



Elaboration du
Schéma Régional des Formations Sanitaires et sociales
2012-2017

**RAPPORT D'ETUDE
PROSPECTIVE**

Evolution des besoins de santé de la
population et de leur prise en charge :
Quel impact sur les formations sanitaires et
sociales, les métiers et les emplois ?

Roland MICHEL

SOMMAIRE

Introduction – Pourquoi une démarche prospective ?	P.3
CH. 1 – Démarche de travail retenue	P.4
CH.2 – Santé et prise en charge médico-sociale : quels futurs possibles ?	P.8
1- Trois scénarii alternatifs	P.8
2- Une convergence d'opinions	P.10
CH.3 – Nature des questionnements en termes d'impact de chaque scénario sur les formations sanitaires et sociales et les débouchés professionnels.	P.14
En conclusion	P.20
Liste des personnalités, experts et professionnels auditionnés	P.24

INTRODUCTION

Pourquoi une étude prospective ?

Depuis la Loi de décentralisation de 2004, l'obligation est faite aux régions d'élaborer un schéma des formations sanitaires et sociales. Mais comment imaginer d'élaborer un schéma de ce type si nous n'anticipons pas les changements susceptibles de s'opérer dans les organisations sanitaires et sociales au cours des prochaines années et leurs conséquences en métiers, effectifs et compétences, concernant les professionnels dont nous aurons besoin demain ?

Malgré de nombreux rapports, aucun ne donne une vision prospective nette qui permette d'éclairer les régions, en termes qualitatif et quantitatif, sur les professionnels du sanitaire et du social qui doivent être formés pour demain. Face à la réduction de la démographie médicale, devons-nous par exemple former plus d'infirmières, alors qu'en Aquitaine, on en forme déjà deux fois plus qu'il n'en part à la retraite ? Quelles perspectives pour les métiers du social qui prennent de plein fouet les conséquences de la crise économique, à la fois pour les publics qu'ils sont amenés à suivre et les budgets permettant de les prendre en charge ? Dans quel sens faire évoluer les formations ? De quels masters aurons-nous besoin ? Comment répondre à l'exigence de compétences acquises par la pratique ?

Autant de questions, parmi d'autres, que Solange MENIVAL, Vice-présidente du Conseil Régional d'Aquitaine, en charge de la santé et des formations sanitaires et sociales, se posait et auxquelles elle souhaitait voir apporter un éclairage permettant d'orienter les axes stratégiques et les objectifs opérationnels du futur schéma Aquitain. Elle suivait à ce titre l'orientation initiale donnée au schéma par le Président Alain ROUSSET, Député, Président de la Région Aquitaine : « répondre aux défis de demain, en apportant aux Aquitains les orientations d'une politique de développement sanitaire et sociale prenant en compte les mutations, sociales, économiques, organisationnelles, technologiques et démographiques à venir ».

C'est ainsi que la réalisation d'une étude prospective s'est imposée. Inscrite dans le cahier des charge du marché d'accompagnement de l'élaboration du nouveau schéma, elle a été confiée à Roland MICHEL, Consultant, Expert en systèmes et politiques de santé, en parallèle avec les autres travaux d'élaboration du SRFSS 2012-2017 qu'il assure par ailleurs. La commande posée visait à éclairer la réflexion sur les orientations à donner au schéma régional, à partir de l'énoncé de différents scénarii d'évolution potentielle de l'organisation de soins et de l'action sociale, au cours des 10 à 15 prochaines années (Horizon 2020/2025), afin de pouvoir anticiper leur impact sur la formation aux métiers sanitaires et sociaux et les débouchés professionnels.

La démarche de travail liée à la réalisation de cette étude a été soumise à l'avis du comité de pilotage du schéma dès sa première réunion, le 23 mars 2012 et a fait l'objet d'un suivi régulier de son avancement jusqu'à ce jour. Ses premières conclusions ont été présentées à la deuxième réunion plénière du 22 juin, rassemblant 120 représentants des acteurs impliqués dans les formations sanitaires et sociales. Son avancement a de nouveau fait l'objet d'une communication le 17 octobre. Sa présentation finale a eu lieu le 12 décembre 2012, à l'occasion de la 4^e réunion plénière.

