

L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN DEBAT



Pour marquer constructivement la Journée mondiale du diabète 2011, l'AFD a décidé d'organiser un colloque, non pas sur le diabète, mais sur les maladies chroniques et, plus largement, sur la solidarité en santé.



Le sujet s'imposait de lui-même car le système protection sociale français se trouve à un tournant. L'heure est **« au choix entre un système de solidarité nationale dont il faudra redéfinir le financement, et un système libéral ne laissant que les actes lourds à la solidarité nationale »** constate Gérard Raymond, président de l'AFD, en introduction. Des choix qui conditionneront l'avenir de l'organisation et de l'accès aux soins, de la prise en charge des maladies chroniques. Autant de sujets cruciaux et sensibles sur lesquels les intervenants étaient invités à se prononcer. Les échanges étaient répartis en deux grands thèmes. Le premier était principalement centré sur les maladies chroniques, le second sur l'organisation du système de santé, le tout animé par Hélène Cardin.

Pour Pierre-Louis Bras (professeur associé à l'Université Paris-ouest-Nanterre), **« un des enjeux est la modification des comportements car les diabétiques sont les acteurs de leur propre traitement »**. Et s'il existe diverses initiatives d'accompagnement, celles-ci sont extérieures au cabinet médical, contrairement à ce qui se fait dans d'autres pays. Pierre-Louis Bras est convaincu de la nécessité d'une transformation de la médecine de premier recours pour améliorer la prise en charge des affections chroniques. Ceci supposerait en particulier de créer un nouveau métier pour l'infirmière qui travaille en lien avec le médecin. Mais ce mode d'organisation des cabinets médicaux est très éloigné de ce qui se pratique en France et Gérard Raymond estime qu'il serait plus rapidement efficace de s'appuyer sur des acteurs de proximité comme les pharmaciens, voire les infirmières libérales, en tout cas les associations de patients, et, dans le cas du diabète, l'Assurance maladie avec le programme « sophia »... **« Il faut reconnaître ces nouveaux acteurs et leur donner les moyens de fonctionner »**, précise le président de l'AFD.





Jean-Marie Le Guen (député de Paris) insiste sur la prévention : **« Si nous voulons faire face à la montée de cette épidémie (...), il va falloir que nous adoptions des attitudes en matière de prévention qui ne soient pas pusillanimes. »** C'est-à-dire bien au-delà du cadre médical. L'agro-alimentaire est invité à se remettre au

service des personnes et chacun à adapter son comportement à ceux de la bonne santé. Le député souhaite que, dans le débat pour définir un nouveau modèle, *« la parole des usagers de la santé, des associations de malades soit au moins autant entendue que les crispations professionnelles, aussi légitimes soient-elles. »*

De par son expérience de terrain, le **Pr Michel Marre** (vice-président de la Société francophone du diabète) constate que les patients bien contrôlés dès le début de leur traitement meurent moins. Il se montre favorable à une meilleure coordination des soins de proximité. Selon lui, **le concept de maison médicale devrait largement prendre le pas sur la rémunération à l'acte.**



Puis il présente quelques propositions de financement du Pr Jacques Bringer qu'il remplaçait : harmoniser les pratiques de T2A¹ d'une région à l'autre, valoriser le temps humain et organisationnel en privilégiant une approche mutualisée des maladies chroniques, reconnaître les situations spécifiques et peut-être établir un forfait pour les formes sévères de diabète de type I, pour l'insuline, pour la précarité, et enfin valoriser les établissements qui s'engagent dans les alternatives à l'hospitalisation.



Jean-Pierre Door (député du Loiret) estime que *« notre système d'ALD est à bout de souffle et très fragile »*. D'autres scénarios de prise en charge des ALD sont étudiés. L'un d'eux consiste à revoir les critères de durée et les critères de coût, un autre serait de revoir les conditions d'admission, de maintien et de sortie des ALD. **« Est-on en ALD toute sa vie ou n'a-t-on pas des périodes où nous n'y sommes plus parce que nous sommes ou stabilisés ou en voie de rémission et même peut-être de guérison ? »** s'interroge-t-il. Le député cite le rapport de la Cour des comptes qui évoque des pistes à explorer : la suppression des exonérations non justifiées, voire celle de toutes les exonérations existantes remplacées par « le bouclier sanitaire » dont l'idée est de moduler le plafond du reste à charge en fonction du revenu.

