

## FICHES CONCOURS

### POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTE

[www.pergama.fr](http://www.pergama.fr)

#### Les grands enjeux de la politique de santé

Octobre 2017



Le programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé à la loi de financement de la sécurité sociale énonce les grands objectifs des pouvoirs publics dans le domaine de la santé : assurer un égal accès aux soins, développer la prévention, améliorer la qualité de la prise en charge des malades (il s'agit à la fois de mieux coordonner les soins, en particulier entre les secteurs ambulatoire et hospitalier, et de développer une pratique médicale différentes, plus attentive à la qualité des soins), renforcer l'efficience du système de soins (réduction de prescriptions excessives, meilleure efficience de gestion dans les établissements de santé, développement des alternatives à l'hospitalisation) et enfin atteindre l'équilibre de la branche maladie de la sécurité sociale.

La ministre en charge de la santé a, par ailleurs, présenté, en septembre 2017, les priorités du gouvernement, inscrites dans une « Stratégie de santé » prévue par la loi du 26 janvier 2016. Ces priorités se recoupent avec celles du PQE (développement de la prévention, lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, amélioration de la pertinence et de la qualité des soins). La Stratégie y ajoute l'innovation en santé, dans le domaine de l'organisation du système de soins, de la tarification et dans le domaine technologique, comme, par exemple, la télémédecine.

Les enjeux de la politique de santé sont donc multiples mais connectés entre eux : la lutte contre les inégalités de santé et le développement de la prévention sont liés ; la maîtrise des dépenses est liée à une meilleure organisation du système de soins ; un meilleur accès aux soins peut passer par l'innovation ; une plus grande fluidité des parcours des malades, notamment entre la médecine ambulatoire et les établissements de santé, dépend en partie d'un pilotage de la santé unifié.

#### **Développer la prévention pour réduire les inégalités de santé**

Dans l'ensemble des dépenses de santé, les dépenses de prévention institutionnelle (prévention individuelle, comme les vaccinations, les médecines de prévention - médecine du

travail, Protection maternelle et infantile...-, les dépistages, et prévention collective à visée comportementale ou environnementale - hygiène du milieu, prévention des accidents, lutte contre la pollution- ) représentent une somme modeste : 5,9 Mds€ en 2016, à comparer aux dépenses de soins (198,5 Mds). Dans une « dépense courante de santé » de 267 Mds en 2016 (intégrant les soins, les indemnités journalières, les dépenses de santé des personnes âgées et handicapées en institution, les coûts de gestion), les dépenses de prévention apparaissent marginales. Il est vrai que la prévention représente sans doute un effort plus important : des actes de prévention sont intégrés dans les consultations médicales et dans les prescriptions. Reste qu'elle n'est pas au centre d'un système de santé axé sur le curatif.

Les fortes inégalités de santé constatées en France sont imputables à ce constat : inégalité d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles, importance de la mortalité prématurée masculine, prévalence des maladies chroniques (ALD, affection longues et durables) en fonction des diplômes, obésité et caries des enfants directement fonction de la catégorie sociale des parents, tout concourt à souligner l'insuffisance de la prévention. La prévalence du tabagisme (un tiers de la population des plus de 18 ans), l'insuffisance de la couverture vaccinale parfois (grippe) et le faible pourcentage de dépistages pourtant offerts aux populations à risques montrent un souci de prévention insuffisant.

Pour réagir, la loi du 13 août 2004 a créé le médecin traitant, choisi par le malade, qui assume un rôle d'orientation, de coordination, de gestion du dossier médical personnel et de prévention personnalisée. Il est encouragé à avoir une approche globale des besoins des patients par la perception, au-delà des honoraires, de forfaits par patient (5 € au moins, majoré jusqu'à 42 €/an pour un patient âgé et à 70€ si le patient est âgé en « ALD »).

