

Fiche n° 7 : Pour une autre organisation du système de santé

La situation actuelle : un système qui reste inégalitaire

La dépense nationale de santé représente 148,5 milliards d'euros en 2001, soit 9,5 % des richesses nationales ou du PIB (Produit intérieur brut) contre 4,2% en 1960.

La France se situe au 5^{ème} rang mondial derrière les Etats Unis (13,9%), la Suisse (10,9%), l'Allemagne (10,7%), le Canada (9,7%) et devant la plupart des pays européens, tout en soulignant que les dépenses de santé progressent dans la plupart des pays développés.

La part des dépenses de santé financées par des fonds publics varie toutefois d'un pays à l'autre: 76% pour la France, 82% pour le Danemark et 45% pour les Etats Unis.

Il faut retenir également que l'importance du budget consacré aux dépenses de santé n'est pas un critère d'efficacité : les Etats Unis détiennent le record des dépenses de santé alors que 40 millions d'américains n'ont aucune couverture sociale.

Plusieurs facteurs ont contribué à l'évolution des dépenses de santé:

- l'amélioration du niveau de vie et la quasi généralisation de la couverture maladie ;
- le progrès des techniques médicales ;
- l'allongement de l'espérance de vie ;
- l'apparition de nouvelles pathologies ;
- l'accroissement de l'offre de soins conjuguée au paiement à l'acte.

✱ Des inégalités et des disparités de santé persistent

Ces dernières années d'importantes améliorations de l'état sanitaire de la population ont été enregistrées: diminution de la mortalité cardio-vasculaire, de la mortalité liée au sida avec la généralisation des trithérapies, baisse de la consommation d'alcool...Toutefois, des inégalités perdurent.

Dans son rapport «La santé en France 2002 », le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) souligne : « *L'existence de fortes inégalités sociales de santé dans notre pays, alors même que les dépenses publiques de santé y sont parmi les plus élevées du monde, est une des composantes du paradoxe français* ».

Parmi les inégalités dénoncées par le HCSP on peut citer :

- la mortalité prématurée des ouvriers et employés qui est aujourd'hui près de 3 fois supérieure à celle des cadres supérieurs et professions libérales ;
- l'espérance de vie à la naissance qui varie de plus de 10 ans entre les zones d'emplois du nord et du sud de la France ;
- la différence d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre qui atteint 6,5ans ;
- la mortalité prématurée avant l'âge de 65 ans est plus importante en France et au Portugal que dans les autres pays européens;
- l'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes qui est de 7,5 ans.

✿ **L'accès aux soins reste inégalitaire en fonction des revenus:** si la mise en place au 1^{er} janvier 2000 de la couverture maladie universelle a permis à 4,5 millions de personnes ayant de faibles ressources d'accéder à une couverture santé de base et à une couverture complémentaire, il n'en demeure pas moins que pour des raisons financières, des personnes continuent à être exclues de l'accès à certains soins (voir la partie relative à la CMU page 7).

✿ **De fortes disparités géographiques perdurent :** avec 335 médecins pour 100 000 habitants, la France est dans la moyenne des pays européens mais il existe de très fortes disparités géographiques et de spécialités (comme pour l'ensemble de l'offre de soins) qui ne correspondent pas et loin s'en faut aux inégalités de l'état de santé des populations (voir annexe1).

Pour réduire les inégalités - entre catégories professionnelles, entre sexes et entre zones géographiques -, qui se mesurent en terme d'espérance de vie et d'accès aux soins, il faut agir sur leurs causes et développer les politiques nécessaires et indispensables au rétablissement de l'égalité et de la solidarité devant la maladie.

Or jusqu'à présent les gouvernements successifs ont cantonné leur action à une approche comptable en voulant à tout prix limiter l'évolution des dépenses d'assurance maladie, sans se préoccuper des dysfonctionnements d'ordre structurel qui menacent sérieusement le système.

L'échec des politiques de maîtrise des dépenses de santé

1° L'approche quantitative : régulation de la demande, encadrement des prix ...

Pendant 20 ans et jusqu'en 1995, date de la réforme Juppé, les gouvernements qui se sont succédés ont imposé de multiples plans d'économies (déremboursements, augmentation du ticket modérateur, création du forfait hospitalier...) pour tenter de combler le fossé qui n'a cessé de se creuser entre recettes et dépenses. Tous se sont révélés inefficaces économiquement et injustes socialement.

La régulation de la demande par une hausse du ticket modérateur laissé à la charge du patient a toujours été présentée comme un outil de responsabilisation des assurés, accusés d'avoir un comportement irresponsable en terme de "consommation" de soins, et donc de dépenser sans compter. Mais l'assuré est rarement en mesure d'apprécier a priori l'utilité et l'efficacité des prescriptions et des soins dispensés. Dans les faits, les dépenses ne sont décidées ni par le malade, ni par le financeur principal (la Sécurité Sociale), mais par le prescripteur (le praticien) qui en tire son revenu professionnel.