CHAPITRE I

Démarche de travail retenue

Au départ, de multiples questions se sont posées à nous sur la façon de conduire cette étude : ses dimensions, la façon d’appréhender son caractère prospectif, la manière de la conduire, ses modalités et ses délais de réalisation, ses modalités de restitution.

L’option retenue dans le cadrage des orientations du Schéma des Formations Sanitaires et Sociales 2012-2017 de la Région Aquitaine a été de conserver concomitamment les deux acceptions de la notion de Santé. Au sens de l’OMS¹, « c’est un état complet de bien-être physique, mental, social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ». Dans une acception plus ciblée, la santé recouvre des enjeux d’égalité d’accès aux soins et de santé publique au niveau collectif. Nous avons considéré logique et nécessaire de conserver cette approche dans la conduite de l’étude, en permettant ainsi d’appréhender largement les dimensions sanitaires et sociales liées aux conditions de vie, à la santé et à leurs interactions.

Au regard des éclairages que nous souhaitons apporter, de par le caractère centralisé des politiques mises en œuvre, tant en termes d’orientations que de financement, la pertinence de nous inscrire dans une appréhension nationale des problématiques de santé nous est apparue également comme incontournable. Concernant les formations sanitaires et sociales, le Conseil Régional qui a en charge la formalisation du schéma n’en est paradoxalement que le financeur. Ce sont l’Agence Régionale de Santé (ARS)², et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)³ qui jouent un rôle structurant dans son contenu, en application de la mise en œuvre déconcentrée de politiques nationales. Au plan départemental, seuls les Conseils Généraux interviennent dans le domaine social au titre de la Loi de décentralisation, en partage avec la DRJSCS.

La démarche de travail adoptée pour réaliser l’étude prospective repose sur le choix de trois grandes options :

1. D’abord d’être au clair sur la notion même de prospective. C’est à Gaston BERGER⁴, que l’on doit ce terme qu’il mettait en parallèle avec « Rétrospective », en considérant que la plupart des décisions étaient prises en référence au passé et non en projection de l’avenir. Bertrand de JOUVENEL⁵, crée en 1960 une revue de prospective qu’il dénomme « Futuribles »⁶, à partir de la contraction de « Futurs » et de « possibles ». L’idée est d’anticiper des futurs possibles, à partir

¹ Préambule de la constitution de l’OMS signé le 22 juillet 1946 à New York.

² Les ARS ont été mises en place dans le cadre de la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l’Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST). Elles ont été créées afin « d’assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins et d’accroître l’efficacité du système ». Elles assurent le suivi des formations sanitaires au plan régional.

³ Les DRJSCS ont notamment en charge, sous l’autorité du Préfet de Région, au titre des politiques sociales, la prévention et la lutte contre les exclusions, la protection des populations vulnérables, l’inclusion sociale des personnes handicapées, les actions sociales de la politique de la ville, la lutte contre les discriminations et la promotion de l’égalité des chances, la formation et la certification dans le domaine des professions sociales et de santé non médicales.

⁴ Philosophe et Administrateur Français (1896-1960)

⁵ Juriste, Politologue et Economiste Français (1903-1987),

⁶ En reprenant le néologisme créé par le Jésuite LUIS DE MOLINA, au 16e siècle.

de la formulation de scénarii alternatifs, construits en fonction d'une base de données et de la variation d'un ou de plusieurs grands paramètres. A ce titre, il s'agit donc d'une démarche stratégique, dont l'enjeu est d'identifier, le plus en amont possible, des risques et des opportunités dans le futur d'un ou de plusieurs domaines donnés et d'agir pour parvenir à les éviter ou au contraire pour parvenir à un futur choisi. A l'idée de prospective sont rattachés des notions « d'hommes vigies » et de « faits porteurs d'avenir » et du concept « Penser global, agir local ».

