

Conférence nationale de santé

Avis du 22 mars 2007

« Les voies d'amélioration du système de santé français »

La santé est une préoccupation majeure pour nos concitoyens. Les enquêtes d'opinion la situent comme leur deuxième inquiétude après l'emploi. Malheureusement, il faut constater que cette préoccupation n'est pas traitée à cette hauteur dans le débat public ni dans le débat politique. Elle est notamment peu présente, ou apparue tardivement, dans les discours et les programmes des candidats à l'élection présidentielle.

La Conférence nationale de santé constatant ce déficit majeur se propose de contribuer à rendre aux questions de santé la place prépondérante qu'elles devraient occuper sur la scène nationale.

Les difficultés récurrentes pour financer les dépenses de santé dans le cadre de contraintes économiques fortes¹, la place trop modeste occupée par l'éducation à la santé et la prévention en France par rapport aux soins curatifs, la persistance de fortes inégalités d'accès à la santé, les difficultés récurrentes d'organisation du système de santé, la faiblesse des moyens et les contraintes pesant sur la recherche sont autant de sujets qui motivent le présent avis de la Conférence nationale de santé.

La Conférence nationale de santé poursuit ainsi une triple ambition : promouvoir l'état de santé le plus optimal possible pour nos concitoyens, réduire les inégalités et augmenter la solidarité face au système de santé, tout en recherchant une plus grande efficacité.

Le présent avis distingue les constats et le diagnostic sur la situation actuelle avant d'indiquer les thèmes et les enjeux prioritaires pour les cinq années à venir et de retenir quinze propositions pour un changement d'échelle dans les politiques de santé en France.

I. CONSTATS ET DIAGNOSTIC

La Conférence nationale de santé choisit de concentrer ses remarques sur deux préoccupations : l'efficacité du système de santé français et sa viabilité à terme si la recherche d'une meilleure qualité dans les réponses et d'une meilleure garantie dans l'accès aux soins de santé et de prévention n'est pas plus solidement acquise. Après l'avancée remarquable que constitue la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, il s'agit maintenant de passer à une véritable politique de promotion de la santé, de relever les défis de la recherche et de résoudre les inégalités persistantes dans la préservation de la santé et dans l'accès aux soins.

La Conférence se propose au préalable de définir quelques termes dont il sera fait usage dans cet avis afin d'éviter toute ambiguïté sur le sens à donner à ses propositions.

¹ Rappelons ici que la situation financière des hôpitaux publics témoigne de ces difficultés.

Promotion de la santé, éducation à la santé, prévention et dépistage, soins primaires

1. La promotion de la santé

La définition et le contenu de la promotion de la santé sont issus de la déclaration d'Alma-Ata de 1978, de la charte d'Ottawa de 1986, des déclarations de Jakarta de 1997 et de Bangkok de 2005.

Selon ces textes, la santé est un état de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Intervenir en promotion de la santé permet d'agir sur les déterminants de la santé et contribue aux progrès de la santé, à la réduction des inégalités en matière de santé, à la promotion des droits fondamentaux de l'être humain et au développement social.

2. L'éducation pour la santé du patient

L'éducation pour la santé du patient a pour but de faciliter la rencontre entre les compétences des professionnels de santé et du social et les compétences de la population. De cette rencontre naissent de nouvelles compétences qui contribuent à rendre plus autonomes les partenaires de l'action éducative. Le but de l'éducation pour la santé du patient est que la personne qui consulte un professionnel de soin, quel que soit son état de santé, soit en mesure de contribuer elle-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Les trois niveaux de l'éducation pour la santé sont : l'éducation thérapeutique qui concerne l'éducation liée au traitement, préventif ou curatif, l'éducation à la maladie concernant les comportements de santé dans ses aspects biomédicaux mais aussi psychosociaux, et enfin le dernier niveau concernant la qualité de vie du patient en prenant en compte son mode de vie dans sa globalité.

3. La prévention et le dépistage

La prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. La prévention est l'ensemble des actions mises en place pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents.

On distingue trois stades de prévention :

- *la prévention primaire qui consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème, risques en termes de conduites individuelles à risque, d'environnement ou de risque sociétal,*
- *la prévention secondaire, synonyme de dépistage, qui cherche à révéler une atteinte pour prévenir l'évolution ou l'aggravation d'une maladie ou d'un désordre psychologique ou social,*
- *la prévention tertiaire qui vise à prévenir les rechutes ou les complications. Il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale.*

4. Les soins primaires

Ce sont des prestations de soins accessibles et intégrés par des professionnels de santé ayant la responsabilité de répondre à une grande majorité des besoins individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leur patient, et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté pour lesquelles ils représentent le premier niveau de contact avec le système de santé, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent.

Les soins primaires doivent offrir : des services de prévention, des services curatifs, des services de réadaptation et comprendre l'éducation à la population au sujet des problèmes de santé majeurs ainsi que les moyens de les prévenir et de les contrôler.

Ces soins sont fournis par un large éventail de professionnels de santé agissant en équipe et en partenariat avec la communauté locale.

1.1 La politique de promotion de la santé reste insuffisamment fructueuse

Des progrès considérables en termes de santé ont été réalisés au cours des deux dernières décennies. Ils se sont traduits par une augmentation importante de l'espérance de vie à la naissance et par une amélioration de la qualité de vie de très nombreuses personnes. Ces avancées résultent de l'engagement quotidien de nombreux professionnels de santé et d'une mobilisation croissante des associations militant dans le champ de la prévention ou de la qualité de vie des patients. Ces améliorations ont aussi été rendues possibles par la mobilisation de ressources publiques et privées sans cesse en augmentation et par l'amélioration générale des conditions de vie pour le plus grand nombre.

Plus récemment, des efforts indiscutables ont conduit à l'émergence d'une politique de santé basée sur des priorités de santé : la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique identifie cent objectifs de santé publique et des plans nationaux de santé publique. Les plans régionaux de santé publique récemment adoptés partout en France témoignent d'une utilisation beaucoup plus large de la démarche de santé publique et de la notion de priorité de santé. Pour autant, ces efforts sont loin d'avoir également profité à tous.

1.1.1. Une politique lacunaire malgré les efforts déployés

Quelques indicateurs, même limitativement énumérés, portent témoignage du résultat insuffisant des efforts déployés pour maintenir et développer un système de santé de haut niveau.

Ainsi, l'importance de la mortalité prématurée évitable² reste une caractéristique lourde³ de notre pays, notamment pour les hommes, chez qui elle est principalement liée à des situations à risques au travail et à des comportements à risques, notamment liés à la consommation d'alcool et de tabac. S'y ajoute l'importance du handicap évitable, d'origine accidentelle par exemple.

La prévention tertiaire accuse des retards significatifs, chez les personnes âgées, mais aussi chez les patients affectés par une maladie chronique.

Les nouveaux enjeux environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, pollutions diverses, pesticides et expositions chimiques) sont encore insuffisamment pris en compte.

Au-delà de la prévention des maladies, la prévention des douleurs et des souffrances humaines évitables est également⁴ insuffisante. Plus spécifiquement, dans le domaine de la grossesse et de la toute petite enfance, un des défis de la prévention est de réduire les répercussions défavorables qu'ont sur le potentiel de développement des enfants les conditions de vie et de qualité de l'environnement social et familial. Comme si nous refusions à chacun d'identifier son potentiel de santé et sa capacité à le préserver et/ou à le développer sur le chemin d'une meilleure vie. Dans un tel contexte, inviter à la responsabilité individuelle et collective, à partir de campagnes de prévention itérativement normatives, ne provoque pas l'adhésion attendue.

1.1.2. Les raisons de l'impact relatif ou partiel des efforts conduits en matière de promotion de la santé sont multiples

Le dispositif actuel d'information statistique reste sous dimensionné. Parce qu'elle n'est pas encore effective, la mise en place de l'Institut des données de santé n'a pas permis de voir quel pourrait être l'effet du partage des informations au service des arbitrages dans la politique de santé publique. C'est un pari en attente. Surtout, il est très regrettable que l'information sur les tarifs, la qualité des soins, le médicament, et l'orientation dans le système de santé reste aussi largement insuffisante enlevant à nos concitoyens tout moyen de prise en compte de leur santé comme un potentiel dont ils auraient les outils pour l'entretenir ou le protéger des aléas de la vie.

² Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 30-31, 8 juillet 2003, Institut national de veille sanitaire, Saint-Maurice, France.

³ Plus de 100 000 mortalités évitables sont liées à des changements de comportements en matière de tabac, d'alcool et d'alimentation.

⁴ 3^{ème} Etats Généraux du Cancer (www.ligue-cancer.net), Etats généraux des personnes séropositives (www.aides.org), Etats généraux de l'asthme et de l'allergie (www.allergique.org), Etats généraux de l'alcool (www.etatsgenerauxalcool.fr).

Le concept de priorité reste encore flou. Le fait qu'une centaine de priorités figurent en annexe de la loi de santé publique montre bien la relative maîtrise conceptuelle autant que les efforts restant à accomplir. Ces cent priorités sont doublées par cinq plans, affectant ainsi la cohérence d'ensemble. Ajoutons que ce n'est que très tardivement, deux ans et demi après la loi, que les indicateurs de suivi des objectifs de santé publique ont été publiés⁵, sans que l'élaboration de ces indicateurs n'ait d'ailleurs été partagée avec les acteurs de terrain. Des progrès sont donc à accomplir pour lier les fins aux stratégies, lier la prévention aux soins dans un continuum efficace et impliquer l'ensemble des acteurs.

Les stratégies en amont des soins sont encore trop peu développées en France, comme les résultats médiocres en matière de mortalité prématurée le montrent. Des efforts considérables viennent d'être réalisés dans la lutte contre les accidents de la route, contre le cancer et dans la lutte contre le tabagisme, mais ils n'ont pas été conduits avec la même vigueur vis-à-vis du suicide, de l'alcoolisme, des risques cardiovasculaires, des accidents de la vie courante ou de la transmission du VIH/sida. La prévention occupe stratégiquement une place marginale dans le système de santé. Même si les sommes mobilisées sont loin d'être négligeables comme l'indique une étude publiée en juillet 2006, réalisée à partir des Comptes nationaux de la santé de 2002 : la France consacre 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4 % de ses dépenses de santé⁶.

Plus que son montant, c'est l'absence de stratégies évaluées en promotion de la santé, pensées et organisées avec le système de soin et l'ensemble des acteurs concernés en dehors du soin qui réduit l'efficacité de la dépense globale de prévention. L'efficacité de professionnels de santé au sein de l'Education nationale et du dispositif de Protection maternelle et infantile (PMI) est limitée par l'absence de stratégies suffisamment concertées avec le département ministériel chargé de la santé. La même observation peut être faite en matière carcérale malgré la création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). La santé au travail n'enregistre pas d'évolutions favorablement significatives avec une médecine du travail dont l'indépendance reste encore souvent remise en cause ou à tout le moins discutée, malgré les évolutions réglementaires de juillet 2004 et l'augmentation des actions sur le terrain. Il faut aussi noter qu'elle pâtit d'un système d'information très lacunaire et segmenté. L'absence persistante d'axes stratégiques et d'actions collectives pour la promotion de la santé de façon multisectorielle pèse lourdement sur la faiblesse des résultats que notre pays affiche, d'autant plus que le financement de la prévention fondé sur le court terme ne permet pas de déployer une action dans la durée.

Par ailleurs, l'implication très variable des collectivités locales dans la politique de santé accentue les inégalités dans ce domaine.

Dans le système de soin lui-même, la promotion de la santé reste encore trop résiduelle malgré les efforts faits pour insérer cette préoccupation au sein de l'hôpital. L'organisation de la médecine de ville n'encourage pas suffisamment à l'inclusion de la prévention et de la promotion de la santé dans les consultations malgré l'identification d'un parcours de soins dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. D'ailleurs, le contenu de ce parcours de soins en termes de prévention et de promotion de la santé est embryonnaire et repose encore sur la multiplication de consultations de prévention⁷ plutôt que sur un processus privilégiant un continuum de la prévention aux soins⁸. Trop souvent, ces consultations restent des moments isolés sans véritable suite. La démarche pâtit de l'absence d'un référentiel robuste identifiant un dispositif de suivi lisible par le médecin traitant comme par le patient.

⁵ "L'état de santé de la population en France". Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. », Ministère de la Santé, DRESS, Paris, 2007, La Documentation Française, 254 p.

⁶ « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », Etudes et Résultats n°504, Ministère de la santé et des solidarités, DRESS, Paris, juillet 2006.

⁷ On peut citer pour exemple la consultation de prévention pour les 70 ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

⁸ L'un des avenants à la convention médicale prévoit bien que la prévention est dans le rôle du médecin traitant mais sans prendre la peine d'indiquer sur quelles bases ces actions sont rémunérées (forfait, valorisation par objectifs, ...).

Les contraintes de l'organisation des soins de premier recours pèsent sur les chances des uns et des autres de promouvoir leur santé. A l'exception de la mise en place du parcours de soins depuis 2005, aucune évolution significative n'a été enregistrée depuis plusieurs décennies pour dégager un système de prise en charge coordonnée où la médecine de premier recours ouvre vers l'hôpital, ou la consultation de spécialité, dans un continuum de la prévention aux soins. L'exercice de la médecine reste toujours individuel, notamment en raison de l'exclusivité du paiement à l'acte, malgré la création des réseaux de soins, dont le bilan est par ailleurs discuté, ou les regroupements multidisciplinaires de professionnels de santé ambulatoire, libéraux ou salariés de centres de santé, insuffisamment encouragés.

Enfin, la Conférence nationale de santé souligne l'intérêt d'une régulation nationale et régionale décloisonnant les trois grands modes d'exercice : ville, hôpital, médico-social, tous trois profondément solidaires, dans l'efficience comme dans la perte d'efficacité

1.2 La recherche en santé peine à innover

La recherche biomédicale française doit trouver un second souffle. Pourtant, « toute médecine est une recherche. Mais les progrès de la recherche dépendent des structures fortes disposant de crédits suffisants⁹ ». L'ambition sous-tendue par cette appréciation historique et magistrale a cependant du mal à se concrétiser, notamment depuis ces deux dernières décennies.

1.2.1. La recherche appliquée et le dynamisme de la recherche médicale

La France doit avoir un statut de leader dans le domaine médical : alors qu'en 2000, les laboratoires français participaient à 6,7 % des publications scientifiques produites dans le monde, toutes disciplines médicales confondues, la part de notre pays n'est que de 6 % en recherche médicale en 2005. Paradoxalement, l'Etat français dépense plus pour la recherche que la plupart des pays développés (0,85% du produit intérieur brut). La France compte plus de chercheurs publics (3,7 pour mille emplois) que la moyenne européenne (2,94). Par ailleurs, un chercheur français a moins de moyens pour mener ses travaux de recherche à bien. De plus, les relations entre unités de recherche publiques et privées sont très faibles. L'éparpillement de la recherche, entre différents acteurs institutionnels et agences, et son manque de coordination nuisent au succès de la recherche française¹⁰.

Face à ces différents enjeux, des initiatives récentes traduisent une mobilisation des acteurs de la recherche, notamment : la mise en place des pôles de compétitivité (deux sur les six existant dans le monde [Médicen à Paris, Lyon Biopôle à Lyon]), la création de sept délégations inter-régionales de la recherche clinique, l'accord entre l'INSERM et les hôpitaux pour valoriser les porteurs de projets partagés et ainsi lutter contre la « fuite des cerveaux », la structuration des organismes de recherche en santé publique (Ecole des hautes études en santé publique, Institut de recherche en santé publique, ...).

Sur un plan général, la recherche dans le domaine de la santé doit intégrer les apports des sciences humaines et sociales. Sur un plan particulier, la recherche clinique, décloisonnée entre acteurs et institutions, ne doit pas se limiter au seul domaine des produits de santé.

⁹ Professeur Jean BERNARD, hommage rendu à l'Académie Française par la Fondation pour la recherche médicale à l'occasion de sa disparition, le 26 avril 2006 (www.canalacademie.com).

¹⁰ Etude OST-Inserm-Conférence des CHRU "Production scientifique des sites hospitalo-universitaires en France"- Nov.2005

Enfin, malgré des efforts récents, on dispose encore de peu d'éléments d'évaluation sur la recherche hospitalière et médicale : il est urgent de mettre en œuvre des outils cohérents susceptibles d'orienter la politique publique.

1.2.2. La recherche en soins primaires doit se construire à part entière

Le faible niveau de recherche en soins primaires est lié à leur position trop marginale dans le système de soins et de santé. Pour résoudre à moyen terme ce déficit, il est indispensable d'accroître la recherche dans ce domaine afin d'obtenir les meilleures chances d'une efficacité reconnue. Sur la base d'un état des lieux partagé, il faudrait assurer le développement de systèmes d'information et d'outils pour évaluer et piloter des dispositifs et les impacts des politiques publiques, en associant les praticiens de ville aux laboratoires et aux hôpitaux¹¹.

Au plan général, il s'agirait de s'interroger sur l'efficacité et l'efficacité des différentes formes d'organisation¹², de planification¹³, de financement et de rémunération¹⁴, et de formation¹⁵.

Quelques études thématiques prioritaires devraient être impulsées sur la place et le rôle du dispositif de médecin traitant selon les contextes¹⁶, sur les délégations de tâches totales ou partielles entre les diverses spécialités ou entre médecins et autres professionnels de santé, sur les nouveaux métiers¹⁷, sur les comparaisons avec les pays de l'Union Européenne dans l'organisation et la pratique des soins primaires, sur le bilan du dispositif du médecin-traitant et, en particulier, sur la place du patient-usager dans le dispositif¹⁸.

1.2.3. L'attention doit aussi porter sur les difficultés démographiques dans le domaine de la recherche

Si aujourd'hui, les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) participent à 56 % aux publications françaises en recherche médicale, on ressent déjà l'effet du vieillissement du corps médical dans certaines spécialités. Les grands organismes de recherche sont, eux aussi, touchés par ce phénomène : ainsi, 20% des chercheurs de l'INSERM partiront à la retraite d'ici 2012.

Paradoxalement, alors que l'Etat investit en assurant le coût élevé d'études supérieures de haut niveau à ses étudiants les plus brillants, il leur propose ensuite des conditions de travail en recherche et des salaires peu motivants. Ce qui a été rapidement qualifié de « fuite des cerveaux » vers des pays plus attractifs en termes de qualité des laboratoires à l'étranger ou de meilleures conditions de rémunération doit faire l'objet de la plus grande attention. Un premier signe pourrait tenir dans le lancement d'une concertation étroite avec les acteurs de la recherche sur l'évolution de leurs statuts, équilibrant la reconnaissance d'un séjour à l'étranger avec les conditions d'un retour des chercheurs les plus brillants dans l'espace national.

¹¹ Le rôle fondamental des médecins généralistes et spécialistes dans la recherche sur le chikungunya lors de l'épidémie réunionnaise en est un bon exemple.

¹² Maisons de santé, réseaux, pratiques indépendantes, services publics préventifs.

¹³ Méthodes de participation des professionnels et de la population à l'organisation des soins primaires, changements liés au parcours de soins coordonnés et au médecin traitant, interactions avec les soins secondaires ambulatoires et soins tertiaires en établissements publics et privés, approche par populations au sein des cabinets.

¹⁴ A partir des attentes de la population et des professionnels dans ces domaines.

¹⁵ la formation au travail d'équipe et aux évolutions du dispositif de médecine générale, socle des soins médicaux de soins primaires

¹⁶ Sans omettre le recours aux différentes spécialités médicales dont la médecine générale, l'étude des logiques de soins collaboratifs avec les acteurs de soins primaires (généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, biologistes...).

¹⁷ Nouveaux métiers de la santé ou services, modalités d'articulation entre soins primaires ambulatoires, médecins de ville, médecins hospitaliers (facteurs favorisant ou limitant, structurels ou conjoncturels)

¹⁸ Dispositif médecin traitant et approche de type santé des populations pour la collectivité, articulation du dispositif du médecin traitant avec les dispositifs de santé scolaire et de ceux de la médecine du travail mais aussi du secteur associatif des patients-usagers (management des affections chroniques).

1.2.4. La nécessité d'une mobilisation financière accrue pour la recherche

Sans entrer dans le débat soulevé par la publication du rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) sur la valorisation de la recherche¹⁹, dont l'appréciation a suscité des divergences, la Conférence nationale de santé se borne à relever que la dépense intérieure de recherche et de développement devrait atteindre 3% du PIB à l'horizon 2010 conformément à l'engagement de Lisbonne.

Ces quatre orientations devraient d'autant plus facilement être engagées qu'un bon environnement éthique de la recherche est maintenant en place²⁰ en France.

1.3. Les inégalités persistantes dans l'accès aux soins

Malgré des résultats globaux de santé satisfaisants et un large accès à des soins de qualité pour le plus grand nombre, qui ont valu au système de santé français de figurer parmi les pays ayant les meilleurs résultats dans le monde, les inégalités sociales et spatiales de santé persistent dans notre pays et y sont très préoccupantes.

L'effort de la France a porté sur un souci méritoire d'extension, sur plus de 60 ans, de la couverture d'assurance maladie. La question des inégalités de santé a été souvent perçue du point de vue de l'accès aux soins. Dans ces conditions, l'accroissement des dépenses de santé a fait l'objet de toutes les attentions, sans que l'efficacité à l'égard de la réduction des écarts de santé entre les catégories sociales trouve un point d'aboutissement. Or, dans les pays industrialisés, l'état de santé d'une population ne dépend de son système médical que pour environ un cinquième, le reste relevant de facteurs sociaux, tenant notamment dans la structure plus ou moins inégalitaire de la société. En jouant sur le seul paramètre du système de soins, la France ne se donnera au mieux qu'une possibilité d'influer sur 20 % des disparités de santé. Ces analyses sont aujourd'hui bien établies par des études en France²¹ et sur les pays développés comparables²². Dans ces études, les auteurs s'intéressent à la manière dont les inégalités de santé, longtemps considérées comme naturelles ont progressivement été reconnues comme sociales. Spécialement, les rédacteurs de la première étude²³ rappellent que les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des disparités structurelles (ressources, logement, alimentation, emploi et travail, école et formation) qui caractérisent l'état de la justice sociale dans un pays ou dans un territoire à un moment de son histoire et de son développement économique.

Consciente du périmètre de sa mission, la Conférence nationale de santé entend souligner dans cet avis les faiblesses conduisant à des inégalités qui pourraient être corrigées, au moins partiellement, par des efforts vigoureux sur le système de santé.

1.3.1. La réduction des inégalités financières d'accès aux soins devrait contribuer à atténuer les inégalités de santé

L'amélioration de l'accès aux soins réduit les différences de consommation de biens de santé. Ainsi, l'expérience de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) a montré que ses bénéficiaires avaient généralement une dépense de soins proche de celle des autres assurés complémentaires à un état de santé donné. Mais elle a aussi montré que la structure des soins reste

¹⁹ Rapport sur la valorisation de la recherche, IGF et IGAENR, janvier 2007, Paris, (www.minefi.gouv.fr).

²⁰ Chapitre 2 *Recherches biomédicales* du titre 5 de la loi relative à la politique de santé publique, modifiant la loi Huriet.

²¹ « L'origine et le fondement des inégalités sociales de santé », Pierre AÏACH et Didier FASSIN, *La Revue du Praticien*, 2004, vol 54, n° 20, pp 2221-2227.

²² « Questions d'économie de la santé », IRDES, n° 92, février 2005.

²³ Ibid, AÏACH et FASSIN.

différente, avec davantage de recours à l'hôpital et un moindre recours aux spécialistes. Si l'introduction de la couverture maladie universelle (CMU) et de la CMUC constitue une amélioration importante de la couverture santé des plus pauvres, il n'en reste pas moins que les difficultés d'acquisition financière en matière d'assurances complémentaires sont croissantes et génèrent de nouvelles inégalités d'accès aux soins. Des mouvements de démutualisation dans certains groupes de populations (étudiants, retraités, notamment) commencent à être décrits, même s'ils ne font pas encore l'objet d'une appréciation fine. De la même manière, les contrats complémentaires couvrent des niveaux de garantie très variables. Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire récemment introduit reste encore malheureusement sous-utilisé.

Des avancées peuvent encore être conquises, notamment par la réduction des discriminations dans l'accès aux soins de certains patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'Etat. Discriminations sur lesquelles, à la suite d'une enquête²⁴ commandée par le Fonds CMU, la Haute autorité de lutte contre les discriminations²⁵, et les pouvoirs publics ont eu à statuer²⁶, après qu'un rapport²⁷ ait été remis par Monsieur Jean-François CHADELAT au Ministre de la santé et des solidarités. Toutefois ce type de situation ponctuel à ce jour se doit d'être combattu.

Des observations des associations de patients ou d'usagers du système de santé, il ressort que l'exclusion dans l'accès aux soins correspond le plus souvent à des attitudes de discrimination et de stigmatisation²⁸.

Sans revenir sur ce qui a déjà été relaté sur la prévention, les insuffisances en cette matière, et notamment le caractère quasi subsidiaire de la prévention par rapport aux soins, ont aussi leur part de responsabilité dans les difficultés françaises à résoudre les inégalités de santé.

Enfin, il faut relever que certaines zones territoriales sont sous dotées en terme d'offre de soins ou totalement dépourvues d'une offre de soins à tarif opposable, contribuant à renvoyer les personnes en demande de soins vers l'hôpital public et en son sein vers les urgences. Ces secteurs géographiques à découvert d'une offre utile viennent renchérir encore l'accès aux soins pour une population alors contrainte d'exposer des frais de déplacement parfois considérable au prix des consultations publiques ou privées. Sans compter les territoires où l'offre publique hospitalière est désormais insuffisante, faute de praticiens.

1.3.2. Le potentiel insuffisamment développé de certains outils pèse sur les inégalités d'accès aux soins

Il faut à ce stade réserver un sort critique aux outils de prévention des risques professionnels. Gérée par les seuls employeurs, la médecine du travail, confrontée au dilemme préservation de l'emploi/protection de la santé des salariés, ne produit pas ses pleins effets. Le statut peu lisible des médecins inspecteurs régionaux du travail et la situation des inspecteurs du travail affectent également le potentiel de réponse sanitaire dans la sphère du travail. Le retard pris sur des questions fondamentales comme les travaux pénibles, les cancers professionnels et les risques psychosociaux ne permet pas de construire une politique de santé au travail efficace.

²⁴ « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiaires de la CMUC », DIES, pour le compte du Fonds CMU, mai 2006, (www.cmu.fr)

²⁵ Décision de la Haute autorité de lutte contre les discriminations du 14 novembre 2006, rappelant « qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins ».

²⁶ Conférence de presse de Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités en date du 19 décembre 2006 sur les refus de soins des bénéficiaires de la CMU (www.sante.gouv.fr);

²⁷ Rapport pour Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités : « Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU », Jean-François Chadelat, Inspecteur Général des Affaires Sociales (www.cmu.fr).

²⁸ www.actuparis.org ; www.alliance-maladies-rares.org ; www.soshepatites.org ;...

La PMI, dispositif original ayant organisé la contribution conjointe de l'Etat, des organismes d'assurances sociales et des collectivités locales, n'est plus identifiée comme telle, parce que réduite à la seule activité des services départementaux de PMI. Par ailleurs, il faut souligner la variabilité des articulations entre les services départementaux de PMI et les autres acteurs de la santé maternelle et infantile et de la santé scolaire, les difficultés de prise en charge précoce des troubles du développement, et des conditions d'un réel suivi des femmes et des enfants.

Revenir ici sur la médecine scolaire n'est pas nécessaire après les remarques recensées au 1.1.2., sauf pour confirmer qu'enserrée dans de faibles moyens en termes d'effectifs, elle maintient courageusement une réponse centrée sur les examens individuels, systématiques ou à la demande en particulier pour les enfants en difficulté ou en situation de handicap, sans pouvoir développer comme il conviendrait les dimensions collectives d'éducation à la santé.

