
Les Dîners de l'Institut Diderot

Politique de santé :
répondre aux défis de demain

Claude Evin

Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France

Les Dîners de l'Institut Diderot

Politique de santé :
répondre aux défis de demain

Claude Evin

Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS

Dominique Lecourt

p. 5

POLITIQUE DE SANTÉ : RÉPONDRE AUX DÉFIS DE DEMAIN

Claude Evin

p. 7

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT DIDEROT

p. 29

AVANT-PROPOS

Voici que se transforment à vive allure les pathologies auxquelles ont à faire face les professionnels de santé. La mondialisation joue son rôle dans la rapidité de propagation des grandes épidémies. Les progrès des sciences et des techniques médicales ont contribué au vieillissement de la population dans les pays développés. Les maladies chroniques se répandent et les pathologies se complexifient.

Il s'impose de repenser de fond en comble les politiques de santé, explique Claude Evin. A la conception curative de la médecine, toujours cloisonnée, il appelle à substituer une approche intégrée de « parcours de santé » ouverts aux personnes tout au long de leur vie.

De son expérience de Ministre naguère, et d'homme de terrain aujourd'hui à la tête de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, il tire les leçons qui visent à assurer cohérence et continuité à cette approche.

Il donne un sens moderne précis au vieux précepte selon lequel « mieux vaut prévenir que guérir ». La notion même d'efficience doit être redéfinie. La recherche de l'efficience, écrit-il, est « d'abord une culture ou un état d'esprit ».

Cela passe par une « revalorisation en profondeur de l'offre de prévention » et par une « territorialisation » de la politique de santé. Il y va de l'indispensable ré-humanisation de la médecine scientifique.

Dominique Lecourt

Directeur général de l'Institut Diderot

POLITIQUE DE SANTÉ : RÉPONDRE AUX DÉFIS DE DEMAIN

Les enjeux auxquels notre système de santé doit faire face

Le secteur de la santé sera confronté dans les prochaines décennies à des transformations et à des défis de plus en plus aigus. Plusieurs tendances lourdes structurent les évolutions dans le champ de la santé : les évolutions épidémiologiques, les transformations sociales, l'évolution des représentations, les enjeux démographiques et enfin les enjeux de financement.

Comme toutes les phases de transition, la période actuelle est marquée par l'incertitude. Nous manquons parfois de visibilité, de repères et l'horizon des changements profonds qui s'annoncent requiert des capacités de souplesse et d'adaptation, de réactivité pour mieux les accompagner.

1- La transition épidémiologique et les bouleversements professionnels et structurels qu'elle engage

Nous vivons actuellement, en France comme dans l'ensemble du monde développé, une phase de transition épidémiologique, qui se caractérise par une prévalence toujours plus importante des **maladies chroniques** et par le **vieillissement** de la population, sous l'effet notamment du progrès technique et thérapeutique et de la régression des maladies infectieuses.

Cette phase de transition engendre des défis majeurs pour le système de santé : nous ne pourrons plus répondre aux besoins de santé de demain comme nous répondions à ceux d'hier ; la prise en charge d'une affection chronique requiert en effet **une organisation plus complexe, plus longue et plus multidisciplinaire** que la réponse de nature curative appelée par des épisodes aigus. La période actuelle appelle donc sans conteste des évolutions profondes dans l'organisation du système de santé et dans la pratique des professionnels de santé. On ne peut plus aborder les sujets comme hier, en silos, et les cloisonnements sur lesquels le système de santé s'est historiquement construit (entre secteurs préventif, curatif et médico-social) ne permettent plus de répondre aux besoins de santé des populations. Nous devons organiser des continuums de services sophistiqués, de la prévention à la prise en charge sous différentes formes.

Il convient de rappeler que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés évalue à 12 millions le nombre de Français qui seront pris en charge pour une affection de longue durée en 2015 ¹ et que le nombre de personnes dépendantes devrait augmenter en moyenne de 50% en France entre 2000 et 2040 selon l'INSEE ². Or la prise en charge de la chronicité nécessite de mobiliser des moyens spécifiques pour lesquels notre système de santé, structuré autour de son ambition curative, n'est pas aujourd'hui encore organisé de façon optimale. Les exigences spécifiques de la prise en charge des maladies chroniques appellent des bouleversements profonds : intégration, travail en équipe et en réseau, coopération, coordination et structuration des complémentarités entre professionnels, accompagnement et éducation du patient, liens étroits entre prise en charge sanitaire et accompagnement social, utilisation des nouvelles technologies...

1. CNAMTS, « Les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2015 », 5 juillet 2007.
2. M. Duée, C. Rebillard, *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, INSEE, 2006.

2-Les nouvelles attentes sociales en santé

2011, année des patients et de leurs droits, est marquée par une réflexion collective importante sur ce qu'implique l'émergence d'attentes nouvelles de la part de nos concitoyens dans le secteur de la santé. Ces aspirations reposent sur une double volonté d'être mieux informés sur leur santé et de participer davantage à leur prise en charge et aux décisions qui les concernent, individuellement et collectivement. Là encore, ces attentes sont porteuses de changements importants pour l'organisation de l'offre de santé et pour les pratiques professionnelles. Au-delà de la reconnaissance des droits des patients, c'est la capacité du système de santé à rendre chacun acteur de sa santé qui est en jeu.