Pour encourager les bonnes pratiques (bon suivi des malades chroniques, rappel des vaccinations actes de surveillance préventive, lutte contre le surpoids), l'assurance maladie verse aux médecins libéraux une « Rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP) : les médecins qui pratiquent certains actes ou recourent à certaines prescriptions acquièrent des points et une rémunération complémentaire. La réussite est inégale : les médecins ont amélioré les suivis, mais la fréquence des vaccins et des dépistages s'améliore peu. Le degré d'atteinte des indicateurs de prévention est celui qui est le moins satisfaisant.

La prévention est, il est vrai, difficile. Les médecines préventives (médecine scolaire, médecine du travail) sont peu valorisées. Les actions de communication ont un impact très inégal, faible sur les populations les plus à risque. En milieu de travail, la prévention des maladies professionnelles est insuffisante et la pénibilité insuffisamment combattue. La difficulté vient aussi du poids de l'histoire personnelle : les individus héritent des comportements à risques de leurs parents (l'IRDES montre que les enfants de fumeurs fument davantage et que le risque d'obésité à l'âge adulte est lié au statut social de la mère<sup>1</sup>). Ils sont d'autant moins disponibles pour écouter les recommandations de prévention qu'ils ont d'autres soucis à résoudre, emploi, argent, logement, éducation des enfants. Fumer devient alors une consolation nécessaire et manger un plaisir dont on ne se privera pas. La rationalité de long terme est souvent hors de portée...Les réponses doivent donc être multiples : augmentation du prix du tabac, comme la ministre le prévoit dans les années à venir (sans doute une hausse

---

<sup>1</sup> Questions d'économie de la santé, IRDES, mai 2010

brutale serait-elle préférable mais mal acceptée), développement des vaccinations obligatoires, insistance sur la lutte contre l'obésité (qui devrait passer par une meilleure surveillance des produits vendus en grande surface) et en faveur du sport. La meilleure réponse serait l'intégration de la prévention dans les actes ordinaires de soins et la mise en place d'un suivi personnalisé de certains malades. Les pouvoirs publics sont favorables à la prévention, il manque encore une stratégie d'ensemble.

### **Permettre un bon accès aux soins, géographique et financier**

La répartition des médecins libéraux sur le territoire est inégale : les pouvoirs publics avançaient jusqu'ici un pourcentage de 6 % de la population (4 millions de personnes) rencontrant des difficultés d'accès géographique aux soins généralistes, le plus souvent dans des régions rurales vieilles (Corse, Auvergne, Bourgogne) ou peu attractives (Normandie). Lors de la présentation du plan d'octobre 2017 de lutte contre les déserts médicaux, le ministère de la santé a réévalué ces chiffres à 8 % et 5,3 millions de personnes sur le fondement des délais d'accès (plus de 20'). La difficulté n'est pas liée à une pénurie générale de médecins : le taux de médecins/1000 habitants est stable depuis 15 ans (3,4 en 2016) même si le nombre des médecins libéraux (notamment généralistes) a tendance à décroître légèrement au profit des médecins salariés et hospitaliers. La pénurie est liée à la concentration de médecins dans des unités urbaines de grande taille et dans certaines régions, sud et ouest. Elle va sans doute d'aggraver compte tenu du vieillissement des médecins qui exercent aujourd'hui en zones de faible densité médicale.

Les pouvoirs publics n'ont pas souhaité restreindre le droit des médecins libéraux à la libre installation et ont privilégié des mesures incitatives : la convention médicale prévoit, pour les médecins exerçant en groupe en zone « fragile », une prime à l'installation et une aide à l'exercice à temps partiel. L'Etat depuis 2013 offre des bourses aux étudiants qui s'engagent à y exercer et une garantie de revenu de deux ans aux généralistes qui s'y installent. Cependant, selon une étude de 2017, la désertification s'amplifie, touchant désormais des régions entières (le Centre) où les centres hospitaliers connaissent aussi des vacances d'emplois. Le plan annoncé en octobre 2017, sans renoncer aux incitations existantes (les « consultations avancées » assurées ponctuellement par des médecins en zone peu dense seront mieux rémunérées), les complète avec bon sens :

