



Réflexions du Haut Comité à partir

Refonder le système de soins en assurant des soins de qualité pour tous constitue un objectif qui s'impose à tous les professionnels de santé publique. C'est également le fondement du plan stratégique de la Cnamts rendu public en juillet dernier. Le HCSP a pris connaissance des propositions importantes formulées par la Cnamts. Elles visent à une plus grande qualité des soins par une définition plus claire des champs de responsabilité entre l'État, les assureurs, les professionnels de santé et les usagers, ainsi qu'à une meilleure efficacité pour une utilisation plus rationnelle du système de santé. Le HCSP, conscient de l'importance majeure de ce débat, a souhaité participer à cette réflexion et réaffirmer les principes essentiels qui doivent guider toutes réformes du système de santé.

Gilles Brücker
Vice-président du HCSP

En juillet dernier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a rendu public un plan stratégique visant, selon son titre, à refonder le système de soins en assurant des soins de qualité pour tous.

Le fait que la Cnamts s'interroge sur les meilleures orientations stratégiques pour réorganiser un système de soins dont elle est le principal financeur est une démarche essentielle, qui affiche une volonté de responsabilité dans la gestion des ressources disponibles, et pour leur meilleure utilisation. Ce plan constitue une contribution importante à la nécessaire réflexion sur la refonte du système de soins. Les arguments développés pour fonder un tel plan méritent une analyse détaillée : en particulier sur ses objectifs et sa finalité.

Ce plan stratégique permet d'organiser le débat sur les évolutions nécessaires pour garantir la qualité des soins pour tous les usagers. Cela suppose donc de centrer la réflexion sur les deux points-clés pour la refonte du système de soins que sont la qualité des soins et l'accessibilité des structures.

Cependant une politique de santé publique doit non seulement assurer des soins pour tous, mais également avoir comme objectif l'ensemble des actions concourant à l'amélioration et à la protection de la santé, notamment par un ensemble d'actions d'éducation et de prévention. Ces actions doivent mobiliser de façon concertée, avec les assureurs, différents acteurs indispensables : les citoyens, usagers du système de santé, les décideurs politiques à l'échelon national, mais aussi régional, ainsi que les collectivités locales et les professionnels de santé.

Le HCSP a pensé nécessaire de participer à l'analyse et au débat suscité en raison des enjeux majeurs sur notre système de soins et sur son fonctionnement.

Deux impératifs doivent être pris en compte : répondre aux besoins des citoyens en matière de santé, et définir les réponses permettant de maintenir les dépenses de santé à un niveau supportable et choisi par les citoyens. Ces objectifs, tous deux nécessaires, ne sont pas *a priori* contradictoires, mais ils ne procèdent pas toujours de la même logique. Leur difficile conciliation est indispensable, car on ne peut souscrire à une politique de santé qui ne se forgerait pas sur la réalité des ressources disponibles.

La maîtrise des dépenses de santé constitue donc en soi un impératif qui doit être pris en compte par l'ensemble des acteurs concernés dans une démarche partenariale, au niveau de l'État, des assureurs, des professionnels de santé et des usagers. Les ressources affectées au système de soins ne peuvent être considérées comme illimitées, l'enveloppe *a priori* disponible impose d'opérer des choix à plusieurs niveaux : choix dans la réponse aux besoins identifiés, choix stratégique vis-à-vis de ces besoins, choix de tarification et de remboursement qui conditionneront l'importance de l'offre, et l'accessibilité aux produits de santé. La sélectivité nécessairement opérée impose que ces choix, dont la responsabilité incombe à l'État, puissent se faire sur des critères définis.

du plan stratégique de la Cnamts

Promouvoir la qualité sous ses différents aspects

Ce plan fonde *a priori* sa démarche sur le principe du choix de la qualité. Il est important de souligner aujourd'hui que c'est au nom de la qualité que se mettent en œuvre les différentes actions de contrôle du système de soins. C'est également au nom de la qualité que la démarche d'accréditation des hôpitaux est engagée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

La qualité, mot magique, apparaît donc comme un mot-clé contre lequel personne ne peut aller : le malade, les professionnels de santé, les gestionnaires, les politiques, chacun ne peut que vouloir un système de qualité. Mais il faut définir cette qualité : celle attendue par le malade est-elle la même que celle voulue par le médecin ou par le directeur de l'hôpital ou par les assureurs ? Rien n'est moins sûr.

