

Pierre-Henri BRÉCHAT*

Habilité à diriger des recherches du département des politiques de santé, université Sorbonne Paris-Cité, membre de l'institut Droit et Santé - EA 4473 - de l'université Paris 5 (Paris-Descartes), membre du comité de direction de la chaire Santé de Sciences-Po, professeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

Pour l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé

Le dispositif actuel de soins et de santé n'est pas en mesure de garantir

l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé, alors qu'augmentent dans ce domaine

les besoins et la paupérisation : le principe d'égalité est remis en cause.

Un service public de santé peut être proposé¹ afin de réduire les inégalités qui se développent sur fond de crises économiques et financières, et pour que la cohésion nationale ne soit pas menacée². Des éléments issus de travaux de recherche récents existent³.

* Praticien hospitalier spécialiste de santé publique et de médecine sociale, groupe hospitalier Lariboisière - Fernand-Widal, en mobilité au centre Cochrane français de l'Hôtel-Dieu (AP-HP)

1. Le droit de l'Union européenne permet le développement des services publics nationaux de santé. Sylvie Henion, « Service public de santé et droit européen » in : Tabuteau D. (dir), *Service public et santé*, collection Verbatim santé, éditions de Santé/Presses de Sciences-Po, 2012, p. 86.
2. Haut Comité de la santé publique. *La Progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, La Documentation française, 1998, p. X.
3. Cet article est essentiellement issu des travaux de recherche

conduits par l'auteur : Pierre-Henri Bréchat. *Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé* ; mémoire de thèse de droit public, université Paris 2 (Panthon-Assas), 2012, 612 pages ; Pierre-Henri Bréchat. « Il y a urgence pour un service public de santé ! » in : Tabuteau D. (dir), *Service public et santé*, op. cit., p. 157-166.
4. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant. Genève : éditions de l'OMS, 2000, p. 175.
5. Dominique Polton, « Quel système de santé à l'horizon

2020? », rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), La Documentation française, 2000, p. 55-159.
6. Édouard Landrain, « Information sur les réformes de l'assurance maladie en Europe », rapport d'information n° 1672, Assemblée nationale, enregistré à la présidence de l'Assemblée, 15 juin 2004, p. 91-92.

Pour l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé



Précarités et inégalités

Sur le web

Système d'information

Actualités

International

Réflexions hospitalières

Librairie

Offres d'emploi

Contexte et priorités ont changé. Notre dispositif est-il en capacité d'y répondre ? Si dès 1998, le Haut Comité de la santé publique nous alertait sur la progression de la précarité et ses effets sur la santé, qui concernait alors près de 25 % de la population, tout en signalant un bouleversement de la société française qui creusait les inégalités sociales et menaçait à terme la cohésion nationale ⁷, la paupérisation accrue par la crise économique est aussi à prendre en compte.

En 2012, l'Institut national des études démographiques (INED) indiquait que l'espérance de vie en bonne santé diminuait depuis plusieurs années, et ce malgré un allongement continu de l'espérance de vie et une amélioration générale de l'état de santé.

Les inégalités de santé s'accroissent entre catégories sociales : avec une durée de vie plus courte, les ouvriers vivent un plus grand nombre d'années avec des problèmes de santé ⁸ et subissent une « double peine » ⁹. En Nord-Pas-de-Calais, le recours aux soins est souvent trop tardif en raison de difficultés sociales mais aussi de l'absence de prévention et d'un secteur ambulatoire dégradé ^{10,11}. Les inégalités de santé tant régionales qu'intra-régionales ne se réduisent pas, voire s'accroissent ^{12,13}. Ces inégalités sont

plus importantes que dans la plupart des pays européens ¹⁴.

D'autres éléments viennent interroger ce classement de l'OMS. Tous montrent que le dispositif actuel de soins et de

santé est en incapacité de garantir l'égalité d'accès aux soins et à la santé ainsi que l'augmentation récente, en nombre et en importance, des inégalités d'accès aux soins et à la santé.

Un dispositif de soins et de santé à bout de souffle

L'égalité d'accès aux soins - primordiale pour éviter l'aggravation des inégalités sociales face à la santé, même si l'on considère qu'une faible part des variations de l'état de santé est liée aux soins médicaux ¹⁵ - a été considérablement réduite et de façon multiple par les dernières réformes. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a remplacé le service public hospitalier par des missions de service public, lesquelles n'avaient pas été mises en œuvre en 2012 : il s'agit là d'une étape symbolique du rejet de la dynamique de service public dans le domaine sanitaire, en œuvre depuis les années 1990 ¹⁶. Malgré les alertes ¹⁷, la prise en charge globale des soins n'est non seulement pas suffisamment prise en compte par la tarification à l'activité, mais elle tend à être aussi exclue du continuum ¹⁸ : prévention, secteur ambulatoire et

secteur médico-social et social. La prise en charge globale des soins n'est plus à l'usage de tous.