La hausse du ticket modérateur pénalise surtout des ménages à faibles revenus qui se trouvent dans l'obligation de renoncer à certains soins en raison de leur coût (voir la partie relative à la CMU page 7).

Par ailleurs, l'encadrement des prix, que ce soit du médicament ou des soins ambulatoires, n'a pas eu d'effet conséquent sur la maîtrise des prescriptions; il a été annulé par une augmentation des volumes.

2° La réforme Juppé

Avec la réforme mise en place à partir de 1996 par le gouvernement Juppé, on assiste à un changement de logique ; une approche plus globale, davantage centrée sur les pratiques médicales, est privilégiée.

- **La mise en place d'enveloppes globales** : chaque année le parlement adopte une loi de financement de la Sécurité sociale qui définit le niveau des dépenses et notamment l'ONDAM (objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie, objectif qui a toujours été dépassé depuis 1998), réparti ensuite par grandes catégories de dépenses (hôpitaux, soins de ville...).
- **La responsabilisation des professionnels de santé** par la diffusion de « bonnes pratiques médicales » ; cette orientation a commencé à s'appliquer avec la mise en place en 1993 de références médicales opposables (RMO), référentiels visant à éviter les actes ou prescriptions inutiles; elle s'est poursuivie par la mise en œuvre des « accords de bon usage des soins » (Acbus) inscrits dans la LFSS 2000 et d'abord réservés aux médecins généralistes et aux spécialistes.

Les Pouvoirs publics et la Cnam ont abandonné les dispositifs de sanctions et ont privilégié l'intéressement des médecins à une politique de réduction des dépenses. Les Acbus prévoient de rémunérer financièrement le respect des accords bâtis autour de référentiels et protocoles validés par la communauté scientifique.

Au lieu de sanctionner financièrement ceux qui dépassent les enveloppes budgétaires, on gratifie ceux qui respectent les cadrages établis.

La loi du 6 mars 2002 a étendu ces accords à toutes les professions conventionnées et a prévu de reverser aux professionnels de santé une partie des dépenses de santé évitées par ces comportements « vertueux » sous forme d'une rémunération au forfait. En contrepartie de ces incitations financières, des dispositifs de contrôle et de vérification des pratiques doivent être prévus sinon il existe un risque de dérive et de contournement de l'esprit initial du texte.

3° Nouveau changement de cap avec le gouvernement Raffarin en 2002

Pour le ministre de la santé, Jean-François Mattéi, il ne faut plus « *faire porter aux soignants la responsabilité principale pour ne pas dire unique des déficits de la sécurité sociale* ». Une de ses premières décisions sera d'ailleurs d'augmenter la consultation des médecins généralistes qui passera à 20 euros (la visite passera à 30 euros).

Pour le gouvernement actuel, il ne s'agit plus de faire baisser les dépenses de santé, mais, au nom de la « *responsabilisation des patients* », d'augmenter la part couverte par les complémentaires. Au nom de cette logique, il a décidé de dérembourser un certain nombre de médicaments, et d'augmenter le forfait hospitalier...en attendant la réforme annoncée pour 2004.

Au final, sept ans après la réforme Juppé, on peut affirmer que les progrès en matière de coordination et d'échanges d'informations restent largement insuffisants et que la maîtrise des dépenses est un échec. Les professionnels de santé en sont, pour partie, responsables: ils se sont opposés aux mécanismes de régulation (même si, sur les aspects purement comptables, ils avaient raison), globalement perçus comme une remise en cause de l'augmentation de leurs revenus.

Quant aux Pouvoirs publics et à la Caisse nationale d'assurance maladie, ils ont montré leur incapacité à réorganiser le système de santé et à le rendre plus efficace.

Quelle régulation des dépenses de santé ?

L'augmentation des dépenses de santé n'est ni condamnable ni critiquable en soi, si elle répond à de véritables besoins et si elle contribue à améliorer l'état de santé de la population et à réduire les inégalités. En revanche, si elle sert à satisfaire les intérêts financiers de professionnels et d'industriels, il y a problème. Or chacun sait que notre système de santé a des faiblesses, voire des défauts structurels, et la surmortalité des personnes âgées pendant l'été 2003 l'a illustré de façon dramatique.

Aussi faut-il analyser de façon objective les raisons de la forte progression des dépenses de santé et le mode d'utilisation des ressources que la collectivité consacre au système de santé et ne pas se focaliser uniquement sur le déficit (voir fiche sur les raisons du déficit) comme entend le faire le gouvernement.