Cependant les efforts faits depuis plusieurs années pour fonder une démarche de qualité des soins constituent un progrès notable. Cette qualité, aux multiples aspects, peut se fonder sur le respect de normes de sécurité, sur la conformité réglementaire, sur la définition de bonnes pratiques médicales et soignantes ou sur l'élaboration de références opposables. Elle doit également prendre en compte la qualité des choix opérés dans les stratégies d'utilisation des produits de santé, l'optimisation des ressources disponibles et, bien entendu, l'accessibilité des structures. C'est bien sur un ensemble de critères que peut se définir cette qualité du soin. Leur diversité souligne l'importance de la démarche partenariale.

Là encore, la diversité des critères de qualité souligne la difficulté de tous les concilier. Par exemple, en termes de services d'urgence, sujet très sensible, on comprend aisément que le regroupement des ressources sur des pôles d'excellence va améliorer la qualité en termes de sécurité et de compétences. Cependant cela pose nécessairement la question de l'accessibilité géographique... Les critères permettant de satisfaire à ces deux niveaux d'exigence doivent être définis.

Moins de recettes ne signifie pas moins de besoins

L'objectif d'une réelle maîtrise des dépenses n'est pas critiquable en soi. Cette prise de conscience est nécessaire, tant au niveau de l'offre de soins que de la demande ou de l'usage du système de soins. Mais la question même des dépenses de santé ne peut être laissée à la seule mesure d'un équilibre entre les dépenses et les recettes de l'assurance maladie. Par exemple la situation de l'emploi influe sensiblement sur les recettes de l'assurance maladie : une baisse des rentrées liées aux cotisations ne se solde pas par une baisse des besoins de soins ou de prise en charge. Les recettes et les dépenses obéissent pour leur développement à des logiques partiellement différentes.

Les dispositions récentes prises en matière de couverture maladie universelle illustrent ce point essentiel, et soulignent bien le rôle-clé de l'État dans la qualité d'une politique de santé publique.

Le niveau élevé des dépenses de santé est attesté par les comparaisons internationales. La France dépense plus que certains pays comme le Royaume-Uni ou l'Italie. Elle n'apparaît pas cependant, en termes de dépenses de santé, dans une situation différente de l'Allemagne ou de la Suisse. Qualifier « d'excessif » ce niveau de dépenses exige que l'on définisse des critères objectifs.

Ce qui est certainement problématique, en revanche, est le faible degré de couverture sociale de ces dépenses, qui place la France à un rang très médiocre (le 18^e) au sein de l'OCDE. L'amélioration de cette couverture — objectif prioritaire affirmé de longue date par le HCSP — peut être facilité par une meilleure maîtrise des dépenses. Elle n'en est pas une résultante obligatoire.

Évaluer d'abord les besoins

La question essentielle posée par l'utilisation des ressources disponibles est la rationalité des choix effectués en matière de politique de santé. Elle est fonction des besoins effectifs, objectivés pour la population dans son ensemble et dans sa diversité, et de leur importance en termes d'impact sur la santé de ces populations.

Cette logique est bien annoncée dans les critères de qualité du plan de la Cnamts qui précise d'emblée qu'il faut d'abord déterminer les besoins.

L'une des difficultés majeures, qui n'a pas semble-t-il aujourd'hui reçu de réponse suffisamment structurée, ne tient pas tant à la définition des besoins qu'à leur quantification et à leur hiérarchisation sous forme de priorités de santé.