Cet état de fait a pu contribuer à la construction d'un service hospitalier qui ne soit plus public car tendant à exclure les usagers « complexes » ¹⁹ - patients précaires, personnes âgées, patients atteints de pathologies chroniques... - des soins et de la santé ²⁰, à l'instar des activités ou services ²¹ dont ces usagers ont particulièrement besoin : gériatrie, psychiatrie, médecine interne, santé publique ; prévention, secteur ambulatoire, réseau sanitaire et social. La recherche d'efficacité de l'établissement de santé a pu se faire particulièrement au détriment de l'égalité d'accès aux soins des patients complexes et de l'efficacité sociale du dispositif.

Les autres filets de sécurité que sont les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des

7. Haut Comité de la santé publique (HCSP), *La Progression de la précarité*, op. cit., p. X.

8. Sandrine Danet, Nicolas Cocagne, Aurélie Fourcade, « L'état de santé de la population en France », rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010, série *Études et recherches*, DREES n° 747, janvier 2011, p. 8.

9. HCSP, *Les inégalités sociales de la santé : sortir de la fatalité*, Haut Conseil de la santé publique, 2009, p. 32.

10. Suscitant aussi une surconsommation de soins ainsi que des dépenses de soins ambulatoires et hospitaliers plus élevées par rapport à la moyenne nationale. Voir « Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux », Vincent Malaizé, David Desrivière, *Pages de profils* n° 105, INSEE 2012.

11. Cela peut vouloir dire que l'effet boomerang de l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie en raison d'un désengagement du secteur social - que Johan P. Mackenback et al. prévoyaient pour la génération future - a commencé. Cité dans Johan P. Mackenback, Willem J. Meering, Anton E. Kunst. "Economic costs of health inequalities in the European Union", *J Epidemiol Community Health* 2011 ; 65 (5), p. 412-419.

12. Jean Pascal, Roland Sambuc, Pierre Lombrail, « État de santé des Français », in François Bourdillon, Gilles Brückner, Didier Tabuteau (dir), *Traité de santé publique*, éditions Médecine-Sciences Flammarion, 2007, p. 324-326 ; Pierre Chauvin, Jacques Lebas, « Inégalités et disparités sociales de santé en France » in François Bourdillon, Gilles Brückner, Didier Tabuteau (dir), *Traité de santé publique*, op. cit., p. 334-341.

13. SCORE-santé de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) sur la santé de la population. Disponible sur : <http://www.score.sante.org/score2008/index.html> [consulté le 16 mars 2012].

14. Haut Comité de la santé publique, *La Santé en France en 2002*, La Documentation française, 2002, p. 165-166.

15. Pierre Lombrail, « Accès aux soins », in Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang (dir), *Les Inégalités sociales de santé*, collection Recherches, éditions La Découverte/INSERM, 2000, p. 403.

16. Danièle Cristol, « La concurrence entre le service public hospitalier et les cliniques privées », thèse : droit public : université Nice-Sophia Antipolis, 1993, p. 499-511.

17. Didier Castiel, Pierre-Henri Bréchat, Marie-Christine Grenouilleau.

« De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital », *Presse Med* 2007 ; 36 (2 Pt 1), p. 187-188 ; Didier Castiel, Pierre-Henri Bréchat, Marie-Christine Grenouilleau, Roland Rymer, « Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique », *Santé publique* 2009 ; 21 (2) : 195-212.

18. La définition du continuum a été faite en 2002 par le Haut Comité de la santé publique pour qui : « le fonctionnement actuel s'inscrit difficilement dans les enjeux de santé publique dont l'importance apparaît de plus en plus clairement : [...] une conception globale de la santé impliquant un continuum des actions de prévention et des actions curatives [...] », pour l'étendre au secteur médico-social et social, cité dans HCSP. *La santé*

personnes les plus démunies (PRAPS)²² ou la couverture maladie universelle (CMU) n'ont pas été renforcés. En outre, les PASS spécialisées - en psychiatrie, gériatrie, dentaire, etc. -, qui ont été malgré tout développées en même temps que l'ont été des offres du continuum par les associations ou les organisations non gouvernementales, sont porteuses, pour les patients complexes, d'un risque de stigmatisation et de remplacement du service public.

Les déserts médicaux ou l'augmentation des dépassements d'honoraires constituent en plus un puissant vecteur de discrimination dans l'accès aux soins²³. Or ils ne sont pas réduits, les réseaux maillent les territoires infrarégionaux en pointillés et la prévention n'est pas accessible à tous. Ceci alors que les inégalités d'accès à l'information augmentent et que les inégalités intergénérationnelles interrogent.