Les dépenses peuvent être régulées selon 3 méthodes : la régulation budgétaire, la régulation libérale ou celle reposant sur une approche des besoins.

➔ L'encadrement budgétaire a priori conduit à fixer annuellement une enveloppe sans tenir compte des besoins réels et sans analyser la consommation médicale. A terme, une telle politique amène au rationnement aveugle des soins par la limitation de l'argent public avec des conséquences directes et importantes sur la santé de la population. La maîtrise comptable est absurde car elle laisse perdurer, malgré tout, les gaspillages pour certains, tout en créant la pénurie pour d'autres.

⊕ Dépenser sans compter c'est admettre une libre consommation des soins et une totale liberté de prescription sans aucune limite, ni aucun contrôle, comme n'importe quel autre bien ou marchandise. C'est donc assimiler la santé à un marché comme les autres.

Mais si les financements collectifs sont insuffisants pour prendre en charge des dépenses (qui continueront à augmenter), des choix politiques risquent d'intervenir : baisse de la prise en charge obligatoire avec un report sur les ménages (au nom de la responsabilisation) et la mise en place (possible) d'un filet de "sécurité" pour les plus démunis. C'est la thèse des libéraux ; elle est particulièrement dangereuse : elle conduit à exclure par l'argent de plus en plus de personnes du système, y compris celles disposant aujourd'hui de revenus moyens.

⊕ Dépenser ce qui est nécessaire, c'est essayer de tenir compte des besoins réels (qu'il faudra évaluer préalablement et au fur et à mesure de leur évolution) et affecter ensuite les ressources en fonction du critère d'utilité médicale appliqué en permanence à l'ensemble de la consommation médicale.

Il s'agit là d'une régulation médicalisée et non marchande qui repose sur la notion de soins ou de biens utiles. C'est la voie qu'il faut emprunter, pour rebâtir un système de protection sociale solidaire et efficace.

Partir de l'analyse des besoins et de la consommation médicale permettra également d'améliorer la qualité des soins tout en ayant une croissance des dépenses de santé correspondant aux besoins sanitaires.

La réduction des inégalités exige d'assurer un haut niveau de prise en charge collective des dépenses. Or cette prise en charge ne pourra être maintenue, ni à fortiori améliorée, si l'évolution des dépenses reste entre les mains d'acteurs privés fixant librement le nombre et le prix de leurs actes et refusant tout contrôle ou toute évaluation de leurs pratiques.

Au delà du déficit de l'assurance maladie (aussi important soit-il), et de nos propositions pour garantir un financement solidaire, il faut analyser l'organisation du système de soins (plus particulièrement le secteur de la médecine de ville) et s'assurer que l'évolution des dépenses va dans le sens d'une amélioration de la santé de la population.

Propositions et réflexions pour une autre politique de santé

Cette fiche concerne essentiellement la médecine ambulatoire : le système hospitalier fait l'objet d'une fiche spécifique.

Dans un système où le financement est socialisé et l'offre libérale, la régulation est indispensable, si l'objectif est bien de disposer d'un service de santé efficace et maîtrisé.

Le contrôle des dépenses de santé reste une nécessité mais il n'implique pas nécessairement, un rationnement de l'offre de soins; il doit permettre de renforcer l'efficacité du système de santé, et de s'assurer que les ressources sont bien consacrées au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Or aujourd'hui, il existe une contradiction fondamentale entre :

- d'un côté, l'intérêt général et collectif qui requiert une organisation du système de santé capable de garantir à chacun un égal accès à des soins de qualité,
- et, de l'autre, les principes attachés à la médecine libérale - liberté d'installation et de prescription, libre choix par le patient de son médecin, paiement à l'acte et exercice solitaire de la profession – qui ont empêché toute tentative de réguler le système et qui sont pour partie à l'origine de certaines inégalités qui perdurent dans notre système de santé.

Il faudra savoir dépasser cette contradiction si nous voulons véritablement construire une autre politique de santé.

La refondation du système de santé passe nécessairement par:

- une redéfinition des rôles et des missions de chacun des intervenants et des acteurs (Etat, Caisses de Sécurité sociale, et professionnels de santé) ,
- une véritable association des usagers à la définition de la politique de santé et à sa mise en œuvre,
- la reconstruction d'une politique conventionnelle adaptée aux enjeux et négociée entre l'Etat, les professionnels de santé et l'Assurance maladie.

Ces exigences impliquent de lutter contre toutes les tentatives de privatisation du système de santé que les libéraux entendent mener et d'affirmer la primauté du service public (hôpital et assurance maladie obligatoire).

1° Intégrer tous les déterminants de santé

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « *un état complet de bien être physique, mental et social* ». Cela signifie que la santé ne se limite pas une absence de maladies ou d'infirmités.

