de multiples pathologies interagissant chez une même personne.

Propositions à débattre :

A/ La prévention

- Par une éducation à la santé, tout au long de la vie, et dans ses différents cadres, rendre chaque personne sujet et non objet de prévention.
- Mettre en place une autorité unique fédérant les multiples acteurs actuels. Cette autorité devra porter sur une organisation nationale et de proximité.
- Faire reconnaître pleinement comme partie intégrale du soin cette mission de prévention par les professionnels des secteurs sanitaire, social ou médico-social, et la valoriser.
- Procéder à un investissement culturel et financier majeur particulièrement auprès des éducateurs et des médias.

B/ Développer des soins intégrés dans le cadre de dispositifs pluridisciplinaires de premier recours (pôles ou maisons de santé par exemple).

Ce développement sera d'abord destiné à des zones sous médicalisées ou cumulant les difficultés d'ordre social, démographiques, ou épidémiologiques.

Identifier des « promoteurs » pilotes de projets fonctionnels, et développer une offre d'ingénierie pour conforter ces promoteurs. Cette offre pourrait reposer sur différentes compétences (ingénieurs en santé, cadres de santé ou médecins en position de conseil...) rattachables aux ARS.

C/ Care plus que technique

- Non accessible aux cotations par des actes, le care doit être reconnu socialement et financièrement et être promu en alternative à la culture actuelle du « tout médicament » ; cette reconnaissance trouvera son expression dans le cadre de nouvelles formes de rémunération (cf. infra).
- Individualiser et reconnaître des fonctions de « logisticiens » du parcours de soins et de sa continuité (réseau, liaison, pôles de santé...)

D/ La recherche d'efficacité des soins médicaux

- Sera fondée sur une évaluation et une responsabilisation des professionnels intervenant dans les soins -et sera renforcée par l'intégration des financements, comme de l'évaluation, pour les différentes formes de soins intégrés, impliquant différents acteurs.
- L'incompatibilité entre efficacité et maintien d'une proximité de soins de deuxième ligne, dans certaines zones faiblement peuplées, doit faire rechercher une équité d'accès de la population à travers des modalités de prise en charge des transports profondément modifiées.
- Pour mettre en œuvre, chez une personne malade, les traitements les plus onéreux, les divers facteurs prédictifs d'efficacité seront intégrés dans les critères de décision.
- Les sanctions prévues en cas de dérives des pratiques devront être rendues dissuasives et véritablement mises en pratique.

4-2 Une organisation des soins facilitant l'accès aux professionnels

L'organisation des soins permettant d'accéder aux professionnels que notre état de santé nécessite est la première piste de réflexion⁶⁶. Les secteurs sanitaires, social et médico social dépendent de

⁶⁶ L'ouverture des établissements sociaux et médico sociaux est soumise à autorisation ; c'est à des initiatives individuelles et associatives - globalement à visée lucrative dans le secteur sanitaire et non lucrative dans le secteur social, intermédiaire dans le secteur médico social - que sont dues en majorité les demandes d'ouverture. Pour le seul secteur sanitaire, celles-ci seront étudiées par les ARS, tandis que pour le MS

réglementations et de financements distincts. Si le secteur sanitaire est financé à 75% par l'Assurance Maladie, le secteur médico social pourra dépendre, en sus, de financements des collectivités territoriales (CG), voire de l'Etat ou de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), et le secteur social de l'Etat, des collectivités territoriales.

Doivent être ainsi abordés le décloisonnement des secteurs, la cohérence entre le nombre et la qualité des professionnels de santé, leur répartition sur le territoire.

4-2-1 Le décloisonnement

Le décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico social, selon une conception qui les engloberait tous les trois dans un unique système de santé est une première piste. Il est ainsi conçu et piloté dans d'autres pays (Canada, notamment, mais selon une culture de base propre à ce pays, marquée par les structures communautaires). Ces secteurs sont, tour à tour, les uns par rapport aux autres, amont et aval (particulièrement pour les personnes porteuses de troubles mentaux ou pour les personnes âgées dépendantes).

Ce décloisonnement est la première étape d'une organisation de proximité, réalisant une intégration du secteur sanitaire et des secteurs médico social et social. Il est déjà suggéré dans différents rapports officiels ou prises de position de fédérations⁶⁷ Il touche aux institutions en place, au rôle des nombreuses associations des secteurs médico social et social, à la complexité de leurs financements et à l'éclatement des pôles de décision. Le tableau annexé, établi par l'URIOPSS de Haute Normandie, décrit l'organisation des compétences sociales et médico sociales et la répartition entre Agences régionales de santé (ARS), Conseil général, CAF et Etat (en rôle propre). Cette complexité, aux effets quelque peu atténués avec la création des ARS, est en partie due au refus de décentraliser certaines prérogatives du niveau national de l'Assurance Maladie pour les intégrer dans une structure commune avec les actuelles ARS⁶⁸. Elle a des effets pervers multiples en particulier sur les parcours des personnes âgées dépendantes, des personnes handicapées de tous âges.

4-2-2 Pour assurer une cohérence entre besoins et professionnels de santé

Afin de pouvoir assurer la cohérence entre les besoins de la population au niveau des territoires et le nombre, les qualités des professionnels de santé, adapter les formations.

elles dépendront d'une analyse commune par l'ARS et le conseil général. La dotation en personnel de ces structures sera le principal déterminant des densités en professionnels de santé ou médico sociaux, mis à part le cas des médecins exerçant en secteur libéral. Une organisation intégrée existe déjà pour les centres de planification et d'éducation familiale, avec des actions individuelles et collectives, fonctionnant avec des personnels de différents secteurs.

⁶⁷ Rapport IGAS 2011 sur l'hôpital, Rapport de la mission sénatoriale d'évaluation et de contrôle de la SS, 2013, préconisation de la Fehap, Recommandations de la Conférence Nationale de Santé 2 avril 2013...

⁶⁸ Dans les fonctionnements actuels se manifestent les effets de la **déconcentration** à l'échelon régional de la mise en œuvre de la politique nationale de santé et de la **décentralisation** des années 80, qui relève des transferts de compétences aux collectivités territoriales, surtout aux départements pour le social et aux communes pour la politique de la ville.

Globalement les formations en place doivent être mieux adaptées aux nouveaux besoins du système de santé. La nécessité de nouveaux métiers doit être rapidement prise en compte, en s'assurant de la maîtrise (qualitative et quantitative) des filières de formation. La formation continue doit elle aussi être en phase avec ces évolutions du système de santé et non pas orientée, dans ses crédits comme dans le temps consacré, par les priorités de l'industrie du médicament.

Les règles d'accès aux filières de formation des écoles spécialisées paramédicales, jusqu'à l'ouverture récente de l'universitarisation de certaines d'entre elles, permettait que la majorité des autres professions de santé soient régulées.

Au niveau de la pratique courante, le paradigme dominant a longtemps été celui du médecin de famille, individualiste, défendant liberté d'installation et de prescription. Ce sont d'abord les craintes de l'Assurance Maladie des répercussions de l'inflation du nombre des médecins et celles de la profession sur ses revenus, qui ont fait décider, en 1971, la mise en place du numerus clausus. Cet outil de régulation a été ultérieurement couplé à celle des filières d'internat de spécialités. Mais les modalités pratiques actuelles de choix de celles-ci amènent à proposer plus de postes qu'il n'y a de candidats, ce qui déséquilibre les répartitions entre les spécialités (comme entre les régions), aux dépens de la médecine générale. Les possibilités de régulation présentes à ce niveau, ne sont pas pleinement utilisées.

Les propositions concernant les contenus des formations sont présentées infra (§4-3)

4-2-3 La répartition des professionnels de santé

La répartition des professionnels de santé sur le territoire doit être appréciée en considérant conjointement les professionnels salariés et en exercice libéral. Si la répartition de chacune des catégories de professionnels est à maîtriser, c'est d'abord la répartition des médecins, parce que prescripteurs de nombre d'actes effectués par les autres métiers, qui doit être régulée. Les mesures incitatives, essentiellement financières, des gouvernements successifs n'ont pas apporté de changements significatifs dans les inégalités de répartition géographique; elles arrivent d'ailleurs en dernier dans les facteurs de choix d'installation des jeunes médecins. Les enquêtes effectuées mettent en exergue l'importance pour ceux-ci des conditions d'exercice⁶⁹, ce qui justifie certaines des propositions ci-dessous. Pour les autres métiers de la santé, différents dispositifs, dont celui de conventionnement en fonction des résultats de zonages, existent. Ils permettent à l'autorité publique, de contrôler les installations et la densité de chaque ensemble de professionnels de santé....à l'exception de celle des médecins.

Si l'accessibilité physique est conditionnée par la répartition géographique des professionnels de santé, l'accessibilité financière pour chaque personne relève d'autres facteurs qui ne sont pas traités ici (montants des honoraires, reste à charge...).

La répartition des établissements et autres structures de soins ou à caractère médico social ou social fait déjà l'objet de réglementations concernant les procédures d'installation. Par contre du fait de l'évolution démographique comme de leurs activités, beaucoup d'entre elles ne répondent plus aux besoins de la population du territoire desservi ou n'ont pas le dimensionnement adéquat. Le soutien apporté par l'Association des petites villes de France aux hôpitaux de proximité ne doit pas faire méconnaître la reconversion nécessaire de nombre de ces établissements, tant pour des raisons d'efficience que de disponibilité de personnels médicaux, et leur plus grande intégration dans des parcours de santé de la population⁷⁰.

On peut rappeler aussi que l'exploitation d'équipements médicaux, à visée diagnostique ou thérapeutique, est liée à la présence de différentes catégories de professionnels de santé.

⁶⁹ Parmi les plus récentes : <http://www.sihp.fr/article.php?CleArticle=275>

⁷⁰ <http://www.apvf.asso.fr/files/publications/APVF-Livre-blanc-v12.pdf>

Face à cet impératif d'adéquation entre besoins et ressources humaines, le Pacte Santé Territoire, proposé par la Ministre de la Santé⁷¹, contient certes des engagements forts mais paraît trop catégoriel et demeurer en retrait des enjeux, tandis que de récentes propositions, émises par le Sénat, ouvrent des pistes plus volontaristes (contingemment par conventionnement sélectif des médecins, notion de missions substituées à celle d'actes...)⁷²

Propositions à débattre:

A/ Décloisonnement

-Regrouper le pilotage des secteurs sanitaire et médico social (MS), tant au niveau national, que régionale, donnant l'occasion de fédérer, à ce niveau, des entités régionales, et leurs sources propres de financement. La dépendance, comme l'ensemble du secteur MS intégrerait le dispositif général de la solidarité nationale. Le parlement fixerait les orientations et le budget de l'ensemble du système de santé ainsi redéfini, en même temps que celui des différentes branches de la Sécurité Sociale. (y compris celui d'un 5 ° risque dont la création consisterait non seulement à isoler comptablement dépenses et recettes mais surtout à prévenir tout affaiblissement de la solidarité intergénérationnelle par l'instauration d'un système exclusivement assurantiel) .

- Croiser les formations des futurs professionnels des secteurs sanitaires, social et MS grâce aux programmes et aux stages de formation. Ces croisements, avec une interdisciplinarité de certains Diplômes d'Université (DU), peuvent déjà exister du fait de volontés individuelles, et les initiatives en ce sens doivent être diffusées. Ce regroupement ne pourra se faire que si formation initiale et continue se décloisonnent aussi.

B/Adapter les formations....

-Apprécier les besoins actuels et futurs en professionnels

▪ *L'appréciation distincte des besoins sanitaires et médico sociaux et sociaux de chaque territoire et de chaque région, à partir des données épidémiologiques, démographiques, sociales, collectées actuellement par l'Assurance Maladie, les ORS, les Conseils généraux, l'INSEE, sera consolidée au niveau national. Cette observation indispensable doit être réalisée selon un sens ascendant et non l'inverse (comme c'est actuellement le cas pour les zonages préconisés par l'Assurance Maladie, découlant d'accords nationaux). Une analyse territoriale des cadres de vie, travail, logement... devra être intégrée à ces données, afin de promouvoir l'accès à la prévention et aux soins.*

▪ *La connaissance de l'activité médicale réelle et le temps de travail effectif selon les régions, les générations de professionnels, les spécialités⁷³ sera fournie par les données des Ordres professionnels, des syndicats et, particulièrement riches mais d'accès limité, de l' Assurance Maladie.*

-Répondre à ces besoins identifiés

⁷¹ <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante.html>

⁷² Rapport du Sénat sur la présence médicale dans les territoires <http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>

⁷³ Le temps effectif de travail est hétérogène pour les médecins libéraux, selon le sexe et les modes d'activité, unique ou diversifié (cf enquête de l'URML <http://www.urml-ca.org/SITES/urml-ca.org/IMG/pdf/article201015.pdf>)

- *Créer de nouveaux métiers, par la formation initiale, la formation continue ou la validation d'acquis, complétant les initiatives de certaines universités (formations en ingénierie de promotion de la santé et de développement social, formation en éthique...), ou celles du réseau d'éducation pour la santé (travaux de la FNES). Ils concerneront les besoins non ou mal couverts dans le cadre de délégations de tâches médicales ou de rôles propres : formateurs et acteurs de prévention, d'éducation thérapeutique, coordination des parcours des patients, aide au suivi de maladies chroniques.*
- *En fonction des éléments précédents, seront déterminés les besoins de formation des différentes spécialités médicales (généralistes et autres) et les ouvertures des postes d'internes de 3^e cycle (sans que la marge de postes offerts, dans chaque région, ou regroupement interrégional, puisse excéder de 75% le nombre de candidats participant effectivement au choix). Ceci doit permettre de rompre avec une détermination fondée sur les besoins en internes et les capacités de formation des services spécialisés de CHU, prenant peu en compte les besoins en médecins généralistes⁷⁴.*
- *Les programmes doivent préparer les professionnels de santé, toutes catégories confondues, aux nouveaux cadres de leur future pratique : recherche d'efficience dans les stratégies d'investigation ou de traitement, exercice interdisciplinaire, impact d'internet sur les rapports avec les patients ... Les modalités de formation doivent répondre aux attentes des générations actuelles d'étudiants et les préparer à une pratique décloisonnée: emploi des NTIC, des séminaires interactifs (notamment, en fin d'études, pour des situations devant susciter une réflexion éthique), formations croisées avec les autres futurs acteurs avec lesquels ils seront en lien.*
- *La formation médicale continue (FMC), et plus largement celle des différents professionnels de santé, est à refonder, en lui donnant un pilotage et des moyens matériels indépendants de l'industrie pharmaceutique. Elle sera valorisée par la mise en place de procédures régulières de validation des compétences (cf §4-4-3-1). L'obsolescence rapide de certaines connaissances scientifiques et de leurs applications médicales (diagnostiques ou thérapeutiques), impose d'intensifier la FMC pour tirer le meilleur parti économique des avancées validées. Cette obligation déontologique, puis réglementaire aurait du, depuis de nombreuses années, aboutir à l'instauration de la certification obligatoire des médecins. Elle n'est actuellement ni financée de manière adéquate, ni évaluée dans sa mise en œuvre. Ceci a permis le développement d'actions diverses de l'industrie pharmaceutique qui, malgré la qualité et l'intérêt de certaines actions, a surtout un objectif promotionnel, tout en faisant consommer le temps crédité pour la FMC.*

C/Répartition des professionnels

- Dans les territoires ruraux, l'installation de professionnels de santé doit être réfléchi comme un élément de l'aménagement du territoire, au même titre que l'accessibilité à d'autres services, école, poste, commerce, ...et dépend de leur présence. Elle pourrait être intégrée à des contrats locaux de territoire, associant services de santé et du secteur social.*
- Faciliter les regroupements professionnels, multidisciplinaires ou non, et rendre plus opérationnelles et réactives les structures de soutien (conseil, appuis financiers...) prévues à cette fin au niveau des URPS ou des services déconcentrés de l'Etat.*
- Dans les territoires sous dotés, ou fragiles, favoriser, par des aides financières ciblées, l'embauche de personnels de secrétariat sur place permettant d'optimiser le temps strictement médical de chaque médecin.*

⁷⁴ Les comparaisons internationales, particulièrement avec les pays de l'OCDE ayant des résultats sanitaires proches des nôtres et réservant un taux moindre de leur PIB à leur système de santé, montrent d'importantes différences de densité de médecins, infirmiers(ères), lits d'hôpitaux, avec celles relevées en France http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/sante-tableaux-cles-de-l-ocde_20758499

-Mettre en réseau les plateaux techniques d'un territoire ou d'une région et en optimiser l'accessibilité à l'aide de regroupements de centres d'appels dédiés, sécurisés.

-Plutôt que développer une règle d'accessibilité des structures de soins en un temps donné, intégrer celles-ci, et particulièrement les plus petites d'entre elles, dans des parcours de santé territorialisés prenant en compte les urgences.

-Des propositions pour la maîtrise de la répartition des professionnels sont décrites au § 4- 4-2.

4-3 Valorisation des fonctions, rémunération des professionnels et des structures d'hospitalisation

En abordant ce point il est nécessaire de reconnaître que les frontières entre souffrance, mal être et maladies sont actuellement poreuses et que, à défaut d'avoir mis en place une approche globale de la santé, face à des demandes et attentes nouvelles, différents professionnels prennent en charge les patients ; leur reconnaissance sociétale, et financière, est extrêmement variable. Une juste rémunération de chacun d'eux pour le travail effectué doit être estimée. Cela est particulièrement marqué dans le domaine de la santé mentale.

Dans un système où, pour 10 euros dépensés pour les dépenses courantes de santé, au moins la moitié sert à payer des professionnels de santé, il est nécessaire de réfléchir aux *modalités de rémunération* et à la part que la collectivité prend en charge.

Cette réflexion doit comporter plusieurs étapes :

- la reconnaissance sociétale apportée au secteur de la santé. Les revenus nets cumulés des médecins généralistes sur l'ensemble de leur carrière sont estimés équivalents à ceux des cadres supérieurs (mais sans que l'on ait pu comparer le temps de travail, lequel en auto déclaration est supérieur de 20 % pour les médecins généralistes)⁷⁵ .

-Parmi les professionnels libéraux, le principe du paiement à l'acte, s'il reste la base de ce type d'exercice, cohabite de plus en plus avec d'autres modes de rémunération. D'une part les modes d'exercice mixte, libéral et salarié, dans différentes institutions, se développent, d'autre part, par le biais d'une évolution des conventionnements avec l'Assurance Maladie, divers forfaits annuels de rémunération, mêlant capitation et objectifs de santé publique, ont été mis en place.

-Dans le secteur hospitalier public, la démotivation de certains personnels est aggravée par des rémunérations identiques, selon des grilles de la fonction publique hospitalière (ou de l'Education Nationale pour les médecins hospitalo-universitaires) quels que soient les efforts fournis, voire les contraintes subies. Le principe des évaluations individuelles doit être refondé après exploitation des expériences menées jusqu'alors avec ces dispositifs. Son acceptation par les différentes parties nécessite qu'un temps significatif, identifié, leur soit consacré par un encadrement formé à cet effet et que ses conséquences (part variable, formation, promotion...) puissent constituer une véritable reconnaissance du professionnel, comme de l'équipe à laquelle il appartient. Pour certaines spécialités médicales le décalage de revenus avec le secteur libéral est tel que des postes ne sont pas pourvus alors qu'ils sont d'un intérêt stratégique pour assurer les missions du service public hospitalier, en particulier pour les urgences (anesthésie, radiologues). Le développement du secteur libéral à l'hôpital public ou le recours à l'embauche de médecins à diplômes étrangers ne sont pas des réponses satisfaisant aux difficultés rencontrées. Ceci impose d'explorer d'autres pistes, plus en rapport avec les causes identifiées.

Les protocoles de coopération entre professionnels constituent un nouvel outil pour alléger les médecins de certaines tâches techniques à visée diagnostique ou de surveillance. Ils permettent que des actes non acceptés jusqu'alors comme actes propres soient délégués de médecins à paramédicaux (notamment IDE, manipulateurs d'imagerie...). Mais le préalable administratif est particulièrement lourd,

⁷⁵ [.http://www.drees.sante.gouv.fr/est-il-profitable-d-etre-medecin-generaliste,7974.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/est-il-profitable-d-etre-medecin-generaliste,7974.html)

nécessitant plusieurs années de tractations, non adapté à la réalité des charges déjà portées par les professionnels, notamment en secteur libéral ; le nombre de tels protocoles validés par la HAS et opérationnels demeure infime.

Enfin, ainsi que cela a été montré plus haut, les modalités de tarification contribuent à modeler les comportements des acteurs de soins ; leurs évolutions seront donc des bras de leviers importants pour la mise en place de nouvelles organisations.

Propositions à débattre:

A/ Dans le secteur libéral,

- rééquilibrer les revenus entre les différentes spécialités médicales tenant compte davantage du temps de travail effectif, des contraintes propres à chacune, notamment dans l'organisation de la continuité des soins, sans induire de décalage excessif avec les salaires du secteur public.

- *réduire la part apportée par le paiement à l'acte et mise à plat de la cotation des actes techniques (imagerie par exemple)*

- *développer les rémunérations forfaitaires pouvant associer paiement à la capitation et contrats spécifiques, par exemple de santé publique (prévention, éducation thérapeutique...) ou de prise en charge, initiale ou continue, d'une entité pathologique déterminée. Ceci permettrait de reconnaître les activités de professionnels exercées dans le cadre de délégations de tâches ou de soins primaires.*

Dans les pôles de santé, ou maisons de santé, associés à des dispositifs de premier recours, les rémunérations pourraient être entièrement forfaitaires sur contrat, ou bien être élaborées par mixage des rémunérations collectives forfaitaires et individuelles à l'acte.

Au vu des manquements aux engagements constatés par le passé, faisant mettre en doute par certains la notion de contrat, des facteurs de confiance devront, de part et d'autre, être mis sur la table de négociation.

-*Développer les protocoles de coopérations entre professionnels de santé, en allégeant les procédures administratives et mettant en place au niveau régional (ARS) des services « d'ingénierie administrative » pour aider ces professionnels dans la concrétisation de leurs projets. Cet allègement pourrait être particulièrement important pour des protocoles dont l'usage serait limité à un ou plusieurs territoires d'une seule région, l'HAS étant saisie à posteriori, et non a priori, via un rapport établi conjointement par l'ARS et les promoteurs du protocole.*

B/ Dans le secteur hospitalier public (et privé d'intérêt collectif),

-*Dans les budgets hospitaliers, rééquilibrer la part des recettes liées à l'activité et celles forfaitaires sur contrats d'objectifs, au profit de ces derniers. Ces objectifs, nationaux, régionaux ou territoriaux, dans l'esprit des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) prendront en compte l'interfaçage avec les autres partenaires impliqués dans les parcours de santé des personnes.*

-*Dans les salaires introduire des parts variables, dont le montant dépendra de la réalisation de missions fixées au service d'appartenance ainsi qu'individuellement.*

C/ Mais c'est plus globalement que la question de la masse « revenus libéraux+salaires » devrait être envisagée, après avoir revisité les contenus des métiers de santé. Certains pays développés dont les indicateurs de santé sont comparables à ceux de la France (Canada, Japon par exemple) consacrent une part moindre de leur richesse aux dépenses de santé. La répartition des différentes catégories de professionnels, fait partie des explications de ce différentiel. L'expérience d'autres pays, ayant ainsi réparti

entre différentes catégories de professionnels des tâches assurées en France exclusivement par des médecins, n'a pas montré de défauts de pratique. Les densités médicales dans ces pays peuvent être nettement moindres, tandis que d'autres métiers de la santé ou médico sociaux y sont plus représentés. Alors que les revenus moyens médicaux peuvent y être supérieurs à ceux observés en France, la part des dépenses de santé dans leur PIB y est inférieur. Dans un système de santé à périmètre élargi comme proposé ici, des qualifications professionnelles très variées, des simples aux très complexes, devront être développées afin de répondre aux besoins actuels et futurs. Dans une telle réflexion, nombre de tâches assurées aujourd'hui, et selon les régions, par les médecins, généralistes ou spécialistes, pourront être effectuées par d'autres catégories de professionnels à qualification moins globale mais correspondant bien aux dites tâches. Pour chacun de ces métiers, en fonction des besoins recensés, les effectifs de chaque catégorie de professionnels pourront être estimés et secondairement la somme prévisionnelle pour les rémunérer.

