

système de santé

Santé : pour une révolution sans réforme

Jean de Kervasdoué

Paris : Gallimard, coll. Le débat, 1999, 198 p., 110 F, 16,77 •

Dans son dernier ouvrage, qui a sous-tendu sa leçon inaugurale au Conservatoire des arts et métiers, Jean de Kervasdoué poursuit ses investigations sur le thème « rationalité et irrationalité » du système de santé français pour proposer des orientations structurelles susceptibles de le situer dans le cadre des nouvelles données économiques et sociales.

Le titre sous-entend une approche particulière. Il ne manquera pas de susciter l'attention du lecteur déjà imprégné des modèles proposés par les expériences étrangères et en quête d'un schéma de réforme adaptable à la France.

En fait, la démarche est très spécifique, les propositions également qui se dévoilent au fil de la lecture pour se cristalliser sur une déclaration d'intention forte : « *entreprendre tout d'abord une révolution de fait sans entreprendre des réformes de fond* ».

Les grandes lignes du modèle de régulation proposé sont présentées après un constat dont la tonalité et le fond évoquent les développements déjà rencontrés dans les ouvrages antérieurs ; après une appréciation de la mise en œuvre récente de réformes structurelles ; après un jugement très lapidaire sur les orientations prises radicalement dans certaines expériences étrangères inspirant ponctuellement certaines réflexions françaises.

Le constat ?

Implacable, sans appel, il se réfère à la genèse de notre système qui imprègne encore nos comportements, ceux des institutions, des structures, des profession-

nels, des usagers. Il se termine par l'analyse des blocages culturels, institutionnels. « *L'organisation du système n'est pas compréhensible par tous et ne permet pas de décrire clairement les contributeurs, les bénéficiaires et les prestations du système de soins [...] Où et comment débat-on publiquement de questions précises ? Le débat est confisqué par les experts* ».

Ces allégations évoquent les impressions que l'on ressent après un séjour à l'étranger, après les entretiens que l'on a pu avoir avec des responsables, des professionnels, des usagers. Le système de santé français est un système qui se cache, un système qui manque d'une perception commune des acteurs. Bref, un système où le débat sociétal qu'il devrait induire entre les différents acteurs qui le composent, compte tenu des implications économiques et sociales de son évolution, n'existe pas

Sur quel processus réformateur vivons-nous ?

Certaines espérances qui avaient émergé il y a quelques années voient l'horizon de leur réalisation s'éloigner. Il en est ainsi de l'instauration de filières de soins, des réseaux de soins dont l'absence de définition empêche de bien cerner les responsabilités des différents intervenants, des types de financement, des interventions institutionnelles, structurelles ; de l'informatisation, chantier monumental qui nécessiterait une mise en place progressive par étapes successives, activité par activité. La recherche de la qualité des soins et d'un meilleur accès à la connaissance en a pâti de façon importante.

Des dossiers fondamentaux ne cessent d'être repris : la tarification hospitalière, la coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière, entre secteurs sanitaire et social.

Enfin le rôle dévolu désormais

au Parlement dans la détermination et le contrôle de l'évolution des dépenses remboursées devrait s'étendre à la budgétisation de la santé.

Utopie de la liberté ayant conduit au développement d'une solidarité impersonnelle constitutive d'un droit universel, utopie du progrès : sur ces



deux références les sociétés occidentales ont généré des exigences : chacun peut bénéficier d'une satisfaction de ses besoins sur la base d'un financement social et l'accès aux soins ne doit pas dépendre du niveau de revenu. L'exigence fondamentale s'est concrétisée par la recherche de l'égalité. La prise de conscience des problèmes posés par la limitation fatale des ressources, la diminution de la croissance, auraient dû orienter cette exigence vers l'équité pour prendre en compte le phénomène de la précarisation.

