

59^{ème} journée du GERHNU

Le 23 Novembre 2001

Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil-Essonnes)



Rôles de l'hôpital dans l'évaluation et la satisfaction des besoins de santé

Programme

Modérateurs : Docteur Pascal FORTIER, Docteur Jean-Noël PAROLA

MONSIEUR DASSAULT, PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	3
MONSIEUR LEBECHECQ, DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN.	3
MONSIEUR LE DOCTEUR MARC BRAY, PRESIDENT DE LA CME	3
FRANÇOISE JUNGFER-BOUVIER – PRESIDENTE DU GERHNU :	4
DOCTEUR BERNARD HONORE : « QU'EST CE QUE LA SANTE ? »	5

PHILIPPE LEMANT : « QU'EST-CE QUE LE BESOIN ? DE LA DEMANDE A L'OFFRE ET DU DESIR AU BESOIN » GERHNU	7
BERTRAND GARROS : LA SANTE OBSERVEE ET LES DETERMINANTS DE LA SANTE – DIRECTEUR DES STRATEGIES DE SANTE A LA MUTUALITE FRANÇAISE.	10
MADAME DOMINIQUE POLTON : « COMMENT EVALUER LES BESOINS DE SANTE ? »	16
DISCUSSION	22
JEAN TOULOUSE - NEVERS	22
FRANÇOIS MARTIN	23
DOMINIQUE POLTON	23
DOCTEUR AC BENSADON - DIRECTION GENERALE DE LA SANTE – « LE SYSTEME DE DECISION, DE LA DEFINITION DU BESOIN A LA PRISE DE DECISION »	25
DOCTEUR FRANÇOIS MARTIN : - CONFERENCE NATIONALE DES PRESIDENTS DE CME –	30
« QUALITE ET PERTINENCE DE L'EVALUATION ACTUELLE DES BESOINS DE SANTE : INFLUENCE SUR LE FONCTIONNEMENT HOSPITALIER »	30
MME BERTHOD-WURMSER – CHARGÉE DE MISSION, MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ- « LA SANTE DES PERSONNES AGEES EST-ELLE SOLUBLE DANS L'HOPITAL ? »	33
PROFESSEUR FREDERIC ROUILLON, CENTRE HOSPITALIER ALBERT CHENNEVIER /HENRI MONDOR, CRETEIL : LE SUICIDE ET L'HOPITAL	37
DOCTEUR ANNIE CLAUDE MARCHAND, CHU REIMS : LES CELLULES PASS, UN EXEMPLE D'ORGANISATION TRANSVERSALE HOSPITALIERE ET DE PARTENARIAT EXTERNE : PROJET D'ANIMATION TRANSDEPARTEMENTAL :	37
DISCUSSION	41
BERNARD SCHMITT –SYNTHESE DU GERHNU	42
DISCUSSION	43

Du fait de problèmes techniques d'enregistrement, certaines communications et interventions n'ont pu être retranscrites sur ces actes. Nous vous prions d'accepter nos excuses.

Monsieur DASSAULT, Président du Conseil d'Administration

Messieurs les médecins, je suis très heureux de vous recevoir à CORBEIL-ESSONNES pour la tenue de votre congrès, pour vos travaux et de pouvoir participer aux présentations.

En tant que président de l'Hôpital Sud-Francilien, je suis évidemment comme tout le monde, très concerné par les problèmes de santé. Problèmes de santé multiples, en particulier à l'hôpital où nous avons actuellement quelques problèmes d'organisation et de gestion, ne serait-ce que pour l'application des 35 heures qui suscite beaucoup de problèmes. Il n'est pas facile de dire « on réduit les horaires » et puis on n'assure pas les soins et la présence nécessaire auprès des malades, c'est-à-dire qu'il faut du personnel supplémentaire qu'on ne nous donne pas forcément ou qu'on ne peut pas forcément embaucher avec des moyens financiers que l'on ne nous donne pas. Donc tout cela n'est pas facile et je dois rendre hommage aux médecins de l'hôpital, au personnel et aux infirmières d'assurer quand même leur travail et de satisfaire les malades.

En ce qui concerne les besoins de santé, je pense qu'il y a aussi la prévention dont vous avez parlé et il y a aussi la recherche, qui permettra de fabriquer les médicaments qui guériront facilement les maladies ou qui empêcheront de les avoir. En particulier l'étude génétique, du Génopole qui est à côté à EVRY et qui devrait un jour permettre de guérir des maladies aujourd'hui incurables ou de modifier un certain nombre de gènes pour faciliter les opérations.

La prévention doit commencer je pense à l'école, dans les familles et peut-être aussi des entreprises avec les visites annuelles ou plus. Je crois que plus on fera de la prévention, moins il y aura de malades et plus on facilitera les choses. Après, il y a les malades, il faut les soigner alors là c'est votre problème, nous essayons, nous les élus de vous aider au maximum en vous facilitant la tâche en mettant à votre disposition les moyens nécessaires, mais malheureusement nous ne pouvons pas tout faire et tout décider malgré la bonne volonté de chacun.

Voilà en gros ce que je voulais vous dire avant de commencer vos travaux, je vais donc écouter le Docteur HONORE qui va commencer la première présentation et vous m'excuserez après de vous quitter pour d'autres problèmes liés à la municipalité. En tous cas, merci à vous tous d'être là, merci Madame d'être avec nous aujourd'hui dans nos locaux à Corbeil-Essonnes.

Monsieur LEBECHECQ, Directeur du Centre Hospitalier Sud FRANCILIEN.

Je n'ai pas grand chose à ajouter à l'allocution de mon Président, je vous souhaite tout simplement la bienvenue, je suis heureux que vous ayez choisi Corbeil-Essonnes pour cette 59^{ème} Journée du GERHNU et je souhaite que cette journée soit particulièrement bonne pour vous tous et je passe la parole tout de suite au Docteur BRAY, Président de la C.M.E. .

Monsieur le Docteur Marc BRAY, Président de la CME

Je m'associe à cette bienvenue évidemment, je me félicite que vous soyez venus ici à Corbeil dans un hôpital fusionné depuis trois ans, l'Hôpital Sud Francilien. Je crois que la question que vous posez aujourd'hui : le rôle de l'hôpital dans l'évaluation et la satisfaction des besoins de santé est une question qui se pose de façon tout-à-fait pratique à chacun de nos hôpitaux et notamment à des hôpitaux re-structurés comme le nôtre. C'est en permanence que nous devons nous poser cette question et c'est à ce moment-là qu'on voit les divergences ou les problèmes, mais je ne vais pas empiéter sur cette journée, entre les problèmes de carte sanitaire, entre les problèmes de politique régionale et puis ce que chacun des praticiens, au quotidien, peut constater dans l'approche de ces besoins de santé, c'est également au moment où l'on doit faire un programme d'établissement, un projet médical, toute l'ambiguïté qu'il peut y avoir entre le praticien, le gestionnaire, le planificateur, mais je pense que ce sera le sujet de cette journée. Dont je vous remercie encore d'être parmi nous.

Françoise JUNGFER-BOUVIER – Présidente du GERHNU :

« C'est à mon tour de faire des remerciements, au nom du GERHNU, en mon nom personnel, des remerciements bien forts de nous recevoir dans cet hôpital qui est en pleine mouvance, en face de beaucoup de soucis et de beaucoup d'espoir. Je voudrais remercier tous ceux qui nous ont accueilli, Monsieur LEBECHEC, Marc BRAY et aussi les autres participants, cheville ouvrière du comité d'organisation et particulièrement Martine SCHACHTEL et Alain JACOB .

Nous sommes dans un théâtre, alors nous allons essayer de « faire lyrique ». Lorsque l'on vient, nous GERHNU, ce qui nous laisse des souvenirs, on le dit à chaque fois, c'est ce que l'on va entendre, c'est ce que l'on va réfléchir, ce que l'on va dire, beaucoup puisqu'il y a une large part à la discussion et au-delà des personnes qui nous font l'honneur de venir nous faire des communications, il y a nous tous qui sommes communicants. Et puis les souvenirs c'est aussi l'endroit. Il est clair que dans un théâtre comme cela et dans un restaurant qui s'appelle « Agappes », on va en repartir avec quelque chose que l'on oubliera jamais.

Voyons aujourd'hui de quoi est constitué le spectacle. C'est le bureau du GERHNU qui l'a monté et fait la mise en scène.

Comment avons-nous construit cela ?

Nous avons tous vécu avec un grand enthousiasme la deuxième partie du 20^{ème} siècle qui a été une partie de progrès fantastique en matière de soins, des techniques médicales, des pratiques, de l'industrie du médicament, de l'industrie des matériels et aussi de croissance extraordinaire dans les moyens alloués à la prise en charge des soins, et peut-être quelque part dans la méthode d'allouer ces moyens (mais là, c'est un peu polémique, il vaut mieux en parler hors séance !).

Alors on s'est dit : « maintenant que l'on a vécu cela, on arrive au XXI^{ème} siècle, et à notre sens, le luxe que notre pays riche se doit offrir pour le XXI^{ème} siècle, au-delà des soins, c'est un bon état de santé chacun d'entre-nous. Tel qu'on le définit dans son entité et cela nous allons avoir des pistes multiples pour repartir un peu plus clair sur ce qu'est un état de santé. Voilà pourquoi nous vous proposons ce thème.

Comme d'habitude, au bureau du GERHNU, nous avons réfléchi, beaucoup, et là mes remerciements vont tout particulièrement à Jean TOULOUSE, qui nous a été très « père nourricier » sur ce domaine, puisqu'il avait de façon très récente et très constructive, travaillé au rapport sur l'intégration de la santé dans l'exercice de la Médecine, rapport qui a été fait sous l'égide de notre Conseil National de l'Ordre. Donc, non seulement je le remercie, mais en plus je lui emprunte un certain nombre de phrases pour introduire le thème.

Nous nous sommes demandés ce que nous, professionnels hospitaliers, pouvions avoir comme rôle au-delà du soin dans les problèmes de santé. Alors c'est bien connu, Aesculape avait deux filles Hygie et Panacée. Aesculape devait probablement être beau puisqu'il était un des fils d'Apollon, mais c'est une autre histoire. Les médecins jusque-là ont été assez partisans puisqu'ils se sont beaucoup plus intéressés à Panacée qu'à Hygie et pourtant, il est écrit, comme on dit, dans la loi, dans le code de déontologie médicale « le médecin est au service de l'individu et de la santé publique ». Alors dans nos discussions, sont apparues des notions, des questions qui ont structuré le programme de ce spectacle de Corbeil d'aujourd'hui : qu'est-ce que la Santé ? Qu'est-ce que le besoin ? Quelle utilisation de cette information médicale si riche qui est possiblement recueillie au décours des séjours hospitaliers ? Quel rôle des hospitaliers dans la chaîne des actions de prévention et d'éducation ? Comment les réseaux de santé ? Que veut dire ce terme, qui commence à traîner un petit peu partout de « plateau technique de prévention » ? Quels sont les objectifs nationaux priorités de santé ? On en entendra parler aussi, mais qu'elle est l'utilisation, quelle sensibilisation, quelle information, quelle participation des hospitaliers dans l'élaboration de la stratégie, dans la mise en œuvre, dans la priorisation ? Il y a des objectifs nationaux de santé mais quelles déclinaisons à taille humaine ? Quelles dimensions locales ? Est-ce que c'est la région ? Est-ce que ce sont les bassins de vie ? Quelle formation des médecins à la Santé ? Quelle reconnaissance financière et organisationnelle en face de ces actes médicaux liés à la Santé ? Est-ce qu'il y aurait de nouveaux métiers ? Est-ce qu'il y aurait de nouvelles organisations ? Sur ce dernier point, nous vous convions à venir vous joindre à nous, sur les bords du lac de Serre Ponçon, accueillis par nos collègues de GAP au printemps prochain. Pour aujourd'hui, je souhaite bienvenue à tous nos intervenants et à vous tous, qui nous font le plaisir d'être avec nous aujourd'hui. Je vais vous demander aussi de façon insistante et habituelle, de bien vouloir, avant de nous séparer, renseigner le questionnaire d'évaluation que vous avez dans vos pochettes. Bonne journée à tous ».

Après ces discours chaleureux d'accueil, nous allons rentrer dans le vif du sujet et dans la première partie de la matinée, définition de la santé, définition du besoin. Les conférenciers vont se succéder les uns après les autres et puis nous les ferons venir à la table en fin de séance de façon à avoir une discussion entre nous puis une pause après cette première partie.

Docteur Bernard HONORE : « Qu'est ce que la Santé ? »

Je remercie de GERHNU de m'avoir fait l'honneur de m'inviter à apporter ma contribution à cette journée.

Qu'est-ce que la Santé ? Eh bien j'entends en cette question non pas l'attente d'une définition mais plutôt une invitation à penser. Une invitation à penser la Santé et à engager la réflexion et le débat sur la position du soignant qu'est la nôtre aujourd'hui face aux évolutions de toute nature ou au fond desquelles je crois se profilent de nouvelles significations de la Santé. Mais pourquoi spécialement aujourd'hui penser la Santé ?

Bien sûr parce que se cachent des enjeux économiques, des enjeux politiques chez certains, parce que surgissent des problèmes éthiques dont l'importance est chaque jour soulignée. Parce que la Santé s'inscrit maintenant au fronton de nos institutions hospitalières et dans la loi les concernant, sans qu'on puisse d'ailleurs trouver quelque part ce que signifie au juste une telle dénomination « établissement de santé ». Pas plus d'ailleurs que la notion de « cadre de santé » et aussi parce que le mot pour faire l'affiche publicitaire » est

généralement associé à la sécurité, la beauté, la jeunesse, la longévité et s'étale sur nos musées et sur nos écrans. Enfin aussi parce que dans le même temps la Santé devient matière à réflexion dans les différentes branches des sciences dites humaines, dans les universités et pas seulement dans les facultés de médecine.

Mais voyez-vous, il me semble que la Santé mérite surtout d'être pensée aujourd'hui parce que je crois que les hommes en parlent pour dire quelque chose de leur existence, à la fois en ses épreuves et en ses mystères.

Écoutons donc, essayons d'entendre ce qui est dit lorsque l'idée de Santé vous vient à la parole. Eh bien le plus souvent, au fil des jours, dans les propos habituels, nous faisons référence à la Santé comme à quelque chose d'existant, s'imposant à tous, sans même que l'on songe quotidiennement à en discuter le sens pour chacun.

La conception courante de la Santé vous le savez, c'est l'absence de maladie. A cette notion apparemment dominante, de « non maladie », s'est surajoutée et répandue l'idée de bien-être sur tous les plans mental, social... mais il me semble que de tous temps et à toutes les époques, l'idée de Santé a eu à la fois ce que j'appellerai une figure et un visage. Oui, la figure de la Santé a toujours fait l'objet de description, de définition, d'explication par rapport à la maladie, alors ces figures se sont transformées en fonction du progrès scientifique bien sûr. Ce que j'appelle le visage de la santé, c'est son aspect existentiel révélant une conception d'homme d'une valeur accordée à sa vie. Dans la conception actuelle de la Santé, nous sommes aujourd'hui à ce point portés, modelés par l'environnement scientifique et technique à privilégier l'attention à la figure que nous en oublions le visage. Mais direz-vous, le souci de bien-être ne caractérise-t-il pas notre époque dans la compréhension de la Santé ? Tout cela n'est-il qu'un reflet, une lueur passagère dès lors que nous transformons fréquemment en symptôme médicalisé la moindre entrave à notre marche parfois bien capricieuse, la moindre contrainte, la moindre sensation de malaise. En fait, lorsque nous portons attention à ce qu'une personne dit, en parlant de Santé, nous découvrons que les conceptions courantes dissimulent un sens caché. Un sens caché dans lequel disparaît l'opposition entre la santé et la maladie. Certes, il est souvent question des rapports entre l'un et l'autre mais nous savons tous qu'une personne atteinte d'une maladie ou ayant un handicap n'en conclut pas nécessairement que la santé lui échappe. Certains même exposent clairement que l'expérience de la maladie leur a fait découvrir leur propre dynamisme qui leur a permis de surmonter l'épreuve et même de s'engager parfois dans des chemins ignorés ou dans lesquels ils étaient jusque-là incapables d'aller. Ce dynamisme, je pense que c'est pour eux la Santé qui demande à être reconnue et cultivée. Alors cette santé est donc comprise comme une dimension de la vie dont elle assure à la fois le maintien et le développement en notre existence humaine, elle n'est pas l'absence de la maladie mais elle est révélée par la maladie en ce que celle-ci la provoque et l'appelle à se manifester.

A quoi bon cette réflexion lorsque je rencontre quelqu'un atteint dans son corps, inquiet de ce qu'il va devenir, à donner un sens à ce qui est vécu par le malade et par moi-même comme une épreuve. Épreuve au cours de laquelle chacun éprouve des sentiments dans la situation qu'il vit. Globalement, il ressent un mélange variable de crainte et de confiance quant à la manière dont on va s'occuper de lui et mettre en œuvre ce que la médecine peut apporter. Il ressent le sentiment qu'il lui arrive quelque chose de néfaste mettant à l'épreuve ce qui le fait vivre et le fait souffrir. Je pense que c'est cette épreuve qu'il faut reconnaître et comprendre, quelle que soit la gravité de la situation, quels que soient le diagnostic, le pronostic. Pour le soignant, un mélange de sentiment de puissance quant à sa capacité de faire au mieux, et la mise à l'épreuve de sa propre vie, de sa propre santé. Il a en effet accompagné le patient en le mettant en confiance non seulement dans l'espoir que son savoir, notre savoir, lui permette la santé, la sienne et celle de l'autre.

Écoutant les propos qu'une personne tient sur la santé, sur ce qu'elle éprouve, nous comprenons qu'avec la santé, il est question d'allure. D'allure de vie, de la manière d'aller.

Deux grandes allures. C'est une allure qui ne s'en tient pas à des normes fixes, immuables,

c'est cette allure qui dans la vie, de tournant en tournant, de crise en crise, permet de maintenir un certain cap correspondant à des projets en rapport à des possibilités. Cette allure est maintenue, aux dires même de Georges Canguilhem par la santé et elle est vécue par un sentiment d'emprunt qui paradoxalement dans les moments critiques, cohabite avec la souffrance.

L'autre allure est en ce sens qu'elle écarte tout et ne peut avancer que pour maintenir un ordre antérieur que nous connaissons. Elle est vécue dans un sentiment d'inquiétude et d'insécurité plus grande, c'est une allure dont la santé est en retrait, elle est fragile, toujours sur la défensive. Eh bien nous, nous sommes aux prises et en prise avec ces deux allures, propulsive et répulsive. Certes, cette notion d'allures de vie m'amène à souligner ici deux propositions concernant la santé. D'une part, elle peut être comprise comme une qualité dynamique de l'existence au monde parmi les autres et avec les autres. D'autre part, la Santé n'est pas quelque chose que l'on possède, que l'on conserve ou que l'on perd, elle est toujours dans notre allure tant que nous allons parfois l'éprouver et y penser comme quelque chose mais aussi parfois oubliée dans l'insouciance. La Santé me semble-t-il n'est pas un état mais est caractérisée par des états variables de présence ou de retrait.

J'ai évoqué ce qui est ressenti, éprouvé dans la mise à l'épreuve de la santé par la maladie ainsi que les sentiments qui accompagnent l'allure de vie, eh bien quand on écoute et qu'on entend ce qui se dit des sentiments qui caractérisent à ce point notre existence, cette santé, elle est comprise en guise de cette allure, comme la totalité de l'existence, ce qui est totalement irréversible au niveau de notre existence. La santé est alors décrite comme une disposition. Une disposition qui nous donne une impression nouvelle allant et nous portant à ce moment de la vie là où nous sommes arrivés. Et ce sont les sentiments qui la révèlent dans l'épreuve, les sentiments extrêmes de la santé, la souffrance et la vie. La souffrance en tant qu'endurance, que persévérance dans l'existence en dépit de ce qui pèse, entrave une vie. La jouissance qui nous fait ressentir la preuve de notre appartenance au monde dans un accord avec notre désir. Souffrance et jouissance sont les modalités des sentiments de la santé dans la manière dont elles se déploient en nous faisant éprouver que nous existons. Il y a aussi un autre sentiment important à l'épreuve de la santé, c'est l'espoir qui accompagne la souffrance. Nous éprouvons tous dans la compassion. La souffrance est comprise comme le signe d'une altération de la santé alors qu'elle est au contraire un sentiment de sa mise à l'épreuve, la souffrance redécouvre la santé et l'appelle à se manifester. Aussi convient-il de ne pas la confondre avec la détresse, sentiment d'abandon de la santé qui ne répond plus à l'appel alors que rien ni personne alentour ne vient pallier son absence. La santé ainsi comprise nous découvre donc de notre disposition à exister en dépit de son image et grâce à elle, ainsi vit-elle de chacun et spécialement de ceux qui se veulent soignants, d'être reconnus, là où elle est reconnaissable, c'est-à-dire dans l'épreuve. C'est par la santé reconnue et réappropriée que la souffrance sait que ce n'est pas en cherchant tous les artifices qui pourraient l'amener au silence. Et même lorsque la détresse sonne l'alarme, seul le témoignage de la santé en nous, de notre santé, laisse à l'autre l'ouverture à des instants extrêmes d'existence.

Un aspect de la santé retient encore notre attention lorsqu'on écoute et entend la parole qui circule à son propos, cette parole dit en effet quelque chose de son origine, de sa provenance. J'entends, un capital, le bien le plus précieux, une force de vie qu'il faut gérer et entretenir, un don que j'ai reçu que je dois transmettre.

Philippe LEMANT : « Qu'est-ce que le besoin ? de la demande à l'offre et du désir au besoin » GERHNU

Parler de l'évaluation des besoins de santé ça craint ! Non pas que les mots manquent, mais ils me manquent, au sens où ils me font défaut, où ils me trahissent. Patrice LEUROT nous en avait bien averti à Royaumont et à sa manière, je vais essayer de reprendre le problème.

Bernard Honoré, vous nous avez traité de la Santé, vous nous en avez traité, et nous les médecins, les traitements ça nous connaît ! Traiter aurait deux sens : vous avez aussi pour la santé, montré que c'était un dynamisme et j'ai cru comprendre que la santé devait être entretenue, vous nous en avez entretenu (entretenu aurait aussi plusieurs sens !), d'autant plus que nous avions grand désir de vous entendre inaugurer cette séance, nous en avions même besoin, vous nous en avez entretenu, mais qu'est-ce que c'est « entretenir » sinon subvenir à ses besoins justement ! Nous avons donc été des médecins entretenus et pour nos patients, si on écoute leurs désirs, leurs besoins, leur demande, ce sont des patients entretenus, alors si nous sommes des médecins entretenus et des patients entretenus, il est évident que cela intéresse les gestionnaires de finances.

Concernant la santé, Monsieur HONORE nous a ouvert bien des chemins mais cela reste tout de même compliqué. Vous connaissez tous cette histoire : « Docteur, si je ne mange pas, si je ne bois pas, si je ne fume pas, si je me prive de sel, de sucre est-ce que je vivrai plus longtemps ? Peut-être pas, mais cela risque de vous paraître beaucoup plus long ! »

Mais alors la santé qu'est-ce que c'est ? Peut-être que la santé versus soins, cela pourrait être plus clair : le soin concernerait le malade actuellement souffrant et la santé concernerait celui actuellement sain mais potentiellement malade ! On utilise en France le mot « maladie » pour dire n'importe quoi. Les anglais sont beaucoup plus subtiles comme Dominique COLCHEN nous l'avait dit, ils distinguent « disease » la maladie vue par les médecins, « illness » la maladie vue par le patient et « sickness » une vue socio-culturelle du mal. Reprenons pour bien comprendre un exemple tel l'alcoolisme : avec les malades alcooliques j'ai toujours par connivence, pour établir un contact, utilisé le mot « maladie » mais il faut être lucide, on ne parle pas le même langage ! Lorsque je parle de maladie non pas en tant qu'alcoolologue, parce que les alcoolologues ont appris les langues étrangères, mais en tant que médecin, je pense à sa cirrhose, sa polynévrite, son encéphalite, sa névrite, ses Gamma GT mais lui, en face de moi, lorsqu'il veut bien parler de sa maladie, il pense à son malaise, sa dépression, son angoisse, son mal être général ! Donc ce n'est pas clair et celui qui me l'envoie d'ailleurs le directeur des relations humaines, le juge me l'envoie pour « sickness » parce que c'est une conduite addictive et cela perturbe son service. Donc le terme maladie n'est pas clair.

Qu'est-ce que c'est le soin ? « J'ai une pneumonie, je veux que l'on me soigne, je veux des soins » mais je suis un nouveau-né vif, dynamique avec un Apgar superbe mais sans les soins de ma gentille maman je m'étiolerai, je psychotise, je meure ! »

La santé est quelque chose de très vaste. On voit, c'est le maternage, la mère, le père, mais c'est l'éducation à l'école, la formation pour humanisation des médecins mais aussi des politiciens, des prêtres, des chiromanciens etc... parce que la définition de l'OMS de 1947 dont il a été fait allusion est un complet de bien être physique, mental et social.

Ajoutons que cette ambiguïté n'est pas nouvelle, dans la Rome Antique, on désignait cet état complet de bien-être par le mot « salut » qui était un terme sacré. Plus tard, grâce à la médecine, on a laïcisé ce mot, mais l'église qui se rattrape toujours a repris ce mot à son compte avec le salut, si bien qu'aujourd'hui quand on dit « cet homme me doit son salut » on peut se demander si c'est un prêtre ou un médecin qui le dit !

Même si la santé reste un peu floue, qu'en est-il du besoin ?

Les besoins sont multiples : les besoins ressentis (une fracture), les besoins non ressentis (une hypertension artérielle asymptomatique), les besoins hypothétiques (acupuncture, homéopathie, médecine parallèle), les besoins faux pour ne pas dire des faux besoins (comme le Docteur KNOCK nous a instruit).

Revenons à notre maître Hippocrate : « il n'y a pas de maladie, il y a des malades, il n'y a pas de malades, il y a quelqu'un » et si l'on reprend l'exemple de l'hypertension, il n'y a pas

d'hypertension en soi, il y a des hypertendus ! il n'y a pas besoin de traiter l'hypertension artérielle, il y a à traiter des sujets hypertendus, qui sont des sujets, des citoyens, des cochons de payeurs et des sujets qui ne demandent d'ailleurs peut-être rien ! Ils ne demandent rien à propos de leurs besoins et effectivement le besoin, et là encore je cite Dominique COLCHEN, le besoin ne peut pas être saisi à l'état nu, il s'articule à une demande et une demande qui fait intervenir le désir. Alors que désirent nos patients ? Comprendre ce que désirent nos patients est bien difficile parce que ces désirs sont nombreux et contradictoires. Les patients veulent bien sûr vivre le plus longtemps possible en bonne santé sans médecin, sans médecine, sans frustrations, sans régime sans sel etc ...

Désir de sexe, et là encore une fois on a assisté à la transformation d'un désir en besoin. Autrefois, l'impuissance était quelque chose de normal, physiologique, liée à l'âge. Bien sûr on était désireux de continuer son activité sexuelle et pan ! on trouve le VIAGRA ! Ahrs il faut en faire quelque chose de médical, un besoin. Donc que fait-on ? On va nommer l'impuissance autrement et la nommer « dysfonctionnement érectile » tant le désir est devenu un besoin.

Un désir peut en cacher un autre : un désir d'enfant peut cacher un désir de grossesse, l'enfant n'étant que le remède à ce désir de grossesse et le besoin étant le sperme.

Michel FOUCAULT retient deux désirs fondamentaux : le désir de ne pas vieillir, de ne pas mourir si bien qu'il définit le système de santé comme un système fini face à une demande infinie.

Est-ce que les besoins de nos patients résument les besoins de santé ?

On peut se demander quand même si ce ne sont pas nos besoins à nous, médecins, et à ceux qui nous aident à soigner, les directeurs d'hôpitaux, DASS, DRASS, ARH, ministre de la Santé. Nous avons besoin des malades comme ils ont besoin de nous. Si les malades n'ont pas besoin de nous, à quoi servons-nous ? Qu'ils aient besoin de nous nous justifie, donc on va évidemment défendre leurs besoins.

Mai il y a plus grave : nous ne sommes pas les seuls. Cherchons à qui le crime profite ! Citons publicistes, assureurs, industries pharmaceutiques etc... tous vont nous asséner des demandes en disant sans doute que ce sont des besoins. Besoins ressentis ou non, hypothétiques ou faux. Pour ce qui est des publicistes, il n'y a qu'à ouvrir la télévision : on tombe naturellement sur la Pub ! Et qu'est-ce que l'on voit ? : « prenons soin de notre peau, de nos cheveux, de nos dents, de nos seins ! » « X élimine les odeurs », « Y élimine les microbes ! » « Montre ton nombril : Sveltesse 0, complexe 0 % : » « avec Céréales, je trouve mon identité diététique » « consomme avec modération, attention, nuit à la santé ! » Tout cela parce que je le vaux bien ! Ce sont des désirs, des besoins que ces demandes ? Va savoir !

Pour les assureurs, la santé est un capital, tenons-nous bien au chaud sous une bonne couverture sociale !

Pour l'industrie pharmaceutique, je me suis contenté le peser le VIDAL de nos besoins :

3,5 kg sans les annexes !

Mais qu'en est-il de notre triade demande – désir – besoin ? j'ai bien peur d'avoir posé plus de questions que donné de réponses. D'autant plus qu'il reste à évaluer et que dans le temps que nous vivons « tympus economicus », l'important est quand même d'évaluer.

Et même si les mots demande – besoin – désir sont des mots trop compliqués, « évaluer » va peut-être sembler plus simple ! Nous avons récemment ajouté au titre de la journée le mot « Satisfaction » : je ne pense pas du tout vous avoir satisfait mais j'espère bien que nous ne quitterons pas ce soir avec cette espèce de satisfaction d'avoir bien appris à évaluer mais à évaluer n'importe quoi !

Bertrand GARROS : La santé observée et les déterminants de la santé – Directeur des Stratégies de Santé à la Mutualité Française.

Président du haut comité de santé publique

J'ai travaillé 10 ans à l'INSERM dans une unité de recherche qui s'intéressait à l'évaluation, de l'état de santé, des systèmes de soins et de prévention (début des années 1970), 20 ans dans les observatoires régionaux de la Santé, notamment en Aquitaine.

Si j'ai évolué de cette manière, c'est parce que j'ai eu la chance de faire quelques expériences professionnelles enrichissantes, notamment, j'ai appartenu au Comité de Santé Publique au cours de ses deux premières mandatures et c'est un peu toutes ces réflexions que j'ai pu avoir dans ce cadre là que je voudrais partager avec vous, sachant que, et vous verrez que cela a un lien avec le sujet, je préside aussi actuellement le Comité National de Prévention qui essaie de mettre un peu de lien et de liant entre l'Etat et les trois caisses d'Assurance maladie dans le domaine de la prévention, ce qui n'est pas simple.

Il est très difficile de parler après les deux premières présentations qui sont nourries de toute une pratique clinique et d'un contact avec le patient parce que j'ai une vision un peu plus collective qui va paraître peut-être ou abstraite ou déshumanisée, c'est souvent comme cela que c'est ressenti. Pourtant, je me suis très bien retrouvé dans ce qui a été dit, c'est à dire que j'ai le sentiment que ce que je vais vous dire, c'est une autre manière de dire ce qui vient d'être dit et que l'on aboutit tout à fait au même constat mais en partant d'un autre regard et je crois que c'est cela qui est enrichissant, c'est cette complémentarité des regards.

Comment peut-on parler de l'état de santé aujourd'hui et quelles conséquences on peut en tirer en terme de stratégie de Santé, sachant que vous retrouverez un peu tous ces éléments prochainement dans le cadre d'un avis du Haut Comité de Santé Publique puisque l'on m'a demandé d'être le rapporteur de l'avis sur la situation dans le cadre du rapport de fin de mandature du Haut Comité.

Déjà, et à la suite notamment du Haut Comité de 1994, on peut dire que le diagnostic est assez clarifié.

D'abord, et il faut le préciser, heureusement pour nous et pour les français, des pays du monde qui ont les meilleurs résultats de santé, l'OMS nous amène presque au premier rang. On va voir que peut-être on peut modérer cet enthousiasme compte tenu de certains résultats que je vais vous donner mais il est indiscutable que nous sommes les meilleurs et il faut s'en réjouir et ne pas boudier notre plaisir.

Espérance de vie à la naissance : homme et femmes réunis, vous voyez que nous sommes devancés par la Suède pour l'Union européenne et par le Japon pour les pays comparables dans le monde.

Mortalité infantile : niveau de mortalité infantile devenu maintenant très faible.

Ce contexte étant posé, il faut essayer de progresser. Nous sommes un peu paradoxaux, on parle de «French paradoxe», je ne sais pas si un désir en cache un autre mais là un paradoxe en cache un autre et ce qui me semble paradoxal c'est que l'on va alterner des situations tout à fait remarquables et des situations qui le sont moins.

Dans le cadre des situations remarquables, nous avons notre espérance de vie à 65 ans, nous allons voir que c'est bien, à condition d'arriver à 65 ans. Mais quand on arrive à 65 ans, vous voyez que chez les hommes, nous avons la meilleure espérance de vie, donc le nombre d'années qu'on peut espérer encore vivre quand on a fêté ses 65 ans : 16 ans lorsque l'on est un homme, c'est la meilleure valeur de l'Union européenne Pour une femme : 21 ans (la meilleure valeur également). Voilà un résultat tout à fait remarquable. Ce qui l'est un peu moins, et c'est le premier paradoxe, c'est que si nous sommes très très bons à 65 ans, encore faut-il y arriver !

En fait nous sommes un des deux pays dans l'Union européenne qui avons la mortalité avant 65 ans la plus importante. C'est à dire que vous avez sur ce graphique le nombre d'années supplémentaires dont l'espérance de vie à la naissance augmenterait si on ne mourait pas avant 65 ans. Cela rajouterait pour nous 7 années. Donc la réduction de l'espérance de vie à la naissance due à cette mortalité avant 65 ans est extrêmement élevée en France (parmi les pays de l'Union européenne qui nous sont un peu comparables). C'est aux Pays Bas que l'on a la moins grande perte d'années de vie.

Paradoxe : très bon à 65 ans, par contre, avant 65 ans, nous sommes beaucoup moins bons ! Ce n'est pas connu depuis très longtemps (moins de 10 ans)

Beaucoup d'inégalités de santé entre sexe bien connues : pour les femmes, meilleure valeur dans l'Union européenne, pour les hommes, la situation est beaucoup plus moyenne, ce qui fait que nous sommes un des pays qui ont le différentiel hommes-femmes parmi les plus importants.

Inégalités d'état de santé entre catégories sociales : espérance de vie masculine à 35 ans :

? cadre ou profession libérale : +45 ans

? ouvrier non qualifié : +37 ans

Donc différentiel de 8 ans entre les deux catégories extrêmes.

Cela remet en perspective beaucoup de débats sur l'âge de départ à la retraite.

Situations extrêmes en espérance de vie entre les deux meilleures régions Midi-Pyrénées et Ile de France puis Picardie et Nord Pas de Calais en disant la jouissance d'un côté, la souffrance de l'autre. L'écart n'est pas mince. Qu'est-ce que cela veut dire en terme d'évolution ? Nord Pas de Calais aujourd'hui = 71,3 ans d'espérance de vie. Il faut savoir que Midi-Pyrénées avait atteint cette valeur vers 1975 et que cela, ce sont des résultats de 1995, ce qui veut dire d'une manière un peu imagée que Midi-Pyrénées a 20 ans d'avance en terme d'évolution sur Nord –Pas de Calais. Donc quand on parle de différence, on ne parle pas de petite différence ! Ce qui veut dire que si les hommes de Midi-Pyrénées avaient la bonne grâce d'arrêter de faire progresser leur espérance de vie, si tout évoluait comme avant, il faudrait 20 ans à ceux de Nord Pas de Calais pour rattraper. On peut espérer que cela ira plus vite, mais on peut aussi se dire que les hommes de Midi-pyrénées n'ont aucune raison de s'arrêter de voir leur espérance de vie progresser.

Dernier point que l'on peut aussi rappeler : on dépense beaucoup d'argent pour notre santé, cela ne me choque pas du tout mais il est important de le rappeler quand même et s'interroger sur les résultats. En pourcentage du PIB, nous sommes là aussi parmi les pays qui dépensent le plus, les champions étant les Etats Unis, bien que le Japon qui avait une très bonne espérance de vie consacre moins de sa richesse que nous. Nous sommes parmi les pays qui font cet effort et cela est très bien ainsi.

Maintenant, il faut s'interroger sur cette situation paradoxale et essayer de comprendre pourquoi elle existe et justement se dire « qu'est-ce qu'il faut faire pour la réduire ».

Ce que je voudrais essayer de vous expliquer c'est que justement, et cela va rejoindre très bien les propos qui ont été tenus précédemment, ce n'est pas étonnant que l'on soit dans cette situation, compte tenu de la stratégie d'action qu'on suit depuis déjà longtemps. Cette stratégie et la conviction que l'on a tous, c'est que les soins sont le principal déterminant de la santé. Et cette idée, tout le monde la partage, les professionnels que vous êtes, mais aussi la population et les décideurs. Quand on a cette conviction, on s'intéresse un peu moins aux autres déterminants de la santé sur lesquels que je vais revenir : on ne s'intéresse pas beaucoup aux stratégies d'actions non curatives puisqu'on se dit « si le principal déterminant est les soins, il faut que je « mette le paquet » là-dessus et donc on n'a pas vraiment de culture préventive. Ce qui fait que, sans remonter trop loin, mais dès l'après-guerre, si vous essayez de les retracer, vous verrez que toutes les politiques de santé ont été en fait des politiques de développement de l'offre de soins et des efforts considérables ont été faits On

peut dire que cela a été plus des politiques de promotion de l'accès aux soins, notamment sur le plan financier, que des politiques de promotion de la santé et on a fonctionné avec un schéma qui est pertinent pour les soins mais moins pour la santé. On part d'un état de santé, et en face, on a une offre de soins. L'état de santé génère des besoins de soins, l'offre de soins génère une capacité de production de soins, on fait un bilan, on y voit un équilibre, un déficit et on réagit par rapport à cela et si vous regardez, si vous êtes hospitaliers, les SROS, depuis longtemps, cela a été un peu cette logique. La question est en fait à l'étage un peu au-dessus, c'est que l'état de santé obéit à bien d'autres déterminants et c'est là où du coup, c'est un peu réducteur. Sans compter qu'en plus, vous n'êtes pas sans avoir remarqué dans votre pratique que l'on est quand même maintenant dans une situation épidémiologique assez nouvelle par rapport à ce que l'on a connu dans le passé : on est dominé, (c'est ce que l'on appelle le résultat de la transition épidémiologique), on est dans une situation qui est marquée par les pathologies chroniques, donc avec des maladies qui mettent longtemps à paraître, avec lesquelles on va rester longtemps malade et avec lesquelles on ne sera pas forcément dépendant (j'y reviendrai), mais on aura besoin de soins pour justement ne pas devenir dépendant. D'où ce déséquilibre qui dépasse largement le temps de l'année. Et pourtant, la manière dont nous gérons les choses, est dans l'année et n'a aucun sens par rapport à la réalité épidémiologique. Ce n'est pas étonnant que cela ne marche pas puisque cela ne correspond pas du tout à la dynamique des problèmes de santé. Je crois que cela correspond à des situations, on va dire pour être simple, de type où les problèmes de santé étaient dominés par des problèmes disons essentiellement épidémiques, infectieux, qui avaient des durées brèves, dont on guérissait ou mourait très vite, mais on ne restait pas malade. Ce n'est plus du tout la situation actuelle mais on continue à faire comme si.

Pourquoi tous ces éléments là expliquent finalement assez bien me semble-t-il, pourquoi ce contraste, pourquoi a-t-on de très bons résultats à partir ou après 65 ans, pourquoi en a-t-on de moins bons avant et pourquoi ces inégalités ?

Si l'on regarde les causes de ce que l'on appelle la « mortalité prématurée », c'est-à-dire avant 65 ans :

- ✍ 1^{er} rang : tout ce qui est lié à la consommation excessive d'alcool (plus d'un décès prématuré sur 10)
- ✍ Cancer du poumon : le tabac (à peu près autant)
- ✍ Les suicides 7 %

Ces trois premières causes, c'est le ¼ de la mortalité prématurée. Si on continue :

- ✍ Accidents de la circulation,
- ✍ Cardiopathies ischémiques,
- ✍ Cancer du sein,
- ✍ Maladies cérébro-vasculaires,
- ✍ Toutes les pathologies infectieuses (grippe, pneumonie, bronchite chronique) sur lequel le système de soins peut agir une fois qu'elles sont acquises mais pas supprimer.

On arrive à 47 % donc on peut dire schématiquement que pratiquement au moins la moitié des décès prématurés sont dus à des causes qui relèvent de stratégies qui devraient se situer très en amont des soins, (c'est à dire une fois que le problème est apparu, le système de soin peut éventuellement faire quelque chose mais ne rétablira pas la situation comme elle aurait pu être avant). On n'est pas dans le cas d'une maladie infectieuse où il existe un antibiotique actif et où du coup on est guéri.

Donc, étant donné qu'on a négligé toutes ces stratégies de l'avant, ce n'est pas tellement étonnant que l'on n'ait pas de très bons résultats. Par contre, qui a besoin de soins ? Ce

sont les gens malades. Et où trouve-t-on le plus souvent les gens malades ? Plutôt parmi les gens les plus âgés. Donc, ce n'est peut-être pas non plus, même si ce n'est pas le seul élément, tellement étonnant que, si on a mis « le paquet » sur les soins, les gens malades vont quand même en tirer un certain bénéfice. Si vous pensez par exemple au problème de tout ce qui est lié à l'insuffisance cardiaque, on a fait des progrès extraordinaires, on a des possibilités thérapeutiques énormes, maintenant, on va vivre longtemps et dans de bonnes conditions d'autonomie pendant longtemps on profite des choses et on a une espérance de vie longue.

Donc, quelque part, le paradoxe de la situation en terme d'avant et après 65 ans est assez logique avec la manière dont nous avons utilisé nos ressources et nos moyens. On a de très bons résultats, là où le système thérapeutique a le plus d'efficacité, on en a de moins bons là où il est le moins efficace, où il a encore le moins de possibilités.

Si maintenant nous passons à autre chose : les déterminants en amont des soins. Je vous ai donné quelques exemples.

Vous avez là deux catégories de ménages : les ménages pauvres et les ménages non pauvres selon des études au niveau européen, qui sont faites en France par l'INSEE. On a demandé dans ces deux catégories le pourcentage de gens qui avaient restreint leurs dépenses durant au moins une année en fonction des types de dépenses. On peut très bien voir que les restrictions faites ou non concernent beaucoup plus les ménages pauvres sur des facteurs qui sont des déterminants de la santé : la nutrition, le chauffage, les vêtements, les vacances, le logement (fenêtres ou sols en mauvais état, chauffage inefficace, humidité dans les murs ou les sols). On se rappelle ce que disent les SOS médecins ou autres structures qui interviennent souvent dans des situations complexes, qui arrivent pour soigner des enfants ou autre et qui voient que l'humidité dégouline des murs et qui se disent « je veux bien donner les antibiotiques, tout ce qu'on veut, mais cela ne va rien résoudre du tout ».

Autre aspect : ce sont les inégalités sociales. La proportion de fumeurs chez les plus de 15 ans. 32 % de fumeurs chez les ouvriers non qualifiés, 21 % chez les cadres et les professions intellectuelles. Donc inégalité face aux déterminants de la santé. Le surpoids, lié à beaucoup de pathologies (on y reviendra) : un indice de masse corporelle qui dépasse 30, vous voyez que pour les ménages ayant des bas revenus, la proportion de personnes étant en surpoids est beaucoup plus importante que dans les ménages ayant les plus hauts revenus.

Le dernier déterminant est tout ce qui est lié au système de soins.

La relation entre l'espérance de vie masculine à la naissance et le nombre de lits d'hospitalisation. Ce qu'on peut dire, c'est qu'il n'y a pas de lien évident entre les deux, c'est-à-dire que pour un même niveau d'espérance de vie (exemple entre 1974 et 1976) vous avez des niveaux quand même assez différents en capacité d'hospitalisation de court séjour. Si vous regardez l'ambulatorio, vous avez à peu près la même chose (ici pour Paris) et vous voyez que la relation n'est pas tellement évidente. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas besoin de système de soins. Il est évident que quand on est malade, on a besoin d'avoir un lit d'hôpital ou un médecin à proximité. Là on parle de la Santé, ce n'est pas tout à fait la même chose (comme on l'a très bien dit avant moi). Si on regarde par contre par rapport à d'autres facteurs, la consommation d'alcool (et là toujours la même chose, relation entre l'espérance de vie et l'indice comparatif de mortalité par alcoolisme) donc un indice qui fait abstraction du biais lié aux structures par âge, vous voyez un lien très net : plus l'espérance de vie est longue, moins la consommation d'alcool est forte et réciproquement. Et si vous prenez le tabac, c'est exactement la même chose.

Là on voit bien le lien avec des déterminants en amont du système de soins. Donc, si on est dans cette situation et que l'on veut essayer de progresser, qu'est-ce que cela peut

vouloir dire en terme de conséquence stratégique ? Cela veut dire qu'il faut élargir la gamme des intervention, et c'est pour cela que je suis très heureux d'être là aujourd'hui, parce que j'ai cru percevoir dans les propos de la Présidente, que précisément ce qui vous réunissait, c'était une réflexion dans cette dimension là : dire comment on élargit notre panoplie d'intervention, non pas pour abandonner ce qu'on a déjà et qui est déjà très bien, mais pour enrichir notre gamme d'action. Je pense que l'on peut le faire, en tous cas c'est ce que je propose, c'est ma conviction, dans le cadre d'une approche qualité parce que l'approche qualité c'est ce qui peut tous nous rassembler.

On a beaucoup parlé de la mortalité prématurée évitable, peut-être que l'on pourrait élargir cette dimension qualité à l'ensemble du système de santé et pas en rester à la qualité dans le système de soins. On prône beaucoup la qualité dans le système de soins élargissons et parlons de qualité dans le système de santé.

On pourrait donc se dire « essayons déjà de lutter contre toutes les situations de non-qualité », c'est le début de la démarche qualité, et qu'on peut définir simplement comme toutes les situations négatives ou inutiles, qui se produisent alors qu'elles pourraient être évitées. Voici quelques exemples les plus concrets.

Pour moi une infection nosocomiale, vous en parlez beaucoup, c'est à l'évidence une situation de non qualité. On peut éviter cela mais une contamination par le virus du SIDA, c'est pour moi exactement la même chose si l'on se place au niveau du système de santé et pas du système de soins : on sait les moyens qu'il faut pour éviter une contamination par le virus du SIDA, il faut après convaincre les gens de les utiliser mais on connaît les stratégies. Le cancer du poumon, c'est pareil, un accident de la circulation c'est la même chose. Une perte de la couverture complémentaire c'est tout-à-fait une situation de non qualité et on sait qu'e l'on pourrait éviter cela et on sait que l'on aurait pu éviter cela. Alors on a été obligé de faire la CMU et tant mieux pour les gens qui en bénéficient parce qu'il y en avait bien un besoin, sauf que l'on peut se dire, et le haut Comité, dès sa première mandature avait tiré la sonnette d'alarme, que l'on aurait peut-être pu éviter d'en arriver là en sachant que crise sociale + remboursements à la Sécu = augmentation des couvertures complémentaires, des gens qui ont moins de ressources, c'était donc évident. Il a fallu attendre que le nombre de gens qui ne puissent plus payer soit si important et l'on a fait un traitement curatif à quelque chose que l'on aurait pu prévenir. C'est donc très bien de l'avoir fait sauf qu'à mon sens on aurait peut-être pu être plus préventif que curatif et je crois que cela est intéressant et c'est là que la démarche que je propose d'élargir, permet justement de poser les problèmes d'une manière cohérente et globale pour tout le monde. Les difficultés d'accès aux soins c'est pareil, les prescriptions d'antibiotiques c'est exactement la même chose.

Donc, on peut avoir une stratégie qui s'inscrit dans une vision complète de déterminants, on n'est pas obligé d'opposer les uns aux autres, qui va intégrer tous les champs d'action encore une fois sans les opposer parce qu'il faut sortir à mon avis de cette espèce d'opposition artificielle entre le curatif, le préventif, ce qui sont d'un côté, de l'autre etc... Cela n'a pas de sens, il faut voir que l'on est dans un continuum et chacun doit se situer dans ce continuum et chacun à un rôle à y jouer, ce qui fait qu'à mon avis si on a cette vision, on peut du coup beaucoup mieux adhérer une dynamique commune et il me semble qu'on peut aussi construire des stratégies d'actions qui vont permettre de mieux répondre aux besoins de santé, pas seulement de soins, et à la satisfaction des besoins de la population. Et là, pour dire les choses très facilement et je terminerai sur deux exemples, qu'est-ce que c'est nos niveaux d'interventions ? D'abord, le premier niveau qui me paraît évident, c'est promouvoir la Santé et éviter ou retarder l'apparition de problèmes de santé, c'est l'action sur les déterminants et si on veut faire savant on dit : « c'est la prévention primaire ». Mais bien sûr on ne va pas forcément arriver à tout éviter ou retarder parce que d'abord il y a des choses que l'on ne sait pas éviter et puis on n'est pas toujours aussi efficace qu'on le voudrait. Donc, il y a des problèmes de santé

qui vont arriver et là il faut agir pour que la prise en charge soit la plus précoce possible pour tous et de la meilleure qualité possible pour tous. Là on a aussi des progrès à faire mais c'est tout de même là qu'on a peut être fait beaucoup.

Et puis, le dernier point que l'on a aussi sous-estimé, parce qu'il y a l'amont mais il y a aussi l'aval : il faut limiter l'impact des problèmes de santé sur les différents aspects de la vie des personnes. Et c'est aussi très important et c'est là où tout le problème des personnes âgées mais aussi du SIDA a bien aidé à réintroduire cette dimension ou à prendre conscience que au-delà du bilan du milieu, il y avait aussi ces deux dimensions.

Si l'on prend un exemple que vous connaissez : l'hospitalisation des personnes âgées. Beaucoup de gens disent qu'un certain nombre d'hospitalisations des personnes âgées ne devraient pas avoir lieu. Alors si l'on réfléchit comme cela, avec la grille que je viens de vous donner, le premier point c'est d'abord essayer de prévenir les hospitalisations évitables. Alors vous allez me dire « oui, mais ça, moi je suis hospitalier, qu'est-ce que je peux faire là-dessus ? Vous pouvez déjà informer, parce que comment sait-on qu'il y a des hospitalisations évitables ? C'est parce qu'il y a des hospitaliers qui le disent. Qui disent « attendez, moi je reçois cette personne mais en fait elle n'a pas forcément à être ici, mais c'est vendredi, elle n'a pas de soutien donc je la prends. Mais en fait on aurait dû éviter et ce n'est pas forcément bon pour elle. » Vous pouvez le dire mais est-ce que vous avez des systèmes d'information qui vous permettent de le dire ? Non, on est un peu gêné parce que dans le PMSI, si vous voulez essayer de savoir le nombre d'hospitalisations évitables, c'est un peu difficile. Il pourrait déjà y avoir une réflexion autour du système d'information mais vous pouvez aussi agir. Si l'on prend un autre exemple : vous savez qu'il y a beaucoup d'hospitalisations motivées par la iatrogénie qui sont les conséquences d'hémorragies médicamenteuses (par anticoagulants, anti-inflammatoire etc...). Tous ces gens qui se voient prescrire ces traitements sont passés chez vous, c'est souvent à l'hôpital qu'on les a initié. C'est évident que la manière dont on va expliquer au patient et à son entourage la gestion de la chose, va être déterminant pour la bonne utilisation et la prévention de la iatrogénie. Donc l'Hôpital est déjà dans « éviter au moins la réhospitalisation », il a aussi une action déterminante là-dessus. Mieux préparer les hospitalisations nécessaires. Il y a des choses que l'on ne va pas pouvoir éviter et c'est là aussi où entre la famille, le médecin traitant, l'hôpital, on peut se préparer, préparer des conditions d'accueil, préparer des situations où l'on n'est pas obligé de faire le tour de tous les services pour arriver à trouver un lit etc...

Là aussi, si l'on se met dans cette stratégie, on voit que c'est tout à fait naturel. Après on favorise ce qui est directement l'hospitalisation, la prise en charge globale, et ce sont des choses que vous connaissez bien, et puis préparer la sortie, vous savez que là aussi, l'articulation. Il y a plein de choses que l'on peut faire et dans ce continuum, vous voyez que l'Hôpital a tout à fait sa place et surtout il faut qu'il ait le souci, autant de ce qui se passe avant que de ce qui se passe après et c'est pareil pour les autres acteurs et je crois que si tout le monde a ce souci de ce qui se passe avant lui et après lui, on va avoir une meilleure articulation. Plutôt que de parler de réseaux, les réseaux c'est bien, mais les réseaux c'est un outil, un moyen, pareil que l'informatique, il ne faut pas confondre informatique et information et là il ne faut pas confondre réseau qui est le moyen avec la stratégie dans lequel le réseau s'inscrit.

Si on prend le diabète de type II, actuellement, il y a une grande politique pour améliorer la prise en charge du diabète, c'est très bien, mais quand vous avez vu que l'obésité est bien plus répandue dans les catégories sociales les moins favorisées, vous dites que c'est bien de bien prendre en charge les ouvriers non qualifiés qui ont un diabète mais ce serait peut-être mieux de leur éviter d'avoir un diabète : il faut agir en amont et là l'Hôpital peut avoir une action en terme de nutrition, faire des consultations Toute une démarche peut se faire pour agir à ce niveau là. Cela se fait, cela peut se faire beaucoup plus, c'est ça dont je voudrais vous convaincre, dans une stratégie de telle

manière que les choses n'apparaissent pas comme des aspects ponctuels mais s'inscrivent vraiment dans une vision stratégique où chacun essaie de remplir sa place et de jouer le rôle qui est le sien.

Tout ça pour dire que ce n'est sûrement techniquement pas facile parce que l'on a un fonctionnement marqué par l'histoire et par une situation épidémiologique. Donc je pense que notre organisation ne correspond plus tout à fait à la réalité de problèmes de santé. C'est une dimension culturelle très importante et c'est pour cela que c'est très difficile, aussi bien du reste auprès des patients que des médecins, des autres professionnels de santé ou des décideurs. Mais, il me semble que c'est cela qui nous permettra d'avoir une cohérence d'ensemble que l'on va tous pouvoir partager et qui va nous permettre d'avoir une vision dépassant toutes les segmentations du dispositif. Actuellement, on raisonne en fonction des dispositifs. On dit à l'hôpital il y a les réseaux, il y a la ville etc... il faut absolument fonctionner autrement si l'on veut répondre et satisfaire les besoins. Il me semble qu'il faut partir des problèmes et élaborer des stratégies d'interventions et après utiliser les moyens par rapport aux stratégies qu'on a définies en commun et que la qualité peut être ce qui nous rassemble tous.

Madame Dominique POLTON : « Comment évaluer les besoins de Santé ? »
Directrice du CREDES

Merci beaucoup de m'avoir invitée à contribuer à vos réflexions de cette journée. Je suis Directrice du CREDES, qui est le Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé. Je crois que vous avez eu l'occasion déjà il y a un an de cela, lors d'une journée sur les alternatives à l'hospitalisation, d'écouter deux chercheurs médecins du CREDES, qui vous ont parlé de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile sur lesquels nous avons des travaux en cours ou récemment terminés. Je voudrais dire que comme Mr GARROS, je suis plutôt économiste, je travaille à un niveau national donc pour ces deux raisons j'ai une vision certainement moins proche du terrain et de la relation médecin-malade que les intervenants du début de matinée, mais ceci dit, et là aussi, je répète un peu ce qu'à dit Bertrand GARROS, vous verrez qu'au fond, sous une autre forme et avec une formalisation peut-être un peu différente, mon propos rejoint beaucoup celui du Dr LEMANT tout à l'heure sur « mais qu'est-ce qu'on évalue quand on dit qu'on évalue et est-ce qu'on pense qu'on peut évaluer des besoins ». C'est d'ailleurs la raison pour laquelle je me suis permis de transformer un peu le titre de mon intervention parce que l'idée de « comment évaluer les besoins sanitaires » présuppose qu'on se réfère, (et vous allez voir que la plus grande partie de nos interventions va consister à dire pourquoi à mon avis il y a un peu une illusion technocratique) à dire qu'on pourrait évaluer des besoins sanitaires, en tout cas d'un point de vue très global.

En réalité, je me place un peu du point de vue de celui qui est porté par un certain nombre d'organisations de médecins, notamment, un des principaux syndicats de médecins libéraux qui porte de manière récurrente le discours selon lequel définir un niveau de dépenses n'a en soi aucun sens et que ce qu'il faut faire c'est partir du besoin de soin et essayer d'en déduire les ressources qu'il faut mettre dans le système de santé. Et on voit bien ce que cette idée a d'intellectuellement séduisant et probablement d'assez fort comme perspectives pour le futur, mais moi ce que je voudrais montrer, c'est qu'en fait, cette idée quand on la décortique, on voit bien que c'est un peu une illusion, parce qu'il y a énormément d'éléments qui font qu'on ne sait pas au fond traduire cette équation. Prise globalement, cette idée que l'on pourrait essayer de reconstruire une espèce d'ensemble de ressources nécessaires à la satisfaction des besoins sanitaires de la population est un peu une illusion, peut-être ce que l'on peut faire, c'est qu'il y a

beaucoup de démarches pragmatiques que l'on peut mener sur des segments particuliers, sur des pathologies particulières, et je trouve qu'elles se développent de plus en plus et que manifestement « on va dans le bon sens » de ce point de vue là. Mais que chercher à faire ce schéma logique dont on voit bien qui pourrait être encore une fois séduisant intellectuellement, de partir d'un état de santé, d'en déduire des besoins de soins, des ressources soit physiques (aujourd'hui, c'est très clair qu'avec l'évolution de la démographie médicale par exemple, on peut se poser la question d'évaluer le nombre de médecins nécessaires et de savoir si en face de ce nombre nécessaire, les perspectives démographiques du corps médical nous conduisent à penser qu'il faut absolument faire quelque chose), ou si au fond, on peut estimer que cette évolution n'est pas problématique pour la France. C'est un des exemples particuliers dans lequel aujourd'hui ces questions d'évaluation de besoin se posent. Puis, cela peut-être des ressources financières et là je fais référence à ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire l'idée qu'au fond l'ONDAM, qui est construit aujourd'hui, c'est vrai, de manière relativement autonome par rapport à une logique de besoin mais plutôt sur une logique de capacité financière de fond public à financer la santé, pourrait être construite sur une logique plus médicale et plus axée sur les besoins de santé.

Pourquoi ce schéma logique ne peut-il pas vraiment être mené ? C'est ce que je vais essayer d'explicitier en montrant tout ce qui au fond, dans les passages de l'un à l'autre, fait que on ne peut pas vraiment déduire ce qu'il faudrait comme ressources. Vous verrez que bien que cela puisse apparaître comme relativement négatif, je crois que le fait d'aborder chacun de ces points, c'est aussi une occasion de réfléchir dessus et de se poser des questions justement sur « comment ces différents éléments interrogent notre vision et notre conception de l'organisation des soins ». Vous avez vu tout à l'heure : état de santé = besoin de soins ressources. Si l'on appelle besoin de soins le besoin effectivement en services médicaux et de santé divers (j'appelle « service » une consultation médicale, un acte, un suivi, un certain nombre de tests diagnostiques, toute une série d'éléments de soins qui sont aujourd'hui produits par notre système), il est clair que le besoin de soin en lui-même, on ne l'observe pas dans notre système. Ce que l'on peut observer, et là voyez une chaîne de causalité qui est un peu différente, c'est la rencontre d'un besoin qui doit être ressenti et qui doit s'exprimer avec une offre de soins qui est elle-même extrêmement diversifiée sur le territoire, qui a ses propres logiques. Et c'est de la rencontre de ces deux éléments que naît quelque chose qui là est observable, qui est une consommation de soins, c'est-à-dire un recours effectif au soin. Mais il est clair, que cette consommation étant extrêmement variable, se pose le problème de la référence et du fait qu'elle correspond ou pas à une consommation souhaitable, c'est-à-dire à une norme que l'on pourrait établir.

On peut revenir un peu en arrière et on se dit : bon on n'observe pas les besoins, on n'observe que la consommation mais on sait ne serait-ce qu'à regarder son extrême variabilité que cela ne peut pas nous fournir de normes ou de références, donc repartons de l'état de santé, essayons d'évaluer l'état de santé, et d'en déduire un peu logiquement ce qui serait nécessaire en terme de quantité de soins à fournir, et dès lors, de ressources à mettre dans le système. Et là aussi, la première chose que l'on peut dire, c'est que même sur l'état de santé proprement dit, on sait bien qu'on peut avoir différentes conceptions de l'état de santé et que (là je suis très en retrait par rapport aux premières interventions qui effectivement je crois ont énormément élargi le propos avec beaucoup de références philosophiques, moi je suis plus « ras les pâquerettes ») les conceptions de l'état de santé aujourd'hui dans notre système peuvent être différentes et que par exemple on voit bien que pendant longtemps a prévalu une conception plutôt médicale, plutôt portée par l'offre de soins qui diagnostiquait des maladies, lesquelles étaient effectivement considérées comme les problèmes de santé de la personne et qu'on

a vu de plus en plus émerger (ce n'est pas un hasard je crois) dans les enquêtes, dans les outils d'analyse de l'état de santé, des choses qui renvoient beaucoup plus à la subjectivité des individus, dans ce que l'on appelle les notes d'état de santé ressenti ou des éléments qui font plus référence à la perception qu'à l'individu de sa propre santé, qu'à ce que dirait diraient des professionnels de santé, sur, objectivement, (par un certain nombre d'analyses ou d'examens), l'existence ou non de problèmes de santé. Et que cette dimension subjective correspond aussi à une évolution, qu'elle est certainement d'ailleurs un des déterminants de la demande de soins, peut-être même plus que l'état de santé diagnostiqué lui-même. Vous verrez avec le transparent suivant, à titre d'illustration, disant la même chose mais de façon plus formalisée en montrant quels sont derrière les outils d'évaluation : on peut avoir une morbidité est ressentie et déclarée et qui donne lieu à un recours aux soins qui est diagnostiqué. Dans ce cas, on est dans le cadre qui ne forme pas la totalité, d'une morbidité qu'on peut à la fois repérer en interrogeant par exemple des professionnels de soins, dans les enquêtes que l'on mène auprès des médecins des établissements, de tous les systèmes d'information exhaustifs ou non de type PMSI, dans lequel on a effectivement maintenant, (et je crois que c'est un énorme progrès), une analyse de la morbidité qui donne lieu à un recours aux soins mais on a aussi la morbidité qui est ressentie et déclarée et qui n'est pas forcément diagnostiquée et qui ne donne pas forcément lieu à un recours aux soins. Celle-ci peut être récupérée à partir d'enquêtes auprès des individus (enquêtes en population générale) et nous en faisons beaucoup au CREDES. On voit bien qu'il y a un écart entre ce que les gens déclarent et que la perception est aussi variable selon les catégories sociales, les individus. On voit bien qu'on peut avoir une morbidité repérée par le système soins mais pas déclarée (donc les enquêtes auprès des ménages sont plus larges en terme de perception de la santé mais elles ne couvrent pas non plus ce champ là).

Sur tous ces aspects qui sont déjà difficiles non seulement d'un point de vue technique mais qui renvoient à des conceptions qui peuvent être variables de l'état de santé, il faudrait aussi faire de la prospective, parce que en général quand on se pose la question des ressources, il y a beaucoup de ressources comme par exemple le nombre de médecins dont on sait qu'il y a une longue période d'inertie avant qu'on puisse les avoir (une dizaine d'années pour la formation médicale qui est certainement le minimum). Et c'est bien aujourd'hui, le souci que l'on a sur les évolutions démographiques du corps médical, il faudrait pouvoir anticiper et se dire « dans les 10 à 15 ans qui viennent, qu'elles vont être les grandes tendances de l'évolution de la morbidité ? ». Pour avoir mené récemment dans le cadre d'un exercice qui était co-piloté par la DATAR et le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur le Schéma National des Services Collectifs Sanitaires, avoir essayé de faire une prospective sur deux décennies sur un certain nombre d'aspects du système de santé, on a très peu en France de réflexion un peu construite sur l'évolution de la morbidité, sur ce à quoi on peut s'attendre, sur des scénarios possibles etc... D'ailleurs, peut-être, compte tenu des incertitudes qui entourent l'ensemble, je ne sais pas ce que cela apporterait. Alors qu'on sait bien effectivement que probablement les cancers du poumon vont augmenter, notamment chez la femme avec l'évolution des facteurs de risques et un certain nombre de choses de ce type, c'est déjà assez difficile de saisir ce qu'est l'état de santé aujourd'hui, se projeter dans un avenir qui permette de construire derrière une idée de ressources à trouver dans notre collectivité pour y répondre est loin d'être aisée et vous verrez tout à l'heure sur un petit exemple qu'est le vieillissement de la population, à quel point on est dans l'incertitude sur l'impact que cela aura sur les dépenses de santé ou sur les besoins de ressources en santé.

Dernier point sur l'état de santé, et cela rejoint tout à fait ce que disait Bertrand, c'est qu'on voit qu'à l'évidence, on n'était pas vraiment en amont de la chaîne quand on

commence à dire « état de santé – besoin de soins – ressource » et ce d'autant moins qu'on se projette vers l'avenir puisque (c'est ce que Bertrand a fort bien expliqué), il est clair qu'avec un certain nombre de stratégies de prévention, on peut influencer l'état de santé, probablement pas immédiatement mais à 5 ou 10 ans et avoir des configurations assez différentes au total d'évolution de certaines maladies et derrière des besoins de soins qu'elles requièrent.

Je voulais dire à ce propos que d'ailleurs, puisque comme on a du mal à faire de la prospective on s'était contenté d'essayer de regarder les inégalités géographiques existantes, il y a eu des travaux menés par des géographes récemment qui sont assez intéressants sur la place de la santé sur la mortalité par zone géographique fine, on voit bien que là où il y a de très fortes inégalités géographiques elles recoupent aussi des formes d'inégalités sociales, et c'est bien sûr des pathologies qui mettent en jeu plutôt des stratégies de prévention ou des stratégies de diagnostic précoce mais ça, Bertrand l'a bien montré tout à l'heure.

Je poursuis sur mon cheminement de logique dans le petit schéma que l'on avait tout à l'heure, pour faire le passage du problème de santé. En admettant qu'on essaie d'évaluer la morbidité, qu'on se mette d'accord sur une conception, qu'on essaie d'avoir un minimum de tendances pour l'avenir, on voudrait passer aux besoins de soins et là on voit bien qu'aussi on se trouve face à une liaison qui n'a rien de mécanique et d'absolu et dans laquelle il faut introduire un certain nombre d'éléments du côté de l'offre de soins et du côté de la demande, qui peuvent faire varier considérablement les réponses. Le premier élément, qui est une lapalissade mais qu'il faut quand même rappeler, c'est qu'il n'y a un besoin de soin que dès lors il y a une technique disponible face à un problème de santé et on l'a vu je crois avec Monsieur LEMANT avec le Viagra ou la PMA. C'est-à-dire d'une part l'idée de la médicalisation de problèmes qui auparavant n'étaient pas considérés comme le champ de la santé mais de manière plus générale, on ne parle de besoin de soins que dès lors qu'il y a une réponse du système de soins. Donc, dans la mesure où le progrès technique évolue énormément, et qu'il a tendance à élargir le champ du possible, il y a toute une série de problèmes probablement qui trouveront des solutions avec donc des besoins nouveaux qu'on a aujourd'hui beaucoup de mal à anticiper.

Toujours du côté de l'offre, passer de l'état de santé au besoin de soin suppose qu'on puisse d'une certaine manière « modéliser » le processus de production de soin. Et on voit bien que certes, les dix ans qui nous précèdent vont un peu dans ce sens et pas seulement en France mais un peu dans tous les pays, l'idée de construire des référentiels de pratique, de dire « conduite à tenir dans tel et tel cas » et l'émergence de toute une construction d'expertise autour de cette question là, va dans ce sens d'essayer d'avoir un certain nombre de jalons clairs de prise en charge pour des pathologies données. Mais enfin on est quand même très loin, et je ne pense pas de toute façon qu'on y arriverait, de modéliser l'ensemble de la réponse à l'ensemble des besoins de santé. Et lorsqu'il n'y a pas de référence, se fonder sur la pratique moyenne aujourd'hui on le sait, alors qu'elle recouvre des variabilités de pratiques professionnelles énormes, cela n'a pas beaucoup de sens, c'est un peu la même chose que se fonder sur la consommation moyenne.

Et puis dernier élément, la variabilité, dès que l'on s'intéresse à une observation donnée au niveau national, très importante sur le territoire fait que l'on ne peut que s'interroger sur les manières différentes de faire à certains endroits. Alors peut-être que dans certains cas on ne fait pas assez, par exemple, quand on regarde la densité médicale régionale qui, rien qu'au niveau des régions françaises qui sont quand même de gros ensembles de population, varie de 1 à 1,7, c'est énorme. Quand on met cette variation au regard, par exemple de l'évolution globale de la densité médicale, c'est vrai que les chiffres sont supérieurs aujourd'hui à la baisse globale de la densité dans 20 ans, alors je

crois qu'il a quand même lieu de s'inquiéter de la baisse de densité dans 20 ans parce que la densité médicale elle-même n'est pas tout à fait une bonne mesure et probablement on aura une baisse réelle de l'encadrement médical supérieure à ce que disent les chiffres sur la densité. Il n'empêche que l'on voit bien qu'à chaque fois on peut s'interroger sur le fait qu'aujourd'hui il y a quand même des écarts à la fois sur les pratiques professionnelles, dans les niveaux d'offres de soins, qui sont en général supérieurs aux évolutions moyennes que l'on anticipe.

Tout à l'heure vous avez vu la tentative de chaînage logique « état de santé – besoin de soin » avec des éléments du côté de la pratique médicale et de la réponse du système de soins. Il faut voir aussi qu'il y a des éléments de comportement des usagers vis à vis du recours au soin et que là aussi, on constate des différences qui font s'interroger sur le « modèle » de recours aux soins qui doit servir de référence. Un des aspects que je voudrais prendre en exemple, qui est tout à fait caractéristique dans notre système de soins, c'est la question du recours au généraliste ou au spécialiste. C'est un des éléments, mais loin d'être le seul parce que de manière générale, il y a de fortes disparités de recours aux soins entre catégories sociales, niveaux de revenus, notamment pour la médecine de ville. Vous savez qu'il y a une sorte d'inversion quand on prend la dépense totale : les écarts ne sont pas si énormes que cela mais il y a une inversion médecine ambulatoire/ hospitalisation qui est très significative. Mon propos, pour montrer comment ces différences rendent difficile et illusoire cet exercice auquel on pourrait se livrer, va être sur la question du généraliste/ spécialiste. En France, c'est assez clair et d'ailleurs dans les études que l'on a pu faire au début du dispositif du médecin référent on l'a tout à fait vu, il y a un modèle de consommation de soins qui est plutôt un modèle des catégories populaires qui consiste à recourir massivement au généraliste, à la pharmacie prescrite, beaucoup moins au spécialiste et il y a un modèle de cadre supérieur qui recourt deux fois sur trois à un spécialiste quand il va voir le médecin, à beaucoup de spécialistes de spécialités différentes, à plusieurs spécialistes dans la même spécialité pour avoir deux avis. Mais ce n'est pas forcément, de la manière dont je le dis cela peut paraître caricatural et du gaspillage mais je crois que l'on n'est pas obligé de le prendre comme cela, on peut le prendre aussi comme une question qui est : « est-ce que ce modèle là, qui est un modèle de type quand même consommateur averti, « je veux avoir plusieurs avis, je veux plutôt consulter des gens très spécialisés sur un certain nombre de problèmes ». Est-ce que c'est le bon modèle au sens ou est-ce que c'est celui qui préfigure ? Car on sait bien qu'on a des dynamiques dans tous les secteurs de la consommation comme les dynamiques d'imitation et de changement de modèles vers d'autres qui étaient auparavant ceux des catégories supérieures, est-ce que c'est cela le modèle de soin qui préfigure ce que ce sera à l'avenir et qu'il faudrait prendre comme référence dans nos évaluations en disant : « au fond certainement la catégorie de population aujourd'hui en France qui sait le mieux ce qui lui faut » ? Je pense que la demande n'est pas indifférente, il n'y a pas que l'offre quand même qui détermine la consommation. Est-ce que c'est cette catégorie qui a raison et qu'au fond il faudrait avoir un système de soins qui répond plutôt aux attentes de cette catégorie qui seront celles de l'ensemble de la population dans 10 ans ? En même temps, on voit bien que de manière assez paradoxale, d'une certaine façon, l'idée du médecin référent, dont on peut penser que c'est un outil de qualité et pas seulement destiné à faire des économies, est plutôt un modèle qui s'inspire d'une consommation d'une couche plus populaire de la population. Je pose d'ailleurs simplement cette question parce qu'il me semble que parmi d'autres, la gestion du choix des spécialiste ou généraliste est très importante dans la manière dont on va ensuite anticiper les besoins en médecins.

Je résume un peu tout ce que j'ai dit pour dire qu'on voit bien qu'il est un peu illusoire d'avoir une sorte de construction théorique de ressources nécessaires à la satisfaction des besoins de soins ou de santé.

Jusqu'à présent, on reste dans les besoins dans l'absolu mais sans se poser la question de savoir si ces besoins doivent être ou non pris en charge collectivement. Or cela a quand même pas mal d'importance et là j'ai pris quelques exemples qui sont du côté des services rendus par le système de soins sur lesquels il peut y avoir à un moment donné des arbitrages à faire. Il s'agit par exemple des stratégies de dépistage précoce d'un certain nombre de pathologies. On voit bien, le cas par exemple du cancer du col de l'utérus a été un bon exemple, que l'on gagnerait certainement à augmenter encore le rythme de dépistage des cancers par rapport à la références des trois ans qui est une référence contestée et quand même pas mal débattue. Que probablement, quand on fait les calculs, on gagnerait encore en mortalité si on passait par exemple de trois ans à un an et probablement peut-être on pourrait encore avoir des résultats plus élevés sur un certain nombre de pathologies. C'est-à-dire que dans un certain nombre de cas, même si on voit bien que la courbe est asymptotique et que quand même, on est dans les rendements décroissants, on pourrait faire plus et on gagnerait. Ce ne serait pas faire plus à résultats inchangés, ça serait faire plus avec des petits résultats supplémentaires. Dans ces cas là on est quand même conduit à avoir un arbitrage sur ce qui paraît quand-même coût efficace globalement pour la collectivité et sur ce qui existe, c'est vrai mais dont on décide, surtout sachant que dans ce que l'on fait déjà il y a d'énormes inégalités, que ce sera effectivement la limite que l'on met d'une certaine manière à ce que l'on appelle «le panier de soins remboursables » ou ce que la collectivité décide qu'elle prend en charge de manière raisonnée et en essayant de maximiser le rendement de l'argent qu'elle met dans le système de soins.

Je pense que vous êtes déjà complètement convaincus. Vous savez que l'on a quand même essayé de réfléchir à des choses de ce type là sur les questions d'évaluation des besoins en médecins et qu'on voit que passer en plus du besoin de soin (en admettant que l'on puisse avoir l'état de santé), protocoler des stratégies thérapeutiques ou diagnostiques ou préventives, derrière mettre des ressources s'il faut, c'est encore assez compliqué parce que ça met en jeu des questions. Comme pour les médecins par exemple l'évolution du temps de travail (d'actualité dans l'Hôpital mais aussi en médecine de ville où c'est susceptible d'évoluer) et puis la question fondamentale qu'on pose dès lors qu'on se demande combien il faut de professionnels, c'est qu'on butte immédiatement sur la question de l'organisation des soins et de la répartition des tâches entre professionnels. De ce point de vue là, l'exemple chez nous, même s'il est très rebattu maintenant, des ophtalmologistes est tout à fait éclatant puisqu'on a la densité d'ophtalmologiste la plus élevée au monde, (9 pour 100 000 habitants comme la Belgique, là où beaucoup de pays se débrouillent avec 5, 6 ou 7 et certains 4), avec d'énormes différences géographiques et pourtant tout le monde dit que non seulement on va avoir une pénurie dans les 20 ans avec ce qui se pressent comme évolution démographique, mais que même maintenant les délais de rendez-vous s'allongent, qu'il y a des problèmes pour la prise en charge des urgences etc... On voit bien qu'on est face à un problème qui est moins de niveau d'offre globale que de réflexion sur la répartition des tâches entre professions.

Si vous voulez, pour toutes ces raisons, cette construction théorique intellectuellement satisfaisante, je crois qu'elle est aujourd'hui impossible. Il faut en prendre son parti, je pense dans la manière dont on réfléchit les ressources et les systèmes de santé et notamment je pense qu'il faut accepter qu'on fixe (c'est une conclusion plus personnelle),

quelque part à côté de l'évaluation des besoins de soins quelque chose qui ressemble à une référence de ce que la collectivité veut consacrer à la santé, quitte à ce qu'elle soit d'ailleurs dépassée, ce qui est le cas régulièrement quand même depuis plusieurs années. Parce que c'est vrai qu'il y a forcément une tension avec une pression à la hausse liée à de nombreux facteurs. Il y a forcément quelque part un décalage qui se règle soit dans un arbitrage afin de dépenser plus à posteriori, ce qui n'est pas forcément mal, soit dans une discussion sur la manière de réconcilier ces deux objectifs.

En revanche je crois, et c'est ma conclusion, que si on ne peut pas avoir cette construction, cette grande cathédrale théorique (encore une fois une illusion technocratique). En revanche il y a de nombreuses démarches beaucoup plus sectorielles, beaucoup plus partielles qui relèvent de cette idée là et qui sont quand même de nature à apporter quelques éléments d'objectivation ou de réflexion, ancrées sur des analyses un peu objectives dans ce registre, soit par spécialité, soit par pathologie. Par pathologie, on a parlé du diabète mais on voit bien que ce que font aujourd'hui les services d'assurance maladie dans les niveaux régionaux ou nationaux sur l'analyse de la prise en charge d'un certain nombre de pathologies et l'évaluation des « trous » actuels de la prise en charge, c'est-à-dire des insuffisances de couverture participe un peu de cette idée là. De même on fait aussi beaucoup de choses sur l'asthme dans un certain nombre de régions pour essayer d'analyser si les prises en charge aujourd'hui sont suffisantes en médecine de ville et si elles sont adéquates par rapport aux référentiels, parce que l'on sait qu'il y a une sous-prise en charge dans l'asthme dans un certain nombre de cas et que cela se traduit à l'Hôpital par des hospitalisations. Donc c'est là un petit peu le système du marqueur dont parlait Bertrand GARROS. Il y a eu récemment (c'est un peu tendancieux parce que c'est un laboratoire pharmaceutique et qui avait quand même fondamentalement envie de démontrer à quel point il fallait augmenter l'enveloppe « médicament »), un travail technique fouillé sur un certain nombre de pathologies, pour essayer de voir quels étaient les besoins de soins qu'elles engendreraient. Je crois qu'il peut y avoir des démarches partielles. Un certain nombre de spécialités médicales aujourd'hui réfléchissent à leurs besoins et à ce niveau-là, sans avoir forcément un chiffre, je crois qu'on peut avancer. Mais globalement c'est effectivement hors de portée pour le moment.

Discussion

Jean TOULOUSE - NEVERS

J'ai bien apprécié toutes les interventions depuis ce matin, j'avais déjà entendu les différents conférenciers et donc je savais que cela allait être très bien. Je trouve tout de même qu'il y a un aspect un peu « réducteur » quand on essaie de répondre à un besoin de santé par le recours au soin. C'est vrai que c'est un élément important de la santé, cela a été souligné par Monsieur GARROS, mais je ne pense pas que ce soient uniquement des soins qui permettent de répondre aux besoins de santé.

Les soins par définition, c'est l'affaire des médecins, une profession protégée et les soins sont réservés aux médecins et accessoirement aux professions dites para-médicales. Mais je crois qu'en matière de santé, il n'y a pas que le recours aux soins, il y a des quantités de gens qui s'occupent d'hygiène, de tout ce que l'on voudra et dont l'action sur le terrain est capitale pour améliorer l'espérance de vie, de santé etc... Or, cela ne veut pas dire qu'il faut que les médecins soient dépossédés de ce problème, mais je pense qu'il y a là à insister sur une nécessaire collaboration entre les médecins (de ville ou d'hôpital) avec toutes les professions, qui d'une façon ou d'une autre, concourent à améliorer les conditions d'une santé meilleure. Voilà ce que je voulais dire. Je crois que

c'est très important, parce que dans la mesure où l'on reste complètement enfermé dans une structure qui est une structure organisée pour les soins, on va passer à côté de toutes sortes de choses.

Un intervenant X

Je pense qu'une des grandes difficultés de parler de la santé c'est que c'est une notion extrêmement fluctuante. Notion fluctuante par deux déterminants : un déterminant extérieur, un déterminant interne à chaque individu. Le rôle de la société est énorme, s'y donne en permanence une image de la santé et Madame PLTON dans un de ses premiers transparents a bien montré les rapports entre l'offre de soins et le besoin. A Royaumont, je crois que c'est Dominique COLCHEN qui avait parlé de « la médicalisation de la vie quotidienne ». Il y a donc des besoins de soins qui sont induits par la société, c'est le facteur extérieur. L'autre facteur, c'est que pour chacun d'entre-nous, chaque individu a un point de vue qui varie sur sa propre santé, en dehors de l'état de maladie. Il est certain que le chômeur ou la personne qui travaille ne tiendra pas compte de la même manière de ses problèmes de dysfonctionnement de la santé dans le sens le plus général du terme. On peut dire aussi qu'il y a une relativisation de sa propre santé, par exemple quand on a perdu un être proche et que les choses perdent de leur importance. Tout cela fait que cela intervient dans la grande difficulté, que l'on « patauge » tous pour définir les besoins de santé, c'est tellement plus simple de parler de besoins de soins.

François MARTIN

Je suis toujours étonné par le discours brillant, pugnace, plein d'optimisme et les propositions de Bertrand GARROS et le constat assez confus, mais cela vient à son champ de compétence, de Dominique POLTON.

Bertrand GARROS nous montre à chaque fois qu'il y a une morbidité, une morbidité évitable, qu'il y a des choses à faire, que l'on pourrait améliorer notablement l'état de santé des français, qu'il y a des investissements à faire. A chaque fois que l'on fait ce constat, on se trouve face à un rapport, et le rapport de Dominique POLTON fourmille d'informations. Mais dans une kyrielle et une exhaustivité de déterminants sur la santé, qui certes ne peuvent pas être scotomisés c'est évident, il y a un grand absent qui est le système économique. Jusqu'à preuve du contraire, ce qui régule, c'est la loi de l'offre et de la demande et on est dans un système d'économie marchande. Alors bien évidemment, quand on parle du Viagra et c'est l'observation tout à fait pertinente de Philippe LEMANT, c'est le marché le Viagra qui évidemment retentit sur sa consommation, sur les représentations de la collectivité. Et les enquêtes qu'il va y avoir sur la santé ressentie, vont être liées directement au système dans lequel se produisent les médicaments, les substances, la consommation et tout cela joue dans l'inconscient collectif. Tout est lié mais alors en terme de proposition, on n'est pas en capacité d'identifier des perspectives claires vers lesquelles on peut tendre pour le système de santé. Je pense qu'il faut arrêter tout et retourner à une pratique médicale au « patient par patient » mais oublier l'aspect collectif qui a des impératifs en terme de santé publique, si on n'est pas en capacité de faire des propositions dans ce domaine là.

Dominique POLTON

Je voulais juste vous répondre. Je crois que vous faites référence à un rapport sur la prospective du système de santé qui presque par construction je dirais, est obligé, (c'est

d'ailleurs il me semble ce qui a fait aussi son intérêt et, en tous cas c'est comme cela que ça a été perçu), de balayer toute une série d'éléments du côté de l'offre, de la demande, du progrès technique, du vieillissement de la population, de la morbidité. Alors bien sûr, quand on essaie de se livrer à ce type d'exercice qui n'avait d'ailleurs de visée opérationnelle puisqu'il était à 20 ans, (ce qui est quand même un horizon de réflexion prospective assez lointain), on en ressort avec énormément de choses et peut-être une certaine difficulté à faire la synthèse de tout cela qui est je pense notre lot commun. Je veux dire que si l'on avait une vision extrêmement claire de ce que l'avenir nous réserve sur les 20 ans qui viennent sur toutes ces dimensions, les choses seraient plus simples mais elles ne le sont pas. Je ne récus pas votre accusation de « confus », c'est assez rare que l'on me la fasse. Ce que je veux dire c'est que je ne pense pas m'opposer à Bertrand GAROS. Peut-être ce sur quoi je ne me suis pas assez expliquée, c'est que je sais bien que la santé ce n'est pas les soins. Ceci dit, on dépense quand même 7 à 800 milliards dans des soins et parfois ce qui est un peu énervant, c'est qu'on commence à avoir un certain nombre d'éléments qui nous permettent d'analyser cela et maintenant on dit « mais tout cela n'a aucune espèce d'importance, ce qui compte, c'est ce qu'il y a ailleurs de ce système ». Je veux bien, mais on est quand même aujourd'hui terriblement en recherche d'outils sur cette somme qui est énorme et de savoir à quoi on l'alloue, quels arbitrages il faut faire, de combien il faut la faire progresser pour satisfaire quels besoins. Donc il me semble que cette question n'est pas totalement dénuée de sens, même si elle ne fait pas le tour général du propos et ce que j'ai simplement essayé de démontrer, un peu comme au fond les questions que posent un certain nombre d'organisations, c'est qu'aujourd'hui on ne veut pas d'un ONDAM qui soit fabriqué de manière totalement indépendante de la réflexion sur les besoins de santé, de la manière dont on répond par des protocoles ou des référentiels.

Bertrand GARROS

Ce que je veux essayer de dire, je suis un militant de la cause, donc excusez, je parle avec cette tonalité, je pense qu'on n'a pas besoin d'attendre le grand soir pour bouger. Donc je ne me trouve pas du tout en opposition avec Dominique. La question est à deux étages différents, c'est d'abord si on veut bouger, il faut qu'on partage une même vision sur le constat et une même vision sur la manière de bouger. C'est pour cela que j'ai essayé à travers toutes les expériences que j'évoquais dans l'introduction, d'avoir une lecture sur la manière dont cela fonctionnait et en terme de résultat, de comprendre pourquoi on avait certains bons résultats et d'autres moins bons et à quoi cela pouvait tenir en terme stratégique, de dire si on se situait dans un continuum et non pas dans une segmentation basée sur la qualité. Et ça rejoint tout à fait l'approche que propose Dominique, pour chaque problème essayons de dire quelle est la stratégie que nous allons mettre en œuvre et tantôt ce sera une stratégie en amont des soins, tantôt une stratégie de soins, tantôt en aval des soins. Je veux dire, ne nous limitons pas et réfléchissons stratégiquement comment mieux répondre à un problème de santé. C'est tout simple et vous verrez sur les propositions pratiques, sans anticiper et sans dévoiler, dans le cadre de son avis qui doit paraître d'ici la fin de l'année, le Haut Comité a essayé justement d'associer à la fois des propositions sur le moyen et long terme mais a aussi des propositions qui paraissent peut-être plus modestes mais qui sont des possibilités de bouger dès aujourd'hui pour dire : « bien sûr que l'on attend tous la grande réforme, mais comme elle se fait attendre, en attendant faisons quelque chose ». Sur le terrain quand on regarde bien, heureusement il se fait quand même déjà des choses. Si on a un cadre commun, ces choses que l'on fait pour le moment de manière un peu éclatée, on va les faire converger petit à petit et c'est la meilleure manière de préparer le

changement dont on voit bien qu'il est nécessaire. Donc je crois que l'on est vraiment tout-à-fait en osmose.

Etienne WEIL – Paris

Je voulais demander à Mme POLTON puisqu'elle dit qu'il est extrêmement difficile voire impossible de faire une évaluation globale des soins, sur quels critères elle fixait l'ONDAM et comment sont réparties les enveloppes financières entre les régions, compte-tenu des inégalités et notamment plus entre hôpital et médecine libérale.

Dominique POLTON

Je ne suis pas là pour défendre la manière dont l'ONDAM est fabriqué ni réparti. Je pense que tout le monde sait qu'effectivement il n'est pas fabriqué à partir des besoins, qu'il relève d'une autre logique et c'est la tension inévitable entre une logique qui est quand même une logique de finances publiques aussi nécessaire malgré tout et une logique d'une progression des besoins sous l'effet de nombreux de facteurs. La répartition c'est encore un autre problème. Je ne suis pas sûre que vous attendiez une réponse de ma part forcément.

Docteur AC BENSADON - Direction générale de la Santé – « Le système de décision, de la définition du besoin à la prise de décision »

Je présente les excuses de Pascal PENAUD qui est l'adjoint du Directeur général de la Santé qui aurait souhaité venir vous parler lui-même de ce sujet mais qui a eu un empêchement. Je suis Adjointe à la Sous-Direction chargée des politiques de Santé et des Stratégies à la Direction Générale de la Santé.

Mon intervention porte sur le système de décision, de la définition du besoin à la prise de décision. Je ne sais pas si je vais répondre exactement à la commande parce que ça supposerait qu'il y ait un système de décision qui soit extrêmement structuré... Ce que je veux essayer de présenter, c'est qu'il me semble en tous les cas que dans ce domaine-là, on a pu voir ces dernières années une nette amélioration notamment par des réformes successives.

D'abord quelques préalables : pouvoir définir les besoins puis passer du besoin à la prise de décision, cela veut dire évidemment déjà « faire des choix ». Je n'insiste pas sur les contraintes économiques qui ont été posées initialement. Evidemment, on ne peut pas tout faire avec le même intérêt économique. Simplement, les valeurs qui sous-tendent les choix sont des choses importantes à définir, il y a des travaux qui ont été faits par le Haut Comité de la Santé Publique qui ont défini plusieurs valeurs. Une d'entre elles que je citerai ici c'est la valeur d'équité. La première chose c'est que si jamais on reconnaît qu'il y a un besoin qui doit être satisfait, il doit être satisfait de manière équitable sur l'ensemble du territoire.

L'autre chose c'est que pour pouvoir travailler sur les besoins et passer des besoins à la prise de décision, il faut avoir des connaissances sur l'état de santé de la population et pas seulement des informations sur la santé vue uniquement par l'offre de soins mais également sur la santé avec toutes ses dimensions y compris des déterminants de santé, je ne reviens pas là-dessus, Bertrand GARROS en a parlé très largement ce matin, mais c'est un élément extrêmement important à prendre en compte.

Là-dessus, il y a deux types de difficultés (certainement d'autres mais pas du même type). Premier type de difficulté c'est que pour informations sur l'état de santé en fait les sources sont multiples. C'est un atout mais en même temps, ce qui est difficile c'est de

mettre en cohérence toutes ces informations, c'est d'être sûr que l'on a bien toutes les informations qu'il nous faut, que l'on va savoir les exploiter et surtout qu'on va pouvoir travailler sur des indicateurs qui vont être partagés par l'ensemble des acteurs qui vont travailler à la mise en œuvre des décisions qu'on aura pu travailler et prendre avec eux. Ensuite, si on dénommait deux étapes de la décision et de la mise en œuvre de cette décision, une des étapes serait: choisir et hiérarchiser les risques et les enjeux (premier élément qui est extrêmement important). Clairement la notion de besoin intervient également là, j'y reviendrai un peu plus tard. Définir des priorités claires pour pouvoir organiser les soins et également les actions de prévention ou les actions de sécurité sanitaire, ce sont également des choses qui sont à définir au préalable.

J'ai commencé mon intervention en disant que je n'allais pas forcément répondre exactement à votre demande parce que je n'ai pas un arbre décisionnel à vous montrer « tout beau tout chic », comme on peut avoir en pratique clinique, même si évidemment en pratique clinique il y a la décision de l'expertise qui intervient également. Simplement, ce qu'il faut voir, c'est qu'il y a un processus dans la prise de décision, dans l'évaluation des besoins et des choix de priorités. Ce processus a évolué depuis quelques années, avec une recherche de transparence. La première chose que je citerai c'est une ordonnance de 1996 (et je vais revenir sur ce qu'elle a apporté dans ce domaine là, dans le domaine de cette prise de décision en matière de santé), et le deuxième élément sur lequel je reviendrai également, c'est le projet de loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé.

Sur l'ordonnance, les points sur lesquels je vais revenir c'est que pour la première fois on a des définitions sur le plan régional et sur le plan national, des priorités de santé dans le cadre de conférences de santé, c'est une chose extrêmement importante. J'ai parlé un peu de la Conférence Nationale de Santé mais comme je savais que Marc BRODIN intervenait juste ensuite, c'est un sujet sur lequel je ne me suis pas complètement étendue.

La deuxième chose que l'on retrouve dans l'ordonnance de 1996, c'est la volonté de prendre en compte ces priorités pour l'allocation de moyens, c'est donc le fait qu'avec les ordonnances de 1996, il y a un article I où l'on fixe un ensemble de priorités, des orientations d'une politique de santé et cela s'est fait dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Je vais revenir dessus en parlant du projet de loi « droits des malades » pour expliquer en quoi justement on est en train d'évoluer pour améliorer encore le dispositif.

Au niveau régional, on a des priorités de santé qui sont définies dans le cadre des Conférences Régionales de Santé qui sont des lieux de débats et de propositions pour que la politique de santé contribue à améliorer l'état de santé de la population. Ces Conférences Régionales de Santé durent environ une journée dans l'ensemble des régions, de composition variable selon la région (de 50 personnes à 300 personnes selon le type de région) mais en tous les cas c'est toujours un lieu de débat qui est extrêmement intéressant avec un jury qui anime la conférence et qui en général n'a pas de lien direct avec l'assemblée.

Si je prends l'exemple des Conférences Régionales de Santé de 1996, il est assez illustratif dans l'évolution du système de décision. C'était nouveau et l'ensemble des enjeux a été présenté aux participants. On leur a présenté le rapport sur la santé en France du Haut comité de la santé publique, on a amené chaque région à présenter, par rapport à la situation nationale, des résultats sur la région, les Observatoires Régionaux de Santé ont apporté une vision régionale de l'état de santé avec sa comparaison au niveau national et puis des témoignages d'acteurs régionaux. Ce qui était intéressant, c'est qu'à l'issue de la conférence, on avait demandé, (ces Conférences Régionales de Santé étaient préparées sur les travaux du Haut Comité de la Santé Publique, il y avait eu les priorités nationales fixées par la conférence nationale de santé) : par rapport aux

priorités nationales, comment est-ce que vous avez choisi vos priorités régionales ? Y a-t-il un problème de santé qui affecterait particulièrement la population de votre région et qui n'aurait pas figuré parmi les priorités nationales ? Les réponses étaient variables, et ce n'est pas tellement pour les réponses que je tenais à montrer cela, c'est plus pour la dynamique et la construction d'une articulation entre régional et national, l'un se nourrissant de l'autre. Le choix des priorités de santé se fait en tenant compte des priorités définies par la Conférence Nationale de Santé et les sélections régionales, on voit qu'elles se font quand même en fonction de critères de gravité, de fréquence, d'impact socio-économique, de perception sociale et de faisabilité. Est-ce que concrètement, après que la conférence se termine cela a un effet quelconque ou est-ce que tout le monde se dit au revoir et puis c'est terminé ? Plus il y a d'expérience dans ce type de manifestation et plus on apprend à travailler avec ce type d'instance. Déjà les priorités de santé peuvent faire l'objet de programme avec une élaboration coordonnée et mise en œuvre par le Préfet de région (c'est tout ce qui est programmes régionaux de santé), on travaille également beaucoup en lien avec eux à la Direction Générale de la Santé puisque pour il est extrêmement important de voir comment cela se passe au niveau régional. On ne peut pas fonder une politique nationale complètement isolée des régions. Ce qu'il y avait d'intéressant dans cette dynamique, c'est que ces programmes de santé sont nécessairement pluri-annuels. Donc on casse un peu la notion de la dualité parce qu'en un an, par exemple si un des programmes est « prévention de l'alcoolisme », ce n'est pas en un an que l'on va résoudre les choses au niveau de la région. Qu'il puisse y avoir un programme sur plusieurs années avec une même priorité, c'est même une recommandation : l'idée c'est qu'il faut du temps pour faire les choses. Il faut du temps mais aussi dans certains cas, il faut aussi des moyens et donc comment est-ce que concrètement on a un effet de ces définitions de priorités de santé définies au niveau régional, concrètement un effet de mise en œuvre. D'abord parce que dans les contrats d'objectifs et de moyens entre les ARH et les établissements, ces contrats définissent les modalités de mise en œuvre et les orientations qui sont adoptées par la Conférence Régionale de Santé, c'est une première chose, et l'autre chose c'est que les ARH donnent chaque année en présentation à la Conférence Régionale de Santé, un bilan de toutes les actions qui ont été faites dans la région, en lien avec les priorités qui ont été définies au niveau de la région par la Conférence Régionale de Santé. Donc ce sont des choses qui sont quand même relativement concrètes, nous ne sommes pas simplement dans une journée incantatoire qui n'aurait pas de suites. Les autres choses c'est que les URCAM sont plutôt sur le type : actions de prévention et actions de l'éducation pour la santé. Il y a des actions concrètes dans les régions avec des opérations bien précises d'éducation sur la santé sur telle ou telle thématique, prévention du tabagisme et autre et puis les URML théoriquement devraient travailler sur ce qui est prévention et action de santé publique, ce qui est un peu moins développé encore mais on peut penser que cela va progresser.

Ce qu'il faut voir, c'est que par rapport à ce système de décision une fois que l'on a vu un besoin, qu'on l'a traduit en priorité et on va ensuite dire « oui, il faut effectivement faire quelque chose ». Cette dynamique qui a été lancée initialement par les ordonnances, a eu un effet structurant, notamment en terme de financement et de mise à disposition de moyens humains. Ces PRS sont des choses très concrètes qui de fait aboutissent à ce que l'on mette à disposition éventuellement des personnels pour travailler sur ces thématiques et que l'on donne éventuellement des moyens à des établissements dans le cadre du COM pour développer telle ou telle action en lien avec la priorité définie au niveau régional. L'intérêt aussi, c'est qu'il y a une recherche de cohérence au niveau d'autres instruments d'organisation sanitaire, notamment avec les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. Ce type d'actions s'inscrit dans la santé et pas simplement dans le soin curatif puisque l'on a à l'intérieur tout ce qui est promotion de la santé et

d'éducation pour la santé, tout ce qui est action de prévention, de soins et de rééducation, réinsertion. Cela vise un champ qui est assez large et pas forcément ciblés sur du soin curatif. Cela prend théoriquement tout ce qui est « état de santé. Evidemment, il y a des déterminants sur lesquels tout cela agit moins directement : on parlait tout-à l'heure du logement, il y a par contre des programmes qui sont sur la prévention du saturnisme, donc en lien directement avec l'habitation avec des actions que l'on peut faire directement dans le cadre du ministère de la santé. Pour les actions qui deviennent inter-ministérielles, cela devient un peu plus compliqué mais cela se fait de plus en plus. Très concrètement, sur les articulations entre ces priorités régionales et les objectifs nationaux, la Conférence Nationale de Santé fait un rapport au Parlement qui va voter la loi de financement de la Sécurité Sociale, donc l'article 1 que j'ai cité avec les grandes orientations. Le Parlement fixe l'ONDAM, c'est sûr, (la question a été posée tout à l'heure à Dominique POLTON, je répondrai de la même manière), qu'une des solutions d'aménagement c'est peut-être le projet de loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé. Quand vous regardez les orientations, quand vous regardez l'ONDAM, de fait, l'un ne se déduit pas mécaniquement de l'autre mais le mode idéal de définition de l'ONDAM ferait un sujet à lui tout seul !

La Conférence Nationale de Santé est elle-même nourrie des rapports du Haut Comité de la Santé Publique et il y a un aller-retour permanent entre Conférence Nationale de Santé et Conférences Régionales de Santé, je n'insiste pas là-dessus.

Les autres facteurs d'articulations entre priorités régionales et objectifs nationaux c'est le fait qu'il y ait cette prise en compte des priorités de santé, dans la loi de financement de la Sécurité Sociale mais aussi dans les conventions d'objectifs et de gestion entre Etat et Caisse d'assurance maladie. C'est un point très important. Il y a une modulation de la dotation régionale mais qui n'est pas mathématique.

Ce système que j'ai décrit est sûrement en nette amélioration par rapport à 1996 : c'est une volonté de plus de transparence dans le système décisionnel et surtout de travailler sur des priorités de Santé et pas seulement d'avoir un regard tourné vers l'offre de soins en son sens d'offre de soins curatifs. En plus, actuellement, il y a des évolutions qui sont liées au projet de loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé. Théoriquement, on devrait améliorer encore ce système de décision. Un des éléments que l'on peut citer, c'est le Conseil Régional de Santé. Actuellement il y a la Conférence Régionale de Santé et puis au niveau de la région le C.R.O.S. compris dans sa section sanitaire, la volonté du projet de loi est de mettre en place un Conseil Régional de Santé qui serait un regroupement dans une même instance, dans un même lieu les instances consultatives régionales. C'est assez important parce que l'on imagine qu'il y aura davantage de synergie entre priorités de la Conférence Régionale de Santé, entre CROS. Les décrets ne sont pas faits puisque le projet de loi passe au Sénat en janvier. C'est une organisation qui devrait également faciliter une prise de décision en cohérence avec les différents acteurs. Ce n'est pas la peine de prendre des décisions tout seul dans un coin s'il n'y a personne pour les mettre en œuvre, il vaut mieux les prendre de manière partagée, avoir des instances consultatives de ce type où l'on peut discuter, où l'on peut avoir une culture commune où l'on peut peu à peu partager des visions communes sur des priorités et des objectifs à mettre en œuvre pour répondre à des besoins que l'on a ensemble trouvés, plutôt que de faire quelque chose d'en haut, très technocratique et qui ne sera jamais mis en œuvre parce que personne ne reconnaît son intérêt. Dans ce contexte là, l'autre innovation majeure, c'est l'article dont je parlais tout à l'heure : désormais, il y a un rapport annuel sur la politique de santé préparé par le Gouvernement avec le concours du Haut Comité de Santé Publique (futur Haut Conseil de Santé si la loi passe, qui n'aura pas d'ailleurs les mêmes missions). Ce Haut Conseil de Santé est une réponse suite aux travaux de la mission « soins de ville » et c'était une demande forte qui a été entendue par les ministres : on pense qu'il est intéressant qu'il y

ait une instance qui puisse prendre une partie des missions du Haut Comité de Santé publique mais également avoir des visions un peu plus larges. Ce rapport annuel sur les politiques de santé serait transmis au parlement après avis du Haut Conseil de Santé et toujours de la Conférence Nationale de Santé. Donc le débat sur la politique de santé ne se ferait pas au moment du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. C'est bien aussi d'avoir un temps individualisé comme un temps sur la politique de santé où l'on considère d'abord que l'on voit, ce que l'on fait comme politique de santé et après ce qu'il faut comme financement et non pas un système où finalement on voit ce que l'on a comme argent puis ce que l'on fera comme politique. Ce n'est pas ce qui se passe aujourd'hui mais cela pourrait être interprété comme tel. En séparant ces deux moments là, on veut clairement dire : on fait de l'élaboration de la politique de santé un préalable à son financement et donc le débat a lieu en amont du débat sur le financement.

Deux illustrations de la volonté d'élaborer une politique de santé qui repose davantage sur les besoins de santé, qui ne sont pas du tout du même niveau, une est très terre à terre et l'autre moins. Une première chose (je vais revenir dessus rapidement tout à l'heure), c'est l'organisation actuelle de la DGS dans le cadre de la réorganisation. Et l'autre chose, c'est le *pont de santé publique*, annoncé par le Ministre délégué à la Santé lors de la Conférence Nationale de Santé 2001.

La réorganisation de la DGS : on pense effectivement que c'est très important de travailler de manière transversale sur tout ce qui est politique de santé donc il y a eu la création, au moment de la réorganisation, d'une sous-direction (qui est celle où je travaille) de « Politique de Santé et Stratégies » et avec le bureau le plus important de la sous-direction qui est consacré à l'analyse des besoins et la définition des objectifs. C'est-à-dire que l'on pense bien qu'une évolution globale mathématique des besoins pour dire « voilà, il faut tant de médecins, tant de financement.... » on ne saurait pas le faire. Simplement, pour des thèmes précis, travailler sur l'analyse des besoins et la définition d'objectifs, on espère pouvoir le faire et on a commencé. Ce bureau travaille évidemment très en lien avec le Haut Comité de Santé Publique aujourd'hui et la Conférence Nationale de Santé. Ce sont vraiment les instances avec lesquelles on peut aider à fabriquer une politique de santé cohérente. Dans le Plan de Santé Publique annoncé par la CNS 2001 (je ne rappelle pas toutes les priorités que vous connaissez certainement), ce qui est intéressant à voir, c'est vraiment l'annonce d'un plan programmé en Santé Publique, par le Ministre de la Santé, avec des thématiques extrêmement bien définies, avec des objectifs précis de mise en œuvre. Le plan a été présenté et depuis il y a vraiment des actions qui correspondent à la mise en œuvre avec un comité de suivi assez transparent, y compris des liens avec la presse où l'on explique ce que l'on fait. Cela correspond donc concrètement à un plan de santé publique dans des thématiques extrêmement précises et pour chaque thématique, des actions très concrètes et très pragmatiques définies sur le terrain. C'est vrai que c'est dans ce sens qu'il serait intéressant d'aller !...

**Professeur Marc BRODIN - Président de la Conférence Nationale de Santé :
« Les propositions de la Conférence Nationale de Santé »**

Qu'est-ce qu'est la Conférence Nationale de Santé ? C'est une institution de 78 membres actuellement, un quart d'entre eux sont des libéraux.....

Par suite d'une panne d'enregistrement, l'intervention de Monsieur le Professeur BRODIN ne peut être retranscrite

**Docteur François MARTIN : - Conférence Nationale des Présidents de CME –
« Qualité et pertinence de l'évaluation actuelle des besoins de santé :
influence sur le fonctionnement hospitalier »**

Je remercie de GERHNU et sa présidente d'avoir sollicité la Conférence Nationale des Présidents de CME, je dois dire qu'il y a une filiation indiscutable entre la Conférence, en tous cas dans son état actuel, et vos réflexions et c'est plutôt un gage d'optimisme pour l'avenir, même si la situation actuelle est particulièrement complexe.

Les exposés qu'on a eu ce matin nous ont effectivement précisé ce qu'on entendait sous la terminologie utilisée par les praticiens de la santé publique de « *besoin de santé* » et on a tous compris que c'était quelque chose d'excessivement flou, subjectif, complexe à appréhender et encore plus à mettre en œuvre dans le cadre d'une planification sanitaire ; et on a retrouvé toutes les divergences qu'on peut avoir sur la manière de conduire une programmation de santé publique. Tout cela pour ne même pas aborder les sujets qu'a commencé à traiter Philippe LEMANT sur l'extrême variabilité des modes en Médecine, l'extrême variabilité de ces besoins de santé ressentis ou exprimés et sur lesquels les médecins se jettent pour, selon les grés et les modes, recourir à des appendicectomies ou cures de hernie inguinale etc... Et l'on voit que ce sont plus des rites culturels qui varient en fonction du temps et de l'espace plutôt qu'effectivement de véritables savoirs scientifiques.

Le sujet que vous nous avez proposé d'aborder à la conférence est particulièrement complexe : d'une part évaluer les besoins de santé en matière d'hôpital est très difficile et le deuxième sujet contingent, c'est comment l'Hôpital peut être réactif aux besoins de santé d'un bassin de vie, d'une population ce qui est encore plus compliqué. Pour illustrer mon propos, je vais vous raconter une petite histoire. Bien évidemment, toute ressemblance avec des personnalités ou des localités existantes sera purement fortuite dans mon propos.

Il était donc une fois, la petite ville A, 15 000 habitants, coulant paisiblement ses jours le long d'un grand fleuve français. Le président du conseil d'administration de l'hôpital de cette ville A était aussi député et aussi un de nos grands patrons parisiens. A 30 kilomètres de là, à la différence de la petite ville A, de composition sociale plutôt bourgeoise, la petite ville C 6 500 habitants avec un hôpital dont le président du conseil d'administration est aussi président du conseil général, président du conseil régional, sénateur et même vice-président du SENAT et chirurgien de son état. Ces deux agglomérations sont chacune distantes de 20 minutes d'un grand centre hospitalo-universitaire. Par un matin de janvier 1991, un directeur promis à un avenir brillant, jette sur les fonds baptismaux une fusion « chic » puisque telle est la dénomination, grandement soutenue nos compères présidents du conseil d'administration, souhaitant pour l'un la pérennité d'un plateau chirurgical conséquent sur une ville de 6 500 habitants et pour l'autre la pérennité d'une dynastie familiale. Malheureusement, les malentendus du couple ne mirent pas longtemps à apparaître. Audits et IGAS accoururent les uns après les autres avec force de propositions, d'analyse, de fédération par ci, d'unité par là, de management et de communication. Malheureusement, d'année en année, la situation se détériorait. La fusion frisait la friction, voire la désintégration. La

population de A désertait progressivement son hôpital, la population de C prenant le chemin de la pétition, de la contestation. Les erreurs d'investissements s'accumulaient, malgré les changements politiques. Les confusions politiques et syndicales obscurcissaient encore un peu plus le paysage et 10 ans après, le grand Vizir du sultanat local, invitait Candide à lui faire part de son avis sur la question. C'est ainsi que votre serviteur découvrit la distance qui séparait les recommandations et autres planifications (dont on nous a parlé ce matin), de leur mise en œuvre dans la réalité. A la première question de Candide concernant les besoins de santé des populations locales des villes A et C, même sur le plan épidémiologique, il ne fut pas répondu. A la deuxième remarque concernant les spécificités sociologiques de ces populations et leurs spécificités en terme d'offre de soins, il ne fut pas répondu non plus. A la remarque concernant la proximité hospitalo-universitaire de ces deux villes, il fut précisé qu'on en prendrait acte pour l'avenir. Quand à la justification de la fusion 10 ans après, Candide ne l'a même pas évoqué tant les poignards figurant à la ceinture des différents vizirs entourant le calife lui semblaient imposants !

Cette petite histoire témoigne effectivement de l'échec de la planification hospitalière à l'échelon local. Je vous ai passé tout ce que nous avons découvert pendant un mois de visite dans les deux établissements concernés qui remplirait des livres et des livres. En ce qui concerne les évaluations des besoins de santé, il nous semble que bien évidemment, au niveau local, beaucoup de choses sont à préciser. Bien évidemment, vous savez qu'il existe des indices nationaux qui contingentent l'équipement lourd de nos hôpitaux mais en ce qui concerne les structures locales, les bassins de vie, ces indices sont peu opérants. Alors je vais continuer à dérouler un petit peu les outils de la programmation mais vous en savez autant que moi sinon beaucoup plus et je vais faire vite.

Les SROS de 2^{ème} génération (également outils de planification sanitaire) dont on tire actuellement le bilan, étaient en fait des outils restructurants, c'est-à-dire que c'est au nom des SROS de la 2^{ème} génération, qu'on a pu mener les fusions pour lesquelles, et je sais qu'ici à Corbeil-Essonnes, vous êtes en plein dans cette problématique, le bilan n'est pas évident à faire. On a parlé d'économie d'échelle. Et c'est vrai que ces SROS de 2^{ème} génération ont pu être des outils intéressants d'évaluation sur les grandes disciplines que l'on appelle structurantes, qui étaient la périnatalité, la cancérologie, la chirurgie, la psychiatrie mais en gros, pour des approches fines des bassins de vie, c'est pas obligatoirement des outils pertinents. Ensuite, vous connaissez les discussions qu'il peut y avoir dans les CROS, et comment, d'un jour à l'autre, et peu loin de la petite ville A dont il était question tout à l'heure, on a pu, à 48 heures d'intervalle, fermer son service d'accueil et d'Urgences et le rouvrir sur injonction d'un grand professeur parisien. Tout cela pour dire qu'évaluer et ajuster une planification hospitalière est excessivement complexe. Les conférences régionales de santé dont on nous a parlé ce matin, j'en suis un des premiers militants parce que je trouvais que c'était important d'avoir une visibilité, une transparence dans la planification et d'aborder la planification de santé autrement que par de la planification du sanitaire, de l'offre de soins. Malheureusement on est au bout d'une époque, et qu'il faudra ajuster et prévoir d'autres outils qui je le pense sont d'ailleurs prévus dans la prochaine loi de modernisation du système de santé. Mais je pense que pour ce qui est de nos hôpitaux, certes on nous a valorisé de temps en temps, on est venu nous chercher pour des programmes « diabète » etc mais pratiquement, cela n'a pas beaucoup changé les modalités d'organisation de l'offre de soins pour nos patients. Les outils finalement vous le voyez sont relativement réduits, aussi bien d'évaluation que d'ajustement.

La deuxième chose c'est : comment l'Hôpital peut effectivement être réactif à des besoins de santé qui modifient ces formes traditionnelles d'organisation. Les présidents de CME qui se tiennent un peu au courant et qui sont encore « dans le coup » savent aussi que les circulaires s'accumulent (votre présidente me parlait des circulaires

« addictologie » par exemple. Effectivement, comment ne pas être pour, à l'hôpital, mutualiser les faibles moyens de l'alcoologie, de la tabacologie, voire de la prise en charge des toxicomanies, comment ne pas être pour considérer qu'il y a une unicité de concept aussi bien sur la manière d'appréhender la problématique de l'addictologie que les modalités organisationnelles de la prise en charge de ces patients, sauf quand, en pratique, eu égard aux enveloppes qui sont attribuées, c'est tout à fait dérisoire et cela conduit au fait que déjà on n'avait pas beaucoup de sous, (moi je suis pneumologue donc je me battais pour 3 francs 6 sous pour la tabacologie), alors on est en concurrence avec les collègues alcoologues ; quand, comme Philippe LEMANT, les faibles moyens doivent être partagés entre l'alcoologie et la tabacologie ! Tout cela est vraiment dérisoire, si c'était pas assez dramatique, car c'est pourtant 30 à 40 % des causes d'hospitalisation (tabac et alcool). Bien entendu on dit oui, c'est très sympathique de dire cela mais une fois que l'on a dit cela, on n'a pas beaucoup fait avancer les choses et j'en suis tout à fait conscient. Tout cela pour vous dire que certes, les tutelles vont nous dire « écoutez, on prend en considération les choses, on vous écoute, on fait des circulaires ». Marc BRODIN était là tout à l'heure mais la Conférence Nationale de Santé c'est sympa parce que l'on entend des gens de différents horizons, on écoute etc.. mais quand on retourne dans la vie du service, quand on entend même les réflexions des collègues, on voit qu'il n'y a pas grand chose qui a bougé malheureusement et qu'on est toujours aussi peu efficace. Effectivement, tout à l'heure j'ai peut-être eu un geste d'humeur, mais je trouve que la présentation de Bertrand GARROS était tout à fait pertinente, que le cancer bronchique c'est une erreur, c'est une qualité 0 de nos systèmes de santé et je pense qu'il a raison ; mais une fois que l'on a dit cela, encore faut-il se donner les moyens que ça ne le soit plus. Et pour le moment, malheureusement, il ne me semble pas que les choses bougent beaucoup. Ce d'autant plus que par exemple, dans un domaine que je connais un peu moins mal que les autres et qui est l'éducation thérapeutique dont on parlait tout à l'heure, (et là aussi avec Philippe LEMANT on a des histoires communes), pour les asthmatiques, sur mon hôpital j'ai par exemple mis en place une petite unité d'éducation thérapeutique uniquement dédiée à l'asthme. On a une file active à peu près de 160 patients : eh ! bien les points ISA baissent. Donc si mon directeur me disait « ouais, c'est vachement sympa l'éducation thérapeutique etc... » on a fait diminuer à peu près de presque 100 000 points ISA et on continue et cela ne fait qu'un an et demi que notre programme est mis en place. Donc, qu'est-ce que ça veut dire que d'avoir structuré une organisation hospitalière sur l'hospitalisation complète et la production d'actes alors que la finalité d'une pratique correcte viserait à éviter l'hospitalisation complète de nos patients. Tout cela pour vous dire qu'évaluer des besoins de santé et être en réactivité avec ces besoins de santé que l'on perçoit à l'hôpital aujourd'hui tel qu'il est structuré, c'est compliqué. Alors ce constat, PAROLA est là peut-être pour me déjuger, mais je pense que c'est un souci qui est assez partagé par la conférence actuelle des présidents de CME, tout cela pour vous dire que la dimension de santé publique est assez présente et on s'est engagé dans des moments de réflexion, soit au moment des Assises d'Angoulême, et nous allons organiser d'autres assises au Mans en octobre 2002 sur ces thématiques : l'hôpital, redéfinir ses missions, jusqu'où l'hôpital, l'hôpital comment ? Quel est le sujet de l'hôpital, l'hôpital avec qui ? Alors bien évidemment toutes ces thématiques vous font sourire parce que vous les avez traitées depuis des dizaines d'années presque mais on espère travailler avec vous tout-à-fait dans ce cadre là. Juste deux mots puisque Bernard HONORE est intervenu ce matin puis Bertrand GARROS, je ne peux pas résister au plaisir de vous expliquer un petit peu la manière dont on conçoit l'hôpital de demain, c'est aussi des problématiques que l'on abordera dans le cadre des assises. Je vous précise aussi qu'il y aura, à partir du noyau HPH (Health Promitting Hospital ?) qui est un réseau des hôpitaux promoteurs de santé en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France, nous organiserons dans le

cadre d'Hôpital Expo une demi-journée uniquement pour réfléchir sur « Comment on peut promouvoir la Santé à l'Hôpital aujourd'hui ? ». Le modèle c'est celui des hôpitaux promoteurs de santé qui est de raisonner non plus en disséquant l'hôpital par tranches, par étages, par pathologies d'organes, mais de s'intéresser aux grandes fonctions qui sont déclinées à l'hôpital. Les patients pour lesquels le pronostic vital est en jeu, donc la première éclipse verte, les patients pour lesquels il y a une problématique liée au pronostic. Tout ce qui est lié aussi à la prise en charge globale du patient et cette prise en charge médico-psycho-sociale dont on nous parle tout le temps au travers de plein de dispositifs et qu'on a beaucoup de mal à tisser, à réaliser et puis tout ce qui se passe en amont de l'hôpital : comment le patient peut-il être co-producteur de sa santé ? Alors effectivement, organiser l'hôpital selon ces modalités a beaucoup d'incidence sur la manière de concevoir et la maladie et les patients. C'est une approche intégrative de l'hôpital qui veut que tous les projets hospitaliers soient ciblés sur les 4 acteurs de l'hôpital qui sont : les patients, le staff médical (professionnels de santé en général), la population du bassin de vie des gens où habitent ou travaillent la population locale de l'hôpital et le 4^{ème}, c'est le staff de toute l'organisation des administratifs. Il ne peut y avoir un projet hospitalier que s'il y a implication des cadres acteurs. C'est pour vous montrer un peu le modèle sur lequel on travaille et la conséquence de tout cela. Le positionnement du patient est bien différent, parce que les discussions qui étaient sous-jacentes ce matin (on n'est pas arrivés à les aborder), et on est dans une consommation de plus en plus importante du soin et de la consommation médicale en terme d'acte. Là on redéfinit bien clairement la place du patient depuis ce patient passif jusqu'au patient effectivement qui est producteur, en amont des structures hospitalières, mais dont la place et le rôle peuvent être prédéfinis. Voilà très rapidement les quelques choses que je voulais vous présenter, peut-être pour vous alécher d'ailleurs et que l'on continue la discussion ensemble.

Jean-noël PAROLA

Je voulais juste rajouter un mot à ce qu'a dit François MARTIN. J'avais eu l'occasion aux journées de Saintes au mois de mai, de lancer un appel au GERHNU, tout au moins par l'intermédiaire d'Antoine PERRIN, notre président de conférence, je crois que nous avons les mêmes préoccupations et que nous avons intérêt à nous retrouver le plus possible sur les mêmes terrains de la réflexion, entre autre pour faire avancer nos hôpitaux.

Nous allons convier Mme BERTHOD-WURMSER à la table pour nous parler de « **la santé des personnes âgées est-elle soluble dans l'Hôpital ?** ». En tant que pharmacien hospitalier, la solubilité, ça m'évoque quelquechose et je suis curieux de savoir ce que vous allez nous raconter.

Mme BERTHOD-WURMSER – Chargée de mission, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité-« La santé des personnes âgées est-elle soluble dans l'Hôpital ? »

J'ai proposé à Françoise JUNGFER qui me posait des questions sur la nature de l'intervention que je souhaitais faire, de parler des personnes âgées, à la fois parce que, il se trouve que ces derniers temps, j'ai repris un peu du collier sur ce sujet que traîne grosso modo dans ma carrière à des moments divers et variés ce thème d'étude.

De savoir que j'ai un peu de recul mais qu'en revanche ce n'est pas permanent, c'est juste plutôt de façon périodique. D'abord un premier mot sur l'intitulé que j'ai proposé sur cet exposé qui est effectivement un peu bizarre. Il y avait derrière deux idées très précises. La première : les problèmes de santé des personnes âgées trouvent-ils une solution dans l'hôpital ? Deuxième élément qui est quand même clairement derrière ma tête quand je sors un titre pareil : ces problèmes se dissolvent-ils ou perdent-ils leur visibilité dans l'institution hospitalière ? Autrement dit, comme un produit dissous dans

l'eau mais qui demeure toujours présent. C'est bien ces deux éléments que j'ai en tête et je pense que travailler sur les aspects « personnes âgées » permet de reprendre parmi des exemples tout à fait concrets, un certain nombre d'éléments illustratifs des problèmes posés par votre journée sur le rôle de l'hôpital dans l'évaluation et la satisfaction des besoins de santé. Autrement dit, j'ai organisé l'exposé, pas du tout pour vous présenter une étude technique complète de santé des personnes âgées, mais en fonction des points de réflexion que je pensais pouvoir illustrer avec des exemples qui devraient, me semble-t-il, avoir une portée. Les questions à illustrer sont au nombre de trois. Elles concernent d'abord la définition de la santé, état de la personne, voire état d'une population et non pas pathologie d'un organe (on reviendra sur ce point). La deuxième question tourne autour de l'évaluation du besoin et de ses outils d'évaluation. La troisième, que l'on a un peu commencé à évoquer avec cet intéressant schéma, c'est celle bien entendu de l'articulation de l'hôpital avec l'ensemble des systèmes de soins et de prise en charge sociale. En conclusion, je me permettrai d'éclairer quelques clichés de réflexions sur les conséquences du vieillissement de la population qui va prendre un grand coup d'accélération à partir de 2020 et ceci pour plusieurs décennies. A mon sens, c'est une réflexion urgente, si on ne veut pas arriver trop tard du côté de l'hôpital.

Première réflexion qui touche à la question de la définition des états de santé et en matière de personnes âgées, notre appareil sanitaire est-il bien outillé pour prendre en compte la santé des personnes âgées ? Je crois qu'il y a deux manières différentes d'aborder ce sujet et si toutes les deux méritent un regard attentif, la première peut s'illustrer avec un chiffre : un jour donné à l'hôpital, la population hospitalisée comprend de l'ordre de 70 % des personnes de plus de 70 ans. C'est énorme, on n'a pas du tout une vision de l'hôpital comme comprenant un jour donné une proportion aussi importante de personnes qui ont passé un certain seuil d'âge et là, je pense qu'il y a un regard intéressant, différent de ce qu'on a pu faire. La question qui se pose : comment tenir compte de la personne, avec toutes ses composantes et notamment avec cette composante particulière qu'est l'âge ?

La deuxième question, que l'on a traditionnellement en tête lorsque l'on parle des personnes âgées et de l'hôpital, vient du fait que l'hôpital joue traditionnellement un rôle je dirai, de grand âge. Rôle bien entendu dont la nature est transformée considérablement depuis une trentaine d'années. Alors juste un rappel parce que là aussi, bien que nous soyons nombreux à nous souvenir des années 70, on perd un peu la notion des proportions et j'ai retrouvé ces fiches qui vont paraître ne pas tomber sous le sens des uns et des autres, juste avant la réforme de 1970.

Certes, en 30 ans, on est passé de l'hébergement aux soins mais par deux mouvements dont j'aurai tendance à dire qui ont été assez mal contrôlés l'un et l'autre. Le premier qui est le développement de services spécialisés long et moyen séjour. Le deuxième, le développement de services de gériatrie hors hôpital.

Alors, après avoir posé ces questions, je ne fais qu'amorcer les réponses proposées à nos hôpitaux. Je crois que sur la deuxième question, c'est-à-dire celle qui concerne la prise en charge de la santé des personnes âgées avec la technicité requise dans les établissements, la situation actuelle si on l'analyse très rapidement est d'une extrême variabilité de situations locales. Pendant 20 ans, en gros, les évolutions ont été largement gouvernées par des logiques institutionnelles.

Quand à la première des questions que j'avais posé tout à l'heure, c'est-à-dire celle de la prise charge de la personne et notamment avec sa composante âge dans des établissements, eh ! bien jusqu'à présent, il me semble qu'en France elle a attiré fort peu d'intérêt et d'une certaine façon, si vous me permettez cette comparaison, je me demande si on n'est pas en train en France de se voiler la face gentiment en disant , notamment comme on l'a fait très longtemps sur le système de santé britannique : « Oh ! Regardez comme ils sont bien là-bas, ils accrochent au pied du lit » ne pas

réanimer » ou autre formule pour indiquer que passé un certain âge, les personnes sont moins susceptibles de recevoir un certain nombre de soins. Mais nous nous gardons bien d'aller regarder ce qui se passe de près dans ce domaine de notre côté, sous le prétexte qu'il faut regarder tout le monde avec le même œil, c'est la règle ! Mais alors pour la pratique, je me pose des questions et vous aussi sans doute, et l'avantage que vous avez sur moi c'est d'avoir une expérience dans ce domaine là.

Voilà un premier ensemble de réflexions. Le deuxième sera plus rapide, il concerne les outils d'évaluation des besoins et l'utilisation de ceux-ci. Je penche sur un diagnostic à la fois plutôt optimiste, au sens où le secteur des personnes âgées à mon sens a été plutôt en avant sur un certain nombre de secteurs de la santé en matière d'élaboration et il a commencé plus tôt que les autres. En revanche, sur l'usage de ces outils, je suis un peu perplexe et je pense qu'il y a un certain nombre de problèmes. Je m'explique sur ces deux points. C'est dès le début des années 1980, non pas spécifiquement à l'hôpital mais globalement, parce qu'il y eu des schémas départementaux, un certain nombre d'exigences type planification conjointe de départements au niveau départemental et au niveau de l'état sur les services des personnes âgées, on a commencé à raisonner en termes de prospective de planification de population. Dans les dernières années, on a avancé les choses en élaborant un nombre non négligeable de grilles d'évaluation, de de handicap, de la charge en soin dans ces domaines là, avec une certaine performance de ces grilles.

En matière d'évaluation de la santé de la population et notamment d'état fonctionnel et d'éventuels problèmes de dépendance au handicap, peu importe le vocabulaire, on a commencé, même au niveau national, alors que l'on était très en retard, à rattraper le retard, notamment avec la mise en place d'enquêtes nationales assez importantes. Donc le bilan n'est pas du tout négatif sur ce domaine là, globalement, le diagnostic me paraît plutôt positif. En ce qui concerne l'usage, j'ai dit que j'étais plus pessimiste pour deux raisons. La première c'est que précisément cet outil et notamment les grilles, je pense que certains d'entre vous les connaissent bien, notamment la grille « AGIR » qui a une importance particulière sur le plan administratif, ont été élaborées pour des usages particuliers, validées pour des usages particuliers. Et on a une certaine tendance à utiliser n'importe quelle grille pour évaluer n'importe quoi. Là, il y a un problème qui est moins celui de la disponibilité des outils que de leur usage convenable. Chacun a sa fonctionnalité, il faut l'utiliser dans ce sens. La deuxième raison me paraît une raison un peu plus lourde, un peu plus grave et renvoyer un problème de fond pas forcément très bien résolu : les grilles, les moyens d'analyse permettent d'évaluer une situation de dépendance ou de charge en soin mais ne disent rien sur l'art et la manière d'y répondre. Donc ce domaine des personnes âgées et notamment du point « personnes âgées/Hôpital », rien ne nous dit quelle est la part de l'hébergement par rapport aux soins à l'hôpital ou ailleurs, rien ne nous permet de préciser ce débat. Rien ne nous dit qu'il faut développer des consultations spécifiquement à l'hôpital ou au contraire que tout doit se passer en terme d'hospitalisation. Rien ne nous dit non plus si dans la perspective de cette amélioration, il faut envisager plusieurs niveaux de spécialités comme on l'a fait par exemple pour les maternités, s'il doit y avoir une organisation interne hospitalière spécifique. Donc on a des outils, mais pour leur usage on a quelques programmes me semble-t-il et quelques réflexions à engager.

Alors le troisième et dernier point concerne l'articulation avec la ville et les institutions sociales dans lesquelles, je dirais, le secteur « personnes âgées » a été un secteur fermé qui a pris du retard et en deux mots, tout le monde sait que la santé bien sûr ne se traite pas qu'à l'Hôpital. La lutte contre « l'hospitalo-centrisme » a donné lieu à des débats et des discussions nombreuses ces dernières années. Je pense que le cas des personnes âgées est intéressant car il suppose un double réseau, (ce qui n'est pas toujours le cas pour les problèmes de santé pour les autres pathologies) : un réseau de

médecine de ville, voire un réseau inter-hospitalier mais aussi un réseau de prise en charge sociale qui est particulièrement important. C'est intéressant d'observer cela. Cette problématique que l'on a tendance aujourd'hui à appeler « réseau » me fait penser à ce que l'on a connu dans les dernières années 70 et début 80, c'est-à-dire des efforts de coordination importants, des mises en places de programmes prioritaires, des expériences mises en avant abondamment... sauf que depuis il s'est passé des choses aussi du côté des réseaux, côté SIDA, côté toxicomanie et si je regarde à quelle vitesse ont progressé les deux, je suis quand même un peu perplexe car je constate que si l'on interroge (c'est un indicateur parmi d'autres mais celui-là me paraît parlant), les généralistes aujourd'hui en leur demandant s'ils appartiennent à des réseaux intégrés de soins sur tel ou tel sujet : 7 % des généralistes disent « OUI j'appartiens à un réseau » et quand on parle de toxicomanie ou de SIDA par exemple, en ville on peut monter jusqu'à des niveaux de 45 %. Là, il y a un vrai problème sur lequel je trouve que nous avons à nous interroger, et plus particulièrement l'Hôpital bien sûr. Il y a une raison qui ne tient pas spécialement à l'hôpital « Les Vieux ne revendiquent pas et ils ne sont pas médiatiques » ça c'est clair et donc on trouve moins d'implication. On sait bien qu'il y a globalement dans l'ensemble de la population une difficulté à aborder ces sujets et qu'il y a un vrai problème de société, c'est vrai que les toxicos sont super-médiatiques ! Disons que cela mobilise d'une façon forte les médias, même si leur nombre est moins important que celui des personnes âgées. Hypothèse : est-ce que par hasard, l'hôpital n'aurait pas mieux pris part à la création et au soutien des autres réseaux qu'il ne l'a fait pour les personnes âgées, autrement dit, voilà à nouveau mon hypothèse des personnes âgées qui se dissolvent un petit peu dans notre paysage et il y a là un problème majeur.

Je conclus sur deux points. Pour ne pas se dissoudre dans l'institution hospitalière, (pour reprendre toujours cette même terminologie) les problèmes de santé des personnes âgées ne doivent ni être transgressés quantitativement et qualitativement traités avec toute la technicité requise. Et là, des deux côtés, il me semble qu'il y a dans le domaine hospitalier des progrès à faire.

La deuxième conclusion porte sur le vieillissement de la population, et aux problèmes nouveaux qui vont se poser à nous. Pour évoquer ce vieillissement de la population simplement deux chiffres : les plus de 60 ans qui constituent 1/5 de la population totale aujourd'hui, en constitueront un tiers demain. Nous avons vu qu'ils occupent déjà une proportion de lits considérable dans l'hôpital et je pense qu'il y a un enjeu majeur qui est de bien changer notre vision des choses : est-ce que le patient cible de l'hôpital n'est pas un monsieur ou une dame qui a passé largement les 65 ans ? Mais on ne voit pas comme ça et cela a des conséquences tout à fait précises : les tests médicamenteux par exemple sont fait sur des sujets jeunes, et non sur des personnes âgées, les articulations de connaissances gériatriques dans le cursus normal de formation ne sont pas faites. Je vous laisse prolonger comme vous le souhaitez ce type de réflexion autour de : « le patient cible de l'hôpital est âgé ». Le deuxième chiffre évidemment, avec une date qui est un petit peu plus lointaine : on aura en 2050 trois fois plus de 75 ans qu'aujourd'hui, quatre fois plus de plus de 85 ans ! Chacun peut faire la transposition avec l'imagination qui est nécessaire par ailleurs à ce qui se passe autour de lui ! Cela veut dire clairement qu'il y a un certain nombre de pathologies du grand âge qui seront en augmentation, même si, nous le savons mais il est quand même utile de le répéter, on ne va pas gagner uniquement des années en mauvaise santé. On va globalement gagner plutôt des années en bonne santé mais compte tenu de la présence forte de ces pathologies dans une population qui elle-même augmente et qui se porte particulièrement bien, étant entendu la question des démences séniles, Alzheimer et autres, nous aurons à faire face à des situations qu'aujourd'hui on ne pourrait absolument pas affronter ! Dans ce domaine plus particulièrement la prise en considération prioritaire est de nature non médicale, ça c'est clair, mais elle implique quand même une prise en charge technique et

médicale sur laquelle je mettais l'accent tout à l'heure, avec un fort appui sur l'hôpital. Cela veut dire un changement, sans doute de moins en moins de prises en charges directes d'hospitalisation du grand âge et en revanche une technicité accrue.

Professeur Frédéric ROUILLON, Centre Hospitalier Albert Chennevier / Henri Mondor, Créteil : Le suicide et l'hôpital

Intervention inaudible

Docteur Annie Claude MARCHAND, CHU REIMS : Les Cellules PASS, un exemple d'organisation transversale hospitalière et de partenariat externe : projet d'animation transdépartemental :

Je remplace Madame TARDIEU de la DRASS de Lorraine avec qui j'ai eu l'occasion de travailler sur l'évaluation des Permanences d'Accès aux Soins de Santé. Nous devions être deux à intervenir avec un éclairage qui était donné d'un point de vue de terrain par un centre hospitalier de Lorraine mais mon collègue a aussi été empêché. J'aurai un point de vue vraisemblablement assez technique sur la question et certainement moins polémique, parce que je suis un accompagnant méthodologique : je suis médecin de Santé Publique, je travaille dans un département de santé publique et j'accompagne la Lorraine sur sa démarche.

Je vais commencer par positionner un peu les permanences d'accès aux soins de santé, car je ne sais pas si vous êtes très au clair avec ces dispositifs là. Je vais aller très vite parce que c'est ce dont parlait Bertrand GARROS ce matin, c'est-à-dire sur le rapport du Haut Comité de la Santé Publique : les inégalités de santé, les inégalités d'accès aux soins, le problème lié à la couverture maladie et en particulier à l'assurance complémentaire, tout cela a été largement rappelé et c'est ce qui a en quelque sorte tenu la main du législateur quand la loi est sortie. Le rapport « Lebas » a là aussi remis l'accent, il a été fait en 1998 à la demande du ministre de l'époque et ce que constatait en fait Jacques Lebas, c'est le double aspect auquel on est confronté à l'hôpital : c'est à dire d'un côté un lieu de soins, de plus en plus sophistiqué on l'a rappelé à plusieurs reprises, et de l'autre un lieu de recours où un certain nombre de personnes viennent, reviennent et auxquelles on est confronté. Et puis, face à tout cela, évidemment, le constat qu'on a fait à cette époque là, des cellules précarité, des dispositifs qui étaient en train de se faire jour.

C'est dans ce contexte là qu'est apparue la loi d'orientation du 29 juillet 1998 qui est une loi importante en terme de volume du J.O. puisqu'elle fait une quarantaine de pages et couvre de nombreuses problématiques liées à la précarité et à l'exclusion ; avec un volet « accès aux soins » qui a essentiellement deux aspects. Un premier qui est une déclaration de principe et qui dit « l'accès aux soins et à la prévention » et là on reprend un peu de champ par rapport au curatif : introduire la notion de la prévention pour montrer que, par exemple quand on regarde les programmes de dépistage du cancer, on s'aperçoit que socio-économiquement, les femmes qui vont se faire dépister n'appartiennent pas vraiment à la population générale. Donc là aussi, difficultés d'accès à la prévention, et donc c'est un objectif prioritaire. Et d'un point de vue plus concret (encore est-ce qu'un programme est véritablement concret, cela reste à voir), deux mesures principales : la première c'est le PRAPS Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins et puis le rôle social de l'hôpital qui est largement réaffirmé. Cela pose une des questions qui est à mon avis assez forte, c'est à dire la tendance à ramener sur l'hôpital les difficultés auxquelles on n'arrive pas à faire face à l'extérieur. Donc on a élargi semble-t-il les missions de service public hospitalier à la lutte contre les divisions sociales. On dit à l'hôpital : « c'est à vous de vous organiser » et en particulier, sur le deuxième extrait sur la continuité des soins, on demande à l'hôpital de s'assurer qu'à la sortie, les patients sont dans les conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur

traitement et s'ils ne le sont pas, il faut s'organiser avec les structures à l'extérieur pour pouvoir trouver des solutions adaptées. Et puis dernier aspect sur le rôle social de l'hôpital, ce qui était préconisé dans le rapport de Jacques LEBAR, c'est la permanence d'accès aux soins de santé, les PASS, comme le « mot de passe » que l'on donne, par le travailleur social, à la personne en difficulté pour pouvoir accéder aux plateaux techniques de l'hôpital. Pour parler de la Lorraine, comme toutes les autres régions de France, et puisque chaque région doit faire un programme régional devant s'appuyer sur des diagnostics, ces diagnostics remontent aux besoins de la population, ils se font au niveau département et à partir de cela, les PASS ont des modalités de financement, par le biais des agences régionales de l'hospitalisation, et c'est par ce biais qu'on les met en route. La Lorraine a travaillé (c'est un peu la mission qui m'est revenue par le biais de Michèle TARDIEU à la DRASS de Lorraine qui animait le dispositif régional de mise en place des PASS) et cela a permis de préciser un peu les critères. Les PASS sont positionnées comme un dispositif hospitalier transversal inter-services. C'est-à-dire que c'est une cellule de prise en charge, un dispositif, une solution à apporter aux personnes en situation de précarité qui arrivent à l'hôpital. Là aussi on est dans le curatif puisqu'en général les questions auraient dû être traitées avant. Cela a deux aspects, soit un aspect médical, soignant, c'est-à-dire que la PASS a vocation à faire de l'accueil, de la prise en charge médicale, organiser le suivi. Mais cela a aussi un deuxième aspect qui est social, c'est-à-dire que l'une des missions qui lui sont fortement associées c'est d'accompagner les gens dans le recouvrement de leurs droits sociaux. Les deux prises en charge doivent être coordonnées de manière à pouvoir faire accéder le plus facilement possible aux services du plateau technique de l'hôpital et, à la sortie, aux partenaires extérieurs. C'est donc le décroisement, l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. Cela prévoit le dispositif, si c'est nécessaire, d'une délivrance gratuite des soins et puis pour que le dispositif soit complet, et un des soucis de la Lorraine c'est que cela ne reste pas quelque chose qui soit complètement à l'extérieur, que cela s'intègre à l'intérieur de la logique de l'établissement, dans les orientations de stratégies, il faudrait donc qu'il y ait un comité de pilotage et que la PASS s'inscrive dans un projet d'établissement. L'objectif n'est pas de créer des filières spécifiques pour les personnes en situation de précarité mais bien plutôt de renvoyer le patient au circuit de « droit commun », lui faire récupérer ses droits et le sortir autant que faire se peut, de la situation dans laquelle il se trouvait, du point de vue des soins nécessaires et surtout lui permettre de pouvoir éventuellement sortir de sa position de public exclu de l'hôpital.

Du point de vue de la Lorraine en fait, quand on regarde la démarche, je crois qu'il y a trois points marquants. Le premier, c'est qu'il y a eu un essai de cohérence entre les politiques régionales, d'un côté le PRAPS qui est piloté par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales sous la responsabilité du Préfet et qui va amener à faire des actions dans les départements, mais plutôt sur les déterminants de la Santé, peut-être moins sur les aspects directement liés aux soins. Et puis le SROS, le volet spécifique « prise en charge des patients les plus démunis » lié cette fois-ci sur le volet hospitalier et qui touche directement les établissements hospitaliers. Et donc cela s'est retrouvé en fait dans la main d'une seule et même personne à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales qui a géré les deux dossiers de manière conjointe. Bien que concrètement par rapport à cette mise en place des permanences d'accès aux soins de santé, cela a été une démarche assez classique de l'administration de la santé, c'est-à-dire que dans un premier temps, il y a eu une équipe technique qui comprenait l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, la DRASS, des DASS, l'Assurance maladie. On a écrit un cahier des charges qui donnait un certain nombre de recommandations, on a localisé les permanences d'accès aux soins de santé selon deux critères, d'une part en regardant l'activité des services, d'autre part en regardant deux indicateurs qui avaient été pointés par l'Observatoire Régional de la Santé de Lorraine : le nombre de bénéficiaires des

minima sociaux et la proportion de personnes qui est sous le seuil des bas revenus. A partir de cela on a localisé des points où les besoins se faisaient le plus sentir, on a demandé aux hôpitaux de déposer des projets qui ont été validés par l'équipe technique et puis, après validation finale, on financera au total 7 PASS en Lorraine, répartis sur le territoire, 10 PASS en 99, 7 de plus fin 2000.

Le deuxième aspect sur lequel je peux vous dire un petit mot, c'est la question du partenariat, puisque la DRASS a souhaité mettre en place une réflexion avec les partenaires extérieurs et en particulier les hospitaliers qui ont été intégrés dans des groupes de travail sur un certain nombre de points pour mettre en place ces dispositifs. Avec des modes de fonctionnement classiques avec l'administration de la santé, c'est-à-dire l'enquête qui arrive dans les établissements qu'on renseigne, l'information qui remonte et puis les réunions de bilans intermédiaires où l'administration de la santé vient exposer un certain nombre de points dans la mise en place. Ce qui va peut-être un peu plus loin, c'est la constitution, autour de l'évaluation en particulier, d'un groupe de réflexion pluridisciplinaire dans lequel sont intégrés aussi bien les hospitaliers que les associations, les médecins libéraux, les structures de réadaptation sociale et qu'on a amené en fait à travailler sur « qu'est-ce que c'est concrètement que la PASS ? quels retours ils avaient ? » Des personnes qui intervenaient sur la prise en charge. Les associations caritatives étaient là aussi, et donc à partir de cela, il y a eu une construction un peu commune qui a abouti à la définition que je vous montrais tout à l'heure et qui est le dispositif hospitalier transversal. Cela a aussi nourri le travail de l'évaluation, puisque, qu'il s'agisse du PRAPS ou du SROS, ils ont été assortis tous les deux d'un gros volet « évaluation » avec un travail important sur différentes priorités, et une grille standardisée qui devait être susceptible de faire remonter la même information. Ce groupe de réflexion en fait a produit du travail sur cet aspect là des choses. Là aussi était intégrée. Je vais vous en dire un petit mot puisque c'est dans ce cadre là que je me suis trouvée à travailler avec la Lorraine : parallèlement à l'évaluation de ces dispositifs mis en œuvre au niveau régional, a été aussi demandée une évaluation plus particulière dans le cadre d'une formation-action des référents médicaux. Référents médicaux et administratifs des établissements qui sont toujours des personnes-relais, personnes-ressources qui doivent aider les établissements à avancer dans leurs projets. C'est dans ce cadre que nous avons été amenés à travailler ensemble et peut-être où la logique de l'évaluation sur lequel est la DRASS dans ce cadre d'état est un peu différente de ce que j'ai été amenée à voir par ailleurs, dans la mesure où c'est une évaluation qui est partagée, évaluation partagée entre les référents médicaux et les acteurs de terrain, c'est-à-dire qu'il y a un va et vient entre les différents partenaires fait que les choses se construisent ensemble. Que plus que le jugement sur le dispositif et sur la façon dont les choses se sont mises en œuvre, ce qui est pointé est plutôt la mobilisation des acteurs, c'est-à-dire que ce que l'on cherche c'est à produire du changement à l'intérieur des établissements, à mieux connaître ce qui se fait et à avancer sur tous ces dispositifs dont à l'heure actuelle, concrètement, on a pu repérer que les mises en œuvre étaient extrêmement diverses. Donc par rapport à la question que vous posiez et dans laquelle j'avais pu comprendre dans les thèmes de l'après-midi la réponse d'évaluation et la satisfaction des personnes, c'est vrai que sans doute c'est une préoccupation qui est dans cette évaluation, renvoyée par certains éléments comme la couverture par exemple des publics entre ceux qui arrivent à l'hôpital, ce qui devrait être public si tant est que l'hôpital est vocation à répondre à toutes ces questions là. Cela reste une question qui est forte pour nous. J'ai l'impression qu'il y a une espèce de bascule du corps social tout entier autour de nous qui a des difficultés avec ses problèmes d'accès aux soins, en particulier l'accès à la médecine libérale qui n'est pas si simple que cela pour un patient, pour des raisons culturelles ou autres. L'hôpital est un endroit où il y a toujours de la lumière, donc là aussi la notion du consumérisme est très présente, on le voit bien avec

tous ce qui se passe depuis l'arrivée de la CMU, on le voit bien quand on fréquente les urgences hospitalières. Tout un tas de questions se posent par rapport à cela. D'un autre côté, il y a une grande partie des questions qui étaient posées par rapport aux personnes âgées tout à l'heure, on peut renvoyer aussi sur ces populations en situation de précarité et il me semble aussi que quand on essaie d'organiser les choses par rapport à ces populations là qui sont des populations particulières, assez fuyantes, qui partent, qui reviennent, qui sollicitent fort les dispositifs, si on arrive à mettre des choses en place par rapport à eux, cela fonctionne bien aussi pour tout le restant de la population donc sans doute cela améliore la qualité du service qu'on peut être amené à donner. Cela questionne aussi sur les modes de coopération parce que l'on se rend bien compte que une chose est l'endroit où arrivent les personnes et une autre l'acceptation dans les services à l'intérieur de l'Hôpital, les personnes précaires ne sont pas celles que tout le monde veut récupérer dans son service. Et donc pour avoir travaillé dans mon hôpital sur cette question là, je me rend bien compte (je travaille dans un CHU où la spécialisation est encore plus forte) que les phrases qui reviennent, c'est : « ils ne répondent pas à mon créneau » Ce sont des patients qui vont relever de la médecine générale et dans des établissements comme le nôtre, de plus en plus spécifiques, de plus en plus techniques, où est la place de la médecine générale par rapport à cela, où des patients qui ont des problématiques multiples ? Ceux-la ne sont pas vieux donc ne vont pas dans les services de gériatrie, ils vont avoir du diabète, des pneumonies en hiver, il y aura un certain nombre de problèmes qui vont se retrouver à gérer dans différentes situations et là on en est à se poser la question de « est-ce qu'il ne faudrait pas un service de médecine générale pour prendre ces patients là ? ».