En même temps, si le taux de remboursement global pour les soins et biens médicaux était, en 2009, de 82 % pour les dépenses présentées au remboursement, en 2012, il ne dépassait vraisemblablement pas les 50 % pour les soins courants hors affections de longue durée (ALD) et hospitalisations²⁴. Il était encore bien moindre pour les soins dentaires et les traitements ophtalmologiques, comme les lunettes.

en France 2002, La Documentation française, 2002, p. 30.

19. Jean-Philippe Vinquant, Séverine Mayo-Simbsler, « Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques », *Actualité et dossier en santé publique* 2010 ; 72, p. 33-36.

20. Didier Castiel, Pierre-Henri Bréchat, Marie-Christine Grenouilleau, « De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital », *op. cit.*

21. Jacky Le Menn, Alain Milon. « Le financement des établissements de santé », rapport n° 703 (2011-2012) établi au nom de la commission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) de la commission des affaires sociales (2), enregistré à la présidence du Sénat, 25 juillet 2012, p. 66.

22. PASS et PRAPS ont été imposés aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés

assurant des missions de service public par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

23. Pierre Aballéa, Fabienne Bartoli, Laurence Esloüs, Isabelle Yeni, « Les dépassements d'honoraires médicaux », rapport RM n° 2007-054P, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2007.

24. Pierre-Louis Bras, Didier Tabuteau, *Les Assurances maladie, Que sais-je?* Presses universitaires de France, 2012, p. 80.

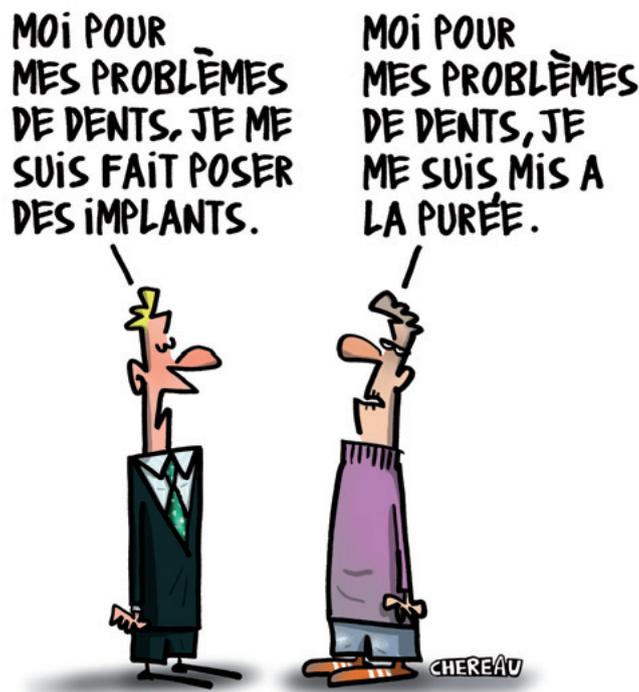
25. Didier Tabuteau, *Les Services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau. Service public et santé*, éditions de la Santé, coll. Verbatim santé, 2012, p. 19.

26. Régis Bigot, « L'opinion défend à la fois la liberté individuelle et la cohésion sociale. Consommation et modes de vie », CREDOC 2010 ; 231, p. 4.

De plus, la protection complémentaire tend à devenir le pivot de la prise en charge des dépenses de santé sauf pour quatre millions de Français dont les revenus dépassent de peu le seuil fixé pour l'accès à la CMU, et qui ne peuvent y accéder malgré l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire. Les services publics de santé et d'assurance maladie sont en repli²⁵, alors que les ménages les plus modestes se paupérisent, s'imposent des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux en raison de leur coût. Étaient

concernés 8 millions de personnes (13 % des Français) en 2010, contre seulement 3 % il y a trente ans^{26,27}. Pourtant, la dépense de santé en France demeure l'une des plus élevées au monde²⁸.

Si l'on considère les autres déterminants de santé²⁹ comme le travail, le logement, l'alimentation ou l'éducation, c'est bien l'accès à la santé qui a été ainsi réduit de façon multiple, alors que le Préambule de la Constitution (27 octobre 1946) précise que la nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère*



Pour l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé

et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

Les professionnels de santé³⁰ ont l'impression de « gérer la crise » plutôt que de « mettre en œuvre une politique de santé publique »³¹ et que les principes, les valeurs, l'éthique, la déontologie et le droit peuvent être remis en cause³². Les représentants d'associations d'usagers ont le sentiment d'être considérés davantage comme des alibis que comme coconstructeurs du système de santé, et comme des consommateurs plutôt que des codécideurs de leur santé. Ceci, malgré les nombreuses possibilités données par le développement de la démocratie sanitaire.