Liberté et solidarité l'ont emporté en France sur la notion de responsabilité de tous (à l'exception des cotisants). La question est de savoir comment concilier ces trois références. Les conflits n'ont été évités que par des solutions financières.

Responsabilité ? Elle n'est possible que si l'organisation du

système est compréhensible par tous, que si chaque acteur acquiert une « signification » claire qui le situe dans sa recherche d'efficacité propre et que si cette efficacité trouve son sens dans une gestion autonome impliquant un processus concurrentiel.

L'évaluation de cette efficacité doit en outre s'inspirer d'un débat philosophique et politique qui actuellement n'existe pas mais n'en demeure pas moins fondamental.

Comment et où débattre ?

Il faut inventer de nouvelles formes mais surtout créer des instances de débat : « conférences de consensus citoyennes », pour reprendre l'expression utilisée par l'auteur, qui permettent d'éviter la confiscation de la réflexion publique par des experts. La tâche n'est pas aisée. La multiplication des spécialités a conduit à transformer le patient en cas médical, à traiter des maladies et non des malades. La recherche du risque « zéro » conduit les praticiens à ne pas répondre dans certains cas à la demande du patient.

À la base du modèle organisationnel quelques grandes décisions concernant ce que la société doit prendre en charge : l'emploi, la part des richesses nationales accordées à la santé, le taux global de remboursement, le champ global concerné par la santé (santé et social).

Des économies potentielles existent. En hospitalisation, en prescriptions de généralistes, en gestion de l'assurance maladie. Des mesures concrètes sont envisageables qui opèrent une orientation radicalement opposée à celle suivie jusqu'à aujourd'hui. Contrôle des pratiques cliniques, principe de subsidiarité entre hôpital et médecine de ville ou institutions sociales. Évaluation de la médecine de ville, des prescriptions en fonction de la nature du service rendu. Suppression de la multiplicité des régimes. Rému-

nération en fonction de la nature du service proposé se substituant au financement de structures hospitalières ou des actes médicaux qui n'ont actuellement aucun lien avec la nature et la qualité des prestations fournies. Le changement d'optique est radical, il propose une gestion du système en fonction du produit des activités et non plus en fonction des structures existantes. L'impact sur ces dernières est fort. Toute évaluation du service rendu doit en effet avoir une incidence sur les structures de soins et leurs modalités de développement.

Pour la mise en œuvre d'une telle politique les services de l'État doivent préparer le débat public sur ce que doit être la politique de santé. La gestion opérationnelle, l'achat de services, doivent revenir aux caisses et pour certains services aux mutuelles. Ces dernières peuvent être, plus que les caisses d'assurance maladie, sélectives vis-à-vis des professionnels de santé.

Les contrats passés avec les professionnels devront porter sur la mise en œuvre conjointe de modalités de gestion des risques et de la formation, quitte à proposer un nouveau type de rémunération (capitation, forfait) plus gratifiant. Il serait nécessaire alors d'instituer un conventionnement individuel.

L'expertise médicale doit permettre un choix de référentiels des plus performants. La qualité doit concilier la profession médicale en se substituant au contrôle, mais une qualité recherchée au niveau individuel médecin-malade. Là encore le changement par rapport à ce que nous connaissons actuellement est radical : il implique un renversement de la charge de la preuve.

La région, lieu de rencontre et de coordination, doit être confortée comme base territoriale de référence. Les agences régionales de l'hospitalisation (plus tard, les agences régionales de santé) passeront des accords avec les

Urcam pour organiser la restructuration de l'offre de soins.

Propositions de bon sens qui ont l'ambition de se présenter comme révolutionnaires. La révolution dont il est question ici se situe par rapport à la nature du constat fait par l'auteur et s'oppose à une « réforme de fond » qui impliquerait l'écoute des sirènes libérales de certaines expériences. Il s'agit d'instaurer une nouvelle conception que chaque acteur doit acquérir de son rôle vis-à-vis de la santé, vis-à-vis de la société et surtout de faire prévaloir une gestion de ce que l'on veut obtenir du système sur une gestion des structures.

