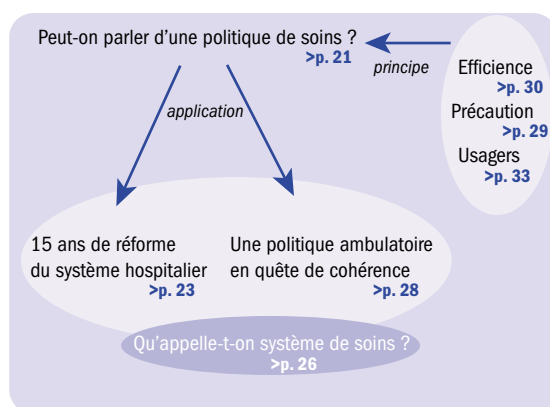


Politique de soins

La légitimation des décisions



Comment se définit une politique de soins ? Les décisions sont prises au nom de l'efficacité, du principe de précaution ou des attentes des usagers. Plusieurs réformes se sont succédé concernant l'hospitalier et l'ambulatoire, sans véritable lien entre ces deux secteurs.

Peut-on parler d'une politique de soins ?

Marc Brémont
Médecin, directeur
groupe Image-ENSP,
professeur associé
Université Lyon III

Si, dans le domaine des politiques publiques, celle de santé publique est en train d'acquiescer son droit de cité, c'est grâce aux différentes réformes engagées ces dernières années, qui renforcent le rôle et l'emprise de l'État sur ce secteur. Depuis le vote des objectifs nationaux des dépenses de l'assurance-maladie par le Parlement, jusqu'au développement ébauché des dispositifs de concertation démocratique et d'élaboration des priorités nationales et régionales, tous les niveaux possibles de conception et de mise en œuvre des politiques de santé publique paraissent aujourd'hui en voie de consolidation institutionnelle sur notre territoire.

Cette évolution résonne comme la fin d'une période où l'État, l'assurance-maladie et le corps médical pouvaient se poser comme les garants légitimes d'une santé publique fruit de la somme des « bonnes » pratiques individuelles de soins accessibles au plus grand nombre de cotisants. Tant que l'organisation efficace de la prise en charge de la santé de la population pouvait se jauger au travers de la croissance de l'appareil de production de soins, tant qu'il paraissait que la défense des intérêts des usagers cotisants au sein des caisses d'assurance-maladie suffisait à consolider le droit aux soins de tous, tant qu'il semblait que le seul con-

trôle *a priori* des compétences individuelles des professionnels de santé suffisait à garantir la qualité de la prise en charge du patient, la confusion entre système de soins et système de santé pouvait être judicieusement entretenue, ce qui dès lors permettait à l'action des pouvoirs publics, des caisses d'assurance-maladie et des professions de santé de se développer sans véritable remise en question.

Face à la survenue, ces dernières années, de grandes crises de santé publique, face au développement de connaissances nouvelles sur les déterminants des états de santé, face à la précarisation des conditions d'accès aux soins de certaines populations, face à la segmentation des champs de compétences et des rôles des professionnels et à la nécessité de coordination des intervenants pour assurer une activité de production complexe et, enfin, face à l'absence de mesure des conséquences en termes de santé de la croissance de la demande de soins et corrélativement des dépenses y afférant, s'est rouvert un fossé entre la question du soin et celle de la santé, qui a mis en difficulté la répartition institutionnelle, forgée dans l'immédiat après-guerre, des rôles des différents acteurs en charge de la régulation du « système de santé ». Cette situation a poussé l'État à reprendre en main la politique de santé nationale, c'est-à-dire la définition des objectifs à atteindre pour améliorer la situation sanitaire, fixer l'ordre des priorités et indiquer les principales voies à suivre pour y parvenir. Politique de soins et politique de santé ont symboliquement entamé leur



divorce le 15 novembre 1989, à la suite de la parution d'un article dans *Le Monde* intitulé « Non au ministère de la Maladie » signé par cinq experts*, tous médecins.

La « médicalisation » de la société, avec l'avènement d'une cléricature de la thérapeutique et la volatilisation de la maladie dans un milieu corrigé, organisé et sans cesse surveillé, constitue, depuis l'avènement des États modernes, les deux modèles extrêmes entre lesquels schématiquement s'organise le débat public sur les politiques de soins (de santé)**.

Si l'État a bien repris en main les rênes des politiques sanitaires (et plus particulièrement de sécurité sanitaire), c'est parce que la santé de la population apparaît aujourd'hui comme un bien public sur lequel on peut et doit tenter d'agir « du dessus », en structurant une veille, une organisation et une correction du milieu, au travers d'un appareil administratif dont la dynamique et la performance résultent de sa seule responsabilité.

Mais, dès lors, resurgissent deux questions :

- peut-on penser « du dessus » les finalités, l'organisation, la dynamique et la performance de l'offre de soins puisque le cadre d'interprétation des liens entre demande de soins individuelle et besoins de santé de la population s'est en quelque sorte à nouveau brouillé,
- et si oui, comment peuvent se concevoir les rôles des acteurs qui auront la responsabilité de faire vivre ce système ?

C'est en termes de justice sociale que l'on peut répondre positivement à la première question. Penser aujourd'hui une politique de soins, c'est concevoir que l'organisation de l'offre de soins doit permettre au citoyen-usager en tous points du territoire de se voir proposer une trajectoire de soins qui puisse répondre à son problème. Cela suppose un affichage et une lisibilité des caractéristiques d'une offre coordonnée de services, des modalités de prise en charge administrative adaptées, mais aussi des mécanismes de régulation qui poussent à la dynamique et à la consolidation de mises en réseau, voire d'entreprises coopératives de soins.

Mais force est de constater qu'aujourd'hui la régulation de l'offre de soins juxtapose, sans obligatoirement assurer une cohérence d'ensemble, deux conceptions assez différentes : d'un côté, une planification que le législateur a voulu, de plus en plus contraignante, que verrouille un système d'autorisation qui prédétermine largement le contenu de l'exercice. De l'autre, un système faisant appel à l'incitation, à la contractualisation, à l'appel à projets avec des financements à la clé, à l'émulation des opérateurs.

Autrement dit, il ne peut y avoir de politique de soins sans que s'élaborent de nouveaux modèles et outils pour permettre le développement d'une organisation de l'offre de soins coordonnée traversant les institu-

tions existantes et sans que soient mieux établies les marges de manœuvre dont disposent les « entrepreneurs du secteur » pour prendre le risque d'investir dans la construction de pratiques coopératives de soins (de santé).

Une des principales difficultés que connaît l'État aujourd'hui dans ses tentatives de renouveler la politique de soins est de savoir passer d'une logique de planification de l'offre en lits, places et équipements à une logique d'organisation des trajectoires de soins. Après avoir consolidé la région, au travers des ARH comme espaces de construction des politiques de soins, les pouvoirs publics ne peuvent inciter les professionnels qu'au travers d'injonctions assez paradoxales du type « mettez-vous en réseau, soyez dynamique, soyez innovant... » parce que la transition entre le modèle de planification et le modèle d'organisation en réseau n'est qu'à peine ébauchée et qu'on manque de connaissances sur la façon de mener ces reconfigurations de l'offre.

Penser la politique du soin aujourd'hui pour les pouvoirs publics, c'est favoriser la naissance dans chaque région d'une école qui permette aux entrepreneurs du soin d'échanger sur leurs expériences pour produire des connaissances, des modèles, des outils adaptés à la conduite de cette transition entre un modèle où l'analyse de la performance est centrée sur les institutions, à un modèle centré sur les trajectoires de soins. Tous les acteurs doivent remettre en question leurs savoirs face à cette nouvelle donne. Cela signifie de reconsidérer les mécanismes de financement entre les professionnels libéraux et les établissements impliqués dans la production de trajectoires de soins, de définir le champ de regroupement des trajectoires de soins (disciplines, etc.), de reprendre la question de la démographie et de la circulation des professions de santé à l'aune de ces nouveaux repères, de permettre la mise en œuvre d'un partage d'information entre les différents partenaires de la prise en charge.

Il reste à penser la façon dont les Urcam et les ARH pourront mettre en commun leur système d'information pour bâtir les bases des outils d'évaluation de ces réorganisations et investir, conjointement avec les entrepreneurs du soin, un champ d'analyse qu'on appelle l'organisation des trajectoires de patient*.

Pour faire évoluer notre système de soins, il faut faire une place à la rêverie, « à l'allégresse d'un jeune courage** ». La dynamique du milieu professionnel ne pourra indéfiniment se satisfaire d'une mise en conformité face à des normes de fonctionnement trop étroitement encadrées. Permettre aux acteurs du terrain de prendre un certain plaisir à réinventer l'avenir de l'organisation des soins, face à des situations qui les concernent, cela fait partie aussi d'une politique de soins. ■

* Les professeurs Dubois, Got, Gremy, Hirsch et Tubiana qui seront tous nommés au Haut Comité de la santé publique créé par décret du 3 décembre 1991.

** Nos amis québécois, au pragmatisme bien connu, parlent des soins de santé (sans parenthèses).

* Une expérience (Agora Data) est actuellement menée sur le district de Rennes qui réunit professions libérales, assurance-maladie, mutuelles, établissements de santé, et qui teste le partage de données sur la trajectoire des patients.

** Shelley, *Ode au vent d'ouest*. Chevrillon, 1901.