2. Ensuite opter pour une étude flash, réalisée sur une courte période, à partir de l'élaboration de trois scénarii alternatifs d'évolutions du système de santé, au regard des besoins de la population et d'hypothèses variables de niveaux de financement. Avec l'appui et la participation de Solange MENIVAL, Vice-Présidente en charge de la Santé et des Formations Sanitaires et Sociales, ces scénarii ont été soumis individuellement à 31 personnalités qualifiées au plan national et aquitain entre le 24 avril et le 7 juin 2012. Le choix de ces personnalités « hommes et femmes vigies » a été opéré de telle façon qu'il constitue un panel suffisamment représentatif, tant du point de vue des dimensions sanitaires et sociales, que des expertises et des responsabilités exercées, mais aussi des sensibilités politiques à l'égard du devenir du système de protection sociale⁷.
3. Enfin de retenir une approche favorisant au maximum l'expression de nos interlocuteurs. Au cours d'entretiens, d'une heure trente en moyenne, il a été demandé à chacun d'eux de réagir spontanément sur la présentation de ces scénarii en termes de degrés de pertinence, de probabilité de réalisation, d'émergence d'autres alternatives, d'enrichissement des contextes et de définition des politiques susceptibles d'être mises en œuvre. La garantie de confidentialité des propos, tenus par les uns et les autres, a favorisé une très libre expression, renforcée par une écoute sans débat des opinions exprimées.

La conduite d'une étude de cette nature implique l'existence de phases de validation en cours de route, voire d'inflexions en cas de nécessité. Nous avons été très rapidement confortés sur deux aspects majeurs. Le premier était lié à l'acceptation des prises de rendez-vous par nos différents interlocuteurs, dans les délais rapides de réalisation prévue. Aucun n'a fait défaut. Le second reposait sur le déroulement des entretiens et les données rassemblées à l'issue de chacun d'eux. Toutes les personnalités rencontrées se sont très facilement prêtées à l'exercice et nous avons été très vite impressionnés par la richesse et la complémentarité de leurs propos.

Une autre préoccupation majeure de notre part était de maintenir un lien fort avec l'objet initial de l'étude visant à éclairer les axes stratégiques et les objectifs opérationnels du futur Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales de la Région Aquitaine. A ce titre, la présentation de ses premières conclusions faite en comité de pilotage du 15 juin, puis au cours de la journée plénière du 22 juin a fait ressortir que les dimensions sociales et le rôle des acteurs sociaux n'étaient pas suffisamment évoqués et que des entretiens complémentaires devraient être conduits à ce titre.

Mais la richesse des données rassemblées a également commencé à faire apparaître les contours de ce que nous pouvions commencer à qualifier de « nouveau paradigme du système de santé » issus d'éléments de consensus entre nos différents interlocuteurs. Un point notamment a retenu notre attention l'évolution du mode de gouvernance. Nous avons en effet constaté une convergence d'opinions de nos interlocuteurs sur la nécessité d'aller dans le sens d'une plus grande implication des élus dans la conduite des politiques de santé dans les territoires, supposant de poser la question de l'organisation de la subsidiarité entre l'Etat et les collectivités territoriales et en tout premier lieu vis-à-vis des régions.

⁷ Cf. liste des personnalités rencontrées en fin de rapport

Il nous a semblé important d'en informer le Président ROUSSET, dès le 10 mai 2012 et c'est à la suite de cet entretien que nous avons été conduits, en juin et juillet 2012, à faire part de l'avancée de nos travaux à la commission « aménagement du territoire » et au bureau des Présidents de Régions de l'Association des Régions de France. Les conclusions de ces rencontres nous ont confortés dans l'intérêt d'envisager l'hypothèse d'une ouverture concernant la santé dans le futur acte 3 de la décentralisation, qui donnerait aux régions un rôle d'autorité organisatrice en matière d'accès aux soins.

Ce rapport est le reflet de l'ensemble de ces travaux. Nous nous sommes attachés à en valoriser la richesse, conscients bien sûr des imperfections et des manques de notre contribution sur un sujet aussi vaste. Ces derniers sont d'abord liés au nombre limité de journées⁸ dont nous disposons pour réaliser l'étude prospective, composante importante et originale dans l'élaboration du schéma, mais en aucun cas l'objet central de ce dernier. D'où le choix d'options spécifiques pour sa réalisation : recours à des scénarii contrastés, définis à priori, choix d'un panel d'interlocuteurs à même de les valider et de les enrichir, étude flash.

Le temps disponible excluait toute démarche plus lourde de problématisation et d'identification de variables de changement tendancielle, permettant de conduire à la définition de politiques alternatives applicