

# 1.

## Une prévention *a minima*

### **Développer la prévention : enjeu n° 1 d'un système producteur de santé**

La prévention est importante, car elle peut permettre à chacun d'adopter les comportements et les mesures pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies et des traumatismes. La prévention, c'est l'ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies et de leurs conséquences à long terme. En diminuant la mortalité et la morbidité évitables, la prévention vise à accroître l'espérance de vie en bonne santé<sup>1</sup>.

Développer la prévention est l'enjeu n° 1 d'un système producteur de santé. En 1993, le rapport *Santé 2010* précisait :

« La prévention agit essentiellement en réduisant le poids de la maladie sur la population et en augmentant la qualité de vie. [La prévention engage] des coûts bien inférieurs à ceux représentés par la survenue de maladies. Même de petits changements de comportements [...] rapportent de grosses et rapides différences en termes d'efficacité pour la santé et sur le plan économique<sup>2</sup>. »

En effet, la prévention primaire fondée sur des preuves scientifiques permet d'éviter beaucoup plus de décès par an que ne le feraient divers traitements fondés sur des preuves, comme pour les maladies cardiovasculaires par exemple<sup>3</sup>.

Développer la prévention, c'est permettre à une population d'être moins malade, permettant ainsi à l'Assurance maladie de faire des économies<sup>4</sup>.

## En France, des résultats à améliorer

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) baisse en France depuis des années, et ce malgré une amélioration générale de l'état de santé. La France se situe à peine au-dessus de la moyenne européenne<sup>5</sup>. Cela, alors que la population française continue de croître et que le vieillissement se poursuit inéluctablement. Il est pourtant possible d'accroître l'EVSI par une politique de prévention.

La lutte contre la sédentarité permet de bien vieillir ou d'avoir un vieillissement réussi. La sédentarité est un des quatre principaux facteurs de risque de mortalité avec l'hypertension, le tabagisme et un taux de glucose élevé dans le sang. La sédentarité tue plus que le tabac<sup>6</sup>. La pratique d'une activité physique et sportive (APS) est un facteur majeur de prévention des principales pathologies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.). La pratique d'une APS diminue la mortalité et augmente la qualité de vie. Elle engendre également une hygiène de vie bénéfique à la santé, soit une moindre consommation d'alcool, de tabac et une plus grande importance accordée à la diététique. La prévention de ces comportements à risque participe à la diminution de la mortalité prématurée et de la mortalité évitable. Pour accompagner le renforcement d'une politique de prévention, il serait facile de mettre en œuvre, après l'avoir actualisé, le programme national interministériel de promotion de la santé par les APS et prévention des conduites dopantes (PN-APSD) qui n'a pour le moment pas été mis en œuvre<sup>7</sup>.

De plus, selon l'Institut de veille sanitaire (InVS), la couverture vaccinale est contrastée en France, très élevée pour certains vaccins du nourrisson, mais insuffisante et inférieure aux objectifs chez l'adolescent et l'adulte. C'est particulièrement le cas pour la vaccination contre la grippe dans le groupe des personnes âgées de 65 ans ou plus, en baisse constante depuis des années. Selon le HCSP, en 2012, la France avait des résultats globalement moyens comparés à ceux des autres pays européens, alors que l'accroissement de la couverture vaccinale se ralentit dans les pays européens et en France.

## Une prévention, mais pas pour tous

Il y a des inégalités de recours aux soins de prévention selon le revenu des personnes âgées de 50 ans et plus. Au regard des autres pays d'Europe, ces inégalités sont plus importantes en France que la moyenne<sup>8</sup>.

Les personnes précaires ou les travailleurs pauvres qui vont chercher des repas dans des associations ne peuvent ni consommer cinq fruits et légumes par jour, ni pratiquer quotidiennement une APS, comme le recommande l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). L'accès à ces comportements favorables à la santé leur est trop coûteux. Et en l'absence d'aide financière et de service public leur permettant d'y avoir accès partout, ils doivent y renoncer. C'est le cas du sevrage tabagique<sup>9</sup>

alors que, selon le baromètre de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, la consommation de tabac a progressé pour la première fois depuis 2009 et qu'il a été responsable de 73 000 décès en 2004<sup>10</sup>. C'est également le cas pour le sevrage alcoolique, alors que l'alcool est l'une des toutes premières causes d'hospitalisation en France, avec un coût estimé à près de 3 milliards<sup>11</sup> et qu'il a été responsable de 49 000 décès en 2009<sup>12</sup>. L'information et les actions de prévention sont surtout accessibles à ceux qui peuvent financièrement se les offrir, ce qui entraîne des inégalités d'accès à la prévention et à la santé.

L'adoption des comportements favorables à la santé comme 30 min par jour d'activité physique et sportive, pas de tabac, très peu d'alcool et une nutrition équilibrée, permettent à ceux qui les adoptent d'avoir une espérance de vie supérieure de 14 années par rapport à ceux qui n'ont pas la possibilité de les adopter<sup>13</sup>.