Une politique de santé publique doit non seulement identifier les besoins mais définir des priorités : c'est bien le rôle de l'État, mais il faut savoir sur quels critères se font ces choix. Il est dans les missions incessibles de l'État de définir la politique de santé d'une Nation. Un État démocratique ne peut le faire que par la voix des élus et du gouvernement. C'est l'enjeu des dispositions régissant désormais la loi de financement de la sécurité sociale votée par le Parlement.

Mais si les principes d'un contrôle médicalisé des dépenses de santé, fondé sur la réponse aux besoins, et non sur une simple logique comptable, sont affirmés, force est de constater que les éléments qui permettraient aux parlementaires de se prononcer sur une répartition des enveloppes manquent singulièrement. Aussi, malgré les efforts déployés, notamment par le HCSP et par la Conférence nationale de santé (CNS) pour apporter dans leurs rapports annuels des éléments de détermination des priorités, le choix de ce plan de financement tourne essentiellement autour de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)..., chiffre



qui ne fait que définir le plafond des ressources utilisables.

Cet Ondam est-il un chiffre capable de contribuer de façon déterminante à l'amélioration des politiques de santé publique ? Sans doute permet-il de définir le cadre général des ressources ; mais il demeure seulement un régulateur d'attribution de ces moyens, et il ne suffit pas, loin s'en faut, à caractériser la qualité d'une politique de santé.

Reconnaissant implicitement qu'il n'a pas vocation, seul, à faire une évaluation ou à établir des priorités d'actions, le plan stratégique entend contribuer à réformer le système de soins en régulant l'allocation de ses ressources. Cela ne saurait dispenser d'une réflexion sur la pertinence des choix stratégiques.

La sélection de ces priorités de santé, que supposent ces choix, se heurte à un problème méthodologique difficile auquel le HCSP tentera d'apporter des réponses : sur la base de quels critères doit-on effectuer un choix ? En la matière, des approches de type coût-efficacité sont nécessaires. Elles ne résolvent pas tous les problèmes, et choisir d'agir plutôt en faveur des personnes âgées que des jeunes, des toxicomanes plutôt que des cancers, des accidents néonataux plutôt que des troubles nutritionnels peut effectivement paraître relever parfois de l'opportunité ou de la conjoncture... On sait combien le formidable effort national fait contre l'épidémie de sida, tout à fait justifié en termes de priorités de santé publique, a été lié à une demande sociale des associations de malades, et des professionnels, en l'absence d'un système d'alerte en santé publique. La mesure objective des besoins pour une maladie épidémique nouvelle en émergence n'a pu être faite, à l'époque, qu'avec retard.

En matière de choix de santé, il est significatif que la Conférence nationale de santé, en 1997, ait dégagé dix priorités d'actions considérées comme toutes d'égale importance. Délibérément, la CNS a choisi le non-classement des priorités. Une analyse plus fine des besoins, notamment à l'échelon régional, doit pouvoir permettre une orientation plus précise des politiques sanitaires.

Les politiques de surveillance sanitaire et d'évaluation des actions de santé sont indissociables de la politique de qualité du système de soins. La participation active des professionnels de santé à ces démarches constitue des orientations nouvelles d'activité à prendre en compte.

Ainsi on ne doit pas considérer que les choix des politiques de santé et la sélection des produits et prestations qu'ils engendrent relèvent fatalement de l'irrationnel ou du non mesurable : les bénéfices attendus en termes de réduction des inégalités de santé, de réduction de morbidité, mortalité, invalidité, de journées de bonne santé perdues doivent être, parmi d'autres, des indicateurs objectifs et rationnels.

Préciser les niveaux d'offre nécessaires

Un point fondamental du plan stratégique mérite réflexion : il s'agit de l'excédent d'offre de soins. La question est de savoir sur quels critères doit se fonder cette évaluation pour permettre une réelle régulation de l'offre à des niveaux considérés comme adaptés aux besoins essentiels.