On se demandera quel processus devra être suivi pour arriver à faire converger l'ensemble des acteurs vers ces objectifs. Manifestement, dans l'optique de Jean de Kervasdoué, le rôle du politique est déterminant dans la mise en œuvre des stratégies nécessaires. La responsabilisation des acteurs est associée aux objectifs les plus larges que doit poursuivre une politique de santé définie de la façon la plus démocratique.

Le projet se distancie d'une responsabilisation qui impliquerait l'organisation de la dispensation et du financement des services de santé par les acteurs directement intéressés et le développement d'une concurrence susceptible de proposer le meilleur service au meilleur prix.

Par ailleurs, la définition d'une politique de santé implique de définir le champ de la santé dans le cadre d'un débat public dépassant le domaine des soins pour aborder la santé publique, et la dimension sociale. Il s'agit de développer une rationalité se substituant au rationnement qui existe de façon implicite actuellement et demeure un domaine d'experts.

Pour aller dans le sens de la ligne directrice indiquée par l'auteur on peut affirmer que le système de santé français caracté-

risé par des relations fortement imprégnées de corporatismes, de références à des pouvoirs constitués, a généré des blocages institutionnels. De ce fait, les conflits n'ont jamais été réglés par des solutions de type structurel. Ils l'ont été dans le cadre de relations bilatérales entre corporatismes ou entre l'État et les représentants de chacun de ces corporatismes. La spécificité française est là, elle explique le retard de la réflexion sur les réformes de fond à adopter. Pour Jean de Kervasdoué la nécessaire prise en charge globale d'une restructuration du système, pour des raisons d'efficacité et de démocratie, est fortement ancrée sur l'initiative des pouvoirs publics en matière de débat et d'orientations. Elle se démarque fondamentalement de certaines démarches observées dans certains pays étrangers qui ont axé la mise en œuvre de leurs réformes sur un acteur pivot (le médecin généraliste *fundholder* en grande Bretagne ou l'administration locale dans les services nationaux de santé ou caisses d'assurance maladie auxquels on attribue une fonction d'acheteur pour favoriser la concurrence et fonder ainsi la gestion du système sur des mécanismes microéconomiques).

Il reste à se poser la question du type de relations qu'un tel modèle peut suggérer. Sa mise en œuvre permettra de mieux voir que « l'on vient de loin ». Une révolution par rapport à une gestion structurelle traditionnelle, mais aussi et surtout une révolution culturelle qui implique un repositionnement des acteurs en fonction d'une nouvelle identité.

Marc Duriez

géographie de la santé

Le territoire et la santé, la transition sanitaire en Polynésie française

Emmanuel Vigneron

Paris : CNRS éditions, coll. Espaces et Milieux, 1999, 281 p., 180 F, 27,44 •

Depuis Hippocrate, la médecine a reconnu aux lieux et aux espaces un rôle dans l'étiologie des maladies. Se fondant sur une approche géographique des problèmes et sur le développement de modèles d'analyse, au premier rang desquels celui de la transition épidémiologique, Emmanuel Vigneron décrit, dans cet ouvrage, l'évolution de la situation sanitaire en Polynésie française.

La Polynésie française, ce sont



pédiatrie

La pédiatrie sociale de A à Z

Joseph Jos

Paris : Flammarion, coll. Médecine-Sciences, 1999, 280 p., 250 F, 38,11 •

On ne saurait mieux que l'auteur dans la préface de l'ouvrage, présenter ce qui constitue l'essence même de la pédiatrie sociale, à l'époque où le concept et la définition de la santé s'étendent à des domaines plus nombreux et plus vastes que les seuls soins curatifs, et où « il est à prévoir que, dans la décennie, 70 à 80 % des motifs de consultation seront de nature psychosociale. » : « Il ne doit pas