

**Le territoire, est-ce que l'Assurance Maladie y trouve son compte ???**  
**Pour commencer, je voudrais vous remercier de votre invitation, c'est toujours important pour moi d'aller à la rencontre, de prendre du temps pour écouter et débattre.**

S'interroger sur le territoire et la territorialisation c'est revenir sur les raisons qui ont amené à la création des ARS, à savoir :

- Déconcentrer la politique nationale de santé pour l'adapter aux réalités territoriales.
- Décloisonner l'hôpital / les soins de ville / le médico-social / sans oublier la prévention qui a peu été évoquée ce jour.

5 points dans cette intervention :

- \* l'égal accès aux soins ;
- \* l'efficacité et la durabilité du système ;
- \* accompagner les évolutions ;
- \* coordonner l'action régionale ;
- \* le découpage en Bretagne.

Mais avant quelques données sur la situation financière et ses conséquences. Certes vous êtes informés sur les données de santé, mais je crois utile de faire quelques rappels :

En France les dépenses de santé représentent 11% de la richesse nationale (P.I.B.) dont 9,1% sont socialisées, la différence étant prise en charge par les assurances complémentaires et les ménages. Malgré ces taux importants, le déficit de l'assurance maladie de 10 Milliards € environ en 2009 sera vraisemblablement de 14 Mds cette année, en partie pour des raisons structurelles aggravées (Avant la crise il était chaque année supérieur à 4 Mds €) et en partie en raison de la baisse de la masse salariale.

On ne peut compter sur augmentation de recettes provenant du budget de l'Etat puisque son propre déficit est très supérieur à celui de l'ensemble de la sécurité sociale.

La hausse de l'Ondam (Objectif National des Dépenses de santé) tel que présenté lors du projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale sera moindre en 2011 qu'en 2010 (+ 2,9 contre + 3,0) dont 2,8 contre 2,9 pour la partie hospitalière. Néanmoins cette hausse - que certains intéressés estiment trop faible - va accroître la dette puisque les recettes assises sur la richesse nationale et la masse salariale ne seront pas à ce niveau.

En comparaison l'Allemagne dépense 10,4 points de PIB pour la santé dont 8,3 socialisés, ceci pour des résultats très comparables aux nôtres et je pense sincèrement que leur système est plus performant parce que mieux organisé.

Nous sommes donc condamnés à faire beaucoup mieux avec un peu plus d'argent et si nous ne voulons pas voir une baisse des remboursements, il convient de rendre plus efficace le système de soins.

## **I. L'amélioration de l'accès aux soins en termes géographique et financier.**

\* L'amélioration de l'accès aux soins:

- Géographique : démographie, permanence des soins, continuité des soins, traitement des urgences, soins de qualité pour tous en fonction des besoins de la population.
- Financier : accès à des tarifs opposables

→ Accès aux soins : offrir aux assurés sociaux le meilleur service possible alliant, dans chaque territoire de santé, **proximité et qualité, réponses aux urgences et sécurité.**

\* Dans un contexte où :

- La répartition de l'offre est inégale sur le territoire, notamment pour la médecine de ville.

- L'offre à tarif opposable se fait parfois rare compte tenu de l'application de dépassements d'honoraires. La liberté tarifaire a, de fait, un effet sur la concentration en zone solvable. Dans un tel contexte, le professionnel peut alors vivre avec une petite activité compensée par des tarifs élevés.

⇒ **Apprécier les besoins de santé de la population et la concordance entre l'offre et la demande.**

\* Nécessité d'**optimiser l'adéquation de l'offre de soins à celle des besoins de santé** (à partir des données épidémiologiques et à partir des standards de soins définis par les professionnels).

\* Il faut donc :

- Améliorer l'évaluation des besoins de santé. L'assurance maladie peut et doit contribuer à l'évaluation des besoins de santé ville/hôpital : c'est la première étape obligatoire pour aboutir à une organisation des soins efficiente.

- Favoriser une bonne adéquation de l'offre et de la demande. L'Assurance Maladie doit contribuer à l'adéquation de l'offre et de la demande lors de la mise en place des **SROS** grâce à l'évaluation des besoins, sa participation à la fixation des objectifs quantifiés par territoire puis établissement par établissement et à son approche transversale ville-hôpital.