Enfin, les dispositifs spécifiques destinés à favoriser l'accès effectif à la promotion de la santé et aux soins pour les populations en situation d'exclusion sont encore largement perfectibles : permanences d'accès aux soins (PASS), ateliers santé ville (ASV), centres de santé, centres d'examens de santé (CES), accès à des logements décentes, résultats limités du dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

1.3.3. Des réponses organisationnelles manquent encore pour résoudre les inégalités géographiques de couverture des soins

Largement documentées dans de nombreuses études, les inégalités géographiques de couverture de soins sont multifactorielles : l'inégalité dans l'implantation des universités ainsi que des organismes de formation paramédicale et dans les moyens qui leur sont accordés, conditions de l'exercice médical dans certaines régions mal desservies ou économiquement défavorisées, pyramide des âges de la démographie médicale dans un département ou une zone géographique, héliotropisme, spécialistes concentrés dans certaines zones disposant de clientèle plus solvable.

Notre pays ne s'est pas montré très déterminé pour mener une politique d'incitation forte d'installation des professionnels de santé dans les régions à faible densité, avec un fléchage géographique régional efficace ou la contrainte d'une offre minimum de soins à tarif opposable dans chaque bassin de santé. L'absence de régulation de l'offre en médecine ambulatoire et les résultats limités de la régulation de l'offre hospitalière se conjuguent pour aboutir à un constat de disharmonie entre l'offre et la demande dans les territoires.

1.3.4. Des efforts pour la dignité des malades devraient être poursuivis

Quand la maladie est installée, les conditions économiques des personnes affectées par une pathologie se dégradent. Les indemnités journalières, les pensions d'invalidité ou l'allocation aux adultes handicapés ne remplissent plus la fonction de revenu de remplacement en cas de maladie, parce que pour des catégories de plus en plus nombreuses, ce revenu de remplacement est inférieur aux minima sociaux. Percevoir 50 % de son revenu salarial quand on est malade ou invalide correspond à vivre en dessous du seuil de pauvreté pour ceux qui disposaient des plus bas revenus, pour les salariés à temps partiel, pour les petits artisans et les commerçants, ceux-ci le plus souvent sans assurance complémentaire de prévoyance. Les conditions d'accès aux emprunts bancaires doivent être fixées sur la base de taux de survie scientifiquement déterminés.

Condamner la personne malade ou invalide à la pauvreté, tel n'est pas l'esprit de notre système de protection sociale. Il est anormal que notre système d'assurance (privé, professionnel, automobile,...) ne permette pas une juste réparation que ce soit sur le plan financier, du reclassement, ou de la formation.

A ces difficultés, s'ajoute le constat de l'augmentation des restes à charge pour l'assuré social, y compris dans le secteur médico-social. Ce phénomène a été particulièrement mis en lumière par l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur les affections de longue durée (ALD)²⁹ qui décrit notamment des restes à charge significatifs autant qu'inégaux pour certaines d'entre les personnes bénéficiant de la prise en charge de type ALD. Pourtant, des réflexions et des prises de positions apparaissent sur la réfection des critères d'entrée en affection de longue durée, le renforcement de l'automédication et l'instauration d'une franchise avant le déclenchement du remboursement des soins par l'assurance maladie.

Ces solutions, mises en avant sans la moindre étude d'impact, gagneraient à faire l'objet d'une réflexion plus aboutie, ne serait-ce qu'en raison des conséquences qu'elles pourraient avoir pour les cotisants les moins exposés au risque de maladie et qui ne percevraient plus alors la légitimité d'un système d'assurance maladie solidaire. Face à ces difficultés, la Conférence nationale de santé recommande que des études soient conduites pour explorer les solutions de limitation d'un montant cumulé de reste à charge par assuré même si elle est consciente que les dispositifs actuels d'information de l'Assurance maladie permettent difficilement cette exploration. Elle considère que l'éventualité qu'une telle limitation puisse être graduée en fonction des revenus ne doit pas être une question taboue, mais doit faire l'objet d'un débat social approfondi, portant sur l'impact de cette mesure sur la réduction des inégalités d'accès aux soins, sur le dispositif des ALD et sur les risques éventuels de désengagement des plus hauts revenus d'un dispositif de solidarité.

La Conférence nationale de santé souligne que l'accompagnement des patients chroniques, même soutenu par un système de santé et d'assurance maladie solidaire, doit bien sûr se perfectionner dans le cadre des mécanismes individuels de prise en charge initiés par l'assurance maladie sans négliger cependant la dimension collective qu'apportent, d'ores et déjà, et encore plus demain, les associations de patients engagées dans l'accompagnement des malades et l'éducation thérapeutique des patients.

*

Dans un tel contexte, la Conférence nationale de santé est amenée à soutenir que quelques grandes priorités doivent guider la mobilisation des acteurs, publics comme privés, dans les années à venir.

II. ENJEUX PRIORITAIRES POUR LA MANDATURE 2007-2012

La Conférence nationale de santé estime que cinq grandes orientations doivent être privilégiées pour atteindre les objectifs de promotion du plus grand état de santé, de réduction des inégalités et de meilleure efficacité dans les cinq ans à venir. Il s'agit de :

1. Développer la promotion de la santé et la prévention

La promotion de la santé doit devenir une préoccupation de premier plan et déboucher sur une offre de prévention et de soins de santé primaires coordonnés, réduisant les inégalités d'accès à la prévention. Le maintien des grandes avancées engrangées par notre pays depuis cinquante ans (accès aux droits sociaux pour le plus grand nombre, programmes de santé publique tels que le plan périnatalité ou le plan cancer, dispositions renforçant la sécurité sanitaire, accès aux thérapeutiques nouvelles, développement scientifique, technologies de pointe, systèmes de communication performants) impose d'aller d'un système de soins vers un système de santé répondant à une triple

²⁹ « Pour une prise en charge efficiente des maladies dites « affections de longue durée », Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Avis adopté en séance du 28 avril 2005 (www.sante.gouv.fr).

ambition : efficacité, réponse aux besoins identifiés de la population et maintien de la solidarité dans le champ de la santé.