4-4 Le pilotage

On peut suivre dans le secteur de la santé l'évolution, au cours des dernières décennies, de la présence de l'Etat marquée par des transferts de compétences, en amont (l'UE) ou en aval (collectivités) et la fragmentation de ses prérogatives en diverses autorités indépendantes. S'il est le principal promoteur et garant de l'intérêt général, il n'apparaît plus comme en étant le seul, d'autant que sur de telles questions d'ampleur, il peine à exprimer et faire partager une vision stratégique⁷⁶, sur ce bien commun qu'est le système de santé.

Dans un système devenu complexe, les questions « Qui pilote ? Comment ? Avec quelle autorité ? et quels outils ? » sont ouvertes.

De nombreuses lois (2002, 2004, 2007, 2009) ont précisé le fonctionnement du système de santé ; elles ont été complétées par des décrets et circulaires. Cette abondance n'a pas laissé de place au temps de l'appropriation par les acteurs ni à l'évaluation des apports concrets de chaque nouveau dispositif. La volonté de simplifier, de déconcentrer a souvent été contredite par l'inertie des pratiques anciennes ; ainsi ce sont près de 630 circulaires qui ont « accompagné » les ARS depuis leur mise en place dans les suites de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), de juillet 2009, censée favoriser la déconcentration et la délégation au niveau régional. Mais ce mouvement de subsidiarité est resté arrêté à mi course sans entraîner les ressources de l'Assurance Maladie.

Les propositions pour améliorer le pilotage concernent les évolutions structurelles, la maîtrise d'éléments stratégiques pour l'économie du système de santé, et, en appui au pilotage, l'évaluation et la responsabilisation

4 - 4-1 Les évolutions structurelles

Les évolutions structurelles devraient porter en premier lieu sur les rapports en Etat et Assurance Maladie. Le système d'information, les protocoles de coopération, la détermination des zones d'installation prioritaires sont autant de thèmes pour lesquels des actions sont effectuées en double, mal ou non coordonnées, vues au niveau central par chacun d'eux. Même si au niveau local les représentants des deux structures peuvent chercher des aménagements, c'est au prix de solutions, restant malgré tout cosmétiques et de portée financière limitée par les contraintes nationales. Cette gestion nationale, notamment de

⁷⁶ JM Sauvé, *Esprit* février 2013, p57 et sq « La réduction inéluctable des moyens conduira à des difficultés dans la conduite et dans la mise en œuvre des politiques aussi longtemps qu'une réflexion sur la nature que l'Etat doit rendre, et une réelle redéfinition de ses missions, n'auront pas été menées à bien »

l'Assurance Maladie, au motif d'un paritarisme de façade de gestion, ne peut régler la diversité des situations régionales. Ainsi est il illusoire d'escompter un accord national pour des délégations de tâches standards quand celles-ci, dans des zones sur médicalisées, constituent une bonne part de l'activité des médecins, alors qu'elles sont expérimentées dans des zones sous médicalisées.

Il est nécessaire d'aller à une déconcentration réelle, marquée par des délégations budgétaires significatives auprès des instances régionales (ARS), avec un regroupement des moyens divers de l'Assurance Maladie au niveau de cette autorité, y compris la capacité de négocier avec les professionnels locaux et de contractualiser avec eux. Mais à cette déconcentration devront être associés des mécanismes de compensation interrégionale de façon à ce que la politique de santé ne soit pas à plusieurs vitesses, entretenant les inégalités interrégionales actuelles.

La seconde évolution structurelle serait le regroupement du pilotage des secteurs sanitaire, médico social (MS), et social, dans sa partie impactant sur la santé des personnes. Cette évolution, à considérer tant au niveau national que régional et impliquant les différents niveaux de collectivités territoriales, donnerait l'occasion de fédérer des entités régionales, et leurs sources propres de financement. Un vote commun par le Parlement fixerait les orientations et le budget de l'ensemble du système de santé ainsi redéfini. Une autorité nationale unique en assurerait la mise en œuvre.

Propositions :

Les orientations mentionnées dans ce chapitre ambitionnent de contribuer à la cohérence des analyses et propositions des précédents chapitres. Elles devront faire l'objet de débats publics.

4- 4-2 La maîtrise de facteurs stratégiques

Celle-ci fera appel, selon les éléments, aux autorités régionales ou nationales. Les *propositions* découlent des analyses faites aux précédents paragraphes, particulièrement 4-2-2 et 4-3.

- Les qualifications et le nombre des professionnels selon les différentes catégories

En application de ce qui a été présenté aux §4-2-2 et 4-3, les données sur les besoins seront rassemblées au niveau national. Ainsi seront utilisées les observations, faites au niveau des territoires et des régions, rapprochées de l'évolution des métiers, des compétences propres ou déléguables, comme des temps réels de travail de ces professionnels. Ce « potentiel global de soins » sera mis en balance avec la réalité des situations sanitaires, à court et moyen terme,. Selon le principe de subsidiarité et pour faire face dans les meilleurs délais aux besoins de la population, ainsi qu'avec la préoccupation d'une optimisation de l'emploi des ressources, la priorité sera donnée à la formation pour les métiers de la santé, éventuellement assortis de formations complémentaires, comme à celle de nouveaux métiers d'appui à la pratique médicale. Le temps médical devra être strictement utilisé pour des tâches propres aux médecins et rémunérées comme telles.

- La répartition territoriale

La maîtrise de la répartition doit concerner les postes soignants, et principalement de médecins, à la fois dans le secteur public (et ESPIC) et le secteur privé.

-Cette maîtrise pourrait se faire soit par une inscription préalable auprès d'un organisme régional sous autorité responsable des deux secteurs, soit par le biais des postes financés, ou « ouverts » à conventionnement, ainsi que le réalise actuellement la démarche de zonage pour les IDE, les kiné, les sages femmes, les orthophonistes et bientôt les dentistes.

-Selon les spécialités médicales la répartition serait régulée au niveau régional ou au niveau territorial, sous la responsabilité d'une ARS ayant pouvoir de conventionnement avec les professionnels libéraux.

-les paramètres pris en compte pour déterminer les places ouvertes reprendront ceux utilisés au § 4-2-3.

- Les modalités de financements des soins

Elles privilégieront le développement de l'intégration du financement (rassemblant les ressources provenant de l'Assurance Maladie comme des financeurs du secteur social et médico social) de soins intégrés, impliquant tous les acteurs concernés (ambulatoire comme hospitalier) par la prise en charge d'un segment (maladie, accident, handicap...) du parcours de soins d'une personne. Les contrats locaux de santé représentent une des formes possibles, à stimuler, d'une telle intégration, nécessitant le volontarisme d'élus locaux, rencontrant celui de services de l'Etat, de l'Assurance Maladie et de professionnels de santé engagés dans une démarche de santé publique.

- Les accords régionaux

Afin d'adapter au mieux les ressources aux besoins régionaux, il est nécessaire que les structures déconcentrées aient la possibilité de passer directement conventions, de portée régionale, et de durée limitée, avec les organisations syndicales représentatives

- Le développement de la prévention, de l'éducation pour la santé.

La mise en place d'une autorité puissante est indispensable pour affronter de fortes oppositions venant de divers secteurs d'activité (notamment industriels, agro-alimentaires) ou plus largement de la société (au nom de la liberté individuelle, du principe de précaution ou du fait de conflits d'intérêt). Elle devra amener les multiples acteurs actuels à dépasser leurs cloisonnements. Cette autorité devra porter sur une organisation nationale et de proximité. Maîtrisant les moyens financiers et rendant compte de leur emploi et des résultats, elle aura aussi charge de renforcer le professionnalisme de nombre d'acteurs, bénévoles ou non, et d'instituer de véritables évaluations des actions entreprises⁷⁷.