Il y a une perte de confiance, méfiance, voire défiance dans les capacités de l'État et de l'assurance maladie à prendre en compte démocratiquement les besoins de santé et à réduire les inégalités³³. Les représentants d'associations d'usagers soutiennent l'expérimentation du « parlement sanitaire »³⁴ et le développement de la démocratie participative en santé. Dans une étude conduite auprès des citoyens francs-comtois par leurs représentants d'associations d'usagers, cinq priorités ont été privilégiées par les réponses. En ordre décroissant : disposer d'un logement, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, disposer d'une eau de qualité, développer le dépistage et le contrôle du cancer³⁵. Les représentants d'associa-

tions d'usagers demandent à participer à l'élaboration d'une politique de santé régionale et infrarégionale en association avec les collectivités territoriales³⁶.

L'agence régionale de santé (ARS) de première génération s'est désengagée du territoire infrarégional³⁷ : le nombre de territoires de santé a été réduit par les ARS de 32,1 % au regard de celui des précédentes agences régionales de l'hospitalisation³⁸ ; la moyenne de la population par territoire de santé est passée de 374 000 habitants à 605 000 habitants. L'ARS de première génération a aussi peu collaboré avec les préfetures, les collectivités territoriales, les représentants d'associations d'usagers et les citoyens pour mettre en place un « territoire pertinent en santé publique ». La planification de la santé s'est faite au minimum de ses possibilités en privilégiant la contractualisation à la prise en compte des déterminants de la santé, de la concertation et de l'adaptation des offres aux besoins de santé infrarégionaux. Pourtant, c'est bien la prise en compte fine des spécificités infrarégionales qui, par l'ensemble homogène d'offres du continuum, ainsi que d'actions adaptées aux besoins par déterminant de la santé, est la plus porteuse d'égalité d'accès aux soins et à la santé, de réduction des inégalités d'accès aux soins et à la santé, et d'amélioration de l'état de santé pour tous et partout.

Le territoire de santé n'est pas en mesure de garantir l'égalité d'accès aux soins et à la santé, ni la réduction des inégalités de santé. Il peut être le symbole de la remise en cause du service public, des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité.

Nous assistons à un « crash sanitaire »³⁹, une « insécurité sanitaire »⁴⁰, une « inquiétante dilution des services publics » de santé et de l'assurance maladie⁴¹. Comme si la continuité des soins et de la santé pour tous et partout ainsi que le droit des malades tendaient à être sacrifiés, au seul profit de l'augmentation de la consommation de certains soins pour ceux qui peuvent se les offrir. Les besoins fondamentaux comme la santé, le logement ou l'éducation ne seraient plus garantis au moment où croissent les inégalités sur fond de longues crises économiques. Notre société tend à ne plus être juste⁴², ce qui représente un risque supplémentaire qui peut contribuer à la « dislocation sociale »⁴³.

Garantir l'égalité d'accès aux soins et à la santé, et réduire les inégalités de santé, suppose de faire évoluer le modèle « revenu, précarité, accès aux soins » vers un modèle « déterminants de santé, amélioration de l'état de santé de la population, égalité d'accès aux soins et à la santé »⁴⁴. Avec un but : celui de produire davantage de santé que de consommation des soins⁴⁵. Si

hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. *Santé publique* 2010 ; 22 (5), p. 571-580.

32. Michel Caillol, Pierre Le Coz, Régis Aubry, Pierre-Henri Bréchat, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », *Santé publique* 2010 ; 22 (6), p. 630-634.

33. Pierre-Henri Bréchat, Jeannette Gros, Michel Haon, Odile Jeunet, Christian Magnin-Feysot et al. « Représentants d'associations d'usagers et loi Hôpital, patients, santé et territoires : enjeu et douze propositions », *Santé publique* 2010 ; 1, p. 131-146.

34. Didier Tabuteau, « Loi HPST : des interrogations pour demain ! », *Santé publique* 2010 ; 1, p. 80.

35. Pierre-Henri Bréchat, Christian Magnin-Feysot, Odile Jeunet, Aurélie Attard, Gilles Duhamel, Didier Tabuteau, « Priorités de santé, régions, territoires de santé et citoyens : L'exemple Franc-Comtois », *Santé publique* 2011 ; 23 (3), p. 169-182.

36. Dixième anniversaire de l'Association des représentants des usagers dans les cliniques, associations sanitaires, hôpitaux de Franche-Comté (ARUCAH), « Bilan de 10 ans d'expériences de démocratie citoyenne pour la population franc-comtoise : perspectives d'avenir pour les collectivités territoriales ? », Besançon, 15 septembre 2012.

37. Pierre-Henri Bréchat, « Précaires, personnes âgées, patients complexes : les exclus du système de santé », *Le + Le nouvel Observateur*. Disponible sur : <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/520544-precaires-personnes-agees-patients-complexes-les-exclus-du-systeme-de-sante.html> + [consulté le 3 octobre 2012].