## **Une politique de prévention en devenir**

Malgré des innovations comme la démarche « Santé active » de la CNAMTS<sup>14</sup> ou le centre de prévention « Bien vieillir » d'AGIRC-ARRCO<sup>15</sup>, il n'y a pas eu de construction visible d'une politique de prévention intégrée dans le système de santé et d'assurance maladie. Comme si les faibles forces de l'État et de l'Assurance maladie avaient surtout été utilisées dans la mise en place de dispositifs différents successifs.

Pour preuve de l'instabilité et de la refonte incessante des instruments de la politique de prévention : le programme régional de santé (PRS) de 1996 a été fondu dans le plan régional de santé publique (PRSP) et le groupement régional de santé publique (GRSP) de 2004, lui-même absorbé par le PRSP-GRSP dans le schéma régional de prévention (SRP) de 2009. Cela n'est pas favorable à la mise en place d'actions de prévention pour tous et partout, ainsi qu'à la reconnaissance par les collectivités territoriales et les associations du rôle incontournable de l'État et de l'Assurance maladie dans le champ de la prévention.

De ce fait, des collectivités locales ont financé des prestataires privés pour la mise en place d'actions de prévention, ce qui a favorisé l'émergence d'un entrepreneur privé de politique publique et le développement d'un lobbying en matière de prévention et de santé. Des prestataires privés se sont développés qui proposent aux municipalités des actions de prévention comme dans le programme « Ensemble, prévenons l'obésité des enfants<sup>16</sup> ». Pourtant, ces entreprises de marketing social qui bénéficient de subventions du secteur agroalimentaire et de la grande distribution pourraient tendre à privatiser l'action publique en santé publique pour séduire des consommateurs. Cela pose la question de la gestion privée des politiques publiques et de l'administration de la santé<sup>17</sup>, ainsi que de la capacité de l'État et de l'Assurance maladie à se réappropriier la politique publique de prévention.

Les « résultats de la politique de prévention sont décevants<sup>18</sup> ». S'il existe des programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les

problèmes de santé liés au comportement, ils sont surtout basés sur l'information et il n'y a pas d'accès rapide, dans des conditions d'égalité, à des services essentiels de prévention. L'accès à la prévention rencontre les mêmes difficultés que l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers, avec en plus une quasi-absence de guichets uniques qui permettraient l'accès de tous à l'information ainsi qu'à des actions de prévention. Les financements pour la prévention en France sont en diminution<sup>19</sup>. Les investissements privilégient des services curatifs coûteux qui semblent de plus en plus être uniquement accessibles à une petite frange fortunée de la population, plutôt que des actions de prévention sanitaires susceptibles de bénéficier à une forte proportion de la population, notamment aux personnes âgées<sup>20</sup>.

## Une meilleure prévention à l'étranger

Ceux qui voyagent, notamment au Royaume-Uni et dans certains États d'Amérique, peuvent se rendre compte que la prévention y est meilleure qu'en France.

L'utilisateur a accès à une bibliothèque de santé gratuite en ligne comprenant des informations basées sur des preuves scientifiques pour lui permettre d'adopter des comportements favorables à sa santé, et comprendre les pathologies et les soins<sup>21</sup>. Il peut ainsi devenir co-décideur de sa santé. Les parents, les adolescents et les enfants peuvent y trouver des informations vulgarisées sur les maladies, la nutrition, la parentalité, la croissance et le développement. Chacun peut consulter un guide d'anatomie interactif pour explorer les symptômes afin d'arriver à prendre les décisions et les mesures pour se sentir mieux rapidement. L'utilisateur peut aussi se connecter, à partir d'un téléphone ou d'un ordinateur portable, à un site d'applications mobiles gratuites fournissant des outils pour mieux gérer sa santé (Health Hub à Intermountain Healthcare). Il pourra par exemple apprendre les premiers gestes à prodiguer pour réanimer une personne faisant un arrêt cardiaque, vérifier le trajet pour se rendre dans un centre de santé ou une pharmacie ainsi que consulter les informations pour prendre un rendez-vous ou communiquer avec son médecin. Les parturientes bénéficient d'outils pour suivre leur grossesse et avoir des conseils de santé. Elles peuvent utiliser une vidéothèque et un « forum des mamans » pour échanger leurs expériences (Baby Steps App à Intermountain Healthcare), etc.