Un niveau de pilotage est assuré, à l'échelle régionale, par les ARS qui lancent des appels à projets, lesquels sont saisis par les associations, généralistes ou thématiques, de prévention éducative intervenant auprès de publics locaux ciblés. Ce travail de proximité est complémentaire des orientations nationales en même temps qu'il en est le lieu de mise en œuvre, là où se situent les acteurs, issus de divers cadres trop souvent cloisonnés.

Il est nécessaire que le fond d'intervention régionale dont disposent les ARS soit suffisamment abondé et pérennisé pour que soient mises en place dans le cadre de conventionnement, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens soumis à évaluation, permettant aux associations de réaliser un travail continu⁷⁸. A contrario, le désengagement de l'Etat et le caractère aléatoire de subventions, obtenues au terme de

⁷⁷ **L'efficacité des dépistages** tient en grande partie à leur organisation (Centre d'analyse stratégique 2010 et Cour des comptes - rapport d'évaluation du Plan Cancer I). Le non-remboursement des examens réalisés en dehors des programmes organisés, hors risques particulier, permettrait d'augmenter l'efficacité sanitaire et économique des dépistages. Par exemple, pour le cancer du col de l'utérus, certaines femmes sont « surdépistées » alors que d'autres ne font jamais de frottis. (il y a des avis très divers sur ce sujet, Martin Winkler par ex estimant que ce n'est pas si bon que cela d'en faire trop régulièrement). À l'exception du premier dépistage les renouvellements doivent reposer sur des résultats montrant un risque nécessitant un suivi itératif. Ceci permettrait de dégager des économies qui renforceraient l'organisation du dépistage des femmes non régulièrement suivies. (Note du CESE) http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf

⁷⁸ De nombreuses associations, plus ou moins fédérées entre elles, au fonctionnement dépendant partiellement de subventions publiques, assurent fréquemment la mise en œuvre opérationnelle d'orientations nationales ou régionales, ou initient d'elles mêmes des actions ponctuelles.

procédures d'appels d'offres mettant en concurrence des structures associatives amenées par la suite à collaborer, fragilisent ces acteurs.

Les contrats locaux de santé, déjà évoqués (§1-2-1) peuvent constituer un moyen puissant en faveur d'actions communautaires prenant en charge l'éducation à la santé, l'information sur la prévention, le dépistage, et leur diffusion. C'est particulièrement dans ce cadre que devrait être prise en compte la dynamique associative issue des différents courants de la société civile avec sa capacité à être non seulement opératrice mais réalisatrice d'études de situations et préconisatrice de types et méthodes d'intervention.

- L'achat des produits de santé

Ce marché est faussé par la solvabilité irresponsable des acheteurs de base (les patients) et la pression que ceux-ci exercent sur les organismes fixant les prix de remboursement, via les associations qui les représentent.

Le coût d'une année de vie réellement gagnée avec ces traitements par rapport aux traitements antérieurs, ainsi que la qualité de celle-ci, devrait être systématiquement apprécié. Faut-il constituer un pôle lourd d'acheteurs européens unis, l'acheteur France se trouve en situation de faiblesse, pressé par les médias et les associations de mettre à disposition sur son territoire ces nouveaux produits accessibles ailleurs.

Quant au développement des génériques, il mériterait d'être associé à une appréciation de ses effets sur l'économie des industriels comme sur celle des officines.

Les situations de conflits d'intérêt, largement mis en évidence et commentés ces derniers temps, ne peuvent sans doute pas être évités totalement. Mais d'une part la transparence doit être la règle, d'autre part les principes en cours dans la fonction publique ne devraient-ils pas être ici mis en œuvre.

4- 4-3 Des outils de pilotage à renforcer

4-4-3-1 Evaluation à tous niveaux⁷⁹

Trois niveaux peuvent être ici analysés :

- celui de l'effectivité du système pour apprécier la réalisation des finalités que la société, ou les individus attendent de lui
- celui de l'efficacité des actions mises en œuvre
- enfin celui de l'efficience, appréciant le rapport entre les résultats obtenus et les ressources mobilisées à cette fin.

⁷⁹ Première forme d'évaluation mise en place par l'Etat, l'accréditation des Etablissements de Santé, développée depuis une vingtaine d'années, porte sur l'ensemble de l'entité juridique, sans individualisation des services ni des structures hospitalières. Les résultats de ces accréditations périodiques, accessibles au public sur le site de la HAS, à qui sait les décrypter, n'ont que peu d'effets sur les CPOM, ou sur les dotations, ce que n'a pas manqué de regretter la Cour des Comptes (rapport 2011). Jusqu'à présent il n'existe pas d'évaluation individuelle des médecins en secteur public, comme en secteur libéral. Le contrôle est limité au dépistage de dérives financières par l'Assurance Maladie, ou déontologiques (Ordre). Pour des activités réglementées particulièrement complexes (PMA, greffes, cancérologie), il existe un régime spécifique d'autorisation avec un suivi qui, selon les activités, repose plus sur un volume d'activité et l'existence d'un environnement logistique que sur les résultats obtenus. Pour ces dernières activités, ce suivi est national à travers des structures spécifiques (INCA, AFSAPSS, Agence de la Biomédecine).

Ils sont tous trois interdépendants et chacun ne prend sens que dans la perspective des deux autres.

-Apprécier le premier suppose que ces finalités soient reconnues par tous. Or les finalités retenues explicitement sont celles d'un système de soins, rétif à opérer un décloisonnement avec les secteurs social et médico social, et non d'un système de santé comme l'entend l'OMS,. De plus, ce que chacun des citoyens en attend varie, particulièrement en fonction de son âge. Le besoin de débats sur la fin de vie en témoigne.

-L'efficacité des actions a concentré jusqu'alors l'essentiel des mesures d'évaluation, que celles-ci aient porté sur les structures de soins, sur certains actes médicaux ou thérapeutiques. Dans ce cadre, l'objet de l'évaluation a été habituellement limité aux moyens permettant une action et non aux résultats de cette action selon des critères traduisant le bénéfice pour le patient et la collectivité. De plus, de telles démarches d'évaluation peinent à se libérer d'attitudes défensives associant évaluation et sanction, voire judiciarisation, et à être fondatrices de démarches qualité. C'est sur ce niveau que se cristallisent les tensions entre patients et soignants, conflictualité alimentée par la laborieuse mise en place de la transparence. Cette opacité, éventuellement alimentée par un usage sélectif du devoir de confidentialité, peut nuire à une évaluation constructive entre différents professionnels partageant une même mission.

Au lieu de quoi, et alors qu'il n'est plus de protocole nouveau ou de financement mis en place, sans lui associer de nombreux indicateurs d'évaluation, dont le relevé consommera une partie des moyens alloués, l'exploitation de ces données fait défaut ou ne se traduit pas par une mesure correctrice. Les actions d'ordre social et touchant à la prévention ont été particulièrement exposées à ces risques, sans compter, dans leur cas, celui de changement d'orientation de politique régionale, c'est-à-dire de finalités, au grée de changement de personnes responsables.

-Quant au niveau de l'efficience, malgré les efforts de la Cour des Comptes, il reste le parent pauvre, faute d'une réelle volonté politique pour exploiter l'énorme masse d'informations dont dispose l'Assurance Maladie.

Des expériences étrangères, en particulier venant du NHS, combinant évaluation et contractualisation, doivent enrichir la réflexion. Ainsi :

- l'entité soumise à évaluation approfondie, est non pas d'abord le médecin-individu, mais le cabinet-maison ou pôle de santé.
- les items de cette évaluation sont calqués sur le projet fonctionnel validé de la structure, ayant fait l'objet de la contractualisation avec les organismes régulateurs et payeurs.
- les référentiels sont mixtes, selon des items en partie nationaux, en partie émanant de procédures élaborées localement en fonction des priorités locales.
- des autocontrôles, ciblés sur les principales missions contractées, sont pilotés chacun par l'un ou l'autre des professionnels associés dans le dispositif de premier recours.
- combinées à une évaluation individuelle annuelle par des pairs des pratiques professionnelles, ainsi que de la contribution au fonctionnement du premier recours, la contractualisation est formalisée à intervalles réguliers (tous les 5 ans en GB) sous la forme d'une revalidation du praticien laquelle n'est pas automatique⁸⁰.