On doit sans doute parler de certains secteurs excédentaires, notamment du fait de l'évolution des techniques. Les redéploiements, les restructurations pour mieux adapter l'offre sont difficiles. Mais il faut autant parler des inégalités dans l'offre de soins que de l'excédent lui-même... Il faut surtout parler d'inégalités dans l'offre de soins, et le travail publié par le HCSP sur la réduction des inégalités de santé à l'échelon intra et inter régional a contribué activement à cette analyse. Car s'il est certainement possible dans divers secteurs en évolution technologique de déceler des domaines excédentaires, rien n'est dit sur les carences et les manques de cette offre de soins. Il suffit de mesurer parfois les délais de consultation proposés pour certaines spécialités dans le secteur public hospitalier pour réaliser aisément que nous sommes loin d'être toujours et partout dans l'excédent : la gynécologie obstétrique, la psychiatrie, la gériatrie en sont des exemples parmi d'autres, sans oublier les carences en urgentistes ou anesthésistes, qui illustrent bien la difficulté de l'adaptation de l'offre aux besoins. L'accès à certaines thérapies spécialisées n'est pas non plus sans poser des problèmes, notamment en raison des coûts parfois élevés de ces thérapies, souvent de longue durée.

Il faut donc aller au-delà d'une affirmation qui pourrait être perçue comme trop globale pour certaines activités et dans certaines régions. Il est sûr qu'il faut améliorer la couverture sanitaire de la population en améliorant la répartition de l'offre et que cette régulation ne peut venir ni du hasard, ni d'un processus d'autorégulation spontanée. Il faudra donc bien définir des critères de réponses aux besoins de la population. Le plan stratégique envisage à cet égard des voies intéressantes pour améliorer l'équité de la couverture géographique de la densité des médecins libéraux. Cela renvoie ainsi à la question centrale : à quels besoins doit-on d'abord répondre et comment réduire les réelles inégalités d'accès dans le domaine des soins. Comment concilier ces exigences avec la maîtrise des dépenses de soins, d'autant que l'identification de besoins nouveaux engendre des coûts souvent croissants ? Aussi il importe de resituer ce plan stratégique pour ce qu'il veut et doit être : une réflexion nécessaire pour une gestion efficiente du système de soins. Cette approche, pour importante qu'elle soit ne constitue pas, isolément, un programme de santé. La réponse aux besoins de santé déborde le champ de l'assurance maladie.

Les politiques de santé publique relèvent de la mobilisation d'autres acteurs dont les collectivités locales et les agences régionales. Le regroupement des stratégies régionales, au sein d'agences régionales de santé (et non plus seulement de l'hospitalisation) constitue une possibilité à prendre en compte dans l'avenir.

En effet les choix des politiques de santé doivent pouvoir prendre en compte certains besoins plus propres à certaines régions qu'à d'autres. La participation des usagers à ces choix, fortement demandée à l'occasion des États généraux de la santé, peut s'inscrire de façon plus visible et active dans une démarche régionale. Mais il faut également pouvoir favoriser dans cette approche une meilleure cohérence entre les soins ambulatoires et le système hospitalier, en particulier au sein de réseaux de soins.

Le Haut Comité de la santé publique a souligné, dans son rapport sur les inégalités de santé, l'importance du renforcement du rôle de la région, la nécessité de ne pas rigidifier l'offre, mais surtout que la seule égalisation des dépenses de soins, bien entendu nécessaire, ne suffit pourtant pas, à elle seule, à réduire sensiblement les inégalités de santé.

Gérer les outils de la maîtrise des dépenses : le panier de biens et de services

Le plan stratégique se veut une démarche qualité organisée de façon partenariale. Certes, les responsabilités de chacun doivent y être clairement définies, et l'État conserve la définition des besoins et les choix des politiques de santé. Mais d'après ce plan, la communauté scientifique, elle, devrait partager l'appréciation de l'utilité des soins en partenariat avec l'assurance maladie. Il y a là un glissement des responsabilités, l'assureur devenant partiellement co-arbitre avec la communauté médicale et scientifique de ce qui est utile ou non. C'est à la communauté scientifique, de façon objective, de définir l'utilité du soin, sur des critères rendus publics. L'assurance maladie, prenant en compte ces critères, définit en articulation avec l'État les modalités de remboursement, sur la base de critères également rendus publics.

En effet, l'utilité des soins doit pouvoir être entendue comme le bénéfice que l'usager ou le malade est en droit d'attendre pour sa santé. Le bénéfice tiré par l'ensemble de la société, en termes de gain de santé publique, peut aussi être pris en compte. Cette utilité est mesurable par des évaluations scientifiques, objectives, qui relèvent de la compétence des professionnels de santé. Bien entendu cette fonction d'expertise doit être dissociée du prestataire de soins ; elle repose cependant sur une expertise des professionnels de santé, y compris des professionnels de santé publique.

Elle doit prendre en compte la demande sociale des usagers. Jusqu'à très récemment les questions relatives au confort des malades, à leur bien-être, à leur douleur notamment, apparaissaient aux yeux des professionnels comme plutôt accessoires. Elles sont aujourd'hui au cœur de la demande exprimée, et l'on ne saurait passer sous silence cette exigence de qualité, fortement exprimée lors des États généraux de la santé.

La Cnamts réclame, pour la maîtrise des dépenses, les outils-clés représentés par la tarification des actes et des produits remboursés. Cependant elle ne peut en être la seule maîtresse, car ce serait oublier que cette approche économique est indissociable de la politique de santé et de la définition des priorités. Que serait une priorité d'action de santé si l'acte qui en découle n'était pas remboursé ? On peut ainsi illustrer les difficultés de cohérence d'un système qui prône, par exemple, la lutte contre le tabagisme par l'aide aux dispositifs de sevrage, sans permettre le remboursement des produits de substitution, pourtant reconnus comme un apport essentiel pour améliorer les résultats du sevrage tabagique.

Le cœur du débat va donc bien tourner autour de ce qui est remboursé et de ce qui ne l'est pas, ce que l'on dénomme le panier de biens et de services remboursables. Il faut sans conteste avancer sur ce sujet : c'est également un des objectifs du HCSP qui prépare, à l'attention de la Conférence nationale de santé, une argumentation sur cette question. L'utilité médicale doit être le critère de référence. Il n'est cependant pas simple de disposer aujourd'hui de l'ensemble des arguments permettant une analyse objective. L'expertise récente de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé sur de nombreux produits pharmaceutiques en témoigne. Qui donc définit cette utilité, si ce n'est justement l'expertise scientifique ? Commençons d'abord par définir les critères généraux qui feront entrer la réponse à des besoins de santé dans ce fameux panier. Accordons-nous d'abord sur les logiques des démarches si nous voulons vraiment une stratégie partenariale en faveur d'une politique plus équitable en matière de soins. Cela implique d'articuler de manière plus claire le champ des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie.

Renforcer la transparence

La transparence est comme la qualité réclamée à juste titre par tous, mais généralement pour voir ce qui se passe chez le voisin plutôt que pour montrer ses propres pratiques et ses propres difficultés ! En l'occurrence, la Cnamts demande avec raison la transparence chez les médecins pour le codage des actes. La transparence est aussi requise pour l'appréciation des compétences médicales en vue d'une certification, et pour les pratiques des lieux de soins en vue d'une accréditation. Il est demandé également la transparence chez les patients vis-à-vis de leurs consommations. Sans doute faut-il beaucoup améliorer le recueil d'informations sur ces prescriptions et ces consommations. Mais on doit refuser que soient mises en opposition, et même en antinomie comme le dit la Cnamts, la qualité totale des soins et la préservation absolue de l'intimité. Tout ne doit pas forcément être divulgué. La protection des informations est une valeur essentielle du dialogue, de la confiance et de la qualité des soins... Aussi, si le souci de transparence doit être partagé par tous ceux qui participent à la bonne gestion des ressources, l'accès par tous aux consommations médicales comporte des risques graves de violation du secret médical. L'informatisation à venir des données du dossier médical devra être extrêmement vigilante sur ces questions.

En revanche, le souci de transparence, cette fois appliqué aux besoins des patients, notamment pour leur information, leur éducation, leur orientation, constitue une forte demande des utilisateurs du système de santé. Les États généraux de la santé qui ont permis très largement aux usagers de s'exprimer dans plus de mille débats publics sur la santé, ont mis en évidence cette véritable exigence : plus d'information, plus de communication, plus de transparence sur les choix thérapeutiques, sur la qualité des systèmes de soins, sur les risques en matière de santé. Cette demande doit être entendue par tous les professionnels de santé certes, mais aussi par les gestionnaires de ce système. Le développement important des techniques médicales nécessite, pour plus de qualité et d'efficacité, une compréhension et une adhésion des malades à leur traitement. Cela suppose le partage de l'information et des connaissances, exigence d'une démocratie sanitaire. Cela impose de prendre en compte le temps nécessaire à cette information : plus de temps avec chaque patient peut signifier moins de malades par médecin. Se pose avec acuité la question du niveau ou du mode de rémunération à l'acte, et de la codification des actes de prévention. De plus, pour mieux répondre à cette évolution des pratiques, la situation de la démographie médicale doit être revue. En effet la charge de travail de nombreux médecins généralistes apparaît aujourd'hui peu compatible avec ces critères de qualité pourtant revendiqués par les citoyens. Sans doute en est-il de même dans bien des spécialités ; et que dire de la charge de travail dans de nombreux secteurs cliniques des hôpitaux où certains manques de personnels, médecins ou infirmières, vont se faire d'abord au détriment de la communication avec les malades, réalisation de l'acte technique oblige...



Des propositions importantes de la Cnamts

Il n'est pas dans le propos ici de porter une analyse détaillée de l'ensemble des propositions faites par la Cnamts. Elles constituent une véritable base de travail. Nous n'en discuterons que quelques applications fondamentales.

Améliorer la qualité de l'offre de soins par la compétence et la répartition des médecins

La proposition n° 1 du plan de la Cnamts entend répondre à l'exigence de compétence en fondant le conventionnement sur la certification. On doit souscrire au principe de formation continue et à l'évaluation des pratiques médicales tout au long d'un exercice professionnel marqué par de profonds bouleversements des connaissances techniques. La compétence professionnelle des médecins est sans doute le premier niveau d'exigence d'une qualité des soins. Les développements techniques importants et les progrès médicaux ont rendu sans doute plus difficile, voire illusoire, la maîtrise de l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques par un seul professionnel de santé. Mais la question de la certification, pour être véritablement pertinente et opérante, doit être définie en fonction des types d'actes autorisés ou pratiqués, en fonction des critères de qualité qui peuvent imposer des formations spécifiques. Cette certification devrait être délivrée pour une période donnée dont la durée serait définie par des collèges d'experts, en fonction de la technicité ou de l'évolution des différentes pratiques.

L'amélioration de la répartition de l'offre de soins demeure un objectif prioritaire, concourant pour une part à réduire les inégalités de santé. Les moyens favorisant le conventionnement du médecin, dans des zones où les besoins en généralistes ou spécialistes ne sont pas couverts, doivent être étudiés et les propositions de la Cnamts constituent une bonne base de travail.

On sait que les mesures visant à répondre aux problèmes actuels et attendus de la démographie médicale auront une forte inertie de réponse dans le temps. Cela souligne la nécessité de prendre dès à présent les mesures permettant de mieux adapter cette démographie médicale aux besoins : évolution du numerus clausus, orientation dans les spécialités où les besoins sont en émergence, rééquilibrage surtout de la densité médicale dans les régions défavorisées. La rigidité du système actuel oblige à définir les flux de formation avec une anticipation d'une, voire deux décennies sur l'évaluation des besoins. La mise en place des dispositions permettant de reconfigurer avec moins d'inertie et plus de « passerelles » l'éventail des spécialités médicales devrait être étudiée pour améliorer l'adaptabilité et la réponse du système de soins. Sans doute faudra-t-il également tenir compte de l'évolution des tâches des professions de santé, distinctes des actes de soins : participation des médecins généralistes ou spécialistes à des actions de santé publique, d'épidémiologie, d'évaluation, de prévention, qui constituent des activités croissantes nécessaires à la mesure de la qualité du système de soins. Leur participation à ces activités constitue en outre une possibilité efficace de formation continue.