Du côté de l'assurance maladie, **Frédéric Van Roekeghem** (directeur général de la Cnamts) ne se montre pas aussi convaincu par le bouclier sanitaire et sa capacité à résoudre *« le problème auquel on va être confronté : traiter plus de patients avec des coûts de traitement qui ont tendance à s'accroître du fait notamment des nouvelles techniques, de nouveaux médicaments, de l'augmentation du nombre de patients dialysés et de patients mis sous insuline, avec la nécessité par ailleurs de régler certaines inefficacités qu'on retrouve sur le terrain. »* En 2009, en effet, les recommandations n'ont été qu'imparfaitement mises en œuvre : le dosage de l'hémoglobine glycosylée n'a été effectué que pour 40 % des patients diabétiques, et 43 % seulement de fonds d'œil... Et ce n'est pas uniquement le fait



des offreurs de soin, relève-t-il : « ...le patient a un rôle majeur dans la prise en charge de sa pathologie, c'est un acteur incontournable et, pour le diabète, c'est tout particulièrement vrai car on sait que la prévention de ces facteurs de risque passe par l'exercice physique, la nutrition, etc., toutes choses qu'on ne traite pas nécessairement dans un cabinet médical, même avec des infirmières, payées et salariées... **Si on veut prendre en charge convenablement cette pathologie, il faut développer une stratégie qui repose sur le triptyque : prévention, qualité des soins, organisation et meilleur rapport qualité-prix.** »

Le directeur de la Cnamts estime que certaines dépenses inappropriées pourraient être réduites sans que la qualité des soins et l'efficacité des traitements ne soient remises en cause, par exemple les autotests quand ceux-ci ne sont pas réalisés à bon escient.



Gérard Bapt (député de la Haute-Garonne) s'inquiète de l'organisation de la sécurité sanitaire : « Il ne faudrait pas que les majors des grandes firmes considèrent que leur promotion passe par d'autres publics. Et s'il y a un public porteur, c'est bien celui des patients diabétiques. » « La démocratie sanitaire exige que vous soyez très vigilants sur la transparence, la gestion des liens d'intérêt, la prévention des conflits d'intérêt », recommande-t-il.

Concernant les ALD, **« on cherche à faire des économies de bouts de chandelles en rognant sur l'entrée en ALD, ou avec la sortie de certains patients réputés guéris, comme les cancéreux en phase de rémission prolongée. »** 10 % des personnes diabétiques en ALD coûtent 50 % des dépenses consacrées au diabète, ce qui veut dire que l'économie serait infinitésimale. En revanche, la situation du patient qui sera moins enclin à se surveiller car ne faisant pas partie d'une catégorie à risque prise en charge, risque de s'aggraver, avec une incidence sur les dépenses de santé en général. « Sur ce plan, je ne pense pas que la voie à suivre soit celle de remettre en cause cet acquis qu'est la prise en charge en ALD », conclut-il.

Pour le **Dr Jean-Martin Cohen-Solal** (directeur général de la Mutualité française), on est toujours dans un système de réparation, alors qu'il y a de plus en plus de maladies chroniques à prendre en charge dans la durée. C'est pourquoi « il faut revoir l'organisation du système (...) et bâtir des structures nouvelles comme par exemple les maisons de santé où on peut associer l'ensemble des intervenants ».



« Il faut revoir la chaîne de soins autour du patient », au cours de toute sa vie, plutôt qu'autour des différentes professions comme c'est le cas actuellement, et augmenter la prévention.

Toujours dans le même esprit, il estime que « le bouclier sanitaire est un bouclier percé », car c'est un traitement symptomatique qui ne traite pas le fond de l'organisation du système. Il ne traite que les dépenses du régime obligatoire mais pas tout ce qu'il y a autour : les franchises et les forfaits. In fine, il risque d'aller à l'encontre de la solidarité et de la mutualisation...