Passer du soin à la santé nécessite le décloisonnement du sanitaire et du social, une approche globale s'inscrivant dans une politique de préservation et de promotion de la santé et s'appuyant sur les soins primaires. L'enjeu est de promouvoir, sur la base d'expérimentations et d'évaluations préalables, un système organisé et coordonné fondé sur les soins primaires de premier recours et de proximité.

2. Centrer l'organisation des soins sur les soins de premier recours

Il faut améliorer l'organisation du système de santé en faveur d'une meilleure coordination des soins primaires.

Les disciplines de soins primaires présentent les caractéristiques suivantes : premier accès avec le système de santé, accès ouvert, discipline centrée sur la personne, discipline orientée vers l'individu, la famille et la communauté, relation personnalisée dans le temps, utilisation efficace des ressources, développement de la promotion et de l'éducation de la santé, action en santé publique. La multiplicité des acteurs de soins primaires, médicaux et paramédicaux et des acteurs du social, ainsi que des représentants des malades et autres acteurs associatifs, impose des échanges entre professionnels via la coordination des soins, les réseaux et filières, et des collaborations entre secteur social, médico-social et sanitaire, quelque soit le mode de gestion, des échanges avec la famille et l'entourage des patients, des échanges liés aux activités non soignantes dans les cabinets médicaux ou paramédicaux et dans la communauté. Il s'agit aussi d'améliorer la communication médecin – malade.

L'organisation nouvelle peut s'articuler autour du principe du médecin traitant (notion législative) que la population a désigné dans la quasi totalité des cas un médecin généraliste. Le médecin traitant doit être le médecin pivot ambulatoire à l'interface entre les besoins identifiés et l'offre de soins, en étroite relation avec les autres professionnels de santé de proximité, mais aussi avec le secteur hospitalier dans le cadre d'un libre choix organisé et régulé.

En résumé, les soins primaires c'est la proximité, l'accès de premier recours au système de santé, une approche globale des patients et la porte d'entrée privilégiée vers les soins de santé secondaires et tertiaires.

3. Rénover l'organisation des soins pour réduire durablement, et sans risques de stigmatisation des plus fragiles, les inégalités d'accès aux soins

L'efficacité de la prise en charge et la nécessité de respecter l'accès aux soins exigent la mise en œuvre d'un système de santé adapté aux réalités locales : structures médico-sociales et maisons de santé multidisciplinaires de proximité ou pôles santé, développement des liens entre le système ambulatoire et l'hôpital, CHU et hôpitaux locaux de proximité. La démographie médicale actuelle est un puissant encouragement en faveur de cette organisation, qui doit aussi porter sur les conditions d'installation des professionnels libéraux.

Ces pôles de santé multidisciplinaires ou maisons de santé, outils des soins primaires de proximité, assureraient, le cas échéant en réseau ou avec le soutien d'hôpitaux locaux : des soins médicaux, des soins paramédicaux, des actions de prévention, des actions d'éducation sanitaire et de santé, y compris la santé au travail. Ces diverses activités pourraient s'organiser dans un même lieu ou sous forme de pôles coordonnés dans des lieux différents. Dans ce modèle, les professionnels de santé des soins primaires travailleraient en équipe coordonnée, bénéficieraient d'une reconnaissance des

temps de coordination, d'éducation pour la santé et de prévention ; utiliseraient un dossier de santé partagé bénéficiant de l'accord du patient ; pratiqueraient la coordination médico-sociale ; et bénéficieraient d'une formation interprofessionnelle.

L'intégration de réseaux de santé sur un bassin de vie associant les professionnels du médical, du paramédical et du social, mettant la personne malade au centre de sa prise en charge et la rendant actrice de sa santé serait un gage d'efficacité et de coordination du système de santé dans son ensemble.

L'amélioration de l'accueil du patient hospitalisé est encore un objectif à poursuivre.

4. Conforter la solidarité

Soucieuse de formuler des critères dans la manière dont doit être construite la solidarité à l'avenir dans un contexte de contraintes fortes sur ce que l'on appelle l'Etat-providence, la Conférence nationale de santé considère qu'il n'est pas possible de répondre aux nouveaux besoins de financement en matière de santé en grevant la charge des générations futures, au risque d'une rupture dans la solidarité intergénérationnelle.

C'est pourquoi elle s'interroge sur l'intérêt qu'il y aurait à distinguer les dépenses d'investissement amortissables sur des périodes longues (équipement, formation, actions de prévention, recherche, etc..) des dépenses de fonctionnement qui doivent être supportées dans le cadre d'équilibres pluriannuels. La Conférence nationale de santé considère également qu'il est nécessaire de recourir à de nouvelles sources de financement pérennes toujours fondées sur la solidarité afin de maintenir le choix d'un système de santé accessible à tous.

5. Soutenir l'évaluation et la recherche

La recherche doit être pensée comme un moyen de développer les capacités d'anticipation du système de santé, notamment sur les problématiques de la chronicité et de la dépendance particulièrement présentes dès maintenant, et pesant durablement dans l'avenir mais aussi face à la crainte croissante de chocs épidémiques à venir. Les problématiques de la chronicité doivent être entendues comme celles générées par l'allongement de la durée de la vie mais aussi comme celles mises à jour par le développement de la médecine préventive et prédictive. Si la recherche fondamentale et l'innovation pharmaceutique doivent être soutenues essentiellement dans les domaines de santé prioritaires, l'importance de ce soutien doit s'apprécier au regard des dépenses de promotion du médicament.

Sur la voie d'un tel effort financier, les engagements devraient alors être partagés entre les crédits de recherche publique et les investissements du secteur privé, garantissant la créativité et l'imagination tout autant que l'ancrage dans les bases consensuelles permettant de juger la qualité des résultats, l'efficacité des équipes, et l'efficacité.

*

Face à cet ensemble de remarques, la Conférence nationale de santé a choisi de mettre l'accent sur des propositions prioritaires pour un changement d'échelle dans l'amélioration du système de santé français.