Alors on va revenir aux dispositifs de soins, on revient aux soins de proximité mais toutes ces questions traversent ces problématiques. Cela questionne les modes de coopération à l'intérieur des services, la relation et le patient que l'on se renvoie d'un service à l'autre mais cela questionne aussi toute l'ouverture de l'hôpital sur la cité, sur l'articulation avec les gens qui sont autour de nous : comment est-ce que l'on peut faire pour travailler avec eux ? Comment est-ce que l'on peut préparer l'entrée d'un patient ? Comment est-ce que l'on peut préparer la sortie ? Et on le voit par exemple avec le développement en Lorraine d'une PASS qui est une équipe mobile qui sort de l'hôpital et qui s'en va hors de ses murs pour aller travailler avec les professionnels. Mais là on est à mon avis très très loin du rôle classique et actuel de l'hôpital, sans parler des questions qui arrivent maintenant dans les droits des patients, la satisfaction des usagers etc..

En fin de compte, les PASS qu'est-ce qu'elles sont ? Elles sont normalement conçues comme une réponse identifiée à des besoins, identifiée par des partenaires locaux, ce qui veut dire que cela renvoie à des problématiques de santé communautaire sur un territoire déterminé. Qu'est-ce que l'on peut faire ? Quel est le contexte ? Comment faut-il répondre ? Comment est-ce que l'on peut s'organiser ? C'est ce que l'on a pu mesurer par le premier tour de table que l'on pu faire en Lorraine quand on a commencé à travailler sur les modèles que les acteurs avaient derrière la tête et sur les choses qu'ils avaient pu développer. En fait il n'y a pas de modèle unique, il y a des organisations qui sont extrêmement diverses (en dedans, en dehors, des PASS spécialisées, psychiatriques, périnatalité), bref on voit tout. Et vraisemblablement tout est justifié. Sans doute par rapport à la population qui est accueillie. Cela pose aussi d'autres questions, celles des systèmes d'information : comment est-ce que l'on peut aussi connaître tout cela, comment est-ce que l'on peut savoir si la réponse que l'on va avoir est la bonne, qu'est-ce que l'on laisse en dehors ?... C'est vrai que ce qui apparaît (comme un constat que l'on a fait ce matin aussi), plus qu'un nouveau dispositif, c'est plutôt une nouvelle culture ! En fait on demande à l'hôpital une ouverture vers l'extérieur, donc une articulation avec l'amont avec l'aval et on n'a pas l'habitude de faire cela. Donc il faut aussi que l'on se parle, que l'on ait des outils pour le faire, il faut que l'on se décroisonne

à l'intérieur, que l'on ait des approches globales, pluridisciplinaires, qu'on ait des psychologues, des personnels sociaux, bref tout cela c'est bien compliqué à mettre en œuvre et sans doute à un moment cela repose sur, comme toutes les modifications de culture, des formations communes.

Discussion

Alain DENIAU (Hôpital Sud Francilien)

Question à Mr ROUILLON : en particulier sur votre 3^{ème} point : « le rôle de l'hôpital par rapport à la prévention du suicide ». Je suis tout à fait d'accord avec le rôle crucial de l'Hôpital dans cette situation là. Toutefois, j'ai remarqué qu'à trois reprises j'ai fait des propositions de ce genre et qu'elles n'ont pas pu aboutir. J'étais quand même très préoccupé et me demandais pourquoi ? Alors je donne trois hypothèses parce que, quand on se réfère aux chiffres par exemple du département de l'Essonne, la quantité de gens dont il s'agit et de morts qu'on peut éviter, en se situant uniquement sur le quart des suicides les plus graves, pour les personnes entre 15 et 25 ans, on a le type de réponse suivante : première réponse (ce que nous appelons dans le jargon « dénégaration ») : « je sais bien mais quand même, on va pas donner tant de moyens pour cela ! ».

Le deuxième type de réponse c'est quelque chose de l'ordre de : on constate que ces patients vont assez bien en quelques heures, en quelques jours mêmes, une journée, 24 heures, mais le temps qu'il y ait la reconstruction psychique de leur part, le temps qu'il y ait une reconstruction du point de vue familial, du point de vue de l'environnement professionnel etc... il faut beaucoup plus de temps et à ce moment-là le séjour dans les services de Médecine fait que l'on ne peut pas garder les suicidants huit jours simplement, il va très bien, il déambule dans les couloirs.. Donc il y a là une difficulté et je pense qu'on ne doit pas l'éluder, en disant : « on vous donne une adresse de consultation extérieure ». Ce qui est très insuffisant par rapport à la gravité. Le troisième type de difficulté que j'ai constaté, c'est : « qui doit être le maître d'œuvre de ce type de situation ? » Est-ce que c'est la psychiatrie ? Est-ce que c'est le service infanto-juvénile parce qu'il s'agit de personnes jeunes (entre 15 et 25 ans par exemple) et à ce moment là il y a deux services qui se partagent la situation ou est-ce que ce doit être le SAU ? Est-ce que ce doit être le service de médecine générale ? On voit que l'on est dans un « entre-cas » en l'occurrence et le projet n'aboutit pas, même si on pense qu'il est tout à fait fondé. Alors comment peut-on préconiser que se mettent en place les bons moyens à l'hôpital ?.

Réponse inaudible

JJ PICARD – Châlons en Champagne :

Madame BERTHOD-WURMSER a bien montré que les soins aux personnes âgées et la gériatrie semblaient avoir assez bien progressé et que cela semble s'essouffler un petit peu à peine né, se donner les moyens. Ma question est la suivante : est-ce que vous ne pensez pas que c'est la faiblesse des moyens qui sont donnés à ceux qui s'occupent des personnes âgées qui en est la cause, et c'est peu lassant de ne pas avoir de moyens, ça concerne aussi bien le court séjour gériatrique mais dans les centres hospitaliers normaux c'est quand même souvent le cas donc j'aimerais avoir votre opinion et je voudrais dire à Monsieur Frédéric ROUILLON que c'est certainement Pierre Dac, né à Châlons en Champagne (qui était Châlons sur Marne à l'époque) et je pense que l'on peut compléter une de ses pensées qui est la suivante : « *lorsque le lendemain des jours fériés sera chômé, la fatigue sera enfin vaincue !* » et on peut rajouter « *et le suicide prévenu* » par exemple.

Pierre GALLOIS – MACON

J'ai été très intéressé parce qu'à dit Madame MARCHAND, très intéressé mais un peu effondré. Elle nous a dit « il faut promouvoir une culture nouvelle, ouverture vers l'extérieur, décloisonnement, approche globale pluridisciplinaire ». C'est merveilleux ! la première réunion du GERHNU il y a 30 ans a été consacrée à ces thèmes là ! C'est donc assez effondrant !

Ceci dit, deux petites remarques : elle nous a parlé de la formation des personnels : cela me paraît une chose tout à fait importante et un besoin de santé est constamment ignoré à l'hôpital qui est le problème de l'alcool. Il y a un certain nombre de propositions et de réalisations, c'est en effet la formation des personnels, peut-être des médecins mais surtout des infirmières dans les services d'urgence, dans les services de médecine, dans les services de chirurgie, cela permet tout de suite beaucoup mieux de prendre en compte un certain nombre de problèmes de santé. Je prends un deuxième exemple qui est celui de l'avant et l'après-hospitalisation. Le patient arrive à l'hôpital, on ignore ce qu'il y avait avant et on ne pense pas à ce qui va se passer après. Probablement dans ce domaine là il y a un certain nombre de choses, dans les hôpitaux, établir des relations assez structurées avec les structures de soins à domicile, peut-être avec une assistante sociale mais il faut probablement aller au-delà. A Mâcon nous avons mis en place par exemple un réseau Ville-Hôpital centré là-dessus, qui n'est pas un réseau de pathologie, qui est un réseau de soins. C'est peut-être aussi une des voies d'orientation.

Bernard SCHMITT –Synthèse du GERHNU

Je suis PH à l'Hôpital de Bretagne Sud à LORIENT.

Tâche extrêmement difficile, à la fois de synthèse et de préconisations.

La synthèse, c'est de la redite, peut-être un peu mixée, la préconisation c'est une ouverture. Ceci me renvoie à la première communication que nous avons eue sur la santé par rapport à la maladie en terme de définition. En terme de définition, Bernard hONORE nous a dit que au fond, pour reprendre les termes de son maître à penser (qui est peu le mien aussi), nous sommes dans une double logique, dans une double dynamique ou plus exactement dans une dynamique positive qui est une dynamique d'allure propulsive et nous sommes dans une démarche de santé car la santé était une créativité. Une créativité pour la société. Dans un autre côté, nous sommes dans une démarche négative, répulsive, et ça c'est l'introduction de la maladie et à ce moment là, je me retourne vers Françoise qui va nous montrer un schéma tout à fait intéressant dans ses différentes strates et je me suis dit en regardant ces schémas : « au fond, quand on regarde leurs strates qui est la strate de notre métier à nous, c'est la strate la plus interne dont la surface en terme mathématique est la surface la plus petite. Alors que les autres strates sont beaucoup plus vastes et que nous avons devant nous un champ d'investissement extraordinairement important, la première des préconisations serait effectivement : que nous soyons capables intellectuellement et je dirai presque à la limite affectivement, de nous investir dans ces strates extrêmement larges qui sont je crois un des avènements de notre métier.

Alors le deuxième point est que, à travers le programme de cette journée, nous sommes partis d'une définition des besoins et des déterminants de la santé c'était logique, puis des outils et de la mise en place de ces outils, parce qu'il ne s'agit pas d'avoir un marteau, il faut aussi avoir « le panier ? » et enfin de l'évaluation.

Alors je ne vais pas faire de redite, ce n'est pas la peine parce que nous sommes un petit peu pressés par le temps mais parlons de l'évaluation. Quand on parle d'évaluation au fond, nous partons toujours d'un état donné à un moment donné. L'état des lieux c'est que nos hôpitaux restent, malgré toutes ces bonnes paroles, malgré toutes les PASS en Lorraine ou ailleurs, malgré toutes les initiatives qui nous tombent sur le dos et que nous sommes obligés de « digérer » (mais pourquoi nous les digérons, simplement parce qu'il

y avait des sous et que les hôpitaux se sont inscrits parce qu'il y avait des « sous » à gratter et que dans une politique de restriction budgétaire il fallait bien « gratter les sous » ! alors ça a marché), mais de ce point de vue là, je dirai que c'est plutôt une adhésion « passive » ou « intéressée », que ce n'est pas du tout une initiative locale pour des acteurs de terrain. Alors peut-être que ça s'est intégré après dans les bonnes volontés qui ont repris ça après à leur propre compte mais « la » préconisation serait de dire : « faisons ! Faisons parce que nous avons décidé ».

Le deuxième point, c'est qu'à partir de l'état des lieux, nous avons ou nous nous faisons notre petit cinéma ou nous utilisons notre petit vélo dans la tête et nous nous projetons idéalement vers un état des lieux idéal. Cette projection idéale c'est au fond le but vers lequel nous voulons tendre. Or, nous savons que si nous mettons en œuvre (et nous avons eu un certain nombre d'exemples tout à fait passionnants : la prévention du suicide, les PASS etc...), nous savons que ce que nous réalisons est loin de l'état idéal vers lequel nous voulons tendre et qu'on fond, la capacité de mesurer l'angle Alpha entre la trajectoire idéale et la trajectoire réelle que nous faisons, cela s'appelle l'évaluation. Et cette évaluation, actuellement, elle est très mal faite puisque nous évaluons et j'ai relevé au passage un certain nombre de mots ou de propositions qui ont été faites, nous évaluons les moyens que nous avons (c'est facile, on n'en a jamais assez), nous évaluons les gens qui le font (c'est facile, il n'y en a jamais), puis comme il n'y a pas de moyens, il n'y a pas de gens, on n'aura pas les moyens, donc c'est un cercle vicieux.

Je crois que le problème c'est que au niveau d'un groupe comme celui-ci, c'est 1) d'avoir des idées, 2) de faire passer ces idées, les conférences de santé doivent devenir le lieu du débat sur les orientations de la Santé. Je crois que c'est de notre responsabilité de pouvoir faire passer ce type de message en disant : certes sur le plan national nous avons de grandes orientations, certes sur le plan régional on est un peu lié parcequ'il y a des marges de manœuvre et que dans les choix régionaux, il y a toujours une marge de manœuvre pour faire passer les messages, pour dire : ça c'est un problème.

Je voulais dire d'autres choses, c'est que au fond, nous avons été programmés par notre formation de médecin pour faire du curatif. Un des gros handicaps actuellement, c'est que si on s'écarte un petit peu de cette voie royale pour faire autre chose, nous sommes facilement montrés du doigt. Parce qu'on va être considérés comme des canards un peu boiteux dans la couveuse parce qu'on fait autre chose, parce qu'on ne remplit pas les missions pour lesquelles nous sommes payés et il faut je crois aussi que nous fassions parfaitement intégrer au niveau de nos équipes de terrain le fait que notre mission n'est pas qu'une mission de soins. La mission de soins est restrictive, la mission de santé est beaucoup plus dynamisante et il faut le faire passer au niveau des établissements, au niveau de nos directions pour que ce soit réellement inscrit dans une politique dans nos établissements. Or actuellement, j'en parle en connaissance de cause pour avoir été longtemps président de CME, lorsqu'on veut faire passer des projets de santé publique, c'est extrêmement difficile car on est toujours dans des perspectives de soins, de curatif, et plus le curatif est technicisé, plus il a de chances de passer alors qu'on est dans du « réflexif », de l'organisationnel, on est dans une prospective sur un état de santé, c'est-à-dire sur la non-maladie et je crois que c'est en terme de préconisation et en terme aussi un peu de conclusion finalement de cette journée ce que j'avais envie de dire.

Discussion

Interlocuteur non identifié

« Françoise JUNGFER a fait une réflexion qui m'a interpellé : alors je prends l'éditorial d'une revue que j'aime bien puisque j'en suis le rédacteur, qui est une revue régionale, et ça c'est intéressant, qu'un hospitalier soit directeur de publication d'une revue à l'usage des industriels de l'agro-alimentaire pour les inciter à créer des produits dans le concept

Nutrition-Santé en terme de prévention des maladies dites « de civilisation » leur permettant de faire du bénéfice à l'entreprise mais pas « faire du pognon ». Mais on peut « faire du pognon » et le faire bien dans le sens de la Santé, donc c'est un peu cette revue que j'anime et le dernier numéro qui va sortir, est consacré à la Maladie d'Alzheimer et aux personnes âgées dépendantes. Il y a un article qui dit « grosso modo ceci (c'est dans l'éditorial) : « il est frappant de voir que l'état de santé des aidants a une répercussion directe sur l'état de santé des aidés » et que les personnes âgées présentant des démences ou simplement souffrant de leur grand âge, la masse corporelle, le poids, est un déterminant extrêmement précis et un indice extrêmement précis de morbidité et de mortalité ». Eh bien, on s'aperçoit que lorsque l'aidant déprime, les personnes âgées maigrissent et avec un indice de mortalité et de morbidité extrêmement important. D'où la notion que si on veut prendre en charge une politique de personnes âgées, c'est d'abord prendre en charge les aidants, ou au moins parallèlement prendre en charge les aidants, puisque la notion d'aidant est au moins aussi importante comme déterminant de santé que les soins qu'on pourrait donner aux aidés.

J.J. PICARD – CHALONS EN CHAMPAGNE.

« Bernard, finalement, il n'y a pas eu de préconisation, tu as fait une synthèse de ce qui a été dit, or, c'est une tromperie sur la marchandise par rapport au programme mais je crois qu'il faut peut être rebondir sur ce que tu as dit. C'est-à-dire, ce qui me paraît le plus important dans ta synthèse, c'est « il faut que les Conférences Régionales de Santé prennent toute leur importance, se développent et donc, je crois qu'il faut absolument que les médecins hospitaliers et même peut-être des médecins « tout court », moi en tant que Président de CME, j'ai participé à trois Conférences Régionales de Santé en Champagne-Ardenne : dans la salle, en dehors de médecins des Tutelles, à l'une des trois, nous étions deux médecins (le Président du Conseil de l'Ordre et moi). Et je pense avoir été invité parce que c'était le Centre Hospitalier de Châlons qui faisait le « traiteur » pour cette réunion là, mais uniquement pour cette raison-là. Je crois que si on fait une préconisation, c'est qu'il faut qu'il y ait une participation des médecins hospitaliers, lesquels je ne sais pas ou des médecins tout court. Le Président du Conseil de l'Ordre, ce n'est pas suffisant ! il y avait beaucoup de syndicalistes mais pas de syndicalistes médicaux. Je n'ai pas un amour fou pour les syndicalistes, surtout médicaux, mais là, il n'y en avait aucun, il n'y avait pas de représentant des médecins, par contre, beaucoup de syndicalisme, beaucoup d'associations de malades, beaucoup de représentants de Caisses d'Assurance Maladie etc... peut-être que les choses ont changé, peut-être que Madame MARCHAND éventuellement peut le dire, mais je crois vraiment que si on veut dire « il faut qu'il y ait ce développement là », il faut qu'il y ait une participation plus importante des médecins. Sinon on peut dire que c'est très bien, que c'est formidable, comme nous l'a dit Madame BENSADON ce matin, mais on sait bien que ces réunions sont fort heureusement préparées à l'avance, qu'il y a des exposés avec lesquels tout le monde est d'accord, quelques remarques certes mais à la fin du compte, les choses sont déjà dites et après cela va bien sûr à la Conférence Nationale de Santé qui, on l'a bien compris, fait un excellent travail. Mais quelle est la participation des médecins ? Quelle est la participation de l'Hôpital ? ».

Cela confirme ce que je voulais dire et je m'en excuse si je l'ai mal dit, c'est-à-dire que notre responsabilité à nous médecins, c'est d'abord que l'on soit représenté dans les instances qui décident. Et c'est au fond pour nous, je dirais, une raison de santé, puisque pour reprendre l'expression de Bernard HONORE, la santé c'est d'abord d'avoir une position positive de prise de possession de son devenir et de notre devenir collectif, c'est ça la Santé. Mais si nous sommes passifs par rapport à cela, parce que j'ai aussi assisté à des Conférences de Santé qui étaient des Grands Messes extrêmement bien rôdées mais

qui en soi n'aboutissaient à rien et surtout pas à des dialogues constructifs avec la salle et les participants. On était passifs en entendant des trucs avec un grand jury qui décidait des choses qui étaient déjà décidées depuis fort longtemps !

Je crois qu'il y a aussi le problème de la question que tu avais posée, à savoir la transformation des ARH en ARS parce qu'on a l'impression dans certaines régions, qu'il y a une certaine « compétition » entre les services préfectoraux et les ARH et c'est vrai que les Conférences Régionales de Santé sont quand même plus organisées par les services préfectoraux.

Je voulais te poser deux questions. La première c'était aussi sur les Conférences Régionales de Santé, j'ai dit que j'y avais participé et que je n'y était pas retourné car ce sont des grands messes où l'on ne peut rien dire, ce qui veut dire que je pense comme toi que les Conférences Régionales de Santé c'est fondamental, mais encore faut-il les organiser de façon qu'il y ait un débat et donc probablement un débat en amont pour être constructif. Donc il faut organiser cela, je ne sais pas si tu as des idées mais c'est là une première chose. Deuxième chose, tu nous a dit « on a été formés pour le curatif » je pense que ce n'est pas cela le problème, on a été formés pour soigner une maladie et non pas pour soigner des malades. Qu'en penses-tu ? »

Bernard SCHMITT

Je dirai le patient, mais je n'aime pas ce terme parce que le patient est passif, la personne au centre de nos préoccupations et surtout pour reprendre encore une fois le schéma de Françoise, c'est de dire moi j'ai bien vu que dans sa grande boucle la plus large, c'est la personne qui devient l'acteur principal. Quand on régresse, il n'est qu'un co-acteur, après il subit, il subit complètement et il est complètement soudé.

FIN DE LA JOURNEE