- Encourager la recherche de processus de soins mieux coordonnés. Rechercher une bonne coordination entre soins hospitaliers et soins de ville → continuité et qualité.

## **II. L'efficacité de la dépense de santé et la durabilité de notre système de protection sociale.**

Parce que c'est une condition indispensable au développement de la dimension solidaire de notre système (risque de déremboursement, de renoncement aux soins, de sélection par la cotisation).

⇒ **Une prise en charge en soins équivalente en coûts et en qualité sur l'ensemble du territoire.**

C'est l'efficacité de notre système qui est en cause. Les fonds dédiés par la collectivité aux soins doivent avoir le même niveau d'utilité partout, donc rémunérer une offre de soins au potentiel à peu près équivalent, rapporté aux besoins de soins de la population.

Aujourd'hui en France la **concentration de l'offre** se fait dans les zones où le niveau de revenu est le plus important. Cette concentration, cette concurrence, n'ont pour autant pas comme conséquence de faire baisser le coût des soins, tant pour l'individu que pour la collectivité. La politique de revenu des offreurs passe au contraire par l'ajustement via le tarif dès lors qu'ils exercent en secteur à honoraires « libres ». Par ailleurs, pour les professionnels n'ayant pas de liberté d'honoraires, l'ajustement se fait par le glissement vers de tâches moins utiles ou par une « rotation » plus importante du malade.

**Il convient de souligner qu'en application de ce principe, dans les zones sous densifiées, ce sont les malades les plus lourds** (notamment les handicapés lourds) **qui ne sont plus pris en charge et renvoyés vers les établissements de soins, à un coût plus élevé** et que à contrario, la **concentration n'est pas non plus synonyme de la qualité** puisque la tendance démontrée pour les infirmières est de s'éloigner de leur cœur de métier pour des actes moins qualifiés (nursing au lieu de soins médico-infirmiers).

⇒ **Contribuer à l'évolution de l'offre de soins.**

\* Améliorer la qualité et la sécurité des plateaux techniques.

Il existe des disparités d'activité entre régions, entre professionnels, entre établissements.

Or, ces disparités ne s'expliquent pas seulement par des variations épidémiologiques. Il importe donc d'en rechercher les causes et de proposer des solutions pour **garantir l'équité de traitement des assurés.**

⇒ Il faut favoriser le développement des procédures qualité au niveau des activités de soins

→ **certification** des établissements, évaluation **des pratiques professionnelles**, détermination de seuils **minimum d'activité** pour réaliser certains soins (= garantie de qualité et d'expérience).

*En Bretagne, le taux d'établissements certifié avec réserves est de 25.6% (taux national : 20%)... des marges de progression existent.*

\* Faire des Contrats d'Objectif et de Moyens (COM) des outils de progrès pour une offre de soins plus efficiente.

⇒ le contrat d'objectif et de moyens permet de prendre en compte la **dimension qualitative** (à travers les objectifs qualité et sécurité) et la dimension **quantitative** (planificatrice).

\* Favoriser une organisation qui facilitera le parcours de soins des patients.

### ↳ **Développer les alternatives à l'hospitalisation complète.**

La prise en charge ambulatoire du patient doit se faire **en liaison avec** les établissements de santé avant, pendant et après l'hospitalisation dans le cadre de quatre objectifs :

- prévenir et éviter l'hospitalisation complète,
- **raccourcir le temps d'hospitalisation en court séjour**
- **coordonner les soins** après le traitement de la phase aiguë pour une prise en charge globale du patient → **lien avec la médecine de ville indispensable**
- prolonger les soins à domicile afin de maintenir le patient dans son environnement et rétablir son autonomie.

### ↳ **Améliorer l'organisation graduée des soins**

L'organisation graduée de l'offre hospitalière vise à, progressivement, regrouper sur un nombre de sites limités les soins les plus spécialisés et à dédier aux structures de proximité les soins les plus polyvalents. ⇒ Restructuration des plateaux techniques et un maillage territorial inter hospitalier ainsi qu'une complémentarité avec les secteurs ambulatoire et médico-social.

### ↳ **Rechercher une optimisation du recours à la permanence des soins**

La question de la "permanence des soins" doit être abordée au sens large et globalement en prenant en compte ses différentes dimensions : **régulation des appels, maisons médicales de garde, gardes des libéraux, maisons pluridisciplinaires, permanences des établissements...** mais aussi services d'urgences.

⇒ *Problématique de la permanence des soins et du déport sur les urgences hospitalières.*

### ↳ **Utiliser la tarification pour favoriser l'efficience.**

Il faut **coordonner réformes de la planification et réforme du financement** (ce qui n'est pas vraiment le cas aujourd'hui) afin d'éviter

- des insuffisances de ressources pour certains établissements leur rendant impossible l'atteinte de leurs objectifs d'activité,
- la création de coûts supplémentaires injustifiés pour l'assurance maladie.

⇒ Favoriser une évolution de la tarification qui prendra en compte les incitations à **développer les soins les plus performants et à réduire les actes inutiles.**

### **Cf. étude sur les variations des pratiques hospitalières et la pertinence des actes.**

*Les variations ne s'expliquent pas (études FHF ou Assurance maladie) :*

- par les seuls écarts de composition par âge et par sexe des populations ;
- par les seules données épidémiologiques.

*Exemples :*

\* Les césariennes – une augmentation non justifiée médicalement.

\* Appendicectomies – une pratique variable selon les régions.

*La fréquence de l'opération est inversement proportionnelle au dynamisme démographique et à la densité de la population sur le territoire mais pourrait se justifier dans certaines zones par la difficulté d'assurer une permanence des soins efficaces, notamment en radiologie.*

\* Chirurgie de la cataracte – une corrélation avec la densité d'ophtalmologistes libéraux.

*La répartition de la chirurgie de la cataracte apparaît liée à celle des ophtalmologistes libéraux.*

*\* L'oesophagectomie – pertinence de l'acte ?*

*C'est un acte rare d'une haute technicité, le plus souvent en relation avec un cancer. Or, il n'y a pas de corrélation entre le taux de consommation d'actes d'oesophagectomie et les taux de prévalence ALD cancer de l'œsophage.*

### **III. Accompagnement des établissements de santé et nécessaire retour à l'équilibre.**

*\* Fournir des outils d'évaluation*

L'Hôpital est confronté à des problèmes d'organisation  $\Rightarrow$  Il faut inciter les établissements à utiliser les dispositifs d'appui et de conseil mis en place par la Mission d'Evaluation et d'Audit Hospitalier (MEAH) pour une meilleure organisation des activités hospitalières qui combine : la qualité du service rendu au patient, l'efficacité des soins et les conditions de travail satisfaisantes pour les personnels.

*\* Accompagner les établissements en difficulté*

Nombres d'établissements se trouvent en difficulté financière (des établissements étaient déjà en difficulté avant la mise en œuvre de la T2A. Mais le financement à l'activité a accentué les difficultés rencontrées par certaines structures... pas forcément les mêmes)  $\Rightarrow$  conséquences sur la répartition de l'activité entre public et privé.

L'Assurance Maladie doit :

- a. proposer aux établissements des mesures concrètes d'organisation,
- b. assurer la cohérence entre les activités développées,
- c. mettre en place les coopérations nécessaires (public / privé).

Il convient de veiller dans ce cadre à ce qu'il n'y ait pas monopole du secteur privé sur certaines activités car la segmentation du marché est dangereuse à long terme.

Il est **essentiel de disposer dans chaque territoire de santé** (si on considère que c'est le niveau optimal...) **d'au moins un établissement public** qui offre un plateau technique performant et adapté aux activités de médecine, chirurgie, obstétriques et réanimation

*\* Développer des coopérations pour rechercher l'efficacité.*

Fusions, coopérations en matière d'activités ou de moyens, regroupements de sites, réorganisations interne et directions communes...

### **IV. Une amélioration de la coordination de l'action régionale sur la santé.**

*\* La coordination ville / hôpital.*

- transferts d'enveloppes (externalisation H  $\Leftrightarrow$  V) ;
- déport de prescriptions (H  $\Leftrightarrow$  V) ;
- permanence des soins (V  $\Leftrightarrow$  H)

$\Rightarrow$  Quelle réalité si les modes de rémunération n'évoluent pas ?  $\rightarrow$  Mettre en œuvre de nouveaux modes de rémunération permettant de prendre en compte la coordination des soins...