III. QUINZE PROPOSITIONS POUR UN CHANGEMENT D'ECHELLE DANS LES POLITIQUES DE SANTE EN FRANCE

Il s'agit de propositions réalisables ou susceptibles d'être engagées au cours des cinq prochaines années. Ces quinze propositions sont réparties en cinq chapitres.

En premier lieu, développer la promotion de la santé

1. Pour favoriser une meilleure prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé dans les processus décisionnels, effectuer **des études d'impact santé avant toute décision publique**, nationale ou locale, sans retarder excessivement la prise de décision.

2. **Pour un développement durable de la promotion de la santé chez les jeunes :**

- Pour en faire des personnes relais, commencer par former tous les futurs enseignants et les responsables des formations initiales et continues sur les enjeux de santé individuels et collectifs ;
- appliquer les textes existants sur l'éducation à la santé en milieu scolaire ;
- dans les programmes nationaux et régionaux de santé, donner la priorité aux actions collectives de promotion de la santé, de la naissance à l'entrée dans la vie professionnelle.

3. Pour assurer une prise en charge plus globale de la santé des personnes exerçant une activité professionnelle, faire effectuer régulièrement dans les entreprises **des audits « santé » indépendants s'appuyant sur des indicateurs de santé recueillis régulièrement dans l'entreprise et renforcer l'articulation des médecins du travail avec les médecins traitants.**

Réduire les inégalités d'accès aux soins et à la prévention

4. Pour **tous les actes de prévention** s'inscrivant dans le cadre de dispositifs décidés par les pouvoirs publics et/ou l'assurance maladie, supprimer toutes les franchises, notamment celles dites de « responsabilisation », et **assurer un remboursement à 100% sur la base de tarifs opposables** à respecter par tous les professionnels, y compris pour les mesures consécutives à ces actes de prévention ; mettre en place un dispositif de suivi des consultations de prévention.

5. Pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins, **instaurer un montant cumulé maximum du reste à charge des assurés pour les soins remboursés par l'assurance maladie**, et ouvrir un débat sur les conditions d'application d'une telle mesure.

6. Pour garantir l'égalité tarifaire des assurés sociaux, **maintenir par spécialité, dans chaque bassin de santé, une offre à tarif opposable ou maîtrisé qui ne soit pas inférieure à 50 %** du volume d'activité par spécialité tout en développant l'information des patients en matière de qualité, de tarifs et de taux de remboursement.

7. Pour réduire à terme les inégalités géographiques d'accès aux soins **moduler plus fortement le numerus clausus des professions de santé d'un point de vue géographique**, au niveau régional mais aussi infra régional, et accorder des bonus de points en contrepartie d'engagement ciblé d'installation durant une période déterminée, sachant que la régulation conventionnelle ou réglementaire doit résoudre la double question de la répartition territoriale et du partage équilibré entre les professionnels hospitaliers et libéraux des contraintes de la permanence des soins. Pour sa part, la tarification hospitalière ne doit pas figer l'offre et ses déséquilibres régionaux et territoriaux.

Centrer l'organisation des soins sur les soins de premiers recours

8. Pour améliorer son efficacité et son efficience, réorganiser territorialement le système de soins pour **structurer les soins ambulatoires et leur donner un rôle central** ; définir de nouvelles modalités de rémunération des professionnels tout en assurant un meilleur niveau de remboursement des soins de premiers recours par l'assurance maladie.

9. Pour faire face à l'évolution démographique des professionnels de santé, **instaurer une régulation géographique nationale et régionale de l'emploi médical et paramédical** (installation et création de poste) pour garantir le maintien d'une offre ambulatoire de premiers recours dans chaque bassin de santé de proximité.

10. Pour améliorer la qualité des soins, **favoriser l'exercice regroupé des professionnels et développer l'usage des nouvelles technologies de l'information répondant à des référentiels validés**, aussi bien entre professionnels qu'entre professionnels et patients, notamment dans le cas des maladies nécessitant une surveillance régulière.

11. Pour améliorer le contrôle des affections chroniques et permettre aux personnes concernées de renforcer leur capacité à mieux vivre, **développer une offre d'éducation thérapeutique indépendante des laboratoires pharmaceutiques et assurer sa solvabilisation**.

12. Pour améliorer la coordination des soins, ne pas renoncer, malgré les difficultés, à la mise en œuvre du dossier médical personnel et à son appropriation grâce à **un programme ambitieux de formation des professionnels et des usagers à son utilisation**.

Conforter la solidarité

13. Pour préserver la solidarité intergénérationnelle, **s'obliger à un équilibre pluriannuel des dépenses courantes de santé**, y compris par le recours à de nouvelles sources de financement pérennes toujours fondées sur la solidarité et ne recourir éventuellement à l'emprunt que pour financer des dépenses d'investissement (formation, équipement, matériel, actions de promotions de la santé, soins de prévention, recherche...).

Soutenir l'évaluation et la recherche

14. Pour en apprécier les effets de manière croisée, **effectuer en 2008 une évaluation conjointe des différentes réformes intervenues récemment** (parcours de soins, gouvernance de l'assurance maladie, santé publique, handicap et dépendance, organisation régionale et décentralisation, réformes de l'hôpital, ...).

15. Pour mieux faire face aux enjeux résultant de la progression des maladies chroniques, environnementales et du vieillissement, **développer les recherches privées et publiques sur les déterminants de la santé et sur les soins de santé primaires en mobilisant les équipes de recherche clinique, mais également en santé publique et sciences humaines**.

*

Tels se présentent les constats, le diagnostic, les enjeux et les propositions pour des voies d'amélioration du système de santé français que la Conférence nationale de santé entendait formuler dans le premier avis de son mandat 2006-2009, adopté en séance plénière le 22 mars 2007.