Dans l'Utah, tous les usagers bénéficient des actions du programme de prévention Live Well élaboré par Intermountain Healthcare, dont l'objectif est de sensibiliser à l'adoption d'un mode de vie sain. Les actions de ce programme concernent le dépistage, le suivi et la prévention secondaire des patients atteints de pathologies chroniques. L'ensemble des actions de prévention primaire proposées sont basées sur l'*Evidence-Based Medicine* et sont considérées comme étant les plus coûts-efficaces. Ces actions sont proposées aux usagers par les professionnels de santé, médecins et infirmières, travaillant dans les centres de santé pluridisciplinaire. Ces professionnels ont été formés aux actions de prévention primaire dans les domaines de

l'activité physique et sportive, de l'alimentation, de la santé mentale, etc. Les usagers qui le souhaitent peuvent ensuite être suivis régulièrement par des professionnels en *coaching* en santé qui vont les aider à identifier leurs difficultés et préférences en matière de changement de comportement face à leur santé. Un point régulier est réalisé avec l'équipe pluridisciplinaire qui est rémunérée pour cela. Les usagers peuvent bénéficier de « centres de bien-être » situés dans les centres de santé pluridisciplinaire les plus importants. L'équipe des centres de bien-être est multidisciplinaire et composée de spécialistes en activités physiques et sportives, en alimentation, etc., bénéficiant de locaux dédiés pour ces activités. Des professionnels formés à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique travaillent avec les patients afin de les rendre autonomes dans la gestion et le suivi de leurs pathologies. Ils obtiennent de meilleurs résultats par rapport à un suivi des usagers uniquement réalisé par une équipe hospitalière ou de soins primaires. Cela a été par exemple scientifiquement prouvé pour la prise en charge du diabète<sup>22</sup>.

En France, l'utilisateur est bien esseulé face aux offres de prévention au sein d'un système de santé et d'assurance maladie complexe et cloisonné. Il doit trouver par lui-même la bonne information pour adopter des comportements favorables à la santé et sans risque pour lui. L'Assurance maladie commence à donner des informations *via* son site Ameli.fr et propose des services en santé<sup>23</sup>. Depuis juillet 2015, l'Assurance maladie a déployé le *coaching* en ligne « Santé active » qui propose aux assurés trois programmes axés sur la nutrition, la santé du dos et la santé du cœur.



## 2.

### **Un secteur ambulatoire en devenir**

Généralement, le premier contact de tout un chacun avec le système de santé se fait par la consultation d'un médecin spécialiste en médecine générale (couramment appelé médecin généraliste), c'est-à-dire l'un des professionnels de santé du secteur ambulatoire, des soins primaires ou de premier recours.

Comme prévu par la loi, les usagers attendent de cette offre de soins qu'elle réponde à l'exigence de proximité. Il faut donc déployer une offre de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de dispensation et d'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que de conseil pharmaceutique sur le territoire. Le suivi des usagers et leur orientation dans le système de soins et le secteur médico-social doit y être assuré.

Cette première ligne du système est la plus fondamentale. C'est pour elle que les usagers consentent à des efforts financiers de plus en plus importants. Son inaccessibilité du fait d'absence, avec les « déserts médicaux », ou pour des raisons financières liées à des dépassements d'honoraires ou de désengagement de l'assurance maladie obligatoire leur est de plus en plus incompréhensible et inacceptable.

#### **La problématique des déserts médicaux**

Le médecin généraliste est le pivot du parcours de soins coordonné. Qu'il exerce seul en cabinet ou de façon multidisciplinaire en centre de santé, maison de santé ou pôle de santé<sup>1</sup>, qu'il soit rémunéré à l'acte ou qu'il soit salarié, l'utilisateur attend qu'il puisse contribuer à l'offre de soins ambulatoires tout le temps et partout sur le territoire. Il doit pouvoir l'orienter dans le système de soins et le secteur médico-social, coordonner ses soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, assurer la synthèse de toutes les interventions, contribuer aux actions de

prévention et de dépistage, participer à la permanence des soins, accueillir et former les stagiaires de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles d'études médicales. Pourtant, on constate une inégale répartition des médecins généralistes sur le territoire, ceci pour plusieurs raisons.

En France, la densité des médecins généralistes sur le territoire est supérieure à celle de l'Espagne ou du Royaume-Uni, mais l'ensemble des régions françaises accuse une baisse de cette densité et le fossé continue à se creuser pour les régions identifiées comme ayant une faible densité. La densité médicale, le nombre d'actifs à part entière et le temps médical diminuent, ce qui contribue à l'accroissement des inégalités territoriales.

Depuis 2007, 63 départements sur 101, soit 62 %, ont subi une baisse de leurs effectifs médicaux et le nombre de praticiens va continuer de diminuer jusqu'en 2025<sup>2</sup>. Paris, certains départements du pourtour méditerranéen, la Lozère, l'Allier ou l'Yonne sont particulièrement concernés. Des déserts médicaux apparaissent également dans des territoires dits « bien pourvus ». Prenons l'exemple de Paris qui a une moyenne de médecins au-dessus de la moyenne nationale. Les médecins du nord-est de Paris<sup>3</sup>, dont le nombre est équivalent à la moyenne nationale, sont des spécialistes hors médecine générale pour 67 % d'entre eux, ce qui est 3 fois supérieur à la moyenne nationale et les 33 % de médecins généralistes sont, pour 39 % d'entre eux, en secteur à honoraires libres appelé « secteur 2<sup>4</sup> », contre 28 % en Île-de-France et 12 % en France. Par ailleurs, 27 % de ces médecins généralistes parisiens, contre 12 % en France, pratiquent l'homéopathie, l'acupuncture ou la médecine d'urgence. Au final, il y a moins de médecins généralistes en comparaison avec la moyenne nationale et cela pourrait encore diminuer, car la moyenne d'âge de ces médecins était de 55 ans en 2010. Des territoires dits bien pourvus peuvent ainsi devenir des déserts médicaux, particulièrement pour l'usager qui ne peut pas avoir financièrement accès à une assurance maladie complémentaire (AMC) qui le couvre bien et en raison des dépassements d'honoraires. Cela est préoccupant car, selon une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) publiée en 2015<sup>5</sup>, la pauvreté se concentre sur les grandes villes, particulièrement sur Paris.

Il y a aussi une désaffection des étudiants pour la médecine libérale dont les causes sont plurielles. Les jeunes médecins préfèrent un exercice de groupe multidisciplinaire avec des emplois salariés permettant des exercices à mi-temps et en ville à l'exercice traditionnellement individuel en secteur 1 avec gardes, surtout en milieu rural. Un médecin libéral gagne moins qu'un praticien hospitalier à partir de la 15<sup>e</sup> année d'exercice. Le vieillissement de la population médicale est aussi une problématique nouvelle.

Les déserts médicaux remettent en cause la permanence des soins qui permet de répondre aux demandes la nuit, les week-ends, les jours fériés et pendant certains ponts. Cette permanence des soins est aussi, pour la Cour des comptes dans son rapport de 2013, instable, fragile et coûteuse. Longtemps assuré par un tour de garde qui constituait une obligation déontologique, ce système est depuis 2002 fondé sur le volontariat avec une



rémunération sous forme de forfaits d'astreinte, ce qui a fait exploser les dépenses.

De nombreuses mesures ont été prises pour réduire les déserts médicaux. Depuis 2009, les ARS ont commencé à investir la planification du secteur ambulatoire avec l'Assurance maladie *via* le schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui comprend l'offre de soins de premier recours. Ce schéma indique, par territoire, les besoins en implantation des professionnels libéraux et des pôles, maisons et centres de santé. Pourtant, le rapport au Parlement sur la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé de Jean-Pierre Fourcade n'ayant pas plébiscité en 2011 ce nouveau dispositif de planification de la médecine ambulatoire, les ARS ont tenté de recentrer leurs actions sur le développement des maisons de santé ou des maisons pluridisciplinaires. La planification du secteur ambulatoire a pu être efficace pour les infirmières diplômées d'État ou les kinésithérapeutes, mais pas pour les médecins, malgré son renforcement en 2012. Tout cela n'a rien d'étonnant puisque le schéma régional qui englobe la médecine ambulatoire n'est pas opposable, et comme la liberté d'installation n'a pas été remise en cause, ce schéma n'est qu'une cartographie de la médecine ambulatoire. De plus, faute de moyens, les ARS n'ont pu exercer le rôle de gestionnaire régulateur du secteur ambulatoire, mission dévolue à l'Assurance maladie. Les ARS n'ont pas la capacité de traitement et d'analyse des données et ne disposent pas des principaux outils pouvant influencer sur l'organisation et le comportement des professionnels.

Les aides à l'installation des professionnels de santé libéraux ont été d'une efficacité réduite, qu'il s'agisse de la mise à disposition de locaux, de logement, d'indemnités de logement, du versement d'une prime à l'installation ou du versement d'une prime d'exercice forfaitaire aux professionnels de santé exerçant à titre libéral<sup>6</sup>. Ces dispositifs s'ajoutent les uns aux autres sans coordination permettant une intégration de l'ensemble des dispositifs en un seul qui serait plus efficient et efficace. Cela alors que les zones rurales, qui regroupent 8 % des médecins, devraient être confrontées à une diminution de 25 % du nombre de médecins en activité, au moment où 4 % de la population serait d'ores et déjà concernée par des difficultés d'accès aux soins de premier recours. Cette évolution touche également les petits hôpitaux qui sont confrontés à une difficulté de recrutement de médecins<sup>7</sup>. Dans le même temps, le secteur privé investit les maisons médicales<sup>8</sup>.

Malgré tous ces efforts, le dernier étant le pacte territoire santé mis en œuvre en 2012, que ce soit l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), la Cour des comptes ou le Sénat, tous s'accordent à reconnaître l'accroissement des déserts médicaux. Selon le Sénat, en 2007, 2,3 millions de personnes vivaient dans 643 zones identifiées comme « en difficulté » ou « fragiles » en termes de présence médicale. En 2009, le bilan des 160 maisons de santé et des 25 pôles de santé a montré que le dispositif ne répond ni aux attentes des professionnels ni à celles des autorités publiques<sup>9</sup>. Leur répartition territoriale reste très inégale : les pôles de

santé se développent surtout dans le nord-ouest de la France alors que la dynamique de création de maisons de santé se situe plutôt à l'Est. Il existe des obstacles portant sur une fragilité juridique et financière qui oblige les promoteurs à des montages complexes, sources de risques sociaux, fiscaux et professionnels<sup>10</sup>.

Alors qu'actuellement la France n'a jamais compté autant de médecins, il a été établi en 2015 que le nombre de praticiens en activité allait baisser de 0,3 % d'ici à 2025, aggravant la situation des déserts médicaux. En 2016, près de 2,5 millions de personnes vivent dans un désert médical<sup>11</sup>.

## Dépassements d'honoraires et inégalités d'accès aux soins

Près de 85 % du revenu d'un médecin généraliste provient du paiement à l'acte et le reste de dispositifs innovants de la CNAMTS. L'acte de consultation de médecine générale est moins rémunéré que celui des autres spécialités. Par ailleurs, les dépassements d'honoraires des généralistes ont baissé de 0,54 % tandis que ceux des autres spécialités ont augmenté en 2014 de 18,9 %<sup>12</sup>. En 2010, les dépassements d'honoraires représentaient 30 % des honoraires des gynécologues et 46 % de ceux des stomatologues. De plus, il y a de telles disparités régionales qu'il devient parfois difficile de trouver pour certaines spécialités des médecins libéraux en secteur 1 pratiquant les tarifs de la Sécurité sociale.

Les différences de rémunération rendent la médecine générale moins attractive que les autres spécialités, ce qui peut participer à l'accroissement des déserts médicaux et au recul de l'égalité d'accès aux soins. Ce phénomène est accru par une prise en charge aléatoire au titre de la couverture complémentaire et la généralisation de la pratique des dépassements d'honoraires<sup>13</sup>.

Le délitement progressif du système de conventionnement a conduit à la multiplication et à l'augmentation des dépassements d'honoraires des médecins en secteur 2, ce qui constitue un des puissants vecteurs de discrimination dans l'accès aux soins. Le secteur 2 dit « à honoraires libres » a été créé en 1980 pour ne pas revaloriser les honoraires médicaux. Il est un symbole du retour de l'entente directe sur les tarifs malgré l'instauration de la Convention nationale médicale de 1971 et des tarifs opposables, mais également d'une remise en cause de l'égalité d'accès aux soins. La couverture ou non de ces dépassements d'honoraires par les assurances maladies complémentaires est une nouvelle source d'inégalités qui se cumule aux autres, car les personnes précaires sont les moins protégées : elles sont à la fois les plus malades, les moins bien couvertes et doivent le plus payer pour avoir accès aux soins et à la santé<sup>14</sup>. Selon OpinionWay, 73 % des Français jugeaient, en mars 2012, que la limitation des dépassements d'honoraires devait être une action prioritaire.

À travers quatre mesures récentes, la CNAMTS s'est investie dans la réduction des inégalités d'accès aux soins et à la santé :

- À la suite de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 entre l'Assurance maladie et les principaux syndicats représentatifs des médecins libéraux, les critères de performance tendent à privilégier la prise en charge des patients complexes, y compris ceux ayant la Couverture maladie universelle (CMU).

- Les options «démographie fonctionnement» ou «santé solidarité territoriale» pour le médecin installé dans une zone où les besoins en implantations de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate, sont censés réduire les inégalités d'accès aux soins liés aux déserts médicaux.

- L'avenant n° 8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012 et publié au *Journal officiel* le 7 décembre 2012, autorise notamment un taux de dépassement élevé (jusqu'à 150 % du tarif opposable) pour servir de repère afin de réguler les dépassements excessifs. Cela permet aux médecins qui optent pour le contrat d'accès aux soins et qui s'engagent à réaliser une part d'activité à tarif opposable supérieure ou égale à celle pratiquée avant leur adhésion de bénéficier notamment en contrepartie d'une revalorisation de certains actes, ainsi que d'une participation de l'Assurance maladie aux cotisations sociales sur la part de l'activité réalisée au tarif opposable. Cela doit permettre de réduire les inégalités d'accès aux soins liés aux dépassements d'honoraires.

- Le plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (PLANIR), généralisé en décembre 2013, vise à lutter contre le non-recours et à développer des actions de prévention et de suivi des publics vulnérables.

À l'avenir, ces mesures de la CNAMTS pourraient donc converger pour gagner en efficacité en faveur d'une efficience des processus et d'une solidarité durable permettant d'éviter les prises en charge tardives.

## **L'assurance maladie obligatoire entre désengagement et engagement**

Les nombreux dispositifs innovants de la CNAMTS pour la médecine ambulatoire et ses usagers, paraissent ambivalents quant à la possibilité de renforcer les soins primaires et le rôle du médecin généraliste de premier recours, pivot du parcours de soins coordonné. Si des dispositifs comme l'action de santé libérale en équipe (ASALEE) et la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) viennent soutenir la médecine de premier recours, d'autres, comme le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) et Sophia tendent à créer des clivages dans la dynamique de soutien au développement d'un secteur ambulatoire intégré au secteur hospitalier.

