

FHF Toulouse, 6^{ème} congrès interrégional, 25 Oct 2012

Intervention de Madame Solange MENIVAL

Vice Présidente de la Région Aquitaine, en charge de la santé et des Formations sanitaires et sociales,

Intervention

L'hôpital doit être replacer dans le contexte historique des quatre ruptures qui le frappent simultanément.

Ces ruptures sont : épidémiologique, démographique, économique et territoriale.

Une rupture épidémiologique : Les maladies chroniques constituent 80 % des maladies, l'OMS parle d'épidémies des maladies non transmissibles, qui touchent un quart de la population française. Cancers, insuffisance cardiaque, respiratoires, hypertension artérielle, obésité, diabète etc...

L'allongement de la durée de la vie fait que les malades âgés sont porteurs de plusieurs maladies à la fois, prises en charge dans un système hyperspécialisé qui n'est pas construit pour la synthèse, la prise en charge continue et globale de la personne.

Une rupture démographique : Avec le vieillissement de la population la demande d'offre de soins augmente. Mais en même temps, l'offre de proximité se raréfie à cause de la baisse de la démographie médicale et en général des professionnels de santé, qui partent à la retraite. La demande augmente alors que l'offre baisse. Les déserts médicaux s'installent, aussi en ville, mettant l'hôpital dans l'obligation d'assurer le premier recours.

Une rupture économique : 84 % du budget de l'Assurance Maladie est lié aux maladies chroniques qui constituent 90 % de l'augmentation des dépenses de santé.

Par ailleurs la crise économique crée un malaise social non dit, avec la montée du chômage et précarité. Il y a des conséquences sur la santé de ceux qui subissent ses effets. Les addictions et les suicides augmentent.

Une rupture territoriale : La répartition des effectifs médicaux est inégale. En Aquitaine, les disparités sont de 1 à 5. Les fermetures de services ou plateaux hospitaliers n'ont pas partout donné lieu à des suivis ou structures de remplacements, plus légères. La mortalité prématurée des moins de 65 ans, très forte en France, y est très inégale. Sur la carte, elles se superposent aux lignes de fractures sociales, et aussi démocratiques, comme observé à l'élection présidentielle.

Le paradoxe de nos résultats :

La mortalité prématurée avant 65 ans est de 205 décès pour 100000 habitants, alors qu'elle est de 180 en moyenne dans les pays de l'OCDE et de 155 en Andalousie ou au Portugal. La dépense par habitant est selon les indicateurs retenus, de plus de 30 % en France par rapport aux pays qui font aussi bien que nous en espérance de vie.

En mortalité évitable, la France a les meilleurs résultats, attestant de la très bonne prise en charge quant les patients entrent à l'hôpital.

Ainsi, nous vivons une époque où les maladies ont changé, mais aussi les malades et les professionnels qui ont de nouvelles exigences.

D'abord répondre aux besoins de santé :

Nous devons avoir une approche de santé publique qui s'appuie sur une meilleure observation des populations, grâce aux ORS par exemple.

Le professeur Vigneron a publié les cartes des inégalités de santé, de morbidité et de mortalité en France. Elles nous obligent à repenser notre approche pour rompre avec une logique de l'offre et aller vers une logique de besoin, approche populationnelle.

Quatre piliers ont été définis par le Pr Barbara STARFIELD, qui sont l'accès, la continuité, la coordination des soins dans une approche globale des personnes.

Cela nécessite un système d'information décloisonné et fluidifié.

Elle doit encourager le patient à devenir actif et acteur de son maintien en santé.

Depuis la prévention primaire dans son milieu de vie, vers une gestion précoce de la maladie, par des professionnels de proximité qui dirigent, quand c'est nécessaire, vers la pôle de gestion aiguë (l'hôpital) puis, quand c'est nécessaire, de réhabilitation. Il faut donc avoir une approche intégrée, qui implique tous les acteurs, en les rendant proactifs, sans liens hiérarchiques, mais sur la base de liens de collaborations.

Il faut d'abord **refonder les soins primaires**, ce peut être ici la généralisation des parcours de soins ou ailleurs des réseaux, mais pas seulement :

Les dispositifs institutionnels doivent évoluer, depuis les professionnels, dont 6 médecins sur 10, nouvellement diplômés, ne souhaitent pas s'installer, mais être salariés.