- Développement de la coopération entre infirmiers et médecins avec des protocoles de délégation permettant au personnel infirmier de prendre en charge le suivi de certains malades, notamment âgés ou chroniques ; cette innovation, possible depuis la loi HPST (Hôpital, patients, santé territoire) du 21 juillet 2009, est essentielle et trop peu répandue ;
- Inscription de la télémédecine dans le droit commun, avec annonce d'une tarification par l'assurance maladie de la télé consultation et de la télé expertise et équipement systématique des établissements de proximité (maison de santé, établissements d'hébergement des personnes âgés) ;
- Doublement en 5 ans du nombre des maisons de santé et centres de santé. Les maisons de santé (910 en 2017) garantissent aux médecins libéraux de meilleures conditions de travail, en exercice collectif et pluridisciplinaire, avec un objectif de qualité de prise en charge et de développement de la prévention. Si elles répondent à

un cahier des charges (horaires, définition d'un projet de santé, coordination des soins...), les maisons de santé bénéficient de financements spécifiques.

Quant aux difficultés financières d'accès aux soins, elles existent pour certaines spécialités médicales où le conventionnement avec l'assurance maladie en secteur 2, avec honoraires libres, est usuel. En moyenne 45 % des médecins spécialistes sont en secteur 2 en 2016 et le taux de dépassement des actes de secteur 2 par rapport à la tarification « opposable » est de 80 %, bien davantage en chirurgie, en ophtalmologie ou dans des spécialités rares. L'assurance maladie tente de juguler ou de stabiliser le phénomène. En 2012, un seuil maximum de dépassement a été défini et les médecins incités à signer un contrat les engageant à modérer leurs tarifs : la Cour des comptes (rapport 2017 sur l'exécution de la LFSS) note que les résultats obtenus ont été faibles pour un coût important. La convention de 2016 a mis en place un autre dispositif : les médecins qui acceptent de s'engager à stabiliser leurs tarifs et à effectuer une part de leur activité en secteur 1 perçoivent une prime modulée selon le niveau des engagements pris.

La pratique des honoraires libres a certainement des conséquences sur l'accès aux soins mais celles-ci sont mal mesurées : en théorie, les personnes modestes bénéficiaires de certains dispositifs de prise en charge (couverture maladie universelle complémentaire et aide à la complémentaire santé) ne doivent pas se voir appliquer des honoraires libres. Dans la réalité nombre de spécialistes refusent de les recevoir. L'IRDES (institut de recherche et documentation en économie de la santé) chiffre en 2014 à 27 % le taux de renoncement aux soins pour raisons financières mais ces décisions (qui intègrent les « différés » de soins) portent surtout sur la dentisterie et la lunetterie, mal remboursées. En attendant des réformes sur ce point (E. Macron a promis lors de la campagne présidentielle un remboursement à 100 % des soins dentaires, des audioprothèses et de la lunetterie, avec un coût estimé de 4,5 Mds), une étude européenne sur les besoins non satisfaits chiffre à 2 % le pourcentage des personnes ayant renoncé à une consultation et à 5 % la renonciation à des soins dentaires (plus du double, il est vrai, chez les personnes très modestes). L'existence des honoraires libres conduit en tout cas à la constitution de « filières » de soins différentes : aux personnes modestes le recours aux consultations et aux services d'urgences hospitalières, peu onéreux mais avec des délais d'attente. Aux personnes aisées l'accès rapide aux médecins de secteur 2 exerçant dans des établissements privés à but lucratif. Un système de distribution des soins à deux vitesses s'installe doucement.

### **Faciliter les parcours des malades**

Les lois récentes (la loi HPST du 21 juillet 2009 et la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016) ont voulu résoudre la question cruciale de l'organisation du système de soins : cloisonnement entre le dispositif hospitalier et les médecins de ville, insuffisance de lits d'aval qui allongent des séjours hospitaliers, faiblesse aussi des maillons intermédiaires entre ville et hôpital, hospitalisation de jour et hospitalisation à domicile, cause d'hospitalisations indues. Ce sont les personnes âgées qui en payent surtout le prix. La volonté a d'abord été de remettre au cœur du système les soins de premier recours, pour mieux prendre en charge certains malades et écourter ou mieux préparer leurs séjours hospitaliers : le développement des maisons de santé pluridisciplinaires devait y concourir. Les premiers bilans montrent que les soins donnés par ces structures améliorent la qualité mais rien ne prouve qu'elles parviennent à empêcher certaines hospitalisations. En tout état de cause, leur développement

est encore trop limité, de même que la coopération entre professionnels de santé, qui peut être un bon outil de suivi (et de maintien) des malades chroniques à domicile.

