

# **La santé en France 2002**

**Extrait : Avis sur les orientations stratégiques**

## **Haut Comité de la santé publique**

**Président** : le ministre délégué à la Santé

**Membres de droit** : le directeur général de la Santé, le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, le directeur de la Sécurité sociale, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, le directeur de l'Ecole nationale de la santé publique.

**Membres** : Maryvonne Bitaud-Thépaut, Jean-François Bloch-Lainé, François Bonnaud, Yves Charpak, Jean-Pierre Claveranne, Alain Coulomb, Daniel Defert, Jean-François Dodet, Isabelle Durand-Zaleski, Isabelle Ferrand, Francis Giraud, Odette Grzegrzulka, Pierre Guillet, Jacques Lebas, René Roué, Roland Sambuc, Simone Sandier, Anne Tallec, Denis Zmirou

**Vice-président** : Roland Sambuc

**Rapporteur général** : Anne Tallec

**Secrétaire général** : Lucien Abenhaim, directeur général de la Santé

**Secrétaire général adjoint** : Geneviève Guérin

# **La santé en France**

## **2002**

**Extrait : Avis sur les orientations stratégiques**



# Le paradoxe français

**Le texte de cet avis a été préparé par**

**Rapporteur** Bertrand Garros, président du Comité national de prévention

Roland Sambuc, vice-président du Haut Comité de la santé publique

Marc Duriez, secrétariat général du HCSP

Anne-Carole Bensadon, Direction générale de la santé

William Dab, Direction générale de la santé

Isabelle Durand-Zaleski, HCSP

Francis Giraud, HCSP

Geneviève Guérin, secrétariat général du HCSP

Pierre Guillet, HCSP

Jacques Lebas, HCSP

René Roué, HCSP

Simone Sandier, HCSP

Anne Tallec, HCSP

---

Depuis sa création, le Haut Comité de la santé publique a terminé chacune de ses mandatures par un rapport sur l'état de santé. Le premier d'entre eux, paru en 1994, a notablement contribué à développer la culture et la démarche de santé publique en France. Il a permis aux différents acteurs du système de santé de s'approprier les concepts d'objectifs et de priorités de santé, ou encore de se familiariser avec des notions comme la mortalité prématurée ou la mortalité évitable.

Le deuxième rapport, publié en 1998, a permis de situer l'apport du HCSP dans une véritable perspective évaluative, en mesurant le chemin parcouru d'une mandature à l'autre, tant sur le plan des indicateurs de santé que des évolutions du système de santé intervenues au cours de cette période.

Pour ce troisième rapport, le Haut Comité a voulu s'inscrire autant dans cette continuité que dans le changement. Continuité dans l'état des lieux, le bilan, changement dans la présentation et la mise en valeur de la position du HCSP.

La réalisation de l'état des lieux a été confiée à cinq groupes de travail, respectivement consacrés aux données de résultats, aux inégalités et disparités de santé, à l'allocation des ressources dans le système de santé, à l'usager acteur du système de santé et enfin à l'analyse critique et prospective de l'organisation du système de santé. Ces groupes ont associé des membres du HCSP et des personnalités extérieures. Tous ces travaux ont débouché sur des séries de propositions thématiques. Ils ont été débattus au cours de plusieurs séances plénières du HCSP.

Mais le Haut Comité a également pris acte des nombreux autres rapports publiés récemment sur des thématiques identiques ou

proches, par exemple sur la rénovation des soins de ville, pour citer l'un des rapports les plus récents. Il a également été conduit à intégrer dans ses réflexions le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé actuellement soumis au Parlement après plusieurs années de préparation, ainsi que le projet de loi sur le financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour l'année 2002. Les membres du HCSP ont donc souhaité apporter une contribution positive et complémentaire aux bilans établis à son initiative par les cinq groupes de travail comme aux débats en cours.

Cet avis n'est ni une conclusion, ni une synthèse de ces rapports. Après un rappel des constats sur les différents aspects de la situation actuelle, il présente les enjeux et les objectifs de la politique de santé tels que les perçoivent les membres du HCSP dans le cadre d'une vision transversale et élargie. Les propositions formulées par le HCSP dans ce cadre s'inscrivent dans une double perspective temporelle : à moyen mais aussi court terme, même si dans ce dernier cas elles ont pour la plupart un caractère pérenne. Si des objectifs de référence ayant une certaine stabilité sont indispensables pour mener à bien une politique de santé, le Haut Comité est également convaincu qu'il est possible de mettre en œuvre rapidement des mesures pour faire évoluer la situation. Il est en effet nécessaire de préparer le terrain pour faciliter les réformes qui ne manqueront pas de se produire, même si elles sont actuellement encore quelque peu virtuelles. Aujourd'hui, alors que des interrogations sur l'avenir de notre système de santé se font de plus en plus insistantes et que le catastrophisme envahit parfois les discours, il n'est pas inutile de rappeler qu'il est possible d'agir sans plus attendre.

## **Des résultats d'ensemble très positifs, qui rendent d'autant moins acceptables certaines situations**

### **De bons indicateurs de santé globaux**

Avec 78 ans d'espérance de vie à la naissance, les Français (hommes et femmes réunis) n'ont pas la durée moyenne de vie la plus longue, mais ils se placent loin devant les habitants de très nombreux pays au développement comparable dans le monde. Dans l'Union européenne, la France occupe globalement la quatrième



position, les meilleurs résultats dans ce domaine étant ceux de la Suède.

La mortalité infantile atteint aujourd'hui dans notre pays un niveau très bas, notamment en raison d'un recul impressionnant de la mort subite du nourrisson. Aujourd'hui, sur 1 000 enfants qui naissent en France, environ 995 fêteront leur premier anniversaire et 5 décéderont avant cette date, en général au cours des tout premiers jours de vie.

De la même manière, l'espérance de vie à 65 ans, c'est-à-dire le nombre d'années que peuvent encore espérer vivre les personnes fêtant leur 65<sup>e</sup> anniversaire, est désormais très élevée, plus de 16 ans pour les hommes et 20 ans pour les femmes. Les valeurs constatées en France constituent des records dans l'Union européenne, tant pour les hommes que pour les femmes.

Parmi les autres bons ou très bons indicateurs de santé, on peut également citer le taux de mortalité cardio-vasculaire, de loin le plus bas de ceux observés dans l'Union européenne.

## Des évolutions positives

Au cours des dernières années, de nombreuses évolutions positives ont été enregistrées en matière d'état de santé ou de fonctionnement du système de santé.

La baisse de la consommation d'alcool s'est poursuivie, même si de nouveaux comportements à risque apparaissent chez les jeunes. La mortalité cardio-vasculaire a continué à diminuer sous l'effet de la prévention de facteurs de risques et des progrès thérapeutiques, médicaux ou chirurgicaux. La mortalité liée aux chutes, en particulier chez les personnes âgées, a elle aussi diminué. Enfin, la généralisation des trithérapies est à l'origine d'une réduction importante de la mortalité due au sida.

La diffusion massive de la chirurgie de la cataracte, l'implantation de plus en plus fréquente de prothèses, ou encore le développement de l'anesthésie péridurale lors des accouchements ont amélioré de façon notable la qualité de vie des patients. Enfin, la mise en œuvre prochaine de la généralisation du dépistage de plusieurs cancers contribuera à de nouvelles avancées, si du moins le taux de participation à ces campagnes est élevé et si la qualité des dépistages est suffisante pour en éviter le plus possible les effets délétères.