Les formations doivent évoluer, en particulier chez les infirmières, à qui on peut confier de nouvelles compétences ou de nouveaux rôles, en particulier de coordination des maisons de santé pluri-professionnelles.

Il y a un paradigme à faire sauter : celui qui suppose que tout doit être fait par la personne la plus diplômée. On mélange hauteur de rémunération et qualité.

Si on travaille par objectif de santé publique, c'est quoi la compétence minimale ?

Il faut renforcer le rôle des ARS et s'appuyer sur les élus dans les territoires. Il ne pourra y avoir de réussite des maillages territoriaux en soin primaire, qu'en associant les élus à la réponse aux besoins de santé, coordonnés en région. Le suivi des maladies chroniques, comme le maintien des personnes âgées à domicile ne peuvent se faire qu'en discutant avec les élus, les associations, les professionnels, dans les territoires, en amont de l'hôpital et avec l'hôpital pour organiser la gradation du recours.

C'est en refondant les soins primaires que l'hôpital pourra se recentrer sur ses missions.

Il faut passer d'une médecine de sauvetage à une médecine de soins continus.

Les outils de la transformation sont les initiatives locales et contrats locaux de santé.

La e-santé et la formalisation électronique du dossier de soin et du dossier patient.

Les nouveaux modes de rémunérations, les parcours de soins...

La gouvernance de la coordination :

L'OMS recommande une gouvernance régionale de 3 à 8 millions d'habitants.

On ne pilote pas une organisation fine de la réponse aux besoins de santé par une approche à 65 millions d'habitants. En Europe, la France est la seule à se trouver dans cette situation. C'est peut être une explication au paradoxe de nos résultats sanitaires et à notre manque d'efficacité.

Il faut un cadre national, une stratégie qui donne de grands repères et des outils communs comme le système assurantiel, les normes de sécurité, et l'interopérabilité du système d'information. Cette stratégie doit intégrer la rencontre avec les initiatives locales, coordonnées en région. En Andalousie, pour 1 € investit il y a dix ans, le retour est de 7 €.

Le Conseil Régional (1) a tous les atouts pour constituer un partenaire précieux du système de santé. :

Il a la responsabilité de l'aménagement durable du territoire et la possibilité d'avoir une vision globale de l'action en prévention primaire sur les déterminants de santé et les mauvaises habitudes de modes de vies.

Il dispose des leviers du développement économique pour agir sur les modes de productions et les rendre plus respectueux de l'environnement et de la santé du citoyen, Par exemple sur la diminution de l'emploi des pesticides ou le développement des transports en commun.

Il pourrait bientôt, dans l'acte 3 de la décentralisation, gérer lui même les fonds européens et répondre aux appels à projet du vieillissement actif en bonne santé et promouvoir des innovations organisationnelles, technologiques et sociales.

Enfin, il n'a pas d'autorité sur les autres collectivités, mais il élabore, avec elles, départements et intercommunalités, des schémas qu'il contractualise. Ainsi, de nouveaux SRADDT (schéma régional d'aménagement et de développement durable du territoire) pourraient être l'occasion d'articuler et de coordonner, la santé primaire, la prévention transectorielle, et de maillage territorial de l'accès aux soins.

Il pourrait à ce titre présider les ARS, qui sont le bras techniques de cette réorganisation. En effet, aucune refondation de cette ampleur, ne peut se faire sans le concours d'un bras politique en prise avec les territoires. C'est un changement culturel fort.

Actuellement, la crainte des présidents de Régions est d'avoir à financer des hôpitaux en grande difficulté financière, et ils sont donc, à raison, prudents.

Alors, pour permettre à l'hôpital d'engager un pacte de confiance, il faut repenser l'organisation du système de soin, en système de santé, avec tous les acteurs ; faire bouger l'environnement et faire émerger les innovations organisationnelles, sociales et technologiques, qui améliorent la santé du citoyen, tout en rendant plus efficient le système.

Solange MENIVAL

1) Proposition inscrite dans : « Santé ,Choisir Notre Futur », rapport en cours d'élaboration de Solange MENIVAL et Roland MICHEL.