Propositions à débattre :

- Se doter d'un organisme indépendant de cadrage général des évaluations dans lequel siègent des représentants des différentes parties de la société civile, en interdisciplinarité, chargé d'un suivi des trois niveaux d'évaluation proposés. Il veillera particulièrement à la validation et à la diffusion de bonnes pratiques générales élaborées par les professionnels. Il sera relayé, au niveau régional, par des observatoires

⁸⁰ Pour l'évolution du NHS, voir <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000090/0000.pdf>

indépendants rassemblant toutes les données régionales y compris celles actuellement non accessibles de l'Assurance Maladie.

- Après des études de coût /efficacité, pour lesquelles un savoir-faire doit être développé, en s'aidant des expériences étrangères, les pratiques moins coûteuses, pour un même résultat pour le patient, seront promues.

- Le fonctionnement, et l'efficacité des interfaces, telles ambulatoire/hospitalier ou premières recours (généraliste)/deuxième niveau doit être évalué et intégré dans des démarches qualité partagées entre les partenaires de l'interface.

- L'évaluation des pratiques, des processus décisionnels se fera entre pairs, mais aussi en présence d'autres personnels de santé, de payeurs et d'usagers. Les revues de morbi-mortalité déjà initiées dans certains établissements, devront être développées.

- Dans le prolongement de la démarche d'accréditation, l'évaluation des établissements de santé doit être poursuivie, mieux ciblée, distinguant les services, les individus, et devenir plus incisive et conséquente.

Les résultats de ces évaluations doivent alimenter plusieurs cadres :

- *la démarche qualité des groupes de professionnels pour les principaux process intra ou inter sectoriels,*
- *la formulation contractualisée des objectifs de progrès, pour les professionnels comme pour les établissements, avec les organismes de financement,*
- *le contenu de l'offre de formation professionnelle continue par les organismes agréés et par les DRH des établissements,*
- *enfin servir de base à une communication publique transparente, meilleure alliée contre la judiciarisation⁸¹.*

Enfin, c'est tout le secteur de la santé qui doit être l'objet d'évaluation. Ainsi doit-on interroger l'impact des politiques sociales, de logement, de travail, d'éducation, sur l'état de santé, la consommation de biens de santé, la culture de prise en charge de sa propre santé.

4- 4-3-2 La responsabilisation

La responsabilisation ne peut être limitée à des incitations de type ordinal...

- La responsabilité actuelle des professionnels salariés ou libéraux, comme de celle des établissements de santé, porte sur l'obligation de moyens mobilisés pour le soin, tels les référentiels de pratiques, le suivi des prescriptions, et non sur le résultat final.

Mais la permanence des soins, la réalité de la formation continue, le respect des niveaux de recours, les effets économiques secondaires aux choix de stratégies d'investigation ou de traitement font partie d'une zone floue où émergent seulement des recommandations déontologiques qui ne sont jamais contrôlées. Les limites mal précisées entre abus, délits par les patients ou certains professionnels et la faiblesse des sanctions, la réticence évidente de l'Ordre mais aussi des magistrats ou des Caisses pour user de sanctions contribuent au maintien de situations « grises » où semble s'exprimer la crainte de nuire à ceux dont chacun peut avoir besoin un jour et qui demeure détenteur de compétences spécifiques ayant trait à la santé voire, pour certains, d'un savoir sur la vie . Il paraîtrait cohérent d'intégrer ces indicateurs dans les contractualisations des professionnels ou des établissements avec les organismes financeurs. Celles-ci

⁸¹ *Il serait ainsi utile de rendre plus immédiatement accessible la PLATeformes d'INformation sur les Etablissements de Santé <http://www.platines.sante.gouv.fr/> réalisée par le ministère de la Santé ou la base d'informations de l'Assurance Maladie sur les médecins et leurs honoraires <http://ameli-direct.ameli.fr/professionnels-de-sante>*

devraient être conçues autour de parcours de soins et de parcours de santé, intégrés dans des parcours de vie avec leur dimension sociale, impliquant plusieurs professionnels de santé.

De plus, les textes réglementaires, comme la jurisprudence, limitent la responsabilité de professionnels « paramédicaux », en dépit des réalités de pratique quotidienne. Ceci ne correspond pas à leur juste reconnaissance. Cela rend aussi plus difficile l'acceptation par le public que ces professionnels effectuent des tâches aussi réalisées par des médecins. Les soins primaires comme les soins coordonnés ne pourront être développés qu'au prix de tels transferts.

-Sans méconnaître la diversité des situations socio culturelles, la **responsabilisation des citoyens**, doit aller à l'encontre d'un état d'esprit du type : « j'ai droit, je profite », lequel peut être renforcé éventuellement par un chantage auprès du soignant réticent pour répondre à la demande de prescription. Les facilités apportées par certaines offres de structures de soins, ou par des industriels de la santé, peuvent aussi aller à l'encontre d'une telle responsabilisation. L'objection qui consiste à dire que renforcer la responsabilité des patients risque de mettre à l'écart des populations fragiles, sur le plan social et/ou économique, invite sûrement à des suivis spécifiques de ces personnes, par exemple dans le cadre de démarches communautaires⁸². Elle ne peut cependant pas justifier de renoncer à reconnaître ce qui relève de la responsabilité de chacun dans son parcours de santé, sinon en prenant le risque de valider la mésestime d'elles-mêmes que ces personnes manifestent. Cette responsabilisation est une expression de la citoyenneté de chacun. Plus largement, et sans mettre en cause la fonction d'hospitalité assurée par des soignants et des établissements de santé, la responsabilisation de chacun ne saurait progresser sans une modification des rapports entre soignants et patients, encore trop souvent considérés comme des mineurs dont on craindrait l'émancipation. Ce changement est particulièrement important pour le développement d'une culture de prise en charge de sa propre santé, initiée tôt dans le cadre de l'éducation à la santé et à l'usage du système de santé.

Aux revendications que cette infantilisation peut nourrir, le professionnel de santé doit pouvoir opposer des référentiels de bonne pratique, par exemple concernant la prescription (et la durée) d'arrêts maladie, ou celle de transports, qu'il y ait ou non besoin d'une entente préalable de la Caisse d'Assurance Maladie⁸³.

Le principe de médecin référent, associé à une réflexion sur les différentes fonctions de celui-ci, doit être lié à des obligations plus formelles du patient. Il serait d'ailleurs utile d'évaluer l'efficacité du dispositif de « médecin référent » préconisé pour réduire le zapping. Pour clarifier droits et devoirs en ce domaine, il faut savoir s'orienter dans l'usage du système de santé, donc avoir été formé pour cela, ce qui renvoie à l'éducation à la santé.

Il n'y a aucun engagement pour le patient à suivre un traitement, sauf décision de justice (délits sexuels) ou maladie contagieuse à déclaration obligatoire (mais limitée par le respect du secret médical). Pour les ALD et les autres situations de prise en charge à 100%, une contractualisation pourrait être expérimentée, mettant en cohérence les prises en charge à 100% avec l'observance des bonnes pratiques⁸⁴.

Sauf défaillance de l'organisation libérale les urgences hospitalières ne sont pas prévues pour traiter les problèmes de soins courants. Leur mésusage par les patients, avec un encombrement désorganisant l'établissement ne peut être qu'encouragé par le caractère systématique du tiers payant intégral de la consultation comme de tous les actes associés. Les hôpitaux italiens exigent le paiement de 25 euros pour

⁸² *Démarches communautaires de travail menées avec des groupes partageant les mêmes situations pour développer les capacités de ces personnes de prise en compte et de prise en charge de leur santé dans le respect de leurs propres habitudes de vie ; ce qu'on appelle l'empowerment (avec ses trois n niveaux : individu, groupe, communauté). Cela peut se travailler dans des maisons de santé et même dans des structures d'animation sociale ou d'action médicosociale ; au niveau hospitalier dans les PASS.*

⁸³ www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan2010-cnamts-lutte-fraudes.pdf

⁸⁴ *Type le passeport du diabète en Belgique* http://www.diabete-abd.be/questdiabete_prise.html#ava2

tout recours aux urgences ne relevant pas de l'urgence. Ce cadre des urgences ne permet pas non plus de prendre aisément en compte les difficultés sociales par les structures adéquates.

