



NOTE

AVRIL 2011

www.institutmontaigne.org

SANTÉ : 10 PROPOSITIONS POUR DEMAIN

Depuis 2002, l'Institut Montaigne a diffusé 13 publications sur la santé, et formulé une soixantaine de propositions pour garantir l'accès de tous à des soins de qualité. À l'occasion de la journée mondiale de la santé, il souhaite mettre en lumière les dix propositions qu'il juge les plus pertinentes dans ce domaine.

1. Évaluer la qualité des soins et informer

Dans notre pays, jusqu'à présent, les véritables inégalités en matière de santé ne sont pas tant liées aux revenus¹ qu'à l'accès aux informations.

L'information sur la qualité des soins (tel établissement ou tel praticien est-il efficace pour telle pathologie ?), et *a fortiori* sa diffusion, est globalement inexistante, au point que certains vont jusqu'à parler de « délit d'initié » de la part de certains privilégiés qui savent où trouver des soins de qualité en fonction de leur pathologie.

En l'absence d'une information fiable et facilement accessible, le principe d'égalité de tous devant la santé restera un vain mot.

Proposition 1 : Réaliser, en ville comme à l'hôpital, des études sur des indicateurs de qualité

La France ne connaît pas, indicateur par indicateur, ses chiffres de performance nationale en matière de qualité

des soins. Les professionnels de santé ne connaissent pas leurs résultats, individuellement ou comparativement. Et lorsque les citoyens ont connaissance de palmarès des hôpitaux et cliniques, ceux-ci sont fournis par la presse magazine qui ne se base pas sur des résultats cliniques détaillés.

Il faut donc reproduire à l'échelle du pays des études² permettant de rapporter les pratiques des professionnels aux référentiels de qualité. Il s'agirait de constituer un échantillon « randomisé » national de 5 000 Français auprès desquels il serait possible de réaliser un entretien téléphonique, puis de consulter, avec leur autorisation, leur dossier médical par l'intermédiaire de leur médecin. Chaque dossier fera alors l'objet d'une évaluation sur les indicateurs de qualité sur trente pathologies représentatives de la tranche d'âge étudiée. Chaque dossier fera l'objet d'un examen par un comité d'audit constitué, à l'initiative de la Haute autorité de santé.

Pour l'hôpital, l'Institut Montaigne propose d'étudier une intervention courante telle que

la cholécystectomie programmée (la cholécystectomie est le retrait de la vésicule biliaire ; 70 000 opérations de ce type sont pratiquées chaque année en France). Les recommandations ou référentiels sont d'ores et déjà bien établis sur cette opération. L'ensemble des comptes rendus d'interventions pourraient être recensés et rendus anonymes au niveau régional, à l'initiative des médecins conseils.

L'École des hautes études en santé publique pourrait avoir la charge de cette analyse et recueillir ainsi les données transmises. Elle aurait pour mission d'évaluer les pratiques en se référant aux protocoles et référentiels reconnus par la communauté scientifique.

Proposition 2 : Diffuser, de façon la plus large possible, les résultats des évaluations

Pour que les patients deviennent pleinement partie prenante de l'évolution de notre système de soins, ils doivent être informés de l'enjeu et de la disparité des résultats selon les régions, les établissements et les professionnels consultés.

¹ Les restes à charge sont cependant en hausse et rendent l'accès aux soins de plus en plus difficile pour les classes moyennes modestes. De récentes études (IRDES, INPES) ont mis en évidence les liens entre revenus et état de santé des personnes.

² Inspirées de l'étude Mc Glynn effectuée aux États Unis en 2005, cf. Institut Montaigne, *Mesurer la qualité des soins*, février 2009, pp 13-14.

La création de maisons de santé pluridisciplinaires permettrait de désengorger les urgences hospitalières

Proposition 3 : Pour un dossier médical personnel exhaustif

L'informatisation des données de santé est prometteuse : elle est l'une des conditions de la qualité et de la cohérence des soins par le partage d'information. La « saga » du DMP, lancée en France en 2004, risque fort de déboucher sur un dossier médical peu utile car éloigné des exigences des professionnels de santé.

L'Institut Montaigne propose de s'inspirer des expériences étrangères et de faire du DMP un outil d'échange communiquant avec les logiciels déjà en place. Dans le DMP actuellement envisagé par le ministère de la Santé, les patients peuvent masquer des données et masquer ce fait (c'est le « double masquage ») ! Il faut supprimer cette possibilité qui rend difficile la traçabilité des données pour les professionnels de santé et représente aujourd'hui un frein majeur à l'adoption du DMP par les professionnels de santé.