Parallèlement à ces progrès médicaux, des améliorations significatives du fonctionnement du système de soins sont intervenues dernièrement. La lutte contre l'exclusion et les possibilités d'accès

aux soins ont été renforcées avec l'introduction de la couverture maladie universelle (CMU). Par ailleurs, les États généraux de la santé ont contribué de façon substantielle à promouvoir la démocratie sanitaire, tout comme prochainement la loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé.

**Un effort financier conséquent comparativement au produit intérieur brut**

En 2000, les Français ont dépensé plus de 140 milliards d'euros (environ 923 milliards de francs) pour leur santé. Ce montant correspond à 10 % du produit intérieur brut. La France figurait en 1998 au 4<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE pour la part du produit intérieur brut consacrée à la santé. Toutefois, si l'on compare non plus le poids des dépenses de santé avec à la richesse nationale, mais avec la dépense par habitant, la France occupait en 1998 un rang moyen, le 11<sup>e</sup> rang parmi les pays de l'OCDE.

Au cours des dernières années (1995-2000), les dépenses de santé ont augmenté, hors inflation, en moyenne d'environ 1,5 % par an, mais plus fortement en fin qu'en début de période. L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) est régulièrement dépassé. Dans les faits, il est donc difficile de parler aujourd'hui d'une limitation *a priori* des dépenses de santé. Néanmoins, en raison de quotas d'activité souvent liés à la qualité des pratiques, des tensions peuvent exister pour certaines catégories de soins, par exemple pour les infirmiers ou les kinésithérapeutes, ou à certaines périodes de l'année, notamment durant les vacances ou en fin d'année.

**Des situations paradoxales**

Face aux résultats excellents qui ont été mentionnés et aux moyens relativement importants dévolus à la santé, certaines situations apparaissent paradoxales et pour la plupart d'entre elles singulièrement inacceptables. Si la France enregistre la meilleure espérance de vie à 65 ans parmi les pays de l'Union européenne, c'est aussi le pays, avec le Portugal, où la mortalité avant 65 ans réduit le plus l'espérance de vie à la naissance. Chez les hommes, si aucun décès ne se produisait avant 65 ans, l'espérance de vie à la naissance dépasserait de 7 ans la valeur actuelle. Cette mortalité avant 65 ans, qualifiée de « prématurée », est largement due à des causes relevant moins des soins curatifs que d'interventions en amont : consommation excessive de tabac et d'alcool, accidents de la circulation, suicides, sida...

Cette forte mortalité prématurée s'accompagne également d'inégalités de santé marquées entre sexes, catégories sociales ou régions. Des travaux de recherche récents ont montré que les écarts observés en France dans ce cadre étaient plutôt supé-

rieurs à ceux observés dans les pays européens comparables et disposant de données. L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est ainsi aujourd'hui de 7,5 ans, et l'écart d'espérance de vie masculine à 35 ans entre les cadres et professions libérales et les ouvriers non qualifiés dépasse 6 ans. Sur un plan géographique, les inégalités de santé sont également marquées entre régions, mais aussi entre départements ou entre niveaux géographiques plus fins, comme les cantons ou les bassins d'emploi. À l'heure actuelle, les hommes du Nord-Pas-de-Calais ont une espérance de vie à la naissance d'un peu plus de 71 ans. Or cette valeur était déjà atteinte par les hommes de Midi-Pyrénées il y a vingt ans (leur espérance de vie aujourd'hui est d'environ 76 ans).

Malgré une forte densité médicale et un recours au système de soins très important, la France se caractérise également par des taux de couverture vaccinale souvent peu satisfaisants, par exemple en matière de rougeole-oreillons-rubéole. Le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est également élevé, témoignant d'une pratique insuffisante de la contraception parmi les méthodes disponibles pour maîtriser la fécondité.

On observe également d'autres situations paradoxales. La France est ainsi l'un des pays d'Europe où la résistance des bactéries aux antibiotiques est l'une des plus marquées. Cette situation insatisfaisante sur le plan de la qualité des soins résulte d'un recours parfois inapproprié aux antibiotiques. Or, pour vaincre ces phénomènes de résistance, il est nécessaire de recourir à des médicaments de plus en plus puissants et onéreux. Outre l'impact sur le montant des dépenses de soins, il s'agit avant tout d'une dimension préjudiciable pour la santé, dans la mesure où elle augmente le risque de se retrouver en échec thérapeutique.

Les conditions de fonctionnement du système de soins aboutissent également à des faits surprenants. C'est ainsi qu'en matière d'accueil des urgences, les services hospitaliers se retrouvent régulièrement saturés alors même que la densité de médecins libéraux est forte, au moins en milieu urbain. Or de très nombreux patients pris en charge en urgence par l'hôpital pourraient l'être sans aucun inconvénient pour leur sécurité par le secteur ambulatoire.

**Des stratégies  
et des  
modalités  
d'organisation  
devenues  
inadaptées**

Les bons résultats, comme les situations paradoxales qui viennent d'être rapidement évoquées, s'expliquent en grande partie par les stratégies suivies en France pour améliorer la santé de la population.

Depuis l'après-guerre, les soins sont considérés par l'ensemble des Français, décideurs, professionnels, patients, comme le déterminant majeur de la santé. Renforcer l'offre de soins, améliorer son accessibilité, en particulier en réduisant les obstacles financiers, ont donc été perçus comme les piliers de toute politique de santé. Il aura fallu l'arrivée du sida pour prendre à nouveau conscience de l'importance des autres déterminants et des autres stratégies d'actions. Autrement dit, pendant très longtemps, et sans doute trop encore aujourd'hui malgré des évolutions indiscutables, la politique de santé en France a plus été une politique de promotion de l'accès aux soins qu'une politique de promotion de la santé. Il est donc assez logique que les meilleurs résultats aient été obtenus pour les pathologies qui répondent le mieux aux soins (par exemple : maladies cardio-vasculaires) et les moins bons pour les problèmes de santé où les possibilités thérapeutiques sont moindres (par exemple : cirrhose du foie, cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures). C'est de ce décalage entre les déterminants de santé et le caractère réducteur des stratégies mises en œuvre, trop exclusivement axées sur les soins, que résultent sans doute en partie les fortes inégalités de santé observées en France et le niveau élevé de la mortalité prématurée.

Cette inadaptation des stratégies suivies par rapport à la réalité épidémiologique se double d'une inadaptation de nos modalités de financement du système de santé. En effet, ces modalités sont toujours dominées par la règle de l'annualité budgétaire, qui revient à remettre les compteurs à zéro chaque année. Or, avec la transition épidémiologique, la situation n'est plus dominée par les pathologies infectieuses de type épidémique frappant les populations sur de courtes durées, avec des résultats positifs ou négatifs très rapides. Aujourd'hui, les problèmes de santé sont dominés par les maladies chroniques qui mettent des années à se constituer et à évoluer, de telle sorte que l'on peut être malade, même gravement, et pourtant assez autonome durant de très nombreuses années. Autrement dit, les modalités de gestion du risque reposent toujours sur la notion de risque court, qui ne correspond plus que rarement à la réalité d'aujourd'hui. Le principe d'un équilibre annuel, ou d'un objectif annuel des dépenses d'assurance maladie, relève donc plus d'une pensée virtuelle que d'une réalité concrète. En raison de ce principe de

l'annualité, on a raison de parler de logique comptable, puisque les modalités de gestion suivies ne correspondent pas à la dynamique pluriannuelle des problèmes de santé.