Le **Pr André Grimaldi** (diabétologue) explique qu'il est prouvé que faire payer les patients atteints de maladie chronique n'améliore pas leur responsabilisation mais aggrave les inégalités et augmente le coût pour la société. Au contraire, la gratuité des soins est un facteur favorable pour améliorer l'équilibre du diabète.

Un autre danger consiste à réserver l'argent disponible aux personnes très pauvres et aux cas très graves. Que devient alors le principe éthique et républicain d'égalité devant la maladie ?

En revanche, la solidarité n'est pas faite pour rembourser tout ce qui n'a pas prouvé son efficacité. Il y a besoin en France d'une évaluation médico-économique pour savoir si ce que l'on dépense vaut son coût.

André Grimaldi propose de faire sortir l'hôpital de ses murs pour recréer un lieu de travail commun dans des maisons des maladies chroniques, afin de développer l'éducation thérapeutique avec des médecins généralistes, et la participation des patients...

Pierre-Jean Lancry (directeur général de l'ARS Basse-Normandie) apporte une expérience de terrain plutôt confiante sur ce qu'il est possible de faire, avec **un regard prudent sur « des réformes qui réforment d'autres réformes qui n'ont pas encore eu le temps de faire leurs preuves »**. Il se montre partisan d'utiliser les structures existantes comme *« l'hôpital public qui a fait ses preuves depuis de nombreuses années »*.



Christian Saout (président du Ciss) regrette le peu de progrès réalisés depuis la loi de 2002 sur les droits des patients. Pire, *« les associations sont entrées dans l'ère de la suspicion généralisée »*. Et si elles entretiennent des relations avec l'industrie, elles n'auront pas le droit de siéger au conseil d'administration de la nouvelle agence du médicament.

De nombreuses questions restent à débattre comme le bouclier sanitaire, en effet, mais pour quel contenu du panier de soins, l'accès aux complémentaires maladie, et bien d'autres encore. *« Il faut cette épreuve de vérité sur le système avant toute réforme. **Cela ne sert à rien de vouloir faire une nouvelle réforme si elle n'est pas partagée par l'opinion** »*, affirme Christian Saout. C'est pourquoi il propose la réunion de 2^e États généraux du système de santé, sur les deux sujets qui lui paraissent les plus importants : l'organisation des soins au temps de la maladie chronique, et la couverture solidaire et universelle de la dépense de soin.



Didier Tabuteau (responsable de la chaire santé de Sciences-Po) s'inquiète des oppositions. Opposer les malades en ALD aux autres « tend à remettre complètement en cause les racines mêmes du système basé sur la solidarité entre les bien-portants et les malades ». De même pour la prévention et les soins qui sont deux démarches indissociables. Survaloriser la prévention peut conduire à une assurance maladie conditionnelle. Enfin, l'opposition entre professionnels et associations, entre professionnels et patients contrarie un mouvement d'ensemble pour maintenir une base de solidarité.

Il redoute la confusion entre l'Assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, avec le risque de voir le remboursement de certains soins courants transmis aux complémentaires.

Par ailleurs, soumettre le montant des prestations aux revenus lui paraît une logique extrêmement dangereuse. La redistribution entre hauts et bas revenus doit se faire par le financement, c'est-à-dire par les cotisations, la CSG, la CMU... En revanche, la prestation doit rester la même pour tous car c'est ce qui fait consensus en France. **Il faut donc réaffirmer les principes fondamentaux de l'universalité des prestations, de la solidarité entre bien-portants et malades**, de l'opposabilité des tarifs².

« Ce colloque confirme le consensus qui existe sur la nécessité d'engager la réflexion sur l'avenir de notre système de santé et de protection sociale. Mais il fait également apparaître les divergences, parfois diamétralement opposées, des solutions préconisées par les uns et les autres. Le débat ouvert, il est vital qu'il se poursuive et il appartient à chacun d'y apporter, sous une forme ou une autre, sa contribution. »

Gérard Raymond

1. Tarification à l'acte.

2. Tarifs opposables : tarifs fixes qui servent de base au remboursement par l'Assurance maladie.