Plus ponctuellement et déjà relevé ici et ailleurs, l'absence de visibilité par le patient du montant des frais engagés, leur remboursement intégral par les Assurances complémentaires sont autant de situations fréquentes n'aidant pas à la prise de conscience du coût des soins.

- **La responsabilisation doit aussi concerner le management** des établissements hospitaliers publics, qu'il soit administratif ou médical. Celle-ci nécessite de pouvoir disposer d'une identification nominative de chaque prescripteur pour toute prescription. Des objectifs individuels, distinguant ceux dépendant de l'environnement (équipe, autres services) et ceux n'en dépendant pas, seront élaborés entre les deux parties. Ils intégreront les résultats des différentes formes d'accréditation. Ils devront aussi prendre en compte la façon dont l'établissement contribue à la programmation et à la fluidité des parcours des personnes malades (amont et aval des hospitalisations).

- **Enfin des acteurs institutionnels** doivent être aussi interpellés sur leurs responsabilités en ce domaine des charges financières de la santé. Ainsi quand l'Assurance Maladie laisse dormir les données disponibles dont l'exploitation permettrait d'améliorer l'efficacité de parcours de soins, ou lorsqu'une ministre propose la suppression de la journée de carence dans la Fonction publique.

Propositions à débattre :

- *Les effets économiques secondaires aux choix de stratégies d'investigation ou de traitement doivent être intégrés dans la démarche de contractualisation des professionnels ou des établissements avec les organismes financeurs.*

- *Pour les ALD et les autres situations de prise en charge à 100% une contractualisation pourrait être expérimentée, mettant en cohérence les prises en charge à 100% avec l'observance des bonnes pratiques par le patient.*

- *L'usage du tiers payant intégral de la consultation comme de tous les actes associés, lors du recours aux urgences hospitalières, contribue au mésusage de celles-ci et son caractère systématique doit être réexaminé.*

- *La responsabilisation du management des établissements hospitaliers publics, administratif ou médical nécessite de disposer d'une identification nominative de chaque prescripteur pour toute prescription.*

- *Les objectifs individuels, élaborés entre manager et salariés, intégreront les résultats des différentes formes d'accréditation.*

- *développer des approches de santé communautaire (comme proposés par des centres de santé communautaire tel l'Institut Théophraste Renaudot, le Syndicat MG France, la revue Pratiques...).*

5 - La mise en œuvre d'une politique et ses conditions

Chaque professionnel de santé ou patient ayant été en position d'utilisateur du système, peut donner plusieurs exemples personnels de dépenses non appropriées, voire de gaspillage, au minimum favorisées par les cloisonnements entre secteurs (sanitaire/ médico social/social, ou ambulatoire/hospitalier). Cependant les uns et les autres sont-ils prêts à accepter pour eux-mêmes les effets des mesures correctrices et les nouvelles pratiques qui devraient découler de ces constats ?

5-1 Des obstacles à nommer

Si les changements à réaliser, ou récemment entrepris, ne répondent ni à la gravité ni à l'urgence de la situation mettant en péril une forme majeure de la solidarité nationale, malgré de multiples rapports officiels et la perception qu'en ont différents acteurs de terrain, n'est ce pas, en partie, en raison d'une désignation insuffisante des obstacles existants et de leur connaissance par un plus large cercle de citoyens ? Nous souhaitons relever plus particulièrement certains d'entre eux :

- Les obstacles culturels :

- l'attitude par rapport au médecin qui reste un référent dans la société, dont la contestation se fait plus dans la tension que dans le dialogue ;
- la diversité des perceptions de la santé selon les CSP et la forte dévalorisation des plus démunis ;
- selon les régions des approches différentes des populations quant à la préservation de leur santé et leur capacité à y intégrer la prévention.

- **Les obstacles économiques.** La diversité des modèles économiques des financeurs intervenant dans la santé a contribué aux cloisonnements dénoncés, les opérateurs organisant leur activité en fonction des modalités de financement de leur activité :

- paiement à l'acte (prédominant en secteur sanitaire, financé en premier par l'Assurance Maladie),
- ou prix de journée (dans les secteurs médico social ou social, financés d'abord par Conseil général et Etat),
- ou forfaitaire sur mission.

Mais les intérêts de chacun des financeurs peuvent diverger : Assurance Maladie et Mutuelles se renvoient la balle au fur et à mesure que la première cherche à se désengager sur les Mutuelles pour des prestations considérées comme essentielles. Les Assurances privées, quant à elles, auront avantage à voir leurs offres et ainsi leur marché potentiel s'accroître. Ce jeu de mistigri⁸⁵ est aussi conforté par des cultures propres de ces institutions dont la diversité s'exprime notamment pour les financements de parcours de soins : la forfaitisation y est soutenue par les Mutuelles et l'Etat à travers les ARS, bien plus que par l'Assurance Maladie.

- **Les obstacles professionnels** : les syndicats majoritaires défendent les territoires de chaque catégorie de professionnels, bordant d'obstacles toute évolution des compétences au profit d'une autre catégorie. Les discussions avec l'Assurance Maladie pour faire évoluer le contenu des conventions ayant lieu au niveau national, celles-ci ne peuvent prendre en compte la diversité des pratiques selon les régions et l'état de leur démographie médicale, comme décrits plus haut. Syndicats et Ordres se rejoignent pour défendre des principes de liberté (prescription, installation...), émis dans un contexte particulier, et dont la légitimité n'est plus unanimement reconnue particulièrement quand ils peuvent aller à l'encontre de l'intérêt général.

- **Les obstacles institutionnels** : depuis 1945, les entités progressivement constituées au niveau national (Assurance Maladie, Ministère de la Santé dans ses différentes dénominations, directions internes, Agences...) ont, en deux ou trois générations de cadres et directeurs d'administration centrale, développé des cultures et des segmentations à l'intérieur de « l'ensemble Santé », étanches les unes par rapport aux

⁸⁵ Exemple de successions de financeurs : Une personne âgée qui peine à changer ses lunettes (Assurance Maladie+Mutuelle+Assurance privée) tombe et casse un col du fémur. Elle est hospitalisée et opérée en urgence (hôpital ou clinique agréée pour ce service public en secteur 1) (T2A Assurance Maladie), retour à domicile en HAD prenant la kiné en charge (T2A Assurance Maladie) ou en SSIAD (ARS et secteur libéral Assurance Maladie), kiné étant à part sur prescription médicale (Actes Assurance Maladie) ; prestations éventuelles, telles le portage de repas (commune), ou d'aide sociale (ménage...) (Conseil Général, Etat) pour le maintien à domicile. Les consultations de surveillance de la fracture se feront avec usage d'une ambulance allongée puis VSL (Actes Assurance Maladie sur prescription médicale) et seront payées selon soit un tarif hospitalier secteur 1, avec tiers payant soit en secteur 2 (clinique ou activité privée hospitalière). Et si la fracture a occasionné une décompensation trop importante pour rester à domicile, il faudra envisager un hébergement en EHPAD (Conseil Général+Assurance Maladie+mutuelle et /ou Assurance privée) et de toute façon changer les lunettes....

autres, ignorant leurs commissions et travaux respectifs. Les redondances des travaux et expérimentations sur le système d'information en santé, entre Etat et Assurance Maladie, en sont un exemple. La création des ARS devait notamment permettre un découplage en région de ce qui ne l'était pas au niveau central ; mais les marqueurs culturels cloisonnant des agents venant de services autrefois distincts, n'ont pas changé. Si, au plus près des réalités, les DG d'ARS perçoivent ces cloisonnements et peuvent s'efforcer, en interne et auprès des autres financeurs locaux, de lever ces obstacles, ils demeurent soumis étroitement à l'autorité centrale rétive à passer de la déconcentration à la décentralisation, comme en témoigne le flot continu des instructions (au moins une par jour ouvrable) venant de telle ou telle direction du ministère⁸⁶. Enfin ils demeurent manchots, ayant certes la main sur des autorisations ou (théoriquement) de fermetures d'établissement ou d'activités, comme sur certains investissements, mais non sur l'essentiel des moyens financiers d'exploitation conservés par l'Assurance Maladie.