On ne peut pas enfin évoquer l'inadaptation des modes d'organisation du système de santé sans mentionner l'extraordinaire complexité et la segmentation de notre dispositif. Au fil des réformes, les structures se sont ajoutées les unes aux autres sans que les nouvelles remplacent véritablement les précédentes. La répartition des compétences s'est ainsi complexifiée. La logique hiérarchique, verticale, « jacobine » n'a pas disparu avec la décentralisation. Elle a été complétée par une logique plus horizontale et plus contractuelle, mais qui favorise les chevauchements et l'intrication des compétences avec pour corollaire la multiplication des comités de « pilotage », de « concertation », etc. Si l'État n'a plus dans certains secteurs tout à fait les mêmes pouvoirs et le même rôle qu'avant la décentralisation, les collectivités locales ne se retrouvent pas pour autant dans la même situation de responsabilité que leurs homologues d'autres pays européens. Ce processus à la française, certes tout en subtilité, se traduit aujourd'hui par une relative opacité et une perte d'efficacité importante. Ni les professionnels, ni la population ne s'y retrouvent plus. Par ailleurs, alors même que les ressources humaines risquent de diminuer, il faut consacrer de plus en plus de temps à se coordonner et à coordonner des dispositifs plus nombreux, qui fleurissent au gré des institutions ou des réformes.

## Enjeux d'une politique de santé : objectifs à moyen terme

### Faire face au vieillissement de la population et à l'accroissement de la longévité

En France, comme dans l'ensemble des pays développés, la part des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population s'est accrue fortement. De 13,5 % au recensement de 1975, elle est passée à 16,5 % à celui de 1999. D'abord due à la baisse de la fécondité, cette évolution résulte aujourd'hui de l'allongement de la durée de la vie. Elle a donc d'abord une dimension très positive.

Toutefois, l'importance accrue de la population très âgée conduit à s'interroger sur la nature et l'ampleur des besoins à satisfaire en matière de soins ou de prise en charge de la dépendance. Les

« pessimistes » considèrent que l'accroissement du nombre de personnes âgées aura un effet quasi mécanique sur l'augmentation des besoins. Les « optimistes » récusent ce parallélisme en soulignant les progrès de l'espérance de vie sans incapacité.

Si le nombre des personnes âgées dépendantes n'augmente pas aussi vite que celui des personnes âgées, c'est notamment en raison de l'efficacité thérapeutique de la prise en charge de certaines maladies chroniques, en particulier cardio-vasculaires. Entre les traitements médicaux et chirurgicaux, il est par exemple possible aujourd'hui de vivre longtemps et de façon très autonome avec une insuffisance cardiaque grave. Toutefois, l'absence de dépendance ne signifie pas l'absence de soins. La survie des malades chroniques permise par les innovations thérapeutiques implique en effet un suivi qui se doit d'être adapté, en particulier pour prévenir l'apparition d'une dépendance. Autrement dit, faire face au vieillissement de la population, c'est d'abord, et dans l'intérêt de tous, prévenir ou retarder les risques liés à l'accroissement de la longévité : survenue d'une maladie chronique ou entrée en dépendance. Permettre au plus grand nombre de Français de vieillir en bonne santé repose donc sur des actions de prévention conduites tout au long de la vie, y compris au cours de la vieillesse.

Mais la survenue plus ou moins progressive d'une dépendance incite à reconsidérer l'importance des interventions à réaliser en aval des soins, en termes d'assistance, d'accompagnement, de soutien. Sous l'effet du vieillissement de la population, la prise en compte des conséquences des maladies devient ainsi une préoccupation de toute politique de santé au moins aussi importante que la prise en charge thérapeutique des maladies. Elle implique des approches nouvelles s'inscrivant dans un *continuum* et une globalité que ne permettent pas les modalités d'organisation du système de santé. Il faut réduire la segmentation institutionnelle entre le « social » et le « sanitaire », qui est très préjudiciable à la qualité des prises en charge des personnes âgées. Par ailleurs, l'âge ne doit pas constituer un critère d'orientation *a priori* vers tel ou tel dispositif ou au contraire un critère d'exclusion dans l'accès aux soins. Moins de segmentation faciliterait également la coordination des interventions et des institutions, tant au niveau local que national.

Le vieillissement de la population introduit également de nouvelles problématiques sociales ou en renforce le poids. Les débats correspondants dépassent très largement le champ de la santé, mais le concernent aussi fortement. Ils portent sur la mise

en œuvre de nouvelles formes de solidarité entre générations, aussi bien de façon collective, dans le cadre du financement de la protection sociale, qu'à l'échelle des solidarités de proximité, familiales, sociales ou géographiques. Le respect du droit des personnes, du droit des patients prend une résonance nouvelle, de même que toutes les questions éthiques posées par la fin de vie.

### **Réduire la mortalité prématurée et les inégalités de santé**

Mortalité prématurée et inégalités de santé demeurent importantes en France, comme cela vient d'être souligné. Cette situation n'est naturellement pas tolérable. Il est donc évident qu'un des objectifs majeurs de toute politique de santé en France doit être de réduire la mortalité prématurée et les inégalités de santé. Au demeurant, l'accent mis sur le développement des stratégies curatives a occulté l'importance des autres stratégies efficaces pour éviter l'apparition des problèmes de santé.

Quand on est malade, la qualité et l'accessibilité du système de soins constituent des éléments primordiaux. Il est donc normal de tout faire pour favoriser ces deux dimensions. Malheureusement, dans certains cas, le système de soins n'offre que des possibilités d'actions limitées, sans réelle possibilité de guérison. S'il est important d'être bien pris en charge quand on est atteint d'un diabète de type II, il est évident qu'il est préférable d'éviter cette maladie dont l'apparition est très liée à des problèmes de surcharge pondérale. Or la fréquence de l'obésité est plus élevée dans les catégories sociales défavorisées. On voit donc sur cet exemple que la stratégie la plus efficace pour réduire les inégalités de santé ne consiste pas seulement à agir sur l'accès aux soins, mais à intervenir plus en amont sur les déterminants à l'origine des problèmes de santé considérés. Pour s'en convaincre, il suffit d'observer que le renforcement considérable de l'offre de soins et de son accessibilité au cours des vingt-cinq dernières années n'a pas réduit de manière significative les inégalités de santé. Aujourd'hui, il est du reste très vraisemblable que les inégalités sociales ou géographiques en matière d'accès à la prévention sont plus importantes qu'en matière d'accès aux soins, compte tenu de toutes les mesures mises en œuvre dans ce dernier domaine. D'une manière générale, les facteurs d'environnement, les conditions de travail, le cadre de vie constituent des déterminants collectifs de la santé encore insuffisamment pris en compte dans une perspective de promotion de la santé.

Il convient également de ne pas oublier le rôle majeur joué par la consommation de tabac et la consommation excessive d'alcool,

aussi bien dans l'importance de la mortalité prématurée que dans celle des inégalités de santé sociales ou géographiques. Réduire la consommation de tabac et d'alcool constitue un levier puissant de réduction de la mortalité avant 65 ans et des inégalités de santé. Mais une politique volontariste dans ce domaine, pour ne pas être simpliste ou réductrice, doit avoir pour base une compréhension approfondie des phénomènes conduisant certains groupes sociaux à être plus consommateurs de ces produits que d'autres. Il est également nécessaire d'analyser les attentes sociales dans ce domaine.

D'une manière générale, la réflexion en matière d'inégalités de santé devrait porter sur les représentations de la santé et de ses déterminants afin d'aboutir à des politiques plus opérationnelles et plus rationnelles d'un point de vue épidémiologique. Certains déterminants sont à prendre davantage en considération : appartenance culturelle, niveau d'intégration sociale, appartenance à un réseau social, adaptation aux nouveaux modes de vie. Par ailleurs, la prise en compte des phénomènes liés à la précarisation doit intégrer des dimensions spécifiques (relégation de la santé à un rang secondaire, recours tardif aux soins, obstacles culturels, distance vis-à-vis des structures de soins et des professionnels, manque de formation des professionnels, etc.).

### Réagir à l'évolution démographique des professionnels de santé

Depuis plusieurs mois, l'évolution du nombre de médecins dans les dix ou vingt prochaines années est au cœur de nombreuses préoccupations. Comme pour le vieillissement de la population, certains discours sont très alarmistes et font état d'une pénurie de médecins à brève échéance, voire dès maintenant. Il est indispensable de rappeler plusieurs faits objectifs et paradoxaux :

- jamais le nombre global de médecins n'a été aussi élevé dans notre pays,
- la densité de médecins est plus importante en France que dans certains pays économiquement comparables.

Pourtant :

- des postes hospitaliers ne sont pas pourvus, et les hôpitaux doivent faire appel à des médecins étrangers, notamment dans les services d'urgence,
- dans certaines spécialités, aussi bien en milieu hospitalier qu'ambulatoire, une impression de pénurie est ressentie, notamment à travers les délais nécessaires pour obtenir un rendez-vous,
- dans certaines zones, en milieu rural comme en milieu urbain, les départs de médecins, généralistes en particulier, ne sont pas remplacés, au moins à l'identique.



Enfin :

- le nombre global de médecins devrait effectivement diminuer d'ici une dizaine d'années,
- le problème démographique ne concerne pas que les médecins, mais touche aussi les autres professionnels de santé et plus globalement l'ensemble de la population active dans la mesure où les départs à la retraite seront dans les prochaines années beaucoup plus importants que les arrivées sur le marché du travail.

Il est donc clair qu'il n'y a pas aujourd'hui de pénurie globale, mais que déjà se posent des problèmes d'ajustement par spécialité, lieu d'implantation ou type d'exercice. Il faut utiliser les tensions qui peuvent se produire aujourd'hui pour imaginer les solutions qu'il faudra sans doute appliquer à une plus grande échelle demain. L'enjeu à court terme consiste donc à déterminer les conditions d'adaptation de l'offre médicale, tant en quantité qu'en qualité, pour répondre à l'accroissement et à la diversification de la demande ainsi qu'aux impacts de l'innovation médicale.

Dans tous les cas, il faudra prévoir des révisions à la hausse du *numerus clausus*, en n'oubliant pas de tenir compte de la réactivité relative des dispositifs de formation résultant du temps de formation des médecins. Il est vraisemblable qu'il faudra associer différentes solutions, par exemple dans le cadre d'une nouvelle répartition des tâches entre médecins et non-médecins, généralistes et spécialistes. Dans cette perspective, tous les gains de productivité résultant d'une meilleure organisation institutionnelle seront également déterminants. Une diminution du nombre des réunions grâce à une simplification des dispositifs permettrait par exemple de récupérer déjà de nombreuses heures de temps médical et paramédical.

De la même manière, une utilisation plus efficace des ressources humaines nécessitera davantage de souplesse entre les différents statuts professionnels, sinon au niveau des personnes, du moins entre les structures, permettant une mutualisation des postes, sans nuire à l'intérêt des personnels.

Il faudra également veiller à ce que l'évolution démographique n'introduise pas de nouvelles inégalités géographiques, soit entre milieux urbain et rural, soit entre quartiers des grandes agglomérations.

Toutes les mesures prises devront être accompagnées d'une information de la population et d'une explication sur la nécessité

d'adopter de nouveaux comportements. En effet, l'une des meilleures manières de faire face à la diminution relative du nombre de médecins est de favoriser des recours aux soins les plus appropriés possibles sur le plan médical grâce à une véritable éducation thérapeutique des patients, tout en permettant de rémunérer correctement les professionnels.

En d'autres termes, à condition d'anticiper largement ses effets potentiels et de décider d'un *numerus clausus* pertinent, l'évolution prévisible du nombre de médecins dans les années à venir doit être perçue moins comme une fatalité que comme une incitation à améliorer l'efficacité et la qualité de notre offre de soins.

### Prendre en compte les dynamiques territoriales

Le niveau régional a pris depuis quelques années un rôle de plus en plus important dans la régulation du système de santé français. De nombreuses institutions régionales ont été créées avec pour objectif la recherche d'une plus grande efficacité des mécanismes d'allocation des ressources. La prise en compte des priorités de santé, dégagées par les conférences régionales à partir de l'analyse des besoins spécifiques de chaque région, a été affirmée notamment dans le cadre des orientations définies par les ARH et les Urcam. Il n'en demeure pas moins que chacune de ces institutions réagit et émet des propositions avec sa logique propre.

Le fonctionnement actuel s'inscrit difficilement dans les enjeux de santé publique dont l'importance apparaît de plus en plus clairement :

- en premier lieu, une conception globale de la santé impliquant un *continuum* des actions de prévention et des actions curatives fondé sur le concept d'évitabilité,
- ensuite, la nécessité d'une coordination des actions de prévention et de soins qui implique une coordination également des institutions régionales.

À cet égard, la prochaine création de conseils régionaux de santé devrait favoriser l'émergence d'une vision partagée de la coordination, mais sans apporter encore un véritable pouvoir de décision. Toutefois, aller plus loin suppose nécessairement un renforcement du contrôle démocratique par des assemblées élues, pour équilibrer les pouvoirs.

La région ne constitue pas le seul espace géographique où s'expriment actuellement des dynamiques territoriales. En effet, plusieurs lois récentes orientées vers l'aménagement du territoire favorisent le développement de coopérations entre les différentes

unités administratives de base de la France. C'est ainsi que des « pays », des « communautés de communes » se mettent en place, parfois très rapidement. Il s'agit sans doute là d'une véritable « révolution » silencieuse qui conduit à la nécessité de repositionner très fortement d'une part les communes, d'autre part les départements. Ces nouvelles entités géographiques seront les lieux de définition de politiques transversales. Les politiques et les programmes de santé doivent donc s'inscrire dans ces nouvelles dynamiques globales, comme celle de la politique de la ville. Elles ne pourront que favoriser la synergie entre les dispositifs et les acteurs sur le terrain, dans le cadre d'une prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé.

### **Améliorer la performance du système de santé**

La France a été placée par l'Organisation mondiale de la santé au premier rang des pays du monde pour la performance de son système de santé. Le rappel de l'importance de la mortalité prématurée et des inégalités de santé dans notre pays met cependant bien en évidence la relative fragilité de ce classement et le fait qu'il existe encore pour le moins de grandes marges d'amélioration de la performance de notre système de santé.

La mesure de l'efficience pose cependant des problèmes d'indicateurs, de disponibilité des informations et de méthodes. Si l'on connaît en général les moyens affectés de manière globale selon les grands secteurs de production de soins, ces informations ne peuvent pas être mises en parallèle avec une estimation des besoins, ni avec des résultats en termes d'état de santé. Améliorer la performance du système de santé passe donc par une meilleure connaissance des stratégies employées, des ressources que nous y consacrons et des résultats obtenus. C'est notamment le cas aujourd'hui des différences constatées d'une région à l'autre. À quoi sont dus, par exemple, les écarts de mortalité ? Aujourd'hui, il n'existe pas de réponse claire à cette question, de telle sorte que l'on continue à n'agir que sur l'offre de soins, pour y remédier malgré des résultats peu concluants jusqu'à présent. Chaque région utilise-t-elle les moyens mis à sa disposition avec la même efficacité ? À vrai dire, personne n'en sait rien.

Il faudrait donc encourager le développement d'indicateurs de performance du système de santé pour comparer la performance des régions entre elles ou entre d'autres unités géographiques infrarégionales. Il serait utile de disposer d'analyses comparables à celles menées par l'Éducation nationale pour apprécier la performance de ses académies ou de ses établissements. Les indicateurs de résultats, par exemple le taux de réussite au bac,

sont désormais appréciés en tenant aussi compte de déterminants externes comme l'origine sociale des élèves. Des académies ou établissements ayant de moins bons résultats apparents sont en fait plus performants que d'autres plus prestigieux, si l'on considère les conditions sociales de la réussite scolaire.

Le même type d'approche pourrait être conduit pour mieux apprécier la performance du système de santé dans différentes régions ou entre zones géographiques infrarégionales. Pour comprendre pourquoi l'espérance de vie à la naissance varie géographiquement d'une façon aussi importante, il serait souhaitable de pouvoir distinguer avec plus de précision ce qui relève, dans ces différences, des déterminants sociaux, d'un manque de moyens ou d'une utilisation moins efficace des ressources disponibles localement. Les conclusions à tirer en termes de politiques de santé et d'affectation de moyens ne sont évidemment pas les mêmes selon l'appréciation portée sur chacun de ces aspects.

L'amélioration de la performance du système de santé repose également sur une évolution des pratiques professionnelles, mais aussi des comportements des patients. Les évolutions démographiques prévisibles, tant de la population générale que de celle des professionnels de santé, rendent ces changements inévitables. La recherche d'une plus grande qualité peut constituer l'élément commun aux aspirations des uns et des autres, y compris dans le cadre d'une plus grande qualité de vie professionnelle. L'utilité et le service médical rendu doivent être davantage recherchés et pris en compte autant par les patients que par les professionnels, mais aussi dans le cadre de l'allocation des ressources. Les consommations inutiles ou dangereuses devront être davantage évitées qu'aujourd'hui, mais l'accès aux innovations véritables devra pouvoir s'effectuer beaucoup plus rapidement et équitablement. La prise en charge de certains soins ou biens médicaux (dentaire, optique) devra également être clairement améliorée.

D'une manière générale, la plus grande modification de comportements et de pratiques consistera pour chaque acteur du système de santé à se situer dans un *continuum* allant de l'action sur les déterminants de la santé jusqu'aux prises en charge devant intervenir en aval des soins. Il ne s'agira plus d'opposer la prévention aux soins, mais à tout moment et pour chacun de se demander quelle conduite adopter pour éviter l'apparition d'un problème de santé, le prendre en charge le plus rapidement et le mieux possible si l'on n'a pas empêché sa survenue, ou encore

en limiter l'impact sur la vie quotidienne, sociale, professionnelle et familiale.

Cette recherche de la qualité fondée sur l'évitabilité ne pourra s'effectuer sans une simplification générale du système de santé français et sans une meilleure prise en considération de l'avis des Français et de leur degré de satisfaction. Il s'agit de répondre aux questions sur les délais d'attente, sur les informations reçues de la part des praticiens, le respect de la dignité des malades, la continuité dans les soins dispensés. Il s'agit également de réduire le nombre d'intervenants différents, dont l'accumulation est plus le fruit de l'histoire que de la nécessité d'aujourd'hui, par exemple la multiplicité des régimes d'assurance maladie.

### **Favoriser l'appropriation culturelle et la démocratie**

La résurgence d'anciennes pathologies comme l'apparition de nouvelles ont remis en cause la conviction d'une médecine porteuse de toute-puissance et de progrès continu. Par ailleurs, l'accélération des avancées médicales, les innovations technologiques posent non seulement le problème de leur financement, mais aussi celui de leur mise en œuvre et des nouvelles relations qu'elles induisent entre professionnels et patients. Enfin, les mutations de la société, et notamment l'émergence des problèmes liés aux situations de précarité, ont conduit à s'interroger sur les capacités du système de santé à s'adapter à ces nouveaux besoins. Si ces phénomènes ont sollicité très fortement responsables et experts, ils ont également favorisé la prise de conscience par l'ensemble des acteurs de la dimension collective et globale des questions de santé. C'est en ce sens que la santé est « devenue » publique.

Mais l'élaboration d'une politique de santé publique fondée d'abord sur des priorités de santé avant de l'être sur des impératifs économiques nécessite une double légitimité, technique et sociale. Cela implique que tous les points de vue soient abordés et discutés, mais aussi que chacun ait les moyens d'intervenir dans le débat. Cette dernière condition a une dimension culturelle évidente. Il faut que l'information circule et qu'elle soit accessible au plus grand nombre possible de personnes, tant par sa diffusion que par sa présentation. Il ne peut pas y avoir de véritable débat démocratique sans une compréhension des enjeux de la situation actuelle. Or de nombreuses informations ne sont connues que d'un petit nombre de spécialistes ou d'experts, de telle sorte que beaucoup de professionnels de santé, et une grande partie de la population, ignorent des éléments d'information essentiels pour participer pleinement au débat.

Après le renforcement des droits individuels des patients à accéder aux données médicales les concernant, il faudra définir un droit collectif de la population à la connaissance du niveau de son état de santé, des déterminants de cet état de santé et des inégalités dans ce domaine. Le droit à être informé sur les modalités de fonctionnement du système de santé devra aussi être reconnu. Dans tous les cas, l'information doit être fournie de façon adaptée et compréhensible pour tous, et pas uniquement pour les spécialistes et les professionnels.

Mais pour débattre, il ne suffit pas de comprendre et de se forger une opinion, encore faut-il avoir la parole. Les ordonnances d'avril 1996 ont mis en place plusieurs procédures ou instances assurant une certaine représentation des usagers. L'expérience a montré que si ces tentatives allaient dans le bon sens (conférences régionales de santé ...), beaucoup restait encore à faire. La loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé en discussion au Parlement devrait renforcer de manière très importante l'ensemble de ce dispositif. Mais plus encore que par des procédures spécifiques, c'est sans doute par la prise en compte de la dimension « santé » dans toutes les instances politiques ou sociales généralistes que l'« expression citoyenne » a le plus de chance de progresser.

## **Enjeux d'une politique de santé : objectifs à court terme**

La nécessité d'une remise à plat des modalités de fonctionnement et d'organisation du système de santé français fait l'objet d'un accord relativement unanime de l'ensemble des acteurs concernés. Naturellement les avis divergent sur les solutions à apporter aux difficultés et aux dysfonctionnements actuels. D'ores et déjà, des mesures sont réalisables ou engageables à court terme, c'est-à-dire dans les trois ans, pour faciliter des évolutions ultérieures de plus grande ampleur. Il s'agit d'identifier les pré-alables qu'il faudra de toute façon remplir pour permettre toute transformation du système de santé, indépendamment des solutions retenues. Cinq séries de propositions ont été retenues dans cette perspective. Chacune d'elles se réfère à des situations concrètes.

## 1. Informer sur la situation et expliquer les enjeux

Il s'agit de faire comprendre les diverses raisons qui justifient l'évolution du système de santé et la mise en place d'une réforme des modalités de son fonctionnement. L'objectif est de favoriser un débat public aussi rationnel que possible et ne reposant pas uniquement sur des arguments affectifs. Il est aussi de promouvoir un climat de confiance entre la population et les professionnels de santé. Deux mesures pourraient être rapidement appliquées dans ce cadre.

### Organiser des débats publics nationaux et régionaux

Les débats prévus par la loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé, dont l'organisation est confiée à la Conférence nationale de santé et aux conseils régionaux de santé, doivent rapidement entrer dans les faits et être réalisés régulièrement. Par ailleurs, plusieurs dispositions de la loi sur la démocratie de proximité adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale en juin 2001 pourraient être utilisées dans ce cadre, en particulier la mise en place de conseils de quartiers ou la création de missions d'information et d'évaluation à la demande d'au moins un cinquième des élus sur toute question d'intérêt communal, départemental ou régional.

### Effectuer des études d'impact santé avant toute décision publique

Pour faire progresser la culture de santé publique, tout en favorisant une meilleure prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé dans les processus décisionnels, il pourrait être décidé d'effectuer des études d'impact santé avant toute décision publique, comme cela existe en matière d'environnement. Ainsi, par exemple, le maintien ou la suppression d'une desserte ferroviaire devraient être appréciés par rapport à leurs conséquences sur l'accessibilité au système de santé, et pas seulement d'un strict point de vue financier. Une telle procédure, outre ses aspects positifs sur les décisions prises, conduirait à une perception plus complète et mieux partagée socialement du rôle des différents déterminants de la santé. Cette proposition rejoint les dispositions du projet de loi sur la démocratie de proximité concernant la participation du public à l'élaboration des projets d'aménagement ou d'équipement ayant une incidence importante sur l'environnement ou l'aménagement du territoire.

## 2. Accorder plus de reconnaissance aux acteurs pour rétablir la confiance

Depuis plusieurs années, les professionnels de santé ont le sentiment de ne plus être reconnus, ni compris. Ils estiment ne pas être associés comme il conviendrait aux décisions concernant l'organisation du système de santé. Ils se sentent en outre mal aimés et ont le sentiment d'être systématiquement considérés comme les uniques responsables de tous les dérapages du système de soins. Pourtant, toute évolution du système de santé

passer par une véritable reconnaissance de leur apport. Elle nécessite une adhésion large de leur part et plus généralement de celle de tous les acteurs du système de santé, y compris la population. Trois mesures concrètes permettraient d'améliorer la situation.

**Améliorer la connaissance réciproque du fonctionnement des institutions et des conditions d'exercice des professionnels**

De nombreux malentendus résultent des idées fausses et parfois fantasmagiques que les professionnels ont sur les institutions et leur mode de fonctionnement. Réciproquement, la manière dont les « institutionnels » se représentent les professionnels est souvent tout aussi schématique, réductrice et inexacte. Des informations plus complètes sur les uns et les autres doivent être dispensées dans le cadre des formations initiales et continues, dans les universités, à l'École nationale de la santé publique (ENSP) ou au Centre national d'études de la sécurité sociale (Cness). La révision du programme des études de médecine offre à cet égard une opportunité intéressante.

Des rencontres et des formations décroisées pourraient également être organisées entre professionnels de différents secteurs d'activité, par exemple entre professionnels libéraux et professionnels des caisses d'assurance maladie, médicaux ou administratifs. Elles auraient pour objectif de mieux faire partager les possibilités et les limites de l'exercice professionnel de chaque catégorie d'interlocuteurs.

**Imaginer de nouvelles procédures de communication interpersonnelle pour les professionnels**

Les procédures de communication entre les acteurs du système de santé sont souvent soit trop informelles, soit trop rigides et administratives. Entre l'échange verbal, souple mais souvent sans trace écrite, le formulaire administratif, peu convivial et souvent réducteur, la communication collective, plus ou moins attractive et détaillée, il serait souhaitable de définir de nouvelles procédures de communication interpersonnelles à la fois simples et relativement formalisées.

Les entretiens avec les professionnels de santé pourraient faire l'objet de protocoles plus structurés. Ainsi, l'amélioration de la prise en charge du diabète de type II repose notamment sur des « entretiens confraternels » entre les médecins de l'assurance maladie et les médecins libéraux, entretiens dont les modalités répondent à une démarche organisée.

L'utilisation des possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication devrait également être mieux étudiée et développée. Les messageries électroniques constituent un moyen simple, efficace et rapide pour instaurer



une communication entre les professionnels et les différentes administrations, en facilitant les relations directes entre deux interlocuteurs ou en permettant des diffusions groupées et ciblées d'informations, à moindre coût.

**Aider les acteurs à exercer la réalité de leurs compétences et de leurs attributions institutionnelles**

Depuis quelques années, des efforts sont effectués pour mieux associer les professionnels et les usagers à la prise de décision dans le domaine de la santé. Habituellement, les mesures prises consistent à prévoir leur représentation dans différents conseils, commissions, groupes de travail, etc. Pour que ces représentations n'aient pas un caractère formel, les professionnels et les usagers doivent avoir la possibilité d'acquérir une maîtrise des dossiers suffisante pour se forger leur propre opinion. Il faut donc prévoir des dispositifs de formation et d'information en amont des séances avec les représentants des administrations concernées. C'est pourquoi la loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé prévoit des congés de représentation, mais aussi un droit à la formation. Il existe différentes méthodes participatives dans ce domaine. Certains établissements hospitaliers, par exemple, ont commencé à les utiliser au profit des usagers siégeant dans leur conseil d'administration. Ces actions doivent être développées de la façon la plus large possible avec des moyens suffisants, notamment pour compenser d'éventuelles pertes de revenus.

**3. Simplifier les dispositifs et clarifier les responsabilités**

La complexité de notre organisation est source de pertes d'énergie importantes et d'un gaspillage des ressources humaines. La simplification des dispositifs exigera naturellement des réformes profondes à long terme. Mais, sans attendre, il est possible de mettre en œuvre des mesures qui ne supposent pas des modifications substantielles du cadre législatif actuel mais seulement une volonté partagée d'améliorer la situation.

**Limiter la redondance des procédures**

De très nombreux thèmes font aujourd'hui l'objet de compétences partagées entre les institutions. Chacune d'elles, soit pour respecter la réglementation, soit à son initiative, a donc créé son propre dispositif de consultation, d'avis, ses commissions ou ses groupes de travail, parfois dans le cadre d'une certaine surenchère institutionnelle. Or, la plupart du temps, ce sont les mêmes acteurs locaux qui se retrouvent dans ces différentes instances. Il serait sans doute possible d'en fédérer une bonne partie, ne serait-ce que pour limiter la multiplication des réunions. Cela devrait constituer l'un des objectifs concrets des prochains conseils régionaux de santé.

**Favoriser les guichets uniques**

Le principe des guichets uniques est en cours de généralisation pour faciliter les démarches individuelles, par exemple dans le cadre du remboursement des soins en globalisant le versement de la sécurité sociale et des mutuelles. En revanche, dans le cadre de l'organisation et du financement de projets, les professionnels sont habituellement obligés de s'adresser à plusieurs administrations ou à plusieurs services différents d'une même administration en remplissant à chaque fois un dossier. Or l'instauration d'un guichet unique est pratiquement toujours possible. Déjà en place dans certains cas, ce type d'organisation doit être rapidement systématisé.