ASALEE conforte le médecin comme pivot des soins ambulatoires en lui permettant de déléguer à des infirmières travaillant avec lui des consultations d'éducation pour la santé concernant le suivi de certains malades

atteints de pathologies chroniques, qui peuvent comprendre jusqu'à la prescription, la réalisation et l'interprétation d'examen des pieds. Ce tandem médecin-infirmière doit favoriser l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies et la réduction du nombre des hospitalisations. Le paiement à la performance médicale est une incitation financière pour le médecin à donner des soins de santé de qualité et économes en dépenses de santé en s'appuyant sur des indicateurs de résultats. Si le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) proposait aux médecins libéraux volontaires d'être payés à la performance en fonction de l'atteinte d'objectifs relatifs à la qualité des soins et à la prescription de médicaments génériques, la ROSP l'amplifie depuis 2011 tant du point de vue du nombre d'indicateurs que de celui du montant de la rémunération.

Le dispositif Sophia facilite la délivrance d'un service d'accompagnement dans le temps pour les patients atteints de maladies chroniques. Des gestionnaires de cas proposent des conseils adaptés à la situation de chaque personne diabétique prise en charge dans le cadre d'affections de longue durée (ALD) afin de limiter les risques de complications liés à cette maladie. Si les personnes asthmatiques peuvent aussi bénéficier d'un tel dispositif, ce n'est pas encore le cas pour les usagers ayant d'autres pathologies chroniques.

Le dispositif PRADO des patientes hospitalisées en maternité dépossède également le médecin généraliste de son rôle de pivot du parcours de soins coordonné. En effet, ce dispositif, mis en place sans lui, consiste en la visite d'un conseiller de l'Assurance maladie auprès de la mère à la maternité pour lui proposer un suivi médical par une sage-femme libérale dès le lendemain de sa sortie de l'établissement hospitalier. La maman va pouvoir bénéficier de ce programme si elle est déclarée éligible par l'équipe médicale de l'établissement hospitalier et si elle dépend de certaines assurances maladies dont la CNAMTS. Ce dispositif PRADO existe également pour la sortie de patients hospitalisés après une intervention en chirurgie orthopédique ou pour décompensation cardiaque.

Dans le même temps, on constate que le médecin de premier recours n'a pas de financement pour organiser par exemple la prise en charge d'un patient dépendant. Ce sera à lui et à sa famille, si elle le peut, d'organiser les soins à domicile de l'infirmière, la prise en charge par un kinésithérapeute, les repas à domicile, etc. Par contre, l'hospitalisation à domicile (HAD) propose une alternative à une hospitalisation pour les prises en charge complexes coordonnées par une équipe pluridisciplinaire sans le médecin traitant. C'est une extension de l'hôpital au domicile du patient financée par l'Assurance maladie *via* la tarification à l'activité (T2A) qui exclut le médecin généraliste.

## **Des conséquences pour l'utilisateur et l'assurance maladie obligatoire**

En 2016, près de 2,5 millions de personnes étaient concernées par des difficultés d'accès aux soins de premier recours. L'utilisateur peut en effet rencontrer six difficultés :

- trouver un médecin généraliste... ;
- qui pratique la médecine générale... ;
- qui soit en secteur 1... ;
- qui ne pratique pas de dépassement... ;
- qui puisse donner un rendez-vous dans un délai compatible avec la demande ;
- et enfin être en capacité de le payer.

Les usagers peuvent avoir tendance à renoncer à la médecine ambulatoire pour se tourner vers d'autres options : la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ou le service d'urgences hospitalières. Cette dernière possibilité est massivement utilisée puisque 15 à 20 % des entrées débouchent sur une hospitalisation. Cette prise en charge des urgences médicales repose essentiellement sur les services des urgences des établissements de santé qui sont devenus des « services de consultations non programmées » coûteux, car le montant moyen d'un passage aux urgences est de 223 € contre 48 € pour un acte effectué par un médecin libéral, selon le rapport sur les urgences médicales de 2006 de la Cour des Comptes. En 2012, plus d'1 Français sur 6 s'était rendu aux urgences selon le rapport annuel de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale, soit une hausse de 30 % depuis 2002, engageant l'Assurance maladie à hauteur de 2,5 Md€. Une meilleure organisation du secteur ambulatoire permettrait donc une économie conséquente pour l'Assurance maladie.

On constate dans le Nord-Pas-de-Calais un recours aux soins trop tardif du fait des difficultés sociales, mais aussi de l'absence de prévention et d'un secteur ambulatoire dégradé<sup>15</sup>. Cela annonce que l'effet boomerang de l'augmentation des dépenses de l'Assurance maladie du fait d'un désengagement du secteur social prévu pour la génération future a commencé<sup>16</sup>.

## **À l'étranger, une meilleure prise en charge intégrée**

Pour sa consultation en Utah, l'utilisateur est pris en charge par un tandem infirmière-médecin généraliste installé dans un bâtiment standardisé basse consommation adapté aux besoins de santé de la population au niveau infra-régional. Ce bâtiment est financé par Intermountain Healthcare. Il est modulable et peut accueillir une ou des secrétaire(s), infirmière(s) et médecin(s), voire un dentiste. Il peut aussi être plus important et comprendre une salle d'urgence et d'accouchement, des lits de court, moyen et long séjour.