La complexité administrative découle de ces enchevêtrements ; c'est à elle que se heurtent les porteurs de projets de nouvelles formes d'offres de soins (réseaux, maisons de santé, délégations de tâches...) lesquelles nécessiteront souvent plusieurs années (couramment 5 à 7) d'efforts continus pour aboutir, si le promoteur n'a pas jeté l'éponge entre temps. Ces situations ne permettent pas de développer de vue d'ensemble à présenter aux politiques.

- **Les obstacles politiques** : les conflits d'intérêt, la complexité du système, le délai nécessaire pour observer, après des mesures impopulaires, leurs effets bénéfiques, sont autant de freins aux décisions. Elu local, sa réélection ne sera-t-elle pas dépendante de l'énergie qu'il aura déployée pour défendre la maternité locale, quels que soient le volume d'activité et le nombre de professionnels nécessaires – tous deux absents - pour la faire fonctionner utilement et en toute sécurité. La durée : les actions nécessaires, comme la prévention ou les évolutions de pratique, dépendent de la volonté politique mais n'en ont pas le tempo. Enfin la complexité du système, les pesanteurs citées du relais administratif, ne poussent pas à la prise de risques, à l'engagement volontariste.

5-2 L'indispensable adhésion de tous

L'indispensable adhésion de tous sera fonction :

- d'un questionnement collectif sur les finalités du système de santé et de la capacité de celui-ci répondre aux attentes de chaque citoyen, quelle que soit sa tranche d'âge
- d'un partage sur les « fondamentaux » et particulièrement sur la reconnaissance que l'accès de chacun au système de santé, quelles que soient ses ressources, sa position dans la société, représente un élément majeur du ciment et de la stabilité de la société.
- de la perception que les priorités retenues sont réellement refondatrices d'une solidarité entre tous face à la maladie et d'un chemin vers plus d'égalité dans la santé.
- de la formation de chacun à la réalité des problèmes de la santé aujourd'hui, aux contraintes démographiques, financières, technologiques. Les résultats des enquêtes successives (« baromètres ») mesurant les attentes des français en matière de santé montrent une plus grande disposition à modifier leur comportement qu'à accroître leur contribution financière⁸⁷, alors que près de un sur trois aurait renoncé à

⁸⁶ <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20130318/mecss.html> : mission sénatoriale d'évaluation et de contrôle de la SS ; audition des représentants des trois principales fédérations hospitalières sur les ARS mars 2013

⁸⁷ 2° Baromètre de l'Institut Harris Interactive

des soins au cours de l'année 2012 pour des raisons financières. D'autres enquêtes montrent la progression de la sensibilité de nos concitoyens aux questions d'économie de la santé⁸⁸

-de la formation aussi de chacun à ses responsabilités dans l'usage qu'il fait du système de santé, comme citoyen, patient, malade ou professionnel de santé.

Pour rendre cette adhésion possible, il faudra avoir rendu lisible l'état actuel du système de santé, les raisons de sa non adaptation à un contexte profondément modifié depuis sa création en 1945 qui met en question le cadre de l'Assurance Maladie tel qu'il a perduré depuis cette date.

Tous les pays européens cherchent à réduire leurs dépenses de santé. Tous, malgré des innovations nombreuses, en éprouvent la difficulté ; la transposition de ces expérimentations d'un pays à un autre est rendue difficile par les spécificités culturelles de chacun d'eux, à commencer par le périmètre variable des concepts de santé et de solidarité, ainsi que par le manque de recul pour apprécier les effets des changements intervenus.

Or face aux défis économiques et devant les multiples choix à exposer clairement au pays, aux professionnels et à tous les citoyens-usagers du système de santé, une orientation politique générale doit être débattue. *Le socle signifiant* auquel le débat devrait aboutir doit être largement consensuel, afin de traduire une volonté collective en mesure de survivre aux alternances politiques transformée en une volonté politique émanant d'une majorité dépassant les limites partisanes classiques. L'autorité nécessaire pour imposer ce socle devra arbitrer entre de multiples groupes de pression (syndicats professionnels, associations, élus locaux, notables...) ainsi qu'avec une industrie pharmaceutique mondialisée et pourvoyeuse de dividendes aux fonds de pension. Elle devra être à même d'actualiser la réflexion éthique sur certains débats à propos d'évolutions sociétales ou d'orientations industrielles (comme la création d'une offre en réponse à des demandes nouvelles concernant la procréation ou la régénération de tissus, ou d'organes naturellement vieillis), pouvant conduire à détourner les moyens collectifs au bénéfice d'une minorité.

Cette autorité devra être aussi présente au niveau européen (règles communautaires de sécurité, d'évaluation, d'achats de médicaments...) sachant qu'à l'intérieur de l'UE, les philosophies dominantes de l'organisation et du financement des systèmes de santé diffèrent : en France, l'égalité ; en GB, l'utilité ; en Allemagne, la responsabilité ; en Hollande, la compétition régulée.

Les propositions faites sont dérangeantes mais s'efforcent d'être cohérentes avec une volonté de maintenir un système accessible à tous, maîtrisant ses charges. Elles ne pourront être progressivement transformées en décisions, puis mises en œuvre, sans que soit reconnue la nécessité du temps pour les débats à différents niveaux, avec l'appui des corps intermédiaires, et pour lesquels la démocratie sanitaire instituée de façon originale depuis 2009, doit être interpellée. Cela nécessite une information sincère de tous les citoyens. « Pour un peuple qui doit développer un sentiment de solidarité pour pouvoir exister en tant que peuple, en tant que communauté, la création d'une base de confiance mutuelle est de la plus grande importance ... Telle est précisément l'une des conséquences désastreuses du mensonge : il détruit la confiance entre les hommes » Hannah Arendt⁸⁹.

⁸⁸ *Enquête Ifop : un français sur trois seulement estime que les sommes consacrées à la politique de santé sont utilisées de manière efficace. Parmi les pistes d'amélioration, deux se détachent, citées par la moitié des répondants : l'amélioration de l'accès aux soins sur tout le territoire et la diminution du coût de la santé. Bien plus qu'à l'Etat, aux Mutuelles ou à l'Assurance maladie, c'est aux professionnels de santé que les personnes interrogées font le plus confiance pour moderniser le système de santé.* <http://www.acteurspublics.com/2013/06/06/l-argent-de-la-politique-de-sante-est-mal-depense>

⁸⁹ *Edifier un monde, entretiens 1971-1975, p67, 68, Seuil Ed 2007*

Ces réflexions sur la santé- bien commun peuvent être aussi rapprochées de celles, plus larges, d'économistes tel Elinor Olstrom, sur les « communs » et l'attachement de cette notion à une forme particulière de gouvernance.⁹⁰

Composition de la Commission de travail :

Benoit Bonnichon
Blandine de Dinechin
† Bernard Goudet
Daniel d'Hérouville
Mathieu Monconduit
Claudine Renoult
Jean-Pierre Rosa
Didier Sicard
Marie-Jo Thiel
Pauline Tiberghien

⁹⁰ *A propos des communs et de la crise écologique « il s'agit pour la communauté concernée de les créer, de les maintenir, de les préserver, d'assurer leur renouvellement, non dans un musée de la nature, mais bien comme des ressources qui doivent rester disponibles, qu'il faut éviter d'épuiser. Il n'y a de communs qu'avec les communautés qui les gèrent, qu'elles soient locales, auto-organisées ou ayant des règles collectives fortes, y compris des lois et des décisions de justice. Les communs sont des lieux d'expression de la société et, à ce titre, des lieux de résolution de conflits. <http://www.alternatives-economiques.fr/le-prix---nobel---a-elinor-ostrom-- fr art 633 44275.html>*