**Utiliser les possibilités administratives existantes pour faciliter la fongibilité des enveloppes**

La multiplicité des enveloppes financières non seulement complique la vie des professionnels, mais elle nuit à la cohérence des actions conduites. L'allocation des ressources doit donc se faire dans le cadre d'une logique globale permettant une optimisation de l'utilisation des différentes lignes budgétaires disponibles, afin d'éviter la segmentation actuelle des dispositifs reposant sur des bases administratives qui ne correspondent pas à la continuité des processus de santé. Des initiatives menées dans certaines régions montrent qu'avec une volonté commune des institutions, il est possible de progresser dans ce domaine.

**Désigner des référents institutionnels pour faciliter la mise en œuvre des programmes et actions de santé**

Le développement des politiques de santé à l'échelle régionale, départementale ou locale s'accompagne souvent de la désignation de « chefs de projet » ayant essentiellement un rôle d'animation et de coordination des différents groupes de travail ou commissions nécessaires à l'élaboration des projets de santé. Après leur adoption, il serait utile que des délégations plus opérationnelles et exécutives soient confiées à un « référent » par accord entre toutes les institutions concernées dans le cadre d'un mandat limité dans le temps et renouvelable. Il s'agit de passer d'une procédure de type consensuel adaptée à l'élaboration d'un projet d'action à l'organisation plus structurée que nécessite la mise en œuvre d'un programme.

**Expliciter davantage les procédures régissant les relations entre l'État et l'assurance maladie**

La question des rôles respectifs de l'État et de l'assurance maladie sera naturellement au cœur des prochaines réformes. Les enjeux dans ce cadre sont considérables. Il n'est donc pas étonnant que les relations entre l'État et l'assurance maladie soient complexes. Dans les régions, par exemple dans le cadre des collaborations entre les Drass et les Urcam, les acteurs locaux s'efforcent de limiter le plus possible l'impact des difficultés qui surviennent au niveau national. Néanmoins, du fait de ces difficultés, les acteurs de terrain subissent trop souvent des ruptures

dans le fonctionnement administratif, en particulier des retards dans la prise de décisions ou le versement de certains crédits. En attendant une réforme de fond sur cette question, il serait bon que, d'ores et déjà, l'État et l'assurance maladie stabilisent et régularisent le fonctionnement de leurs procédures pour permettre à l'ensemble des acteurs du système de santé d'avoir une meilleure visibilité dans l'exercice de leurs missions et de leurs responsabilités.

#### **4. Développer la logistique et mutualiser les ressources**

Depuis le premier rapport triennal du Haut Comité en 1994, la volonté de développer une véritable politique de santé, nationale et régionale, fondée sur des priorités de santé publique s'est traduite par l'instauration de plusieurs procédures et dispositifs, en particulier les conférences de santé et les programmes de santé. Certaines difficultés d'organisation naissent de l'empilement des dispositifs et se résoudront dans le cadre d'une simplification de l'architecture générale du système de santé. Une autre question est celle de la logistique nécessaire pour conduire une politique de santé. Quels sont les « instruments » dont il faut disposer ? L'expérience acquise au cours des dernières années met clairement en évidence le besoin de passer d'une approche « militante », basée souvent sur des engagements individuels très forts, à une logique plus pérenne et moins « personne-dépendante ». Il n'est plus possible de préconiser des politiques et des programmes ambitieux et d'accepter parallèlement que leur conception, leur organisation et leur gestion reposent autant sur la bonne volonté des acteurs, compte tenu de la relative faiblesse des moyens logistiques dont ils disposent. Par ailleurs, de nouveaux savoir-faire et de nouvelles compétences doivent être mobilisés dans la mesure où les procédures de travail administratives habituelles ne sont pas toujours adaptées à la conduite de projets. La prochaine évolution de la population active et le décalage vraisemblable entre les besoins en professionnels spécialisés et leur disponibilité sur le marché du travail, en raison de l'important volume des départs en retraite dans les prochaines années, incitent à mutualiser les ressources en personnel. Quatre mesures devraient donc être mises en œuvre sans plus attendre.

#### **Développer et harmoniser les systèmes d'information et d'évaluation**

À la multiplicité des décideurs, des financeurs et des acteurs répond la multiplicité des dispositifs d'information dont les contours suivent le plus souvent les domaines d'intervention ou de compétences des institutions concernées. Il est difficile de ce fait d'avoir une vision d'ensemble de la situation, aussi bien en matière d'état de santé qu'en matière d'utilisation des ressources.

La plupart du temps, les données existantes portent sur l'offre de soins ou de prise en charge et son utilisation. En revanche, les données disponibles sont trop peu nombreuses pour apprécier véritablement la qualité des résultats atteints en fonction des moyens engagés. De ce fait, les allocations de ressources se font actuellement sur des bases incomplètes et sont décidées sans que l'on soit véritablement en mesure d'apprécier leur opportunité par rapport à un niveau d'efficience. Par ailleurs, les conséquences de l'évolution de l'offre de soins sur la santé ou l'accessibilité aux soins ne font pas l'objet d'évaluations suffisantes (non-remplacement de médecins, fermeture de services hospitaliers, etc.).

Au niveau national comme au niveau régional, les moyens consacrés à l'analyse et à la valorisation de l'information ne sont pas encore suffisants, malgré les progrès intervenus au cours des dernières années. Améliorer la qualité et l'efficacité des moyens d'information suppose à la fois une harmonisation des indicateurs, une vision commune et une mutualisation, au moins partielle, en termes de données, de compétences ou de financement. Mieux valoriser les données existantes et les compléter pour fournir des éléments d'appréciation comparative de la performance du système de santé, au niveau national aussi bien que régional, pourraient déboucher sur un programme national et des programmes régionaux d'information, coordonnés sous l'égide des conseils régionaux de santé conformément aux perspectives ouvertes par l'une des dispositions de la loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé en matière de coordination des programmes régionaux d'études et de statistiques.

**Développer les capacités d'animation, de concertation et d'ingénierie de projet dans le cadre de pôles régionaux d'appui logistique**

Le développement de la politique de santé et des programmes dans ce domaine fait appel à de nouvelles compétences. La dimension transversale de l'action, la coordination des institutions sur des bases contractuelles non hiérarchiques, la mobilisation des acteurs professionnels, des élus, des usagers et de la population nécessitent en effet des capacités d'animation et des aptitudes à mener des concertations impliquant un grand nombre d'institutions et de personnes. Il ne faut pas seulement concevoir, il faut aussi expliquer et convaincre. La formation actuelle des cadres de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités locales et plus généralement de l'ensemble des professionnels susceptibles de développer des projets de santé les prépare mal à répondre à ce type de besoins. Il convient de développer la formation initiale et continue à la conduite de projets ou de politiques de santé. Actuellement, les savoir-faire dans ce domaine

sont souvent le fruit d'une expérience acquise dans la douleur par ceux et celles qui ont « essuyé les plâtres ». Malheureusement, pour l'instant, ces compétences, pourtant précieuses, ne sont pas suffisamment reconnues et identifiées. Elles devraient être regroupées dans un pôle régional et mises à la disposition de tous, indépendamment de la structure d'appartenance des professionnels concernés.

Par ailleurs, la réalisation des programmes régionaux de santé, mais également d'autres procédures comme celles relatives aux réseaux ou au Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV), se traduit par des appels à projets qui s'efforcent de concerner le plus possible les acteurs « de terrain ». L'expérience acquise met en évidence qu'il arrive que ces projets soient acceptés alors qu'ils n'ont pas encore un degré d'élaboration suffisant. Il arrive aussi, comme pour le FAQSV, que le nombre de projets acceptables soit très largement insuffisant au regard des crédits disponibles. L'écart peut être considérable. Cette situation résulte en partie de l'absence d'appui logistique à l'élaboration de projet et à la gestion de projet. Les professionnels de terrain, par manque de temps mais aussi méconnaissance de différents aspects techniques ou administratifs, ne sont pas toujours en mesure de proposer des projets répondant aux critères de qualité souhaitables. Pour autant, ils bénéficient de très peu de possibilités d'accéder à une aide structurée.

