

CNS 2000

Bilan et perspectives

Marc Brodin

Professeur de santé publique,
Président de la Conférence
nationale de santé, président
de la Fédération des sociétés
européennes de santé publique
(Eupha)

Les chiffres entre crochets du texte indiquent les numéros des douze propositions de la Conférence nationale de santé 2000.

Cette année, la Conférence nationale de santé réaffirme certaines orientations : la réduction des inégalités de santé, la régionalisation, la prévention et la qualité des soins.

L'édiction 2000 de la Conférence nationale de santé (CNS) s'est tenue du 21 au 23 mars. Une loi de modernisation du système de santé est en préparation. La CNS est à un tournant de son histoire. Ses missions et sa composition devraient évoluer et tenir compte de l'expérience déjà acquise, des dynamiques régionales en cours de développement, ainsi que des données issues des États généraux de la santé et des évolutions dans l'Union européenne en matière d'implication de la société civile.

En 2000, la CNS a mis en exergue, parmi les dix priorités formulées en 1996, celles qui n'ont pas été suffisamment prises en compte. Elle a surtout soutenu les nécessaires évolutions vers la correction des inégalités inter et intra régionales et la régionalisation de notre système de santé. Elle a introduit une réflexion sur le développement de la prévention, et sur l'accès à des soins de qualité « le panier des soins ».

Dix priorités et cent recommandations

Pour François de Paillerets (ancien président de la CNS), l'analyse des cent recommandations formulées par la CNS depuis 1996 permet de souligner les nombreux efforts réalisés pour :

- renforcer « la prévention et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes ». La prévention du suicide, en particulier chez les jeunes, et des pratiques addictives ;
- améliorer « le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques, à l'exem-

ple du cancer et du diabète de type 2 ». Les bases des réseaux de prise en charge des cancers et du diabète sont à présents définies ;

- développer « la prévention des affections nosocomiales et iatrogéniques ». Il reste à préciser comment peuvent et doivent être pris en charge les aléas thérapeutiques ;

- maîtriser les conséquences du « vieillissement », autour de trois principes : considérer le vieillissement de la population dans ses effets positifs pour la société ; mieux distinguer le vieillissement pathologique du vieillissement normal, et assurer un continuum de soins préventifs et curatifs ; combiner solidarité nationale, proximité et réalisme dans le cadre d'un dispositif simplifié de prise en charge de la dépendance ;

- permettre « la réduction des inégalités de santé régionales, et l'accès de tous à des soins de qualité ». La convergence des allocations de ressources entre les régions avec l'utilisation d'un « indice comparatif de mortalité », une meilleure prise en charge des plus démunis grâce à la loi sur l'exclusion ou à la loi instituant la Couverture maladie universelle sont des avancées significatives.

Pour Joël Ménard (ancien président de la CNS), la Conférence nationale de santé ne peut débattre que sur la base d'études relatives à l'état de santé de la France, et en particulier celles réalisés périodiquement par le Haut Comité de la santé publique. Avec ses débats, la CNS ajoute à la réalité des chiffres et des tendances, une perception humaine de la souffrance, de la misère et de la mort, qui donne plus de

prise à un moment donné à un problème plutôt qu'à un autre. L'exercice de choix des priorités est avant tout soumis à une réflexion éthique. Une prise de recul sur les priorités choisies en 1996 conduit à :

- renforcer un choix : la nutrition. La nutrition est une priorité de la présidence française de l'Union européenne ;
- corriger un manque : les accidents de la voie publique. Ces accidents sont étroitement liés aux consommations alcoolisées, et peut-être aux consommations de psychotropes et de drogue, chez les adolescents et les adultes jeunes en particulier. La prévention doit être développée.

Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

Parmi les dix priorités retenues en 1996, figure la volonté de « réduire les inégalités intra et inter régionales » et de « garantir à tous l'accès à des soins de qualité ». Prenant appui sur les scénarios présentés dans le rapport du HCSP sur l'allocation régionale des ressources et la réduction des inégalités de santé, la CNS réunie en 1997 a proposé le renforcement des moyens nécessaires à la collecte des informations épidémiologiques et la recherche d'indicateurs plus pertinents de morbidité ou de qualité de vie, au niveau inter et intra régional. Cette proposition exprimait la volonté d'accélérer la création de Banques régionales et nationales de données de santé publique.

En 1998, la Conférence nationale de santé a poursuivi et retenu une proposition visant à créer, dans chaque région, une enveloppe transversale spécifique des actions de santé, commune aux différents secteurs d'activité (hospitalisation publique et privée, médecine de ville généraliste et spécialisée, secteur médico-social). Ceci permettrait de renforcer le financement d'actions sur des questions prioritaires de santé dans les régions. Cette proposition est reprise en 2000. Cette étape étant techniquement difficile à mettre en place, la CNS propose que dès maintenant soient dynamisées des actions régionales et locales répondant aux besoins des populations, en renforçant leur financement par une « mutualisation » des fonds, entre l'On-dam, les fonds de prévention existants, les contributions possibles des collectivités territoriales et de l'État [1].