L'équipe de soins primaires dispose d'un système informatique ultra-sécurisé (garantissant le secret professionnel) et regroupant les données

cliniques, administratives, financières et sociales. Cela permet à chaque professionnel de santé qui prend en charge un usager de bien connaître ses antécédents, tous les résultats de ses examens cliniques et complémentaires, tous ses traitements passés et actuels, afin d'éviter la prescription d'actes inutiles ou dangereux. Ainsi, les professionnels de santé du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier peuvent co-construire en continu la bonne prise en charge au meilleur coût au meilleur endroit pour lui. Ce système favorise le décloisonnement entre les deux secteurs et la prise en charge coordonnée multidisciplinaire. Ce système informatique intègre des recommandations de bonnes pratiques (RBP) partagées par tous les professionnels sur tout le territoire, garantissant la même prise en charge de qualité pour tous et partout. Les médecins généralistes prennent en charge les pathologies chroniques avec des infirmières cliniciennes. Ils peuvent s'appuyer sur des RBP particulièrement développées pour les pathologies chroniques.

Ce tandem médecin-infirmière engage l'utilisateur dans un processus de prise de décision partagée de sorte que le choix de la prévention et du traitement au sein d'un parcours de santé soit conforme aux souhaits de ce dernier, ainsi qu'à sa compréhension des avantages et des inconvénients. L'utilisateur va pouvoir choisir son parcours de santé qui sera mis en œuvre, suivi et évalué par un professionnel dédié. Par ailleurs, un professionnel dédié aux parcours administratifs se chargera par exemple de la gestion du tiers payant, permettant ainsi au médecin de se concentrer sur les soins. Les professionnels ont ainsi les moyens de participer à la réduction des gaspillages et des variations des pratiques tout en favorisant une amélioration continue de la qualité et des connaissances cliniques.

Le professionnel de soins primaires travaille en équipe pluridisciplinaire centrée sur les besoins de santé globaux de ses usagers. La mobilisation de son équipe est adaptée en fonction de la gravité et de la complexité de la pathologie de chaque patient et peut évoluer dans le temps. La prise en charge de l'utilisateur est ainsi stratifiée, planifiée et suivie. L'objectif est de fournir le bon soin partout, au bon moment, par la meilleure équipe au moindre coût afin d'améliorer la satisfaction et l'état de santé de la population. Chaque professionnel de santé peut participer au développement de la prévention et des soins ambulatoires centrés sur l'utilisateur, améliorer la prise en charge multidisciplinaire et les parcours de soins et de santé de façon efficiente. Par exemple, la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire, protocolisée, planifiée et suivie des pathologies mentales aboutit à ce que plus de 50 % des patients atteignent la rémission ou une amélioration significative. Ceux-ci vont 54 % fois moins aux urgences que les usagers traités ailleurs. Le taux de croissance des dépenses est de 665 \$ de moins qu'ailleurs par usager, soit une réduction des dépenses de 10 % pour l'Assurance maladie<sup>17</sup>.

En Utah, les professionnels de soins primaires travaillent en équipe, disposent des outils et d'un système informatique national, ont de beaux locaux et sont bien rémunérés<sup>18</sup>. Il n'y a pas de dépassement d'honoraires ni de désert médical.

Les professionnels s'appuient sur des RBP partagées par tous et prescrivent uniquement des produits du panier de soins de santé remboursés par l'Assurance maladie. Ces produits sont sélectionnés à partir d'études médico-économiques coût-bénéfice, coût-efficacité et coût-utilité<sup>19</sup> réalisées par Intermountain Healthcare et auxquelles contribuent les professionnels. Ces équipes pluridisciplinaires peuvent interroger leurs pratiques et leurs résultats, tant cliniques que financiers, grâce à des retours d'information qui leur permettent de se comparer à des équipes d'autres régions, mais aussi des 19 autres systèmes de santé et d'assurance maladie de la HVHC. Cela crée une émulation pour toujours d'avantage d'efficacité afin de délivrer les meilleurs soins possible au moindre coût à tous les patients, ce qui est primordial pour tout soignant. Les professionnels de soins primaires bénéficient de formations initiales et continues en travail en équipe, en recherche multidisciplinaire et en amélioration continue de la qualité.

Lorsque des avis spécialisés s'avèrent nécessaires, l'équipe de soins primaires prend rendez-vous, avec l'accord de l'utilisateur, dans le centre hospitalier de référence. À son arrivée, l'utilisateur est aidé par une hôtesse d'accueil pour accomplir les démarches nécessaires à son entrée et prévoir un moyen de transport pour le retour si besoin. L'utilisateur est ensuite conduit au service unique des consultations<sup>20</sup>. Sans attente, il est pris en charge par une infirmière clinicienne qui le dirige dans une salle de consultation standardisée. Elle note systématiquement le poids, la taille, la température, la tension artérielle, les antécédents et l'histoire de la maladie dans la partie du dossier électronique qui lui est réservée. Le médecin poursuit l'examen en binôme avec l'infirmière qui en inscrira les résultats. Cet examen intègre les questions issues des recommandations de bonnes pratiques. Il y a par exemple vingt questions à poser pour bien suivre un diabète.