38. Il y avait 159 territoires de santé entre 2004 et 2009. Entre 2009 et 2012, les ARS ont diminué le nombre de territoires de santé de 51 pour arriver à un total de 108 territoires de santé, cité dans Bernard Basset. Les projets régionaux de santé. Communication orale. Module « Régulation, aide à la décision, planification ». École des hautes études en santé publique, Rennes, le 15 mars 2011.

39. « Krach sanitaire : la crise à quel prix ? », *Revue humanitaire* 2012 ; 30, p. 16-83.

40. Didier Tabuteau, « Tribune », in Pierre-Henri Bréchat, Jacques Lebas, *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012, p. 417-420.

41. Didier Tabuteau, « Santé et assurance maladie : l'inquiétante dilution des services publics », *Droit social* 2011 ; 12 (704), p. 1277.

42. Pierre Rosanvallon, *La Société des égaux*, éditions du Seuil, 2011, p. 16-17.

43. Martin Hirsch, « Gare à la dislocation sociale ! », *Le Monde*, mardi 12 décembre 2011, p. 22.

44. Pierre-Henri Bréchat, « Pour la construction d'une politique de santé publique en faveur de l'égalité des chances », in Didier Castiel, Pierre-Henri Bréchat (dir), *Solidarités, précarité et handicap social*, Presses de l'EHESP, 2010, p. 135-138.

45. R.G. Evans, G Stoddart, « Pro-

le service public est le mieux à même de préserver et garantir les intérêts des administrés tout en œuvrant pour la réduction des inégalités sociales, et si

la gestion publique est socialement la plus efficace - également accessible et fonctionnant au meilleur coût possible⁴⁶ - il faut envisager la possi-

bilité de refonder notre dispositif de soins et de santé en un service public de santé. Des propositions vont être faites.

Vers un service public de santé

D'un dispositif sans service public à un système public de santé

Un service public de santé est le garant de l'égalité d'accès aux soins et à la santé, et est en capacité de réduire les inégalités de santé. Le dispositif de soins et de santé actuel peut devenir un système⁴⁷ de santé qui organise des réseaux, des parcours de soins et de santé, à plus-values (value) plus importantes en fonction de la ressource investie pour l'ensemble du continuum, ainsi que des actions en faveur des déterminants de la santé, l'objectif étant de répondre aux besoins de santé de la population du territoire infrarégional pertinent en santé publique. Il a été calculé que si l'on appliquait le niveau d'organisation du système de santé des régions desservies par la Mayo Clinic ou l'Intermountain Healthcare à tout le territoire des États-Unis d'Amérique, près de 40 % des dépenses de santé consacrées aux maladies chroniques pourraient être économisées⁴⁸. Une loi est indispensable pour donner au système comme direction, comme

« règle et but du jeu », l'égalité d'accès aux soins et à la santé et l'amélioration de l'état de santé de toute la population et partout. Cela à partir d'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants (enquêtes sociosanitaires, mise en place d'un système de collecte de renseignements et de registres) et d'enquêtes visant à protéger la santé de la population (enquêtes épidémiologiques). Le service public hospitalier est réaffirmé par la loi.

Le service public de santé du territoire infrarégional pertinent en santé publique est organisé en réseau, tant de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers, que médico-social et social, par des programmes régionaux et territoriaux de santé publique.

Le financement de la prise en charge globale des soins et de la santé à l'usage de tous⁴⁹ et les activités et les services en gériatrie, psychiatrie et médecine interne sont particulièrement mis en adéquation par rapport aux besoins de la population (un service universitaire de

gériatrie est par exemple enfin installé en Franche-Comté) sont prévus. Le financement des PASS et le financement des PRAPS sont rendus transparents, indépendants et bénéficient d'un pilotage et d'un suivi au niveau national et régional.

Un service public de soins ambulatoires souple: le centre de santé primaire polyvalent

Les maisons de santé pluridisciplinaires, comme le centre de santé primaire polyvalent (CSPP)⁵⁰, sont développées⁵¹. Ce CSPP intègre, tout en allant plus loin, la définition des « *soins de premier recours* » donnée par le titre II de la loi HPST⁵²; il prend en effet en charge les travaux jusqu'alors à la seule charge des médecins généralistes de premier recours⁵³ tout en intégrant centres de santé⁵⁴, maisons de santé⁵⁵ et pôles de santé⁵⁶.

Le CSPP, à l'instar du centre de santé et de services sociaux de la province du Québec, ou du centre d'attention primaire de la région de Catalogne en Espagne, est une offre de soins organisée qui

ducing health, consuming health care. Population health program. Canadian institute for advanced research 1990", working paper n° 6, cité dans Raymond Soubie, « Santé 2010 », rapport du groupe Prospective du système de santé, travaux d'ateliers, Commissariat général du plan, La Documentation française, 1993, p. 137.

46. Jacques Chevallier, *Le Service public*, neuvième édition, Que sais-je? Presses universitaires de France, 2012, p. 41.

47. Un système (system) ou un programme est un ensemble d'activités ayant une série d'objectifs communs et un rapport annuel. Un système de santé fonctionne en réseau interconnecté en permanence (network) avec les usagers, les citoyens et les professionnels de santé. Des connaissances partagées sont produites en continu en prenant en compte les données scientifiques, les innovations, les données économiques, politiques, environnementales et celles des médias. Il va faire le meilleur

usage des ressources et améliorer la valeur. Il va promouvoir la formation du personnel, les enseignements et les recherches en santé publique. Un rapport sera réalisé tous les ans pour la population desservie, cité dans J.A. Muir Gray, « Quel système de santé dans 10 ans: réflexion stratégique prospective », communication orale, Paris, Reid Hall, 18 et 19 octobre 2011.

48. John Wennberg, "Time to tackle unwarranted variations in practice", *BMJ* 2011; 342, p. 687-690.

49. À partir du GHS « socialisable » par exemple, cité dans Didier Castiel, Pierre-Henri Bréchat, « Handicap social et hôpitaux publics: pour un GHS "socialisable" », *Presse Med* 2009; 38, p. 142-145.

50. Pierre-Henri Bréchat, Jacques Lebas, « Éléments pour un concept avec référentiel: le "centre de santé primaire polyvalent (CSPP)" », in Pierre-Henri Bréchat, Jacques Lebas (dir),

Innover contre les inégalités de santé, Presses de l'EHESP, 2012, p. 355-369; Évelyne Banas, Hélène Piquet, Pierre-Henri Bréchat, « Éléments médico-économiques pour un centre de santé primaire polyvalent (CSPP): étude pilote à la policlinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris », in Pierre-Henri Bréchat, Jacques Lebas (dir), *Innover contre les inégalités de santé*, op. cit., p. 371-376.

51. Proposé par la Conférence contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du Premier ministre, en lien avec la Conférence nationale des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), des 10 et 11 décembre 2012.

52. Article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP).

53. Article L. 4130-1 du CSP.

54. Article L. 6323-1 du CSP.

55. Article L. 6323-3 du CSP.

56. Article L. 6323-4 du CSP.

Pour l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé

intègre les autres dispositifs existants : des PASS généralistes ou spécialisées, cabinets médicaux et paramédicaux, centres d'examen de santé, dispensaires, centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) ou services communaux d'hygiène et de santé (SCHS).

Le centre de santé primaire polyvalent intègre également les réseaux (de soins, de santé, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer-MAIA, etc.) et les dispositifs (ASAC⁵⁷, SOPHIA⁵⁸, CAPI⁵⁹, ASALEE⁶⁰, les contrats santé solidarité et les paiements à la performance) de l'assurance maladie, ou encore les dispositifs des collectivités territoriales.

Le CSPP intègre les gestionnaires de cas (MAIA, SOPHIA, etc.) et les aidants familiaux. La coopération entre professionnels de santé y est développée ainsi que l'utilisation de recommandations de bonnes pratiques et de protocoles de fonctionnement.

Le CSPP favorise l'exercice libéral sous des statuts alternatifs au paiement à l'acte. Des postes partagés entre ces centres, l'hôpital ou les collectivités territoriales sont possibles. Il est un centre de services de santé et de services sociaux ouvert à tous. C'est un lieu de mixité sociale qui « refait société »⁶¹ et participe au renforcement de la cohésion nationale⁶².

C'est un service public souple pouvant être décroisé avec d'autres, afin d'expérimenter des formes de polyvalences. Ce centre de santé primaire polyvalent permet de prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé pour chaque patient et chaque population :

logement, éducation, travail, culture, etc. Il est un des constructeurs d'une politique de santé publique infraterritoriale, qui favorise l'égalité d'accès aux soins et à la santé, ainsi que la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général.

Il n'y a plus les étaux qui pesaient sur l'accès aux soins et à la santé des patients complexes.

Le rôle clé des ARS de deuxième génération

Le plan stratégique régional de santé de la loi HPST est enrichi d'un plan transversal de santé publique « égalité d'accès aux soins et à la santé, protection de la santé de la population et mise en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population ». Ce dernier intègre des articulations avec l'ensemble des déterminants de santé et un schéma régional de mise en œuvre en matière ambulatoire opposable. Les collectivités territoriales sont étroitement associées à ces travaux. Ceci afin d'optimiser la coordination des actions et financements visant à réduire les inégalités par le développement du service public pour le continuum et l'ensemble des déterminants de santé.

L'ARS de deuxième génération a les moyens de mettre en œuvre une politique de santé publique infrarégionale. Il n'y a plus de dichotomie entre l'État et l'assurance maladie⁶³. Une planification de la santé au maximum de ses

possibilités devient un outil de mise en œuvre stratégique de la politique de santé⁶⁴ et d'aide à la décision pluridisciplinaire. Elle vise, par concertation sociale entre acteurs de santé, professionnels de santé, représentants d'associations d'utilisateurs et populations concernées, à prévoir les ressources et services requis pour atteindre des objectifs déterminés, selon un ordre de priorité établi. Elle permet ainsi le choix d'une solution parmi plusieurs alternatives. Elle prend en compte le continuum et les déterminants de la santé avec l'assurance maladie et les collectivités territoriales. Objectifs : mettre en place et organiser un service public de santé qui réponde aux besoins de santé de la population du territoire infrarégional pertinent en santé publique. La démocratie sanitaire, la démocratie participative en santé et le parlement sanitaire sont développés. La satisfaction des usagers est régulièrement évaluée. Il y a davantage d'espaces d'initiatives, de conduite de projet et d'animation infrarégionale, car il faut accompagner les réformes complexes en cours. Le financement suit la santé publique.

L'ARS de deuxième génération réduit les déserts médicaux, innove pour intégrer les différents dispositifs et développe les réseaux sanitaires et sociaux pour davantage d'efficacité sociale et économique. Elle développe la prévention et la santé-environnement. Le contrôle et l'inspection sont augmentés pour réduire les gaspillages et les préjudices pour l'utilisateur. Cela, ajouté à l'optimisa-

57. Pour les usagers précaires, une équipe spécialisée peut proposer des aides financières aux personnes qui rencontrent des difficultés pour régler leurs dépenses de santé. C'est le service ASAC dédié à la lutte contre la précarité, mais il n'est pas mis en place partout. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-loiret/nos-services/des-aides-pour-lutter-contre-la-precarite/les-aides-financieres_loiret.php [consulté le 5 janvier 2011].

58. Service d'accompagnement dans le temps. SOPHIA permet à

des gestionnaires de cas de proposer des conseils adaptés à la situation de chaque personne diabétique prise en charge dans le cadre d'une ALD, afin de limiter les risques de complications liées à cette maladie. Disponible sur : <http://www.sophia-infoservice.fr/> [consulté le 25 novembre 2010].

59. Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/le-capi/qu-est-ce-que-le-capi.php> [consulté le 25 novembre 2010].

60. Action de santé libérale d'une équipe médecins/infirmiers pour l'amélioration de la qualité des soins, avec délégation de tâches en médecine générale et mise à disposition, dans des cabinets de groupe expérimentaux, d'une infirmière de santé publique. Disponible sur : <http://urpsmed-pc.fr/index.php/archives-urpsmed-pc/projet-asalee> [consulté le 5 janvier 2011].

61. Olivier Pascal-Moussellard, Pierre Rosanvallon, « L'idée fondatrice d'égalité est en passe de devenir une coquille vide. L'entre-

tien », *Télérama*, 3218, 14 septembre 2011, p. 20.

62. Haut Comité de la santé publique, *La Progression de la précarité*, op. cit., p. X.

63. Jean-Louis Vidana, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », *Revue de droit sanitaire et social* 2012 ; 2, p. 273-279.

64. Alain Lopez (dir.), « Méthode d'élaboration du PRS. Projet de document méthodologique du projet régional de santé », document de travail, École des hautes études en santé publique, Rennes, le

tion de l'organisation, augmente la valeur du système ainsi que la qualité et la sécurité des soins de santé, ce qui permet des économies.

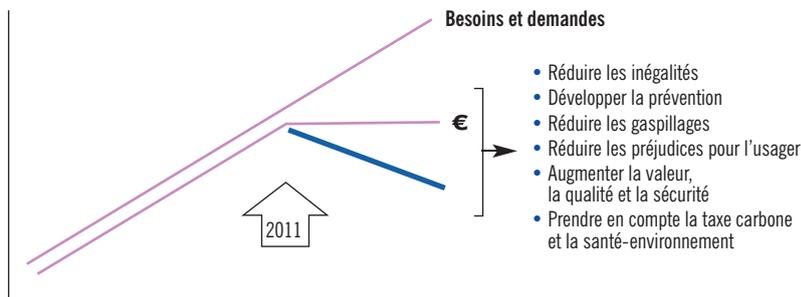
Une professionnalisation de haut niveau en santé publique

De hauts responsables en santé publique⁶⁵ sont nécessaires pour exercer le leadership indispensable à la gestion de l'augmentation des besoins de santé et des demandes des usagers dans un environnement de financements en stagnation ou en diminution, tout en réduisant les inégalités.