Cet enjeu concerne tout particulièrement **l'accès des patients à l'information** : information médicale, information sur les comportements propices à la santé et sur les risques, mais aussi information sur l'organisation de l'offre de santé (qui fait quoi, où, quand, à quel tarif ?) ainsi que sur la qualité des pratiques ou la fréquence des événements indésirables. La diffusion d'Internet a bien sûr considérablement amplifié l'accès à l'information en santé, puisqu'une enquête CNOM/Ipsos a révélé que plus de 70% des répondants avaient déjà consulté Internet pour obtenir de l'information dans ce champ³. L'émergence d'attentes sociales de plus en plus fortes, en matière d'information sur l'offre de santé, sur la qualité et la sécurité des soins, demande une réponse à la hauteur des enjeux. La situation actuelle est paradoxale, puisqu'alors que les données existent en nombre et sont de plus en plus accessibles, la communication publique sur ces données reste encore insuffisante pour combler ce que l'on peut appeler une véritable « fracture communicationnelle » entre usagers et institutions de santé.

3. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins/Ipsos 2010.

3-Les inégalités sociales de santé

Des travaux comparatifs à l'échelle européenne ont fait valoir que **la France est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes** lorsqu'elles sont mesurées par le risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation⁴. Surtout, la littérature révèle que ces inégalités ont tendance à s'aggraver sur le long terme ; les années de vie gagnées depuis les années 1950 semblant toujours plus nombreuses pour les personnes les plus éduquées ou appartenant au haut de la hiérarchie sociale.

Les données nationales permettent d'établir que l'on observe au sein de la population française des disparités importantes en termes de mortalité ou d'espérance de vie, en termes de santé perçue, en termes de morbidité et enfin en termes de recours aux soins ; disparités qui sont corrélées au niveau de revenu, à la catégorie socioprofessionnelle, ou encore au niveau de diplôme. Il existe aussi des **inégalités géographiques de santé**⁵, les études révélant d'importantes disparités entre le nord et le sud de la France en termes d'espérance de vie et de causes de décès⁶.

Pourtant, les inégalités de santé mettent à mal les principes de notre système de protection sociale fondé sur le principe de solidarité. Ainsi, les inégalités d'accès aux soins par exemple sont jugées comme les plus inacceptables par plus d'un tiers des Français, loin devant les inégalités de revenus ou d'accès à l'emploi⁷.

Selon l'INSEE, sur la période 1999-2003, **parmi les hommes de 35 ans, ceux qui étaient cadres supérieurs vivaient en**

4. J.P. Mackenbach et al., « Socioeconomic inequalities in health among 22 european countries », New England Journal of Medicine, 2008, 358, 2468-81.

5. Haut Comité de Santé Publique, 2002.

6. P.J. Thumerelle, « Taux bruts de mortalité et espérances de vie », in G. Salem et al., Atlas de la mortalité en France, Paris, John Libbey Eurotext, 1999.

7. P. Boisselot, « L'évolution des opinions des français par rapport aux enjeux sociaux et à la protection sociale entre 2000 et 2006 », Etudes et résultats, 09/2006, n° 517 : <http://www.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats,4001.html>

moyenne sept ans de plus que les ouvriers du même âge⁸. Cette différence n'était « que » de six ans sur la période 1976-1984. De fait, si toutes les catégories sociales ont bénéficié, au cours de ces dernières décennies, de l'augmentation de l'espérance de vie, certaines en ont davantage profité que d'autres, si bien que les disparités de mortalité entre catégories tendent à augmenter, du moins parmi les hommes. Aux inégalités de mortalité s'ajoutent les inégalités qui touchent la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités : ainsi, par exemple, **non seulement les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres et assimilés, mais encore ils vivent plus longtemps qu'eux avec des incapacités invalidantes⁹. Sur ses 47 années d'espérance de vie, un cadre supérieur de 35 ans peut espérer en vivre 34 sans aucune incapacité, contre 24 pour un ouvrier. Les inégalités sociales de santé reposent aussi sur des inégalités dans le **recours à l'offre** de soins. Selon l'enquête santé protection sociale (ESPS) de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) en 2008, 15% de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (14% en 2006 et 13% en 2004). L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement, qui varie fortement en fonction du niveau de revenu des ménages.**

Les inégalités sociales de santé s'observent également dans les **types d'offre sollicités**. Ainsi, les personnes avec les diplômes les plus bas privilégient deux fois plus souvent des structures de proximité pour l'accès aux plateaux techniques (IRM, endoscopie digestive haute, cholécystectomie)¹⁰.

La problématique des inégalités sociales de santé est d'une

8. C. Monteil, I. Robert-Bobée, *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*, Insee Première, INSEE, n° 1025, juin 2005

9. E. Cambois, C. Laborde et J.-M. Robine, *La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte*, Population et sociétés, n°441, Paris, Ined, janvier 2008.