Renforcer les politiques de prévention

Un vaste champ, trop peu abordé dans le plan de la Cnamts, est pourtant au cœur des débats sur la restructuration du système de santé (et pas seulement du soin) : le champ de la prévention.

De fait, il semble acquis désormais que personne ne songe plus à dissocier la démarche de prévention de l'activité de soins. Aussi les politiques de santé doivent-elles s'attacher à concerter les approches curatives et préventives. Pourtant la stratégie de prévention primaire n'est, dans le plan de la Cnamts, guère présente que pour les problèmes de soins dentaires, et les vaccins bien entendu.

C'est sans doute un peu court quand on sait aujourd'hui l'importance des comportements des usagers pour la prévention primaire dans les pathologies majeures que sont les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les accidents, les infections graves (VIH, MST, hépatites...) et tant d'autres.

En revanche les programmes de prévention secondaire, basés sur des stratégies de dépistage, notamment pour les cancers, se mettent en place, sous l'égide du Comité national de prévention État-Assurance-maladie. La montée en charge progressive du dépistage du cancer du sein, l'extension des programmes concernant le cancer du col rendent compte des efforts en la matière.

L'opposabilité progressive de normes de dépistage telle que la propose la Cnamts est un élément important de la qualité de ces stratégies. Mais le résultat attendu de cette démarche doit également prendre en compte l'accessibilité des programmes ou la participation des plus démunis. Et s'il existe sans doute des recours contestables ou trop fréquents aux dispositifs de dépistage (mammographie ou frottis cervicaux par exemple) il faut également se préoccuper de la non-participation encore de nombreux usagers. Ce non-recours illustre une couverture insuffisante de la population et souligne les difficultés d'information et d'adhésion à ces programmes pour certains sous-groupes de population du fait de caractéristiques économiques, sociales ou géographiques.

L'évolution des comportements individuels, de façon plus conforme à des objectifs de santé, doit permettre une réduction de la morbidité, déjà observée depuis quelques années pour les maladies cardio-vasculaires ou certains cancers. Cette politique suppose non seulement une évolution des pratiques des professionnels et leur évaluation mais une plus grande prise en compte des actions de prévention concourant à la qualité du système de soins.

Cette politique de prévention, maintes fois mise en avant comme une composante encore insuffisante de notre système de santé, doit faire l'objet d'une mobilisation plus importante des professionnels du champ socio-éducatif.

Le non-respect des dispositions réglementaires vis-à-vis du tabagisme dans les lieux éducatifs ou de soins témoigne de ces insuffisances.

La forte demande d'écoute et d'information des usagers et la participation de ceux-ci aux processus de décision en matière de choix stratégique indiquent des priorités qui nécessitent d'être réellement prises en compte : des centres régionaux d'information et d'orientation, des points écoute de proximité, notamment vis-à-vis des jeunes et des groupes en difficulté constituent des réponses susceptibles d'améliorer les comportements des usagers et le recours éventuel au système de soins.

Des recommandations du HCSP

L'analyse des fondements et des propositions de ce plan stratégique de la Cnamts conduit le HCSP à souligner quelques points.

Le plan stratégique de la Cnamts se veut une « réponse d'ensemble aux besoins de réforme structurelle du système de soins ». L'ensemble des propositions faites constitue une véritable base de travail et un élément moteur pour une réflexion concertée de tous les acteurs concourant à la qualité du système de soins.

- Si la réorganisation du système de soins est une nécessité, il convient de la définir en fonction des besoins de la population, et de l'adapter à l'évolution des techniques de prise en charge, aux stratégies de dépistage mais aussi de prévention. En ce sens le changement doit se faire sur des objectifs de santé qui peuvent déborder le champ de responsabilité de l'assurance maladie.