2. Assurer l'égal accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire

Près de 3 millions de personnes en France habitent dans des zones identifiées comme des déserts médicaux alors que les médecins n'ont jamais été aussi nombreux. Le départ à la retraite de nombre de généralistes issus de la génération du baby boom conduira à une diminution de la densité médicale d'environ 16 % d'ici à 2020.

Certaines zones sont déjà en forte sous-densité médicale : par exemple, Clichy-sous-Bois, 30 000 habitants, dispose de moins de 10 médecins pour 10 000 habitants pour une moyenne de 17 en Seine-Saint-Denis et de plus de 30 au niveau national.

Proposition 4 : Vers des maisons de santé pluridisciplinaires dans les quartiers, zones sensibles et dans certaines zones rurales

L'Institut Montaigne propose de créer des maisons de santé pluridisciplinaires (médecine générale, spécialités, soins infirmiers etc.) à proximité des quartiers.

Les médecins y mutualisent les frais (secrétariat, locaux, sécurité etc.) tout en exerçant en libéral. Ils sont réunis dans une structure commune aux horaires amples et ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires. Ce système, qui fait déjà ses preuves dans des villes comme Villiers-le-Bel, permet d'attirer de jeunes professionnels afin de pallier le manque de médecins, d'assurer une présence médicale continue de qualité et de désengorger les urgences hospitalières.

Proposition 5 : Vers une fongibilité des enveloppes pour développer les liens entre médecine de ville et hôpital

Afin d'éviter l'engorgement des établissements de santé par des patients relevant de la médecine de ville ou de la médecine ambulatoire, il faut développer les alternatives à l'hospitalisation (notamment à travers l'hospitalisation à domicile).

Afin de promouvoir une unicité et une fluidité des modes de financement, il convient de décider, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), une fongibilité totale entre

enveloppe hospitalière et enveloppe ambulatoire.

Proposition 6 : Promouvoir les établissements privés à but non lucratif (PNL) et permettre de nouvelles formes d'organisation des établissements de santé

Trois formes d'organisation hospitalière coexistent sur le territoire : le public, le privé lucratif et le privé à but non lucratif (PNL).

La France se caractérise par un nombre d'établissements privés lucratifs très élevé, alors qu'à l'étranger, le secteur *non-profit* est souvent le standard : aux Pays-Bas, les établissements privés à but non lucratif représentent 86 % des établissements ; ils sont environ 60 % aux États-Unis (dont la célèbre Mayo Clinic et la quasi-totalité des centres hospitalo-universitaires). En France, les PNL ne représentent que 15 % de la capacité en lits d'hospitalisation.

Sans fonctionnaires ni actionnaires, ils disposent d'une organisation plus souple qui permet des innovations organisationnelles. Certains de nos établissements les plus réputés sont des établissements PNL : la Fondation Rothschild, l'hôpital Marie-Lannelongue, l'Institut Mutualiste Montsouris en région parisienne, l'hôpital Saint Joseph à Marseille, la Clinique de Traumatologie à Nancy, la Clinique du Diaconat à Strasbourg...

L'Institut Montaigne propose de permettre aux établissements publics :

- 1 - d'être gérés comme le privé à but non lucratif ;
- 2 - de créer de nouvelles activités sous statut PNL ;
- 3 - de devenir sur leur demande des établissements privés à but non lucratif.

Proposition 7 : Mettre en place de véritables réseaux de soins autour d'institutions gérant le risque santé

L'Institut Montaigne propose de mettre en concurrence les différentes entités chargées de gérer le risque maladie : caisses primaires d'assurance maladie, mutuelles, compagnies d'assurance, instituts de prévoyance, et certainement d'autres entités qui verront le jour.

Ces institutions gèreront la globalité du risque et susciteront la mise en place, à partir des professionnels de santé et des services hospitaliers référencés (publics ou privés), de véritables réseaux de santé offrant une large gamme de services tels l'information, l'orientation médicale, l'assistance médicale pour les urgences, un service de second avis médical pour des pathologies critiques...

Dans leurs relations contractuelles avec les professionnels de santé référencés, elles pourront innover dans les modes de rémunération de la médecine de ville. Pour les hôpitaux et cliniques, elles pourront également contractualiser sur la base de paiement forfaitaire à la pathologie (cf. proposition 9).