La CNS soutient la mise en place des « réseaux » selon des modalités juridiques

suffisamment souples pour s'adapter aux réalités locales et laisser l'initiative aux professionnels concernés. Dans le continuum existant entre des réseaux très structurés de gros hôpitaux, des réseaux plus souples construits autour de petits établissements, et des réseaux plus sociaux fondés sur l'expression de patients, un minimum d'articulation est nécessaire. Elle souhaite voir se développer des processus concertés avec les professionnels de santé comportant des incitations et des limites à l'installation dans certaines zones géographiques, et/ou face à des situations particulières de besoins de soins [2].

Les membres de la CNS sont sensibles au fait que dans des situations particulières (personnes âgées démunies, personnes handicapées, certains jeunes de 25 ans) le recours aux soins pourtant nécessaire peut être fortement limité, l'absence de couverture complémentaire accessible du fait de la faiblesse de revenus étant un frein incontournable. Les membres de la CNS conscients des efforts déjà faits demandent cependant que soient étudiées de près les conséquences des effets de seuil de la CMU, pour corriger leur impact autant que nécessaire [3].

La régionalisation

La CNS confirme sa volonté de promouvoir une « autorité régionale ». Elle propose que soit renforcé le rôle des Conférences régionales de santé, instances pertinentes pour la définition de priorités régionales et pour l'impulsion d'actions concertées entre les différentes institutions et intervenants [4].

Le Comité régional des politiques de santé doit devenir l'instance décisionnelle et opérationnelle de la Conférence régionale de santé [5] et assurer le suivi au long de l'année des priorités déterminées par cette dernière. Réunissant les principales autorités régionales (en particulier les financeurs), il doit surtout rechercher et mobiliser les moyens humains et financiers affectés à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé.

Ces quatre années ont permis de soutenir l'émergence d'initiatives locales et de développer une culture de programmes ; elles ont aussi montré un besoin de formation à la conduite de projet, compris ici comme un processus de changement, de réorientation des moyens et des services en vue d'atteindre les objectifs du programme de santé. Les programmes

régionaux de santé doivent comporter des objectifs évaluables en termes de santé pour les populations concernées [6].

Renforcer la prévention par la promotion de la santé

En 1997, la CNS soulignait l'urgence à investir le domaine de l'éducation, de la prévention, de la promotion de la santé pour les enfants et les jeunes. En 2000, elle réaffirme son souhait que « la loi de modernisation du système de santé » précise, pour le milieu professionnel, la place de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé et que se développent des filières de formation professionnelle à l'éducation pour la santé [7].

En 1998, la CNS s'était fixé comme objectif de soutenir le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques (cancer, diabète de type 2). En 2000, la CNS réaffirme son souhait de voir se renforcer l'éducation « thérapeutique » du patient [8]. Elle souhaite la diffusion des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des intervenants du domaine de la santé. Elle souhaite que soient expérimentés, puis généralisés des modes d'allocations de ressources spécifiques aux pratiques professionnelles en ville et à l'hôpital.

Développer la prévention et l'éducation pour la santé nécessite pour la CNS de travailler plus avant sur les déterminants comportementaux et environnementaux de la santé, et d'approfondir des éléments tels que : la morbidité et la mortalité évitable, l'intervention sur l'ensemble des étapes chronologiques d'une pathologie, le service médical rendu, les stratégies efficaces et efficientes, la recherche du résultat collectif optimum pour la santé.

La CNS souhaite porter une attention particulière aux affections qui pourraient faire l'objet d'un dépistage et d'une prévention argumentée, à l'image du diabète ; déterminer, parmi les problèmes de santé évitables les plus fréquents en France, ceux qui sont les plus accessibles à des stratégies d'actions en amont des soins ou à des prises en charge précoces avant toute manifestation symptomatique [9]. Elle demande que soient évaluées pour ces problèmes les ressources consacrées actuellement aux différentes stratégies d'interventions.

En milieu scolaire et du travail apparaissent des difficultés liées aux conflits d'intérêts entre confidentialité vis-à-vis des

Principes fondateurs et priorités

Les premières réunions de la CNS ont permis de retenir des principes fondateurs : « respect de la dignité humaine, solidarité, efficience », lors de la détermination des priorités de santé. Elles ont souligné la pertinence de critères de choix tels que la fréquence, la tendance évolutive, l'efficacité, la faisabilité, l'acceptabilité pour nos concitoyens, l'impact socio-économique, voire juridique.