La volonté parallèle a été de développer la coopération entre établissements de santé et médecine de ville : de nombreuses initiatives ont été prises, en particulier pour certains malades chroniques qui ont besoin d'un suivi régulier et sont hospitalisées plus ou moins fréquemment, pour « fluidifier » leurs parcours. Les contacts sont établis entre hospitaliers et médecins de ville, des informations sont échangées, une infirmière coordinatrice hospitalière suit parfois le malade, répond aux questions, accélère les prises de R-V, veille aux échanges.

Manque toutefois des maillons dans la chaîne entre l'hôpital et l'ambulatoire. Si les hospitalisations de jour se développent fortement (en chirurgie, en néphrologie, en cancérologie), la Cour des comptes regrettait dès 2013 puis à nouveau en 2016 le faible développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) : cette prise en charge hospitalière à domicile (qui intègre le médecin traitant et la famille) représente aujourd'hui une faible part des séjours (moins de 1 %) comme des journées d'hospitalisation complète (4 %). Pour la développer, il faudrait revoir la tarification, l'organisation des structures et inciter très fortement les médecins à la prescrire.

### **Améliorer la qualité et la pertinence des soins**

Nombre d'études avancent des conclusions assez sombres sur la qualité des soins en France : prescriptions de médicaments inconsidérées ou inutiles, voire nocives, proportion des actes médicaux injustifiés évaluée à un tiers par les médecins eux-mêmes. Une enquête du ministère révèle que seul un médecin sur dix connaît l'ensemble des bonnes pratiques applicables à 6 pathologies courantes et une étude de l'Institut Montaigne révèle des carences évidentes dans le suivi de certains patients....Par ailleurs, le système hospitalier, trop éparpillé, offre une qualité très inégale, notamment dans les petits centres hospitaliers qui ne parviennent pas à recruter des médecins. La France est loin d'avoir le meilleur système de santé du monde, ce dont elle se targue parfois.

En fait, la qualité des soins est mal mesurée. Des indicateurs généraux tels que les hospitalisations évitables, les taux de réadmission et de mortalité post-hospitalière, qui sont employés en routine dans d'autres pays, ne sont pas encore disponibles en France.

Les outils pour améliorer la qualité des soins sont limités : les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (Haute autorité de santé, autorité administrative indépendante), créée en 2004, sont mal connues : son action est informative. Le contrôle médical de la sécurité sociale contrôle le bien fondé de certaines prescriptions ciblées mais ne peut aller au-delà. Dans chaque convention médicale, les médecins libéraux prennent l'engagement de maîtriser des prescriptions excessives ou inutiles et, c'est-à-dire, les engagements sont tenus. Le regroupement des établissements de santé en cours (obligation de se constituer en groupements hospitaliers de territoire) devrait améliorer la qualité des soins en concentrant les compétences. La loi HPST a par ailleurs rendu obligatoire pour les professionnels de santé le « Développement professionnel continu » qui conduit les médecins et les autres soignants à suivre des formations pour améliorer leurs compétences et à participer à des programmes d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Le dispositif, modifié par la récente loi de modernisation du système de santé, s'est mis en place trop lentement.

Enfin, on a vu ci-dessus que les exigences de la rémunération des médecins libéraux sur objectifs de santé publique restent limitées et les résultats obtenus, tout en témoignant de certaines améliorations, sont mitigés. Une meilleure qualité et une meilleure efficacité des soins seraient source d'économies et amélioreraient la santé publique.