- Dans cette réorganisation, la maîtrise des dépenses de santé n'est pas une fin en soi ; elle est un facteur nécessaire, parmi d'autres, de régulation du choix des politiques de santé. Si des allocations de ressources s'avéraient nécessaires à la résolution des priorités de santé, il appartient aux citoyens d'en décider : il n'y a pas de normes économiques définissant *a priori* et de façon définitive ce que doit être le volume des dépenses de santé. Il s'agit d'un choix de société, nécessairement évolutif avec l'identification et la perception des risques sanitaires, mais aussi en raison de la démographie des groupes vulnérables.

- Renforcer la qualité de l'offre en l'adaptant aux besoins, en partenariat avec les professionnels et les usagers, constitue un impératif susceptible de fédérer les différentes démarches. Cet objectif nécessite une clarification des concepts de qualité, en prenant en compte les attentes des citoyens, en particulier la qualité et l'accessibilité des structures pour tous, et la transparence de l'organisation et de l'information sur les filières de soins. Cet objectif de qualité ne peut être atteint qu'en clarifiant aujourd'hui le rôle et les responsabilités des différents acteurs et en définissant de façon claire et reconnue par ces acteurs les outils nécessaires à l'évaluation de la qualité.

- L'identification des besoins doit, en toute circonstance, précéder la définition des modalités d'attribution des ressources. La hiérarchisation des priorités est une démarche nécessaire, souvent trop empirique, qui mérite l'établissement, dans la transparence, de critères objectifs.

Le HCSP réaffirme la nécessité d'une expertise permettant l'analyse documentée des besoins, et la définition des critères sur lesquels fonder ces concepts de qualité pour les usagers. En ce qui concerne les choix des priorités ou leur hiérarchisation, le recours là encore à des critères mesurables, prenant en compte la réalité des besoins et les résultats de stratégies retenues, doit constituer une méthode transparente de référence.

Contrôler la consommation des usagers ou entendre leurs attentes ?

On doit également se soucier de ce que la Cnamts nomme le poids excédentaire du déambulement des patients dans le système de soins. Cette affirmation laisse penser que les malades font un peu n'importe quoi, livrés à eux-mêmes dans ce système. Il est sans doute bien établi que les consommations de soins, en particulier médicamenteuses, ne sont pas toujours appropriées. Nous devons analyser et comprendre ces consommations qui traduisent une offre mal adaptée, ou une demande mal comprise. Sans doute faut-il favoriser des réseaux coordonnés et des filières de soins cohérentes, permettant un itinéraire plus efficace.

Cette démarche s'organise mieux aujourd'hui. Mais si les malades donnent parfois l'impression d'errer dans des circuits de soins complexes, ce n'est sans doute pas par un goût prononcé pour l'expérimentation médicale diversifiée, mais en raison de la difficulté à trouver au plus vite la bonne porte répondant à leurs besoins. Il s'agit donc moins d'une question de responsabilité que de communication et de qualité de l'information.

La centralisation auprès d'un même médecin de l'ensemble des informations relatives à la santé d'un même patient constitue une modalité importante pour plus de cohérence dans cette consommation médicale.

En appeler, comme cela est suggéré dans le plan stratégique au sens de la responsabilité d'un sujet souffrant, et perdu dans la recherche du recours adapté, nécessite d'abord de répondre efficacement à son besoin. Il est certain qu'une meilleure responsabilisation des usagers est une démarche nécessaire qui n'est possible qu'avec une information personnalisée. La formation des soignants dans ce domaine doit être renforcée.

S'il s'agit de ce que l'on a pu appeler le « nomadisme » des usagers, il apparaît que ce phénomène reste plutôt marginal, et que la fidélisation d'une clientèle est évidemment un objectif poursuivi par tout médecin. Sans doute l'une des difficultés réside-t-elle dans le fait que le médecin, isolément, ne peut répondre à tout et que les réseaux et les filières de soins sont aujourd'hui les réponses nécessaires à la diversité des besoins sanitaires, médicaux et sociaux.