À l'instar des pépinières d'entreprises, il serait nécessaire que chaque région dispose d'une « pépinière de projets », structure partenariale d'ingénierie de projets qui puisse apporter à tout promoteur le souhaitant une aide adaptée aussi bien dans la conception que dans la gestion. Outre son utilité évidente pour améliorer la qualité des projets, cette structure permettrait d'éviter que des institutions responsables de financements soient conduites, faute de mieux, à aider les promoteurs tout en ayant ensuite à juger un projet dont elles sont devenues de fait les coauteurs, se retrouvant ainsi à la fois juge et partie.

**Mettre en place  
des structures  
partagées dans le  
cadre de  
dispositifs  
juridiques souples  
et innovants**

La nécessaire mutualisation des ressources suppose des modes d'organisation et de gestion partagés dans le cadre de dispositifs juridiques souples et innovants. Le recours à des formules associatives constitue trop souvent une solution de facilité pour gérer des crédits de manière plus pragmatique. Les associations ont tendance à se multiplier au fil des projets et des actions, ce qui conduit à une fragmentation des moyens en personnels et à un éclatement des financements peu propices à la meilleure efficacité. Par ailleurs, cette formule présente le grand

inconvenient de peu engager ses membres sur le plan financier, d'où la précarité institutionnelle de nombreuses associations. Il est vrai que certaines formules alternatives, comme les groupements d'intérêt public, sont plus contraignantes à mettre en œuvre et à faire fonctionner. Des formules aménagées sur le plan juridique et réglementaire pourraient être mises au point. Par ailleurs, il existe d'autres possibilités à explorer : groupement d'intérêt économique, association d'employeurs, union d'économie sociale, société coopérative d'intérêt collectif, etc. Alors que les formules de collaboration se multiplient entre collectivités locales ou entre établissements de santé, il serait anormal d'exclure de ces possibilités d'innovation la plupart des acteurs du système de santé.

**Permettre une réelle mobilité entre secteur public et secteur privé ou entre statuts de la fonction publique**

Si l'organisation institutionnelle du système de santé est aujourd'hui extrêmement fragmentée, c'est également, malgré la fréquence d'un exercice mixte, le cas des statuts des professionnels : salariés, libéraux, salariés du secteur public et du secteur privé, existence de différentes fonctions publiques, d'une multitude de corps de fonctionnaires ou, dans le secteur privé, de conventions à l'origine de situations très variables. Cette complexité aboutit aujourd'hui à des différences de situations qui peuvent, par exemple, amener certains médecins à préférer les conditions d'exercice que leur offre l'hospitalisation privée et des infirmières celles que leur procure l'hospitalisation publique !

Outre ce genre de dysfonctionnements, les rigidités ainsi introduites sont peu compatibles avec l'obligation actuelle d'une utilisation optimale des savoir-faire disponibles, qui peuvent exister aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, mais pas toujours dans les deux à la fois. Il est donc urgent de trouver des formules qui permettent à n'importe quel professionnel de santé ayant les compétences requises d'occuper un poste non pourvu dans le public comme dans le privé. Il n'existe pas aujourd'hui de procédure simple permettant de confier, sur la base des compétences acquises, des postes de responsabilité du secteur public à des salariés provenant du secteur privé, alors que l'inverse est possible : le recrutement des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation dans des conditions dérogatoires aux règles de la Fonction publique a fait la démonstration que ce type d'innovation est tout à fait possible à condition d'en avoir la volonté politique.

## 5. Anticiper

Nos capacités d'anticipation sont aujourd'hui trop peu développées, de telle sorte que la résolution de nombreux problèmes s'effectue *a posteriori* alors même qu'il aurait été possible de prévenir leur survenue. Le Haut Comité s'était ainsi inquiété au cours de sa première mandature des problèmes de couverture complémentaire résultant des difficultés économiques d'une partie de la population et des plans successifs destinés à limiter la progression des dépenses de l'assurance maladie. Il aura fallu attendre que la situation devienne quantitativement et socialement inacceptable pour instaurer une couverture complémentaire de base dans le cadre de la CMU. Ce problème aurait pu être largement prévenu en aidant d'emblée au maintien de la couverture complémentaire en cas de problèmes économiques, comme l'ont fait certaines caisses d'assurance maladie sur leur fonds d'action sanitaire et sociale ou certaines mutuelles. Deux séries de mesures sont proposées pour favoriser l'anticipation des problèmes.

### Développer les procédures et les réseaux de vigilance en mobilisant les connaissances des acteurs de terrain

On constate très souvent que la prise de conscience collective de l'émergence d'un problème nouveau est précédée d'une phase au cours de laquelle les acteurs de terrain perçoivent l'évolution considérée sans pouvoir encore en apprécier la portée. Dans certains cas, il existe des dispositifs de vigilance qui permettent de rassembler ces observations pour leur donner, ou pas, un sens général, par exemple pour certaines maladies épidémiques, les effets indésirables des médicaments ou encore les risques d'accidents domestiques liés à l'usage de différents matériels et produits. Le développement des différentes formes de vigilance doit être poursuivi en s'attachant particulièrement à la vigilance en matière sociale (« sociovigilance »). Ces différents réseaux pourraient ainsi concerner les effets indésirables du fonctionnement du système de santé dans ses aspects sociaux et économiques, en impliquant l'ensemble des professionnels et même la population.

### Développer la réflexion prospective et l'interdisciplinarité

Les démarches de planification, comme celle des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros), ont abouti à une planification qui repose davantage sur la correction des dysfonctionnements actuels que sur une attitude prospective susceptible de prévenir l'apparition de nouveaux dysfonctionnements.

Comme en témoigne l'élaboration récente du Schéma national des services collectifs de santé, une véritable réflexion prospective implique l'interdisciplinarité. En effet, la capacité à imaginer le futur ne peut pas être l'apanage d'un seul groupe de professionnels ou d'une seule catégorie sociale. C'est en par-

tant d'une vision transversale, permettant une synergie des points de vue, que l'on peut espérer faire preuve à la fois de suffisamment de créativité et de réalisme pour construire des scénarios probables d'évolution des attentes, des besoins et des capacités de réponses.

Toutes les mesures qui viennent d'être proposées sont applicables ou engageables à court terme. Le Haut Comité estime que leur mise en œuvre ne nécessite pas de profonds changements institutionnels et qu'elle peut utilement préparer à ces changements. Toutefois, ces mesures ne trouveront leur pleine efficacité qu'à condition de renforcer rapidement la cohérence générale de notre système de santé dans trois directions principales :

- mieux prévenir l'apparition des problèmes de santé évitables en consacrant davantage de ressources aux stratégies d'actions efficaces sur les déterminants de la santé autres que les soins ;
- s'inscrire dans des stratégies pluriannuelles qui ne soient pas limitées par le respect du principe de l'annualité des financements et des équilibres financiers ;
- promouvoir une approche globale des problèmes de santé et de leurs déterminants en sortant de la segmentation entre social, médico-social et sanitaire.

*Avis du Haut Comité de la santé publique  
adopté en séance plénière le 20 novembre 2001.*





Réalisation graphique

Philippe **Ferrero**



Conseil & création