L'utilisateur peut bénéficier d'examens complémentaires biologiques ou radiologiques dont les résultats sont garantis en vingt minutes grâce à des professionnels spécialisés dans l'aide à la consultation qui font le lien entre le service de consultation et les autres services mobilisés. Un médecin d'une autre spécialité peut venir compléter la consultation si besoin sans que l'utilisateur change de salle de consultation. Les résultats des examens complémentaires et des autres consultations sont intégrés immédiatement dans le dossier électronique. Le médecin, grâce au système informatique, va ensuite proposer un ou plusieurs scénarios de prise en charge qui seront discutés avec l'utilisateur. Le but du trio usager-médecin-infirmière est d'arriver à co-décider du parcours de santé incluant des actions de prévention, qui aura la meilleure observance. Le résumé de la consultation est inscrit dans le dossier électronique et transmis aux professionnels des soins primaires concernés. Le parcours de santé est ainsi mis en place, suivi et évalué par un binôme de professionnels en charge des parcours de santé et de professionnels en charge des parcours administratifs.

L'utilisateur peut repartir du service de consultation sans ordonnance puisque l'éventuelle prescription arrivera électroniquement directement à

la pharmacie située dans le hall de l'hôpital où l'utilisateur pourra prendre ses médicaments préparés d'avance. Dans ce hall, il y a également un cabinet dentaire et un opticien. Pour l'utilisateur, cette consultation, rendue possible par une organisation spécifique de l'établissement et du système, dure en moyenne une demi-heure. Utilisateur, établissement et système sont gagnants car l'utilisateur ne perd pas de temps et l'établissement et le système ne perdent pas d'argent.

Le centre hospitalier de référence est souvent interrégional et comprend cinq services. Il y a un service de chirurgie générale, un service de chirurgie vasculaire générale, un service de médecine, un service mère-enfant et un service d'urgences<sup>21</sup>. Dans l'entrée de chaque service, les objectifs d'amélioration de la qualité sont affichés comme le score d'infections nosocomiales et son objectif de réduction.

Le niveau supérieur au centre hospitalier de référence est le centre hospitalier national qui est hyperspécialisé. Il comprend une suite de bâtiments par programme national de santé qui sont reliés les uns aux autres<sup>22</sup>. Il y a le bâtiment des urgences et de la réanimation, celui de la chirurgie spécialisée et des transplantations, celui de la médecine et de la chirurgie vasculaires spécialisée, le bâtiment de la cancérologie et celui de la recherche et développement. Ce dernier est le plus important. Il comprend notamment un service regroupant les médecins-informaticiens qui ont pour mission d'améliorer les outils informatiques du système. Des start-up informatiques entourent le centre hospitalier national.

Ces établissements de santé, si la zone où ils sont implantés l'exige, ont des fondations antisismiques et sont construits de manière à pouvoir réaliser des extensions futures. Ils sont accessibles par les transports en communs et sont des bâtiments à basse consommation (BBC), prenant ainsi en compte les enjeux environnementaux.

L'utilisateur découvre un système intégré et ré-organisé qui a réussi son virage ambulatoire sans perte d'emplois. Les soins de premiers recours présentent des résultats tellement bons qu'il n'y a plus besoin de certains services d'hospitalisation complète, comme la diabétologie par exemple. Le personnel de ces services a été redéployé vers les soins de premiers recours et les nouveaux métiers permettant au système de répondre aux besoins de santé de la population comme les spécialistes de la prévention, des services de consultation, des parcours de santé, des parcours administratifs, etc.

En France, l'utilisateur doit se débrouiller seul et perdre du temps entre les différents établissements et les services de consultation et d'hospitalisation éclatés par spécialité qui ont chacun leur accueil ou leur dossier. Le professionnel de santé assure seul les consultations, la collecte des résultats d'examen complémentaires, se charge de tâches administratives, etc. Le dossier médical électronique du patient, lorsqu'il existe, diffère d'un médecin à l'autre, d'un établissement à un autre, sans communication entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.

Le professionnel de santé français ne dispose pas des moyens lui permettant de s'occuper uniquement de la partie médicale ou paramédicale de



la prise en charge des patients, alors que c'est indispensable pour avoir des soins d'excellente qualité au meilleur coût ainsi qu'un système de santé efficace et durable<sup>23</sup>. Il ne peut pas, avec son équipe, interroger ses pratiques et ses résultats, tant cliniques que financiers, et les comparer aux autres équipes au niveau régional, national ou international. Il n'y a pas d'émulation pour aboutir aux meilleurs soins possible au moindre coût à tous les patients et partout.

Le système en Utah propose à tous des soins de meilleure qualité à moindre coût. Cela interroge l'utilisateur et le professionnel de santé français sur les différences de qualité de prise en charge malgré des coûts importants, de modernité des organisations et des outils utilisés, ainsi que sur les prestations offertes comme la prévention ou le parcours de santé.