Dix priorités ont été choisies par les membres de la CNS lors de la première réunion, en 1996

- Donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation
- Coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence
- Renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention/éducation visant à éviter la dépendance chez les adolescents (alcool, tabac, drogue, médicament psychotropes)
- Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix
- Améliorer les performances et décloisonner le système de lutte contre le cancer
- Prévenir les suicides
- Obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail)
- Réduire l'incidence des accidents iatrogéniques évitables, médicamenteux et non médicamenteux
- Garantir à tous l'accès à des soins de qualité
- Réduire les inégalités de santé intra et inter régionales

personnes et responsabilité institutionnelle collective. Ceux-ci bloquent les avancées de la prévention et de ses effets. Les repères qui précisent ce qui doit être fait dans l'intérêt des bénéficiaires d'une part et ce qui relève de la responsabilité collective des intervenants d'autre part doivent être actualisés et reformulés. Dans cet esprit la CNS souhaite voir mieux définie l'articulation entre approche individuelle et collective et précisées les conditions éthiques de leur mise en œuvre par une réflexion pluri-institutionnelle [10] de manière à faire émerger des pratiques consensuelles respectant la dignité des personnes et les déontologies professionnelles.

L'accès à des soins nécessaires de qualité

« Le système de santé français [...] va se trouver confronté à des forces puissantes d'expansion du champ de la santé, de développement des techniques disponibles pour l'exercice de la médecine et d'évolution de la morbidité. Ces dynamiques des besoins de santé représentent autant de défis pour la solidarité. Notre pays saura-t-il faire face dans des conditions économiquement et socialement satisfaisantes à ces enjeux des vingt prochaines années avec des principes d'organisation et des modes de régulation qui, pour l'essentiel, restent les mêmes qu'il y a vingt ans ? » C'est la question posée

par le Rapport Soubie sur les devenir possibles du système de santé français à l'horizon 2010.

Pourquoi un panier de biens et services ? Qui va définir les modalités d'inclusion des biens et services dans ce panier ? Qui « porte » le panier et le prend financièrement en charge ? Comment accéder à ce panier ? C'est par ces questions que Gilles Brücker, au nom du Haut Comité de la santé publique, introduit la réflexion de la CNS. Les débats avec les responsables des organismes de financement des soins ont permis de préciser certains points.

Au fil des années, il s'est construit deux types de panier : un panier implicite, sans réelle définition de contenu, pour les soins et activités en milieu hospitalier, et un panier explicite, fondé sur l'admission d'un bien ou d'un service dans une liste, qu'il s'agisse des médicaments admis au remboursement, ou des prestations décrites par la nomenclature générale des actes professionnels.

La détermination du panier de biens et services pose la question du champ de prise en charge, de l'implication de la variabilité de ce champ, et de sa mise à jour (entrées et sorties du panier), compte tenu de l'évolution des techniques médicales et des attentes que ces dernières génèrent.

Face à la pluri-légitimité d'acteurs et de critères, la réflexion sur le panier des biens et services a le mérite de clarifier la

situation et d'introduire des systèmes alternatifs à la lumière des dysfonctionnements observés. Son acceptabilité dépendra de ce qui est « dehors et dedans ».

Une pertinence sanitaire et sociale doit présider à l'allocation des ressources. C'est donc un débat sur une politique de santé publique (et de sécurité sanitaire) pour notre pays. C'est un facteur de rationalisation des choix ; c'est un objectif de justice sociale. Il s'agit d'évoluer du droit aux soins (et pas à la santé) vers le droit des individus, fondé sur des choix médicaux. Le panier de soins doit évoluer régulièrement.

La CNS souhaite la poursuite du travail sur la définition du panier de soins et sur les champs de responsabilisation des différents acteurs. L'élaboration rationalisée d'un panier de soins remboursables nécessite de disposer d'outils d'information performants. La CNS se propose d'impulser dans les années futures, la réalisation de travaux sur l'évaluation des besoins de santé de la population [11].

Un développement décisif consistera à pouvoir décrire, non plus les séjours et les actes, mais des itinéraires thérapeutiques, en renversant l'angle de description du prestataire de soins vers le patient. Ce recentrage sur le malade/client du système de soin est inscrit dans le développement des réseaux et des filières de soins. C'est pourquoi la CNS propose de commencer, à partir d'exemples d'affections chroniques ou graves par une description des dépenses engagées à chaque étape de l'histoire naturelle d'une maladie — phases préventive, curative et de réadaptation [12]. Il s'agit de produire une information transversale aux approches sectorielles traditionnelles.

En conclusion, la France se caractérise par un système de santé où il existe une multiplicité de décideurs, de financeurs, d'acteurs, de structures et de processus. Au fil des réformes, les strates se sont additionnées les unes aux autres ; elles rendent le dispositif global de plus en plus confus et opaque pour la population comme pour les professionnels. Cette situation favorise les logiques institutionnelles, contribue à la dispersion des moyens et se traduit par des pertes considérables d'efficacité. Ce constat largement partagé incite — en particulier la Conférence nationale de santé — à étudier, réfléchir, innover, proposer... des mesures qui placent la personne au centre du système de soins. ■