10. *Santé, soins et protection sociale en 2000*, enquête sur la santé et la protection sociale Le Fur et al., France 2000.

particulière importance pour l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, car l'Ile-de-France, si elle fait partie des régions françaises où l'on vit le plus longtemps, est aussi celle où les inégalités sociales et territoriales de santé paraissent le plus marquées. Sur la région, les cartes de la mortalité prématurée et de l'écart au revenu médian se font nettement écho. Certains secteurs de l'Ile-de-France, notamment une grande partie de la Seine-Saint-Denis, cumulent des difficultés économiques et de mauvais indicateurs sanitaires. Ainsi, les hommes vivent en moyenne deux années et demi de plus dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis. L'Ile-de-France se distingue aussi en ce qui concerne la mortalité infantile, plus élevée que la moyenne nationale, et ce tout particulièrement en Seine-Saint-Denis.

La **crise économique** que nous connaissons renforce la nécessité de réfléchir à la persistance des inégalités de santé et de mettre en place des politiques publiques de santé permettant de préserver l'état de santé de l'ensemble de la population. Il s'agit notamment d'agir sur l'ensemble des **déterminants** de santé. Depuis les travaux menés dès le milieu des années 1980 sur la santé des populations, il est en effet établi que les déterminants macro-sociaux, économiques et culturels ont au moins autant d'influence sur l'état de santé de ces populations que les comportements individuels ou les soins médicaux. C'est donc sur ces déterminants qu'il convient de focaliser l'action. Habitat, environnement, transports, éducation : parce que les déterminants de la santé sont multiples, ils appellent une mobilisation de tous les acteurs. Le principe est simple, et décisif : « **mettre la santé dans toutes les politiques** », comme le Haut Conseil de la Santé Publique l'a recommandé dans le cadre de la préparation de la future loi de santé publique.

4-La démographie des professions de santé

Le progrès technique et thérapeutique a changé l'exercice des professions de santé. Tout en augmentant l'efficacité des traitements prodigués, le progrès thérapeutique renforce

le poids des dimensions techniques, organisationnelles et collectives du soin. Il affecte la pratique clinique en accroissant la spécialisation, en imposant l'actualisation constante des savoirs et en nécessitant davantage de coordination. Outre son inscription naturelle dans la dynamique du progrès médical, cette évolution se double aujourd'hui d'une conjoncture de tension prévisible en termes de démographie professionnelle. En effet, si, au 1er janvier 2007, la France comptait 208 000 médecins actifs, soit un maximum historique tant en effectifs qu'en densité, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)¹¹ prévoit cependant que leur nombre **baisse de près de 10% d'ici 2030**¹².

En réalité, la situation démographique des professions de santé présente des caractéristiques paradoxales : c'est à l'heure où la densité globale est plus élevée que jamais que le constat d'une crise est posé avec acuité. Il faut bien voir que le constat numérique n'est pas la seule composante pertinente d'un diagnostic en matière de ressources médicales et paramédicales. Au-delà du constat chiffré, l'enjeu de la démographie des professions de santé concerne **l'adéquation de l'offre aux besoins**, en termes de répartition géographique, en termes d'accessibilité financière, en termes de sécurité pour la prise en charge des patients et de taille critique des effectifs, et en termes de coordination dans la répartition des différentes tâches entre professionnels. Si donc, sur un plan quantitatif, l'analyse de la démographie des professions de santé fait craindre une accentuation de la réduction de la ressource humaine disponible dans les années à venir, une analyse plus qualitative des causes contextuelles de ces enjeux démographiques peut aussi ouvrir **des perspectives positives en termes de réorganisation des**

11. La DREES est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle fait partie du service statistique public. Sa mission est de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

12. K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, DREES, Etudes et résultats, 2009.

pratiques et des modes d'exercice.

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de **nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées** entre la ville et l'hôpital. Comme l'a récemment souligné le rapport Hénart, l'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux aspirations des professionnels de santé comme aux besoins de santé de la population, dans un contexte de déficit démographique et de finances publiques contraintes.

Par ailleurs, le **mal-être des professions de santé** est souligné par de nombreuses sources depuis plusieurs années. En dépit de leur poids économique et politique mais aussi de leur prestige scientifique et symbolique, les professions de santé sont aujourd'hui confrontées à des défis qui les inquiètent et les conduisent à interroger leur positionnement social et institutionnel. Les transformations de leur relation aux patients à la faveur des évolutions sociales et technologiques, la crainte de la judiciarisation, la réforme des études ou de la gouvernance des structures hospitalières, la gestion des épidémies, les impératifs d'efficience, ou encore les défis démographiques, etc., nombreux sont les enjeux critiques qui nourrissent le mal-être des professionnels. L'enjeu des transformations en cours est de remobiliser les communautés soignantes autour des valeurs fondamentales de leur métier.

5- Le risque que les contraintes liées au financement font peser sur la solidarité nationale

Car le dernier élément de contexte qui conditionne l'action publique dans le champ de la santé concerne bien sûr son financement. La France occupe, parmi les pays de l'OCDE, le second rang quant au niveau de dépenses consacrées à la santé

en proportion du PIB¹³. En dix ans, la contrainte qui pèse sur les ressources allouées à la santé est devenue une réalité qui s'impose à l'ensemble des parties. Pour préserver et garantir la pérennité de notre système de protection sociale fondé sur la solidarité collective, chacun s'accorde aujourd'hui sur la nécessité d'accroître l'efficience des dépenses.