*\* Avec les ARS... des marges de manœuvre régionales pour l'organisation et l'allocation de ressources :*

- installation des Professionnels de Santé ;
- restructurations hospitalières ;
- Permanence Des Soins ;
- Travail en réseau ville / hôpital et entre PS ambulatoires ;
- Nouveaux modes de rémunération...

*\* La coordination passe par la mise en place d'outils de régulation de même portée et de même puissance sur la ville et l'hôpital (SROS).*

$\Rightarrow$  Le « SROS soins ». La loi HPST a intégré, au niveau des schémas régionaux d'organisation des soins, un volet ambulatoire mais ce volet n'est pas contraignant (les premiers SROS hospitalier ne l'étaient pas non plus).

Il est nécessaire de créer un outil de référence visant à évaluer au niveau des régions et des territoires, l'offre optimale, non pas en fonction uniquement de la demande ou de l'organisation de l'offre existante mais en fonction des besoins réels de la population c'est-à-dire un SROS Soins (hospitalier et ambulatoire) qui fixe quantitativement et qualitativement le type d'offre adapté et son lieu d'implantation. Derrière ce schéma c'est la notion de mission de service public qui est déployée, quelque soit le statut des opérateurs.

⇒ La maîtrise médicalisée à l'hôpital.

Développer la maîtrise médicalisée à l'hôpital par des actions similaires à celles engagées avec la médecine de ville par la convention médicale. L'hôpital est devenu un grand producteur de soins externes, dont les prescriptions faites en consultations externes, aux urgences et à la sortie du patient hospitalisé sont délivrées en ville et prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de ville et qui souvent s'imposent au généraliste même lorsqu'il pense qu'un produit générique aura le même effet..

L'objectif est d'engager un cercle vertueux visant à améliorer la qualité et l'efficacité du système de soins, notamment par la consolidation des pratiques professionnelles et une meilleure utilisation des ressources collectives, afin de garantir un meilleur accès aux soins.

**Ne pas oublier qu'en tant que lieu de formation des médecins, l'hôpital est un terrain privilégié d'action.**

\* Coordination avec le secteur médico-social ⇒ assurer une fluidité d'aval, notamment SSR, et en parallèle s'assurer que l'offre médico-sociale est en adéquation avec les besoins de placement issu du SSR.

## **V. Le découpage territorial (8 secteurs) en Bretagne peut-il répondre aux objectifs recherchés ?**

Comme beaucoup le savent j'étais partisan de modifier le découpage des 8 secteurs sanitaires. En effet ma crainte principale est que le maintien quasi à l'identique du zonage laisse penser que rien ne change, pire que rien n'est à changer ou que l'ambulatoire, le médico-social ou encore la prévention doivent se coller à l'organisation hospitalière. Je le dis parce que d'aucun ont pensé que l'assurance maladie voulait caler l'organisation sectorielle de santé sur celui des 4 CPAM. Je précise à cette occasion que l'assurance maladie est en capacité de fournir des données de remboursement le plus souvent sur la base des cantons.

Pourtant est-ce que le découpage répond aux objectifs recherchés pour l'organisation et le financement du système de soins ? C'est-à-dire pour améliorer :

- la proximité et l'accessibilité de l'offre,
- la permanence des soins,
- l'efficacité de la dépense collective.

Ce jour Alain Even et d'une autre manière Laurent Tardif nous ont parlé de plusieurs niveaux :

- Celui de proximité (le boulanger, la banque postale), de premier recours, celui du médecin généraliste, de l'infirmière, du Kiné, de la pharmacie ;
- Celui de la zone de chalandise (la superette) où l'on va trouver les spécialités médicales, le chirurgien dentiste, le laboratoire de biologie médicale ;
- Celui du bassin de vie, d'emploi (l'hyper marché) pour les grands équipements ; sachant que ces équipements sont eux-mêmes hiérarchisés (les grands brûlés à Nantes, les CHU à Rennes et Brest, les CH...)

L'ARS a tranché, ce sera 8 territoires de santé comme il y avait 8 secteurs hospitaliers. Si le chiffre n'est pas changé, il faut maintenant que tout bouge si l'on veut réduire les cloisonnements entre l'hôpital, l'ambulatoire, le médico-social, la prévention...