Une professionnalisation de haut niveau en santé publique favorise la prise de décisions pour l'ensemble de la population et partout sur le long terme ainsi qu'un niveau élevé de cohésion sociale. Elle encourage les initiatives de développement durable au sein des territoires de santé publique. Les hauts responsables de la santé publique d'un « *État interventionniste garant de la solidarité sociale [qui] se démarque profondément de l'État libéral classique* »⁶⁶ travaillent « *à la réalisation et au développement de la solidarité sociale, notamment en prenant en charge les activités d'intérêt général indispensables à la vie collective* »⁶⁷. Ils sont formés à la santé publique et à la médecine sociale, à l'hygiène publique et au solidarisme⁶⁸, ainsi qu'au droit de la santé. Ils ont des expériences professionnelles en santé publique et en recherche.

La première qualité d'un haut responsable en santé publique est une implication personnelle forte visant à réduire les inégalités de santé. Il témoigne d'une

>> Les enjeux des systèmes de santé au XXI^e siècle



Source : J.-A. M. GRAY. « La création de valeur dans le système de santé, réflexions de Sir Muir Gray pour le système de santé du XXI^e siècle », communication orale. Séminaire Prospective Santé 2020, Paris, 16 novembre 2011.

capacité à travailler en équipe interdisciplinaire afin de trouver des solutions à des problèmes complexes et obtenir des résultats. Il a une propension à l'innovation et à la recherche ainsi qu'à la lecture d'articles scientifiques, une capacité à la prise en compte globale et dans le temps, des compétences d'écoute et de négociation qui lui permettront de réagir de façon positive et constructive face aux mouvements d'opposition qu'il pourra être amené à rencontrer^{69,70}.

En plus du dispositif actuel, des enseignements, des formations, des recherches en santé publique et en planification de la santé sont développés au sein d'écoles régionales des hautes études en santé publique (ERHESP), ou d'écoles interrégionales des hautes études en santé publique (EIRHESP). Avec la mise en place du « pôle de compétitivité en santé publique », le territoire de santé publique et l'ARS de deuxième génération portent une ambition industrielle créatrice d'emplois dans les secteurs de l'innovation sociale

et environnementale, et participent à la compétitivité et à l'attractivité des territoires.

Des évolutions importantes du dispositif de soins et de santé actuel sont nécessaires pour parvenir à un système de santé public qui puisse être en capacité de garantir l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé. C'est avec la réduction des gaspillages⁷¹ et des préjudices pour l'usager, l'augmentation de la valeur et de la sécurité, ainsi que le développement de la prévention et de la santé-environnement, un enjeu majeur des systèmes de santé au XXI^e siècle, alors que les besoins et les demandes vont augmenter et les financements stagner, voire diminuer⁷². Un « Grenelle de la santé »^{73,74} paraît indispensable pour favoriser une prise de conscience et l'élaboration de propositions, à l'instar de l'évolution du dispositif actuel vers le système qui vient d'être esquissé. Suivront des décisions politiques et des efforts importants. ■

29 septembre 2009.

65. Didier Tabuteau, « Le PRES Sorbonne Paris Cité et le département des politiques de santé », communication orale. Journée de travail du département des politiques de santé, Paris, le 23 novembre 2011.

66. Jacques Chevallier, *Le Service public*, op. cit., p. 12.

67. Jacques Chevallier, *Le Service public*, op. cit., p. 22-23.

68. Gérard Jorland, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, éditions Gallimard, 2010.

69. John R. Kimberly, « Preparing leaders in public health for success in a flatter, more distributed and collaborative world », *Public Health Reviews* 2011 ; 33(1) p. 289-299. Cité par Antoine Flahault. Disponible sur : <http://blog.ehesp.fr> [consulté le 19 septembre 2011].

70. Disponible sur : <http://blog.ehesp.fr> [Consulté le 18 novembre 2011].

71. APM International. « Assurance maladie : deux tiers des Français pensent que la lutte contre la fraude permettrait de résorber le déficit (sondage) », le 10 avril 2012.

72. J.A. Muir Gray, *How To Build Healthcare Systems*, Oxford : Offox Press Ltd, 2011, p. 38.

73. Didier Tabuteau, « Quelle politique pour demain? », communication orale. Colloque « La santé pour tous : innover contre les inégalités de santé », Sciences-Po, Paris, le 28 mars 2012.

74. Le projet de loi de finances pour 2013 présenté au Conseil des ministres et à la Commission des finances de l'assemblée nationale fin 2012 prévoit la définition d'un cadre stratégique global et d'une nouvelle stratégie natio-

nale de santé, qui « fera l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des parties prenantes, notamment l'assurance maladie, les collectivités territoriales, les professionnels et les associations ». Cette stratégie nationale de santé « redonnera notamment des orientations fortes à la politique de santé publique, près de 10 ans après la loi de 2004, pour plus d'égalité devant la santé, plus de protection face aux risques, plus de démocratie, plus de cohérence et d'efficacité dans l'intervention publique ».

Pour l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé

Actualités

Système d'information

Sur le web

Précarités et inégalités

International

Réflexions hospitalières

Librairie

Offres d'emploi