3. Réinventer l'assurance maladie

Restes à charge croissants, déficit chronique de l'Assurance maladie, inégalités d'accès aux soins : le système de solidarité nationale est mis à mal. Les dépenses de santé évoluent plus vite que le PIB et cette augmentation pose des problèmes considérables en termes de financement.

Pour que l'assurance maladie assure en 2020 un taux de couverture des dépenses de santé identique à celui d'aujourd'hui (soit 76 %), il faudrait d'ici-là doubler la CSG ! Le rafistolage ne suffit plus : pour demeurer fidèle aux objectifs des fondateurs de l'assurance santé, il est temps de remettre à plat notre dispositif en lui donnant une architecture nouvelle, solide et en le dotant de financements pérennes.

Proposition 8 : Distinguer clairement ce qui relève de la solidarité nationale de ce qui relève de l'assuratiel

L'État doit définir un panier de soins universel pris en charge à 100 % pour tous les résidents français. Le financement universel serait assuré à travers une CSG déductible assise sur l'ensemble des revenus, se substituant aux cotisations actuelles. Pour les salariés, cette cotisation se substituerait aux cotisations patronales et salariales.

Proposition 9 : Assurer la prise en charge des dépenses de santé jusqu'au dernier euro

Tickets modérateurs qui ne modèrent rien, franchises médicales, forfait hospitalier, participations forfaitaires etc. : le système de remboursement de l'assuré social est devenu illisible et les restes à charge atteignent des niveaux parfois difficilement acceptables pour les ménages modestes. En moyenne, près de 76 % des dépenses de santé sont prises en charge par la sécurité sociale. Mais à y regarder de plus près, les remboursements de l'assurance maladie sont extrêmement variables : pour les soins courants (le « petit risque »), les remboursements

sont à hauteur de 55 %, alors que pour les personnes atteintes d'affections longue durée (ALD) et pour les dépenses d'hospitalisation, la sécurité sociale rembourse entre 90 % et 100 % des dépenses.

L'Institut Montaigne propose un mécanisme de prise en charge jusqu'au dernier euro des assurés sociaux en mettant en place une franchise de base annuelle en-deçà de laquelle la dépense de santé serait supportée par l'assuré tandis que l'assurance maladie obligatoire couvrirait toutes les dépenses supérieures au montant de la franchise. Cette proposition, va plus loin que le bouclier sanitaire proposé dans le rapport Briet-Fragonard (2007) puisqu'elle inclut les dépenses hospitalières et supprime le ticket modérateur et les différentes franchises actuelles.

Proposition 10 : Déconcentrer la gestion du risque maladie au niveau d'entités mises en concurrence

L'Institut Montaigne propose de créer les conditions d'une concurrence entre différentes institutions gérant le risque santé et agréées par l'État (caisses primaires d'assurance maladie, mutuelles, compagnies d'assurance, instituts de prévoyance) (cf. proposition 7). Ces institutions doivent respecter un cahier des charges et proposer un panier de soins de base (défini par l'État) et ne peuvent sélectionner leurs clients en fonction de leur état de santé. Elles seraient financées par une capitation fonction exclusive de l'âge et du sexe.

Ces entités contractualisent avec les prestataires (hôpitaux, médecins, laboratoires) pour garantir la qualité des soins

Sans fonctionnaires ni actionnaires, les établissements de santé à but non lucratif disposent d'une organisation plus simple

et le contrôle des coûts. Étant en concurrence les unes avec les autres, les institutions d'assurance santé recherchent une implantation optimale des praticiens qu'elle agréé, ce qui contribue à une offre de soins harmonieusement répartie sur l'ensemble du territoire. **Ces institutions d'assurance santé ont intérêt à bien coordonner la chaîne de soins et à exiger**

la qualité la plus grande de la part des établissements et des professionnels de santé ; autrement dit, à nous maintenir en « bonne santé ».

La concurrence entre institutions d'assurance, quelles qu'elles soient, ne prend tout son sens que si elle contribue à améliorer l'accès aux soins, leur qualité et leur pertinence, autrement dit *in fine*, à améliorer le

service rendu aux assurés.

La concurrence entre ces institutions doit être appréciée à l'aune de leur capacité à mettre en concurrence eux-mêmes les offreurs de soins, à innover dans les méthodes d'appréciation et de gestion du risque maladie pour mieux gérer le triptyque qualité/pertinence/coût, à travers de véritables réseaux de soins par exemple.

DERNIÈRES PUBLICATIONS



Trois propositions pour une meilleure gestion de la dette locale



Adapter la formation de nos ingénieurs à la mondialisation



Vous avez le droit de garder le silence