### **Maîtriser les dépenses sans altérer la qualité**

Depuis plusieurs années, la stratégie du gouvernement est de colmater chaque année une part du déficit de l'assurance maladie par des économies souvent de nature ponctuelle (baisse de prix, efforts de gestion) pour éviter qu'il ne s'amplifie trop. L'ONDAM (objectif national des dépenses de l'assurance maladie) est, chaque année, ramené, lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale au Parlement, d'une évolution spontanée de 3,5 ou 4 % à un taux proche de 2 % (2,1 % en 2017, 2,3 % en 2018). Parallèlement, chacun est conscient des contraintes qui pèsent de ce fait sur l'hôpital et sur les limites, voire les effets pervers de la tarification des services MCO hospitaliers (médecine, chirurgie, obstétrique), la T2A, tarification à l'activité qui oblige à atteindre un certain niveau de productivité mais qui incite parallèlement à multiplier les actes et altère parfois la qualité des soins. Aucune réforme n'est clairement programmée en ce domaine (des expérimentations sont annoncées). Il est vrai que l'on attend que les restructurations hospitalières menées à la suite de la loi de 2016 sur la modernisation du système de santé (le regroupement obligatoire des établissements publics de santé en GHT, groupements hospitaliers de territoires) portent leurs fruits. L'efficacité imposerait sans doute des mesures plus radicales, portant surtout sur l'organisation du système de soins que sur le niveau de prise en charge par l'assurance maladie. Mais il est vrai que le milieu médical - du moins les médecins âgés - est réticent à modifier la tarification et le mode d'exercice traditionnels.

Reste que le déficit de l'assurance maladie (régime général) est toujours important, même s'il diminue : 5,8 Mds en 2015, 4,8 en 2016, 3,6 en 2017. Les causes du déficit récurrent de l'assurance maladie sont le progrès technique, le vieillissement de la population et le développement des maladies longues et coûteuses, les gaspillages aussi du système : multiplication des actes techniques peu utiles, prescriptions excessives, habitudes de consommation abusive de médicaments, hospitalisations peu ou insuffisamment justifiées. Des mesures d'économies moins ponctuelles s'imposeraient.

### **Assurer un pilotage cohérent**

Face à ces enjeux lourds, un pilotage cohérent de la politique de santé devrait s'imposer. Or, ce pilotage est, dans la pratique, partagé. Certes, c'est l'Etat qui a la responsabilité de cette politique et la création des ARS en 2010 (agences régionales de santé, censées chapeauter localement la totalité du système de santé, établissements de santé, secteur médico-social, prévention et soins de ville) a symbolisé cette ambition. En pratique, le pilotage du système reste distinct entre les établissements de santé, dont l'Etat assure le contrôle, et le secteur ambulatoire, qui n'est régulé que par une convention avec l'assurance maladie et sur lequel les ARS ont peu de marges de décision (exception faite des maisons de santé avec lesquelles elles passent contrat). L'assurance maladie n'a pas l'autorité nécessaire pour imposer des changements décisifs dans l'exercice de la médecine de ville et, même si elle impose certaines contraintes aux médecins, mène une politique de rémunération déraisonnable : dans un rapport de 2014 sur le système conventionnel, la Cour souligne l'incohérence des politiques

de rémunération menées, sans garantie probante d'efficacité, avec l'addition de dispositifs multiples, complexes et coûteux, avec des contreparties faibles, favorisant de plus les actes techniques au rebours des souhaits affichés de mieux rémunérer les actes cliniques et la prise en charge globale des malades. La

Cour regrette surtout que les conventions ne se préoccupent pas assez de l'organisation du système de soins et soient trop peu « interprofessionnelles » et indifférente à la coordination des soins.

La France a un système de santé cher (au total 12 % du PIB), techniquement performant, mais les inégalités de santé sont fortes, la prévention faible et peu efficace, le système de santé hospitalier trop diffus et de qualité inégale, la prise en charge des personnes âgées et des chroniques est à améliorer, l'accessibilité aux soins est en cause et les gaspillages sont multiples. Le système ne fonctionne pas de manière harmonieuse et unitaire, avec une gradation des soins, des soins courants aux soins intensifs. Il est mal préparé à affronter le vieillissement à venir. Une politique de santé ambitieuse est urgente, pour des raisons de coût, d'efficience et de qualité.