Or, on a longtemps considéré le système de soins comme étant le principal déterminant de la santé et de fait, la prévention est devenue « le parent pauvre d'un système de soins » principalement centré sur le curatif. En 2001, les dépenses consacrées à la prévention ne représentaient que 2,4% des dépenses de Santé.

La santé est tributaire de multiples facteurs, comme les conditions et modes de vie, les conditions de travail (les déterminants du travail, comme la précarisation ou la pénibilité sont aussi à l'origine des inégalités sociales), l'éducation, l'environnement physique ou professionnel ...qui pour beaucoup d'entre eux, restent sous évalués. Les conditions sociales produisent ou détériorent la santé (on peut citer notamment l'intoxication par le plomb des enfants vivant dans des logements insalubres, le développement de cancers liés aux conditions de travail...).

Lutter contre les inégalités sociales

Pour combattre les inégalités de santé, il faut déjà lutter contre les inégalités sociales, et mettre en œuvre des politiques publiques concernant à la fois, l'éducation, le logement, l'emploi.....autrement dit, il faut lutter pour obtenir la reconnaissance de droits fondamentaux politiques, économiques et sociaux à tout membre de la société.

Tous ces éléments sont fortement imbriqués - la prévention sanitaire ne peut être isolée du champ social - ils exigent une coordination forte de tous les acteurs. Dans ces conditions, pour être complète et efficace, la politique de santé doit évoluer et intégrer toutes ces dimensions: agir en amont sur les déterminants à l'origine des inégalités de santé, mais aussi en aval avec une prise en charge du handicap et de la dépendance par exemple.

Développer la prévention

Aujourd'hui le système reste essentiellement axé sur le curatif. Pourtant d'autres stratégies peuvent se révéler d'une grande efficacité : elles passent par le développement de la prévention, le dépistage et l'éducation pour la santé. Mais évidemment il ne peut être question de stigmatiser des comportements « jugés à risques » (tabac, alcool...), en faisant abstraction des conditions de vie et de la réalité sociale des personnes concernées.

Dans le même temps, la lutte contre les risques professionnels (produits toxiques...) et environnementaux (déchets, pollutions de l'air, de l'eau, qualité des aliments...) doit être renforcée. Or aujourd'hui, ces risques sont sous estimés ou mal appréhendés (malgré la relation parfois établie entre l'augmentation du nombre de cancers et l'exposition à des situations cancérogènes) tant les pressions des entreprises sont fortes pour nier le lien de cause à effet et tant les pouvoirs publics tergiversent à prendre leurs responsabilités.

A cet égard les scandales qui ont éclaté ces dernières années (sang contaminé, vache folle, amiante..) sont édifiants.

Par ailleurs, le recueil et l'analyse régulière des données épidémiologiques sur l'ensemble du territoire s'avèrent indispensables à l'établissement d'une carte des besoins et des lacunes sanitaires pour déboucher, ensuite, sur la mise en place d'une véritable politique de santé. En conséquence, il faut donner aux services d'épidémiologie les outils et les moyens de fonctionner.

Mettre en place un service public de santé

En définitive, pour réduire les inégalités de santé, il faut mettre en place un véritable service public de santé, et en concertation avec la population, mettre en œuvre une politique fondée sur une démarche globale et appréhendée dans tous ses aspects. Il faut notamment adapter le système de santé aux exigences de cette dimension essentielle que représente la prévention et affecter au système de santé les financements nécessaires.

2° Instaurer un régime universel d'assurance maladie

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une partie des dépenses de soins. Le niveau de remboursement pour le régime général est passé de 66% en 1970 à 76,5% en 1980, pour se situer autour de 76% depuis 1995.

Pour la part des dépenses qui reste à sa charge (le ticket modérateur), l'assuré peut opter pour une couverture complémentaire moyennant un paiement supplémentaire à une mutuelle ou à une compagnie d'assurance. Faute de revenus suffisants, de nombreuses personnes (qui se trouvent exclues de la CMU complémentaire) ne peuvent pas payer ce supplément et renoncent de ce fait à certains soins.

Plusieurs études et notamment celles du CREDES démontrent régulièrement que les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire de santé s'auto limitent dans leurs dépenses, voire renoncent à des soins jugés trop coûteux.

La mise en place au 1^{er} janvier 2000 de la couverture maladie universelle (la CMU) permet aujourd'hui à plus de 4,5 millions de personnes ayant de faibles ressources, d'accéder à une couverture santé de base (soit 2% de la population) et à une couverture complémentaire (soit 8% de la population).

Les bénéficiaires de la CMU sont dispensés de l'avance de frais (le tiers payant est appliqué), leurs soins et le forfait hospitalier sont pris en charge à 100% et ils bénéficient de remboursements adaptés pour les prothèses dentaires et les lunettes.

Si la CMU représente une avancée sociale essentielle pour une partie de la population, qui a désormais accès au système de soins, elle ne mérite pas son qualificatif d'universelle, car elle maintient deux types d'inégalités :

- Du fait de l'existence d'un plafond de revenus particulièrement bas (566,5 euros par mois) il reste près de 3 millions de personnes (selon le rapport Chadelat) qui ne peuvent bénéficier de la CMUC, pour des raisons financières. Les bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse sont ainsi exclus du dispositif !!! Avec un tel seuil d'exclusion de nombreuses personnes doivent souvent renoncer à se soigner.

L'accès aux soins est restreint ou contingenté dans la mesure où la prise en charge ne peut excéder un certain plafond fixé par période de deux ans pour les soins dentaires ou d'un an

pour les frais d'optique. Ce système instaure donc une couverture maladie spécifique aux pauvres.

- Par ailleurs, entre les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100% au titre de la CMU et celles qui disposent d'une couverture de base et/ou complémentaire particulièrement avantageuses, il reste une partie importante de la population qui est traitée différemment pour des raisons économiques. En effet, les couvertures complémentaires - dont l'accès facultatif et individuel reste lié au revenu, - sont loin de proposer des prestations identiques à des coûts identiques, la cotisation peut varier en fonction de l'âge, du risque sanitaire...et du type de contrat *«choisi»*. D'après le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie *« les garanties faibles ou nulles concernent 65% des plus pauvres »* et *« 59% des ouvriers non qualifiés »*.

Ces inégalités ne pourraient que s'aggraver si les propositions du rapport Chadelat étaient appliquées; en effet, moins la part *« collectivisée »* est importante et plus les inégalités de revenus se répercutent sur les inégalités d'accès aux soins.

Au moment de la création de la CMU, le politique a fait le choix de faciliter l'accès aux soins plutôt que d'améliorer le niveau de prise en charge par la sécurité sociale.

Or, seule la mise en œuvre d'un système obligatoire et universel, où chacun, quels que soient ses revenus ou son statut, aura vocation à accéder au même système de soins, dans les mêmes conditions, peut mettre un terme aux inégalités et aux injustices existantes.

L'assurance maladie universelle doit devenir un droit fondamental financé collectivement (voir fiche sur le financement).

Exiger un système universel et égalitaire, signifie à terme, une prise en charge intégrale des dépenses (remboursements à 100%) et la généralisation du système d'avances de frais médicaux (tiers payant).

Dans l'immédiat, le niveau de prise en charge des dépenses de soins les moins bien remboursées (c'est un euphémisme !) comme l'optique, le dentaire, les appareillages ...doit être fortement amélioré.

Quelles dépenses prendre en charge ?

Une fois affirmé ce principe d'universalité, deux types de questions se posent : quels sont les soins ou dépenses qui doivent être pris en charge, qui en décide?

Aujourd'hui l'Etat décide sans aucune concertation des taux de remboursement des dépenses de santé: certains soins sont (plus ou moins bien) remboursés, d'autres ne le sont pas ou très peu.

Exiger un accès égal pour tous à des soins de qualité c'est refuser l'introduction de différents *« paniers de soins »* qu'ils soient fonction des revenus (comme le préconise le rapport Chadelat), fonction de l'âge ou de l'état de santé des individus.

Il est indispensable aujourd'hui (et de façon périodique par la suite) de redéfinir les soins et les biens médicaux que l'assurance maladie obligatoire doit prendre en charge, en s'appuyant sur une approche médicale et non économique: seuls les soins jugés utiles et nécessaires à la santé doivent être remboursés. Mais il ne saurait être question de confier cette responsabilité aux seuls experts; les usagers, les professionnels de santé, les pouvoirs publics, les représentants de l'assurance maladie.....doivent être associés au débat et au processus de décision.

3° Organiser différemment le système de santé

◆ Adapter les conditions d'exercice et les pratiques aux besoins

L'organisation du système de santé reste encore fortement marquée par :

- un exercice solitaire et individuel de la médecine,
- une spécialisation toujours accrue de l'exercice médical,
- une absence de coordination et d'échanges entre professionnels de santé (médecins et spécialistes, médecine de ville et hôpital...),
- une permanence des soins insatisfaisante qui est à l'origine de l'encombrement du service des urgences de l'hôpital.

La pratique médicale doit évoluer vers un exercice plus collectif, en mode coopératif ou en réseau (réseaux de santé, maisons ou centres de santé ...) pour faciliter et coordonner les échanges entre l'ensemble des acteurs ; l'objectif est de passer dans les faits du « *soin* » à la « *santé* » et d'aboutir à une prise en charge pluridisciplinaire de la santé des personnes. Cette organisation facilite la continuité de la prise en charge sanitaire d'une population. De telles structures existent déjà mais elles restent marginales faute de réelle volonté politique.

Il faut néanmoins clarifier ce que recouvrent les appellations « *filières de soins* » et « *réseaux de santé* », car la confusion est parfois volontairement entretenue. En effet certaines propositions (voir annexe) peuvent contenir des dangers et des dérives car elles sont sous tendues par un seul et unique objectif, celui de rationaliser les dépenses et de réduire les coûts.

- Les filières de soins : dans ce genre d'organisation, l'activité est centrée sur le soin avec le risque de voir se mettre en place des filières de soins commerciales et concurrentielles qui auraient reçu l'agrément des complémentaires de santé ; ainsi la prise en charge d'un assuré par sa mutuelle ou son assurance serait subordonnée à la consultation d'un professionnel de santé agréé par sa complémentaire. Il existe un danger potentiel de dérive vers le système des Etats Unis dans la mesure où les pouvoirs publics et les complémentaires souhaitent que ces dernières jouent le rôle de co-régulateur du système.

C'est ainsi qu'aux Etats Unis les HMO (Health Maintenance Organisation), organismes privés contrôlés par les assureurs, sont censés garantir une couverture médicale assez large alors que dans les faits, ils exercent de fortes pressions sur les professionnels de santé pour qu'ils limitent leurs actes médicaux ou renoncent à dispenser des soins considérés trop onéreux.

De toute évidence, ce schéma a inspiré le projet du Medef « *Pour une nouvelle architecture de la Sécurité sociale* ». Le patronat, en effet, y préconise la mise en concurrence des « *opérateurs de soins* » (Sécurité sociale et complémentaires) et « *des offreurs ou fournisseurs de soins* » privés et publics (voir annexe 2).

Au nom de la coordination des soins, les libéraux cherchent à regrouper des structures privées et publiques (cliniques privées, hôpitaux publics, cabinets médicaux, firmes pharmaceutiques...) pour gérer en commun du matériel ou une pathologie et bénéficier ainsi de financements publics.

Mais, l'harmonisation du privé et du public est illusoire car les logiques qui les sous tendent s'opposent.

- **Les réseaux de santé:** pour le Syndicat de la Médecine Générale (SMG) - qui défend depuis plusieurs années une autre approche de l'exercice de la médecine - « *le réseau de santé est un processus d'organisation d'une collaboration entre tous les acteurs potentiels situés sur l'itinéraire d'une personne présentant une problématique médicale ou sociale ou les deux. Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle structure qui dispense des soins, il s'agit d'une mise en forme de différentes modalités de coopération* ».

Conçu ainsi, le réseau de santé permet à la fois de promouvoir une approche médico-psycho-sociale, où l'acte clinique devient indissociable d'une réflexion plus globale et sociale autour du patient (prévention, éducation) pour améliorer sa santé, de supprimer le cloisonnement entre le soin et la prévention, entre le sanitaire et le social, entre la médecine de ville et les établissements de santé, et recentrer les services de santé sur l'ensemble des besoins des personnes considérées dans leur intégralité.

Pour le SMG, des conditions nouvelles d'exercice doivent être encouragées et facilitées pour « *permettre aux professionnels de santé de redéfinir leur exercice professionnel et aux citoyens de devenir acteurs de leur santé* ». Ces pratiques alternatives devraient permettre également de concilier amélioration de la qualité des soins dispensés et l'aspiration des médecins à de meilleures conditions et charges de travail.

Par ailleurs, les recommandations de bonnes pratiques de soins, alliant critères médicaux et sociaux, validées par la communauté scientifique et les acteurs du système de soins, doivent être développées (1).

L'évaluation des pratiques professionnelles et des techniques médicales par une autorité indépendante ne peut que contribuer à renforcer l'efficacité du système de santé.

(1) on peut citer le test de diagnostic rapide de l'angine, destiné à mieux cibler la prescription d'antibiotiques.

◆ **Modifier le mode de rémunération des médecins**

La rémunération à l'acte continue d'être le mode normal de rémunération d'un bon nombre de professions médicales qui sont ainsi les prescripteurs de leurs propres revenus: la logique marchande domine l'offre de soins en médecine ambulatoire.

Ce mode de paiement induit des effets pervers et inflationnistes dénoncés à plusieurs reprises. En effet, le revenu de ces professionnels est lié au volume de leurs actes (visites, consultations ...), sans considération de leur utilité pour les patients et de leur coût pour la collectivité; il ne rémunère que l'acte technique sans tenir compte de la dimension prévention, de l'environnement social ou encore du psychisme de la personne.

Face à cette logique marchande et inflationniste, quelques dérogations existent mais elles restent minoritaires: l'option du médecin référent (paiement forfaitaire annuel par patient ; cela concerne aujourd'hui moins de 10% des généralistes) et le travail au sein de réseaux dont le montage est complexe et le financement précaire.

Par ailleurs, il faut rappeler que près de 40 % des médecins sont aujourd'hui, salariés. Dans son rapport annuel 2003 « *Santé, pour une politique de prévention durable* » l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) indique « *qu'il paraît utile de développer les expériences en cours, en matière de rémunération à la capitation ou au forfait..* »

Pour favoriser et faciliter de nouveaux modes d'organisation de l'activité médicale, il faut faire évoluer le mode de rétribution des médecins et substituer au paiement à l'acte, d'autres modes de rémunération (salarial, capitation, forfait...) qui tiendraient compte, au delà de l'acte curatif, du temps consacré à la prévention, l'éducation à la santé, la coordination et la concertation avec d'autres acteurs, ainsi qu'à la formation du médecin.

Il va de soi que ces nouveaux modes de rémunération, en devenant les tarifs de la sécurité sociale, s'imposeraient aux professionnels et que, dans le cadre d'un système de sécurité sociale solidaire, il n'y a pas de place pour la liberté tarifaire, il n'y a donc pas de place pour les dépassements d'honoraires.

◆ Assurer une répartition équitable de l'offre de soins sur le territoire

Le relèvement du *numerus clausus* (c'est à dire le nombre de médecins) doit nécessairement intégrer plusieurs dimensions, telles que la répartition géographique et par spécialité, ainsi que les besoins de la population qui restent à évaluer au plus près.

L'installation des professionnels de santé dans des zones déficitaires doit être réglementée pour réduire les inégalités en terme d'offre de soins.

Dans le même temps, il faudra donner à la médecine scolaire et à la médecine du travail les moyens d'assurer, aux côtés des autres acteurs et en liaison avec eux, leur mission de « *préventeurs* ».

La médecine du travail doit se tourner vers la santé au travail plutôt que vers l'aptitude à l'emploi, et évoluer vers un système d'évaluation et de détection de tous les facteurs de risques liés au travail (produits dangereux, stress, charge mentale, troubles musculo-squelettiques...).

La médecine scolaire reste, elle aussi, caractérisée par des dépistages systématiques qui n'ont pas démontré leur efficacité car ils sont notamment isolés des conditions de vie et de scolarité.

Ces deux disciplines doivent intégrer dans leur pratique une véritable démarche de santé publique s'inscrivant dans un cadre pluridisciplinaire.

4° Développer une véritable démocratie sanitaire

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a prévu d'associer davantage les malades, les usagers du système de santé et, plus généralement, les citoyens, aux décisions qui les concernent.

Au delà de ce droit individuel il faut définir un droit collectif de la population à être informée, de façon compréhensible, sur l'ensemble des questions de santé.

De consommateur passif de soins, le patient doit devenir acteur à part entière et participer, avec d'autres, aux décisions de santé publique.

Il est indispensable d'impliquer le plus largement la population, les professionnels de santé, les associations présentes dans les domaines sanitaire et social, les organismes locaux de sécurité sociale ... pour débattre régulièrement des questions de santé, de prévention, des structures de soins.....des attentes et des besoins des uns et des autres.

L'information partagée et accessible au plus grand nombre est un moyen de responsabiliser l'ensemble des acteurs, de faire valoir les besoins, d'adapter l'organisation des services de santé mais également de mieux maîtriser sa propre santé.

Il ne peut y avoir de véritable débat démocratique sans une bonne compréhension des enjeux.

La création d'espaces de débats au plan local, régional et national permettra de déboucher ensuite sur des choix politiques.

Parallèlement, l'éducation à la santé doit être développée par des actions de terrain auprès des établissements scolaires, des entreprises, des quartiers...

Reste à définir une organisation plus précise de cette démocratie sanitaire : faut-il des élections ? A quel niveau ? Qui pourra y participer, pour quels pouvoirs, avec quelles responsabilités ? ...

Annexe 1 : Quelques données chiffrées sur les médecins

En un siècle, le nombre de médecins est passé de 16 000 à 196 000. La part des spécialistes est passée de 43% en 1984 à 51% en 2001. Actuellement 60% des médecins exercent en secteur libéral, 40% sont salariés (dont 29% à l'hôpital).

La forte progression du nombre de médecins, au cours des 30 dernières années, a conduit les différents gouvernements à considérer cette situation comme excédentaire (des dispositifs de reconversion ou de cessation anticipée avaient d'ailleurs été mis en place en 1988 et en 1996 puis supprimés en 2003) ; aujourd'hui de nombreux rapports annoncent une pénurie de praticiens d'ici 2020 (une hausse du nombre d'étudiants vient d'ailleurs d'être décidée).

Le système reste marqué par la persistance de fortes disparités géographiques et de spécialités: la densité médicale pour 100 000 habitants varie de 241 en Picardie à 424 en Ile de France; par ailleurs il faut signaler des différences par rapport au mode d'exercice: les hôpitaux manquent d'anesthésistes et de psychiatres contrairement au secteur libéral.

Certains médecins sont autorisés à dépasser les tarifs de Sécurité sociale: il s'agit des médecins appartenant au secteur 2. Ce secteur dit à honoraires libres, a été créé en 1980 mais il est gelé depuis 1990 : 38% des 55 300 spécialistes libéraux sont en secteur 2.

Les médecins du secteur 2 se situent principalement en région Ile de France et dans les Alpes Maritimes, ce qui renvoie au problème de l'égalité d'accès aux soins.

Le poids des dépassements est d'ailleurs de plus en plus important dans l'évolution des recettes des praticiens.

D'après les études de la Dress (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques), les honoraires des médecins ont augmenté de 4,9 % en 2002.

Cette augmentation provient des relevés tarifaires (les tarifs conventionnés ont ainsi augmenté de 12% pour les omnipraticiens), de la révision et de la création de nombreuses majorations, et de la hausse de 20% des dépassements.

Les autres modes de rémunération des médecins à l'étranger (éléments tirés du rapport du Haut conseil de l'Assurance maladie) : la capitation est un mode de rémunération particulier qui existe notamment au Danemark, au Royaume uni, aux USA, et aux Pays-Bas: pour chaque personne inscrite auprès de lui et pour une période donnée le médecin perçoit un forfait.

Aux Pays-Bas, le forfait tient compte d'un revenu de référence, fixé en fonction du niveau de qualification, des coûts de la pratique (déplacement, téléphone, assistant...) et de la charge de travail moyenne (nombre de patients).

Aux USA, la majeure partie des assureurs privés payent les groupes de médecins sous forme de capitations, de plus en plus souvent associées à des paiements à la performance financière ou sanitaire !!! Ce système induit un évident risque de sélection.

Annexe 2 Les réseaux de santé et les réseaux de soins

Dans le cadre de la réforme Juppé, les ordonnances du 24 avril 1996 ont prévu d'instituer des réseaux inter établissements et d'instaurer une procédure en vue d'agréer des expériences capables de promouvoir « *des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination de cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins et de prévention* ».

La Commission Soubie mise en place dès 1997 fut chargée d'examiner les projets de filières et de donner un avis au gouvernement avant agrément.

Le premier projet associe la MSA et Groupama en 1998 ; peu après le Groupe pharmaceutique Glaxo mettra en place un réseau de prise en charge des asthmatiques.

La loi de financement pour 2002 pérennise et régionalise ce dispositif expérimental, tandis que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé notamment définit les critères de qualité auxquels les réseaux de santé doivent répondre.

Ces réseaux dont « *l'évaluation tant sanitaire que financière reste à mener* » d'après le rapport du Haut Conseil de l'Assurance maladie sont aujourd'hui assez nombreux : certains (182) sont financés par les régions, d'autres (247) sont financés par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Le Medef, dans son projet de novembre 2001 intitulé « Pour une nouvelle architecture de la Sécurité sociale » préconise de substituer à l'organisation actuelle de l'Assurance maladie une organisation en réseaux faisant appel à différents opérateurs de soins.

« Une bonne coordination des soignants implique la mise en place de réseaux de soins, permettant la diffusion de recommandations thérapeutiques pour une pathologie, une meilleure cohésion des acteurs et un partage de l'information concernant le patient. La couverture et le mode de distribution des soins devraient dans ce cadre être confiés à de véritables opérateurs de soins qui auraient pour mission exclusive de couvrir un certain nombre d'assurés en leur garantissant l'accès au meilleur soin possible.

Les opérateurs de soins pourraient être constitués à l'initiative des actuelles caisses de Sécurité sociale, d'autres organismes d'assurance, mutuelles, institution de prévoyance ou sociétés anonymes.

Dans le cadre d'un cahier des charges précis élaboré par les Pouvoirs publics, en concertation avec les professionnels de santé, chaque opérateur de soins négocierait avec les différents fournisseurs de soins, médecins libéraux, laboratoires, industrie pharmaceutique et hôpitaux, les modalités de fournitures des soins en privilégiant la constitution de réseaux permettant la prise en charge globale et le chaînage des actes....

Le financement des opérateurs se ferait sous forme d'un forfait par assuré...

Les opérateurs de soins seront les pivots du nouveau système, en étant pleinement en charge de la gestion du risque santé, en optimisant la gestion du forfait par assuré, et en recherchant l'efficacité dans la mise en œuvre des moyens pour assurer la plus grande qualité de soin... ».