Depuis 1945, les progrès de la solidarité sociale se sont accompagnés d'une hausse constante des dépenses collectives de santé qui justifie aujourd'hui la préoccupation des pouvoirs publics et, au-delà, des citoyens eux-mêmes. En outre, les évolutions repérables aujourd'hui aux plans démographique et épidémiologique pourront engendrer une modification importante des équilibres actuels de la solidarité. Cela dit, dépenser plus n'est pas nécessairement un problème, surtout si les bénéfices supplémentaires qu'on en tire dépassent les coûts. Les innovations en matière de médicaments, d'appareils et d'interventions chirurgicales qui sont en grande partie responsables de l'augmentation des dépenses ont aussi permis d'améliorer l'état de santé et de diminuer les incapacités. Il reste qu'un effort systématique pour accroître l'efficience des systèmes de santé est sans doute le meilleur moyen d'en maîtriser les coûts tout en améliorant les performances.

La nouvelle gouvernance du système de santé : les Agences Régionales de Santé

Les différents éléments de contexte que j'ai évoqués dessinent les enjeux auxquels le système de santé doit aujourd'hui répondre.

Un premier élément de cette réponse réside dans la réforme

13. La part de la dépense de santé dans le PIB s'élevait en France en 2008 à 11,2% (source Eco-Santé, OCDE 2010).

majeure de la gouvernance du système de santé que le législateur a souhaité conduire à travers la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Cette réforme s'est notamment concrétisée par la création des Agences Régionales de Santé (ARS), dont nous venons de fêter la première année d'existence.

L'enjeu principal de cette gouvernance nouvelle est de **mettre fin au cloisonnement des offres de santé en région** : dans une logique de service rendu au citoyen en fonction de ses besoins, la politique régionale de santé conduite par les ARS permettra une vraie cohérence et de solides coopérations entre les différents offreurs de santé. De fait, qu'il s'agisse d'être protégé par une veille sanitaire réactive, d'être accompagné dans son désir de rester en bonne santé par l'adoption de comportements sains, d'être soutenu dans la gestion quotidienne d'une affection chronique, d'être conseillé lorsque se profilent l'âge ou la dépendance, d'être écouté lorsqu'une hospitalisation est douloureuse, etc., pour le citoyen, les services attendus du système de santé sont cohérents et demandent **une approche globale tout au long de la vie**. Ce parcours de santé continu, les ARS devront parvenir à le structurer et à le piloter comme un tout - et l'attente très forte dont elles ont fait l'objet n'aura d'égale que leur ambition d'y réussir.

1-Un regard unifié sur la santé

Depuis la fin des années 1980, la région s'est imposée comme le territoire par excellence de la modernisation du système de santé. Mais, par défaut de pilotage global sans doute, la liste des sigles nouveaux imaginés au fil des réformes créant un niveau d'action régional déconcentré avait pris peu à peu l'allure d'un **inventaire à la Périclès** : création en 1991 des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale ; création en 1993 des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) ; en 1996, des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et des Conférences Régionales de Santé (CRS) ; en 2002, ce sont les

conseils régionaux de la santé et les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) qui voient le jour ; à partir de 2004 enfin, les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) organisent l'offre de santé publique en région au travers des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP), à quoi s'ajoute la création des Missions Régionales de Santé (MRS). Durant la même période, chaque loi de financement de la sécurité sociale a en outre créé, en 2000, 2004 et 2008, des dispositifs régionaux aux mains des caisses d'assurance maladie à travers la conclusion, au niveau régional, de contrats de bon usage des soins, de contrats de bonne pratique et de santé publique et de contrats individuels. Au fil des réformes, la régionalisation du système de santé a donc donné lieu à la formation d'une **nébuluse de compétences cloisonnées**. Mais ce cheminement a trouvé son terme avec la volonté unificatrice de la loi de 2009, qui a concentré aux mains d'un acteur régional unique, l'ARS, l'ensemble des pouvoirs sanitaires régionaux de l'Etat.

La politique de santé en région trouve aujourd'hui un nouveau départ. La coordination des différents effecteurs régionaux de la santé est incarnée dans le **Projet régional de santé**, qui fixe de cinq ans en cinq ans la politique de santé de la région. Portée par un regard stratégique enfin unifié, l'organisation de l'offre de prévention, de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale peut désormais trouver à travers la planification des trois schémas régionaux un équilibre inédit.

2-Etat et Assurance maladie

Lors des débats parlementaires sur le projet de loi HPST, la ministre de la Santé a fixé le cap de la réforme : « On a trop longtemps séparé l'organisation des soins de leur financement. (...) Il faut cesser de croire que l'organisateur peut organiser sans se préoccuper du financement et des éventuels déficits, et que le financeur peut financer sans penser à l'organisation et aux territoires. Les ARS sont un outil indispensable de réconciliation, d'autant plus qu'elles ont aussi pour but de dépasser les cloisonnements sectoriels en investissant

l'ensemble du champ de la santé. Il s'agit d'additionner les forces de l'Etat et de l'Assurance maladie ».

Maison commune de la santé en région, l'ARS a donc pour mission **d'équilibrer les relations entre l'Etat et l'Assurance maladie** en unifiant l'organisation du système et une grande partie de son financement. A la différence des ARH qui, sous forme de groupements d'intérêt public, voulaient unir l'Etat et l'Assurance maladie dans une structure hybride, les ARS sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. La cohérence entre l'Etat et l'Assurance maladie est confiée à leur représentation au sein du Comité National de Pilotage (CNP) des ARS. Celui-ci veille à la fois à la cohérence entre l'échelon politique national et les agences régionales et à la cohérence entre structures ministérielles et organismes d'assurance. Il reste que l'unification de la gouvernance qu'incarne la création de l'ARS ne règle pas la question de l'unité des financements. Restés cloisonnés, ils entravent sans doute l'aboutissement de la réforme et rendent au fond inéluctable une progressive unification des moyens au sein d'une agence nationale de santé, avec pour corollaire la mise en place d'un financement par enveloppes régionales de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) : des « ORDAM » attribués aux régions selon leur besoin par vote du Parlement, garantissant la fongibilité des enveloppes en consolidant la transversalité des missions des ARS.

Il reste que l'échelon régional est aujourd'hui un levier pertinent pour répondre aux enjeux évoqués plus haut. Pour cela, il convient de mettre en œuvre un certain nombre de principes d'action auxquels l'ARS Ile-de-France s'attache à donner corps à travers son Plan stratégique régional de santé, actuellement soumis à une large consultation publique.

Répondre aux défis de demain : quels principes d'action ?

1-Structurer les parcours des usagers du système de santé

Notre système était jusqu'à présent organisé pour prendre en charge les phases aiguës de la maladie, et quasi exclusivement d'un point de vue curatif. Mais les exemples sont nombreux qui illustrent l'insuffisante cohérence des différents segments d'un parcours de santé et le déficit de qualité et d'efficience qui en résulte, que l'on songe aux enjeux de la sortie d'hôpital, aux hospitalisations évitables ou inadéquates, notamment chez les personnes âgées, etc. Aujourd'hui cette organisation « en silos » de l'offre de santé n'est plus tenable.

L'un des défis majeurs que nous devons relever est donc de promouvoir **une approche intégrée des parcours de santé**, qui permette de prendre en compte l'ensemble du parcours de la personne, que ce soit entre le préventif et le soin, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social. La cohérence des parcours de santé des usagers implique aussi une articulation avec leur quotidien de vie et, si nécessaire, une coopération avec les acteurs du champ social. L'enjeu se pose notamment pour les **maladies chroniques** dont la prévalence est croissante. La chronicisation de nombreuses maladies transforme le parcours du patient (son parcours de vie), fait de longues phases de suivi au domicile et en ambulatoire, entrecoupées de phases aiguës qui nécessitent une prise en charge en établissement. Une complémentarité de réponses adaptées et évolutives s'impose entre l'établissement de santé, les structures de soins de suite et de réadaptation, et le domicile. Une organisation centrée sur l'hôpital ou reposant sur un exercice isolé de la médecine ne répond donc plus aux impératifs actuels de santé publique. À la visée essentiellement curative de la médecine se substitue désormais une pratique au long cours, adaptative, relevant des logiques de l'accompagnement. Cette pratique doit tendre à la

qualité et à la cohérence des interventions pluridisciplinaires au plus près du patient dans son environnement familial. Elle doit associer le patient et éventuellement son entourage à ce soin continu.

Le regroupement au sein de l'ARS de compétences jusque là exercées par de multiples acteurs, constitue une première réponse. Elle ne saurait être la seule. Dans une logique de décloisonnement, il s'agit de garantir aux usagers des parcours de santé cohérents, fluides et complémentaires.

Il convient ici de préciser d'ailleurs l'emploi du terme « parcours de santé ». Aujourd'hui, on connaît bien le terme « parcours de soins » qui est identifié à l'usage défini par l'Assurance maladie dans le cadre de la loi du 13 août 2004 et de la réforme du médecin traitant. Mais plusieurs acteurs (au premier rang desquels les représentants de patients, mais aussi l'ARS Ile-de-France qui en fait son leitmotiv) s'accordent désormais pour revendiquer l'usage du terme « parcours de santé ». Il désigne, de façon plus globale, le parcours de vie de la personne dans tous les aspects qui concernent sa santé : parcours qui conduit donc d'une vaccination à une information sur les comportements à risque, d'un dépistage à une prescription de contraception, d'une hospitalisation à un hébergement médico-social, etc. Car on voit bien que chaque personne, malade ou bien portante, jeune ou âgée, rencontre des besoins ou des difficultés particulières autour desquels doivent s'articuler des parcours spécifiques. L'enjeu de cette **approche « par parcours »**, telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui au plan politique dans les grands plans nationaux (cancer, Alzheimer, maladies rares) et telle que nous la revendiquons à l'ARS Ile-de-France, est de renforcer la coordination entre les différents acteurs impliqués auprès d'une personne, avant, après et bien sûr pendant la maladie.

A l'ARS Ile-de-France, nous souhaitons pour cela tout d'abord que chacun puisse entrer au bon moment et au bon endroit dans son parcours de santé. **Entrer au bon moment**, c'est avoir la garantie d'être pris en charge suffisamment tôt face à l'éventualité de la maladie, qu'il s'agisse d'accéder à la

vaccination, au dépistage organisé ou au repérage des troubles et handicaps. Entrer au bon moment dans le parcours de santé, c'est aussi optimiser le suivi en routine pour anticiper et éviter les situations de crise, c'est réduire le nombre d'hospitalisations évitables, notamment dans la prise en charge du diabète, de l'asthme et de l'insuffisance cardiaque.

Entrer au bon endroit, c'est pouvoir disposer d'un service de santé organisé de manière graduée et adaptée à ses besoins. La présence de médecins généralistes et de professions paramédicales, nécessaires à un suivi régulier de la population ou au maintien à domicile des personnes âgées ou des malades chroniques, doit pour cela être organisée sur l'ensemble de la région et accessible à un tarif opposable. Pour pallier les carences dans certains territoires, l'aide à l'installation de professionnels libéraux ou la présence de centres de santé doivent garantir cette proximité.

Bénéficier d'un parcours de santé sécurisé, c'est être assuré que les différents moments et lieux de l'intervention sont bien en cohérence, que chaque étape du parcours de la personne soit bien articulée, de la prévention aux soins, de la ville à l'hôpital puis au service de soins de suite et de réadaptation, si nécessaire et jusqu'au retour à domicile. De cet objectif découlent donc les principes d'action que je vais évoquer à présent : la promotion de la coopération entre les offreurs de santé, la réorganisation de l'offre de santé dans un double souci d'amélioration de la qualité du service rendu et d'efficience, et la territorialisation de l'action.

2- Favoriser la coopération entre offreurs de santé

La prise en charge des patients ne peut se réduire à la juxtaposition de professionnels, d'établissements de santé ou d'établissements médico-sociaux. Le défaut de coordination entre les offreurs de santé est un facteur de non-qualité et de perte d'efficience. Seule la coopération permet de rompre l'isolement de certaines structures ou professionnels, de réaliser des économies d'échelle, d'améliorer la qualité des prestations par une prise en charge globale des usagers, etc.

Elle peut tout d'abord prendre la forme d'une **coopération entre établissements de santé ou établissements médico-sociaux**, publics ou privés : les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) ou encore les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). C'est un axe sur lequel la loi HPST a souhaité renforcer les leviers d'action, même si un récent rapport parlementaire souligne l'insuffisante mise en œuvre des nouveaux leviers à ce jour ¹⁴.

L'enjeu est de garantir la poursuite des activités de soins, avec la contrainte de l'équilibre budgétaire et de l'évolution de la démographie médicale et paramédicale. La coopération doit en effet favoriser la coordination et la complémentarité des prises en charge et accompagnements assurés par les établissements et services. Cela va de la simple mise en commun de moyens, à la gestion d'un personnel à temps partagé, jusqu'à l'exercice des missions des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, outre la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel...), la mise en commun de services (juridiques, comptables...) ou d'équipements (restauration...), la coopération permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social.

Par ailleurs, pour améliorer la complémentarité entre ville, hôpital et actions de prévention, les **réseaux** ont fait la preuve de leur pertinence. Les réseaux, dont la reconnaissance par voie légale a été tardive par rapport aux premières expériences de terrain, ont initialement été développés à l'initiative des professionnels soignants et ont concerné les pathologies dans lesquelles l'interdépendance d'acteurs différents était forte (infection par le VIH/sida). Leur apport majeur se situe dans la coordination des parcours de santé, dans l'intégration des démarches de prévention et de soins, et dans la coordination

14. Assemblée nationale, C. Paul et J.-M. Rolland, *Rapport d'information sur la mise en application de la loi HPST*, 30 mars 2011.

de la prise en charge de patients complexes. Ils sont donc un atout face aux défis à venir.

De même, dans le contexte d'une incessante croissance de la demande de soins d'une part, et de la diminution annoncée du nombre de médecins d'autre part, la modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de **nouvelles formes de coopération** sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé. Venant après une réflexion riche, conduite notamment sur la base d'expérimentations menées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) et la Haute Autorité de santé (HAS)¹⁵, et approfondie à l'occasion des Etats généraux de l'organisation des soins en 2008¹⁶, la loi HPST a étendu le principe des coopérations entre professionnels de santé. Ses enjeux sont multiples : réduire les difficultés et les inégalités d'accès aux soins liées à l'évolution défavorable de la démographie médicale et aux disparités de répartition territoriale des professionnels de santé ; favoriser le développement de certaines activités, telle que l'éducation thérapeutique, et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients, notamment pour ceux atteints de pathologies chroniques ; améliorer l'efficacité des prises en charge ; et enfin améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Enfin, dans la même perspective, les difficultés rencontrées de plus en plus fréquemment par les professionnels de santé notamment de proximité dans le cadre d'un exercice individuel de type libéral (qualité de vie, course à la multiplication des actes, isolement, etc.), conduisent au développement de **structures d'exercice collectif**. Amélioration de la coordination des acteurs et donc de la prise en charge, renforcement de la continuité des soins, élargissement des missions de santé

15. HAS/ONDPS, « Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé », 2008.

16. DHOS/ONDPS, « Etats généraux de l'organisation des soins, Synthèse des travaux », 2008.

publique, accès aux soins facilité par la pratique de tarifs opposables, lieu de formation et de recherche, sont, selon que l'on soit professionnel, patient, élu ou institutionnel, autant d'éléments en faveur de ce mode d'exercice. Les structures concernées peuvent être des maisons de santé (exercice libéral pluri-professionnel dans un lieu unique), des pôles de santé (exercice libéral pluri-professionnel sur plusieurs sites) ou des centres de santé (exercice salarié pluri-professionnel sur un seul site). L'activité dans ce type de structure semble être plébiscitée par les jeunes professionnels de santé de premier recours et se révèle donc susceptible de créer un regain d'intérêt pour la médecine de proximité.

3-Restructurer l'offre de santé dans un double souci d'amélioration du service rendu aux usagers et d'efficience

Comme évoqué en introduction, le contexte actuel appelle une action résolue pour garantir la pérennité du système de financement solidaire de la santé. Cette pérennité passe impérativement par une amélioration de son efficience, qui doit allier qualité, accessibilité et performance économique. Cela se traduit par une ambition plus large de **réorganisation et de restructuration de l'offre de santé**. Il s'agit d'éviter les prises en charge les plus coûteuses lorsque des alternatives moins onéreuses existent pour une qualité égale ; c'est par exemple le cas des prises en charge ambulatoires. Une telle démarche est inséparable d'une **revalorisation indispensable de l'offre de prévention**, de même qu'elle s'impose pour satisfaire des besoins non couverts.

De nombreuses conditions sont aujourd'hui réunies pour réussir un bond en avant en matière d'amélioration de la qualité des prises en charge et de l'efficience du système de santé. En tout premier lieu, il est aujourd'hui largement admis que **la qualité des prises en charge et leur caractère efficient vont de pair**. Les acteurs s'accordent pour reconnaître que mieux gérer, c'est aussi mieux prendre en charge et que la qualité des prises en charge est pleinement convergente avec la gestion du risque pour optimiser les ressources et moyens

mis en œuvre. Le concept d'efficience dispose dorénavant d'un haut niveau d'acceptabilité, qui s'explique par la maturité des démarches et des outils de régulation : les mesures comptables ont cédé la place à une régulation plus médicalisée, mettant l'accent sur la pertinence des pratiques et cherchant une réconciliation permanente entre les enjeux d'efficience et les enjeux de qualité.

Comme l'a illustré le travail de l'IGAS sur la mission de gestion du risque confiée aux ARS, la recherche de l'efficience est d'abord **une culture ou un état d'esprit** ¹⁷ : il s'agit d'identifier, à tous les niveaux de l'action, les marges d'action pour garantir la meilleure qualité au moindre coût. Cette démarche repose sur le réflexe de faire appel aux données de la science pour que les actions conduites, dans le domaine de la prévention comme du soin, répondent à cette exigence.

Cet état d'esprit peut se traduire en premier lieu par des **actions d'optimisation** des modes existants d'organisation ou de prise en charge : mutualisation des fonctions support dans les établissements, fluidification des organisations logistiques, lutte contre les facteurs de non-qualité, etc. La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire ou l'augmentation de la pratique de la dialyse péritonéale comptent au rang des objectifs qui nourriront cette démarche, de même que les actions d'appui à la performance, les recompositions et les mutualisations nécessaires.

A un second niveau, la recherche de l'efficience se traduit par une ambition plus large de réorganisation et de restructuration de l'offre de santé. L'ambition doit alors être d'améliorer l'efficience en évitant les prises en charge les plus coûteuses lorsque des alternatives moins onéreuses existent pour une qualité égale, et souvent en respectant mieux les préférences des patients, notamment en termes de proximité. Il s'agit de **recentrer le recours à l'hôpital et aux médecins spécialistes** sur les prises en charge qui le requièrent et de développer les prises en charge ambulatoires à l'hôpital. L'enjeu est

17. IGAS, P.-Y. Bocquet, M. Peltier, « Mission sur la gestion du risque », 2010.

également de mieux articuler les différents socles d'offre selon une **gradation conciliant proximité et technicité** : de la proximité de l'offre de santé de premier recours jusqu'aux plateaux techniques de très haute technicité, l'offre doit être restructurée pour différencier de justes niveaux de recours en fonction des besoins des patients.

Enfin, il faut souligner qu'une politique d'amélioration de l'efficience en santé est inséparable d'une **revalorisation en profondeur de l'offre de prévention**, primaire ou secondaire. La part des dépenses de santé consacrées explicitement à la prévention est faible (moins de 3% en moyenne dans les pays de l'OCDE ¹⁸). Pourtant, de nombreux programmes de prévention sont hautement efficaces au regard de leur coût pour améliorer la santé et la longévité ; s'il est vrai que rares sont les programmes de prévention susceptibles de réduire directement les dépenses de santé, en revanche le caractère efficient d'une dépense visant à prévenir plutôt qu'à guérir est clairement attractif. Ces enjeux sont donc porteurs de perspectives importantes de réorganisation de l'offre de santé, de façon notamment à faire porter les actions de prévention et d'éducation pour la santé par des acteurs d'autres secteurs mieux dotés.

4-Territorialiser la politique de santé

La territorialisation de l'action est un gage de son adéquation aux besoins et de sa pertinence. C'est en effet à l'échelle des territoires que se jouera notre capacité à proposer aux usagers des parcours de santé cohérents, alliant lisibilité et fluidité, donc qualité autant qu'efficience. C'est aussi grâce à la mise en œuvre d'une gouvernance adaptée à l'échelle des territoires de proximité que nous serons en capacité d'encourager la créativité et l'engagement des acteurs de terrain, car le souci de s'allier ces énergies innovantes est, pour une institution jeune comme la nôtre et qui ne doit pas se bureaucratiser, une préoccupation majeure.

18. Source OCDE.

Dans le but de mobiliser réellement les acteurs locaux autour de projets territoriaux de santé, l'ARS Ile-de-France souhaite promouvoir, à l'échelle des espaces de vie des populations, des contractualisations en faveur de la cohérence des parcours de santé. Afin de donner à son action une vraie dimension transversale dépassant les cloisonnements « en silos », l'ambition de l'ARS est d'impulser une nouvelle démarche qui change fondamentalement les organisations existantes. Jusqu'ici, l'action publique en matière de santé s'exerçait d'abord et avant tout en direction des offreurs de santé, avec une finalité de régulation de l'offre par segments (ambulatoire, hospitalier, médico-social et prévention). Dorénavant, il s'agit de penser la politique de santé comme une responsabilité prise devant la population d'un territoire, en fonction de ses besoins globaux. Notre responsabilité n'est plus seulement d'organiser une offre de services en régulant des secteurs professionnels ; notre responsabilité est d'améliorer l'état de santé d'une population dans un double souci de qualité et d'efficience.

Nous pensons, à l'ARS Ile-de-France, que la contractualisation est la démarche qui permet ce changement de paradigme. Elle permet de définir et mettre en œuvre des politiques cohérentes et organisées entre professionnels de santé au sein d'une entité géographique homogène, en utilisant l'ensemble des outils disponibles, avec pour objectif de garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des parcours de santé sur un territoire donné. Par exemple, pour un parcours de santé de patients âgés, il s'agira de conclure entre les opérateurs des actions de prévention mobilisés auprès de cette population, la médecine de ville, les EHPAD, les services à domicile et l'hôpital, un contrat partagé sur un parcours de santé de qualité et efficient, en faisant que chacun des offreurs participent en tant que de besoin à la réalisation des objectifs précis du contrat.

Conclusion

En conclusion, on ne peut que souligner combien les différents enjeux qui se dessinent aujourd'hui pour notre système de santé méritent d'être expliqués et débattus avec chacun de nos concitoyens. C'est pourquoi l'ARS Ile-de-France fait sienne l'exigence de l'Institut Diderot, en faveur de la promotion du débat public et de la réflexion prospective.

Les publications de l'Institut Diderot

Dans la même collection

La Prospective, de demain à aujourd'hui

Nathalie Kosciusko-Morizet

Les Carnets des Dialogues du Matin

L'avenir de l'automobile

Louis Schweitzer

Les nanotechnologies & l'avenir de l'homme

Etienne Klein

L'avenir de la croissance

Bernard Stiegler

L'avenir de la régénération cérébrale

Alain Prochiantz

L'avenir de l'Europe

Franck Debié

L'avenir de la cybersécurité

Nicolas Arpagian

L'avenir de la population française

François Héran

L'avenir de la cancérologie

François Goldwasse

L'avenir de la prédiction

Henri Atlan

L'avenir de l'aménagement des territoires

Jérôme Monod

L'avenir de la démocratie

Dominique Schnapper

L'avenir du capitalisme

Bernard Maris

L'avenir de la dépendance

Florence Lustman

L'avenir de l'alimentation

Marion Guillou

Les Notes de l'Institut Diderot

L'euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert

Emmanuel Halais

L'avenir de la procréation

Pascal Nouvel

La République à l'épreuve du communautarisme

Eric Keslassy

Retrouvez l'actualité de l'Institut Diderot sur
www.institutdiderot.fr

Politique de santé : répondre aux défis de demain

Il s'impose de repenser de fond en comble les politiques de santé, explique Claude Evin. A la conception curative de la médecine, toujours cloisonnée, il appelle à substituer une approche intégrée de « parcours de santé » ouverts aux personnes tout au long de leur vie.

Claude Evin donne un sens moderne précis au vieux précepte selon lequel « mieux vaut prévenir que guérir ». La notion même d'efficience doit être redéfinie. La recherche de l'efficience, écrit-il, est « d'abord une culture ou un état d'esprit ». Cela passe par une « revalorisation en profondeur de l'offre de prévention » et par une « territorialisation » de la politique de santé. Il y va de l'indispensable ré-humanisation de la médecine scientifique.



Claude Evin

Ancien ministre de la Santé (1988-1991),
Directeur général de l'Agence Régionale de Santé
(ARS) Ile-de-France.

La présente publication ne peut être vendue



FONDS DE DOTATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉCONOMIE SOCIALE RÉGI PAR LA LOI N°2008-776 DU 4 AOÛT 2008 - SIRET N° 513 746 651 00019
11, place des 5 martyrs du lycée Buffon 75014 Paris / T. +33 (0)1 53 10 65 60 / F. +33 (0)1 53 10 65 36
contact@institutdiderot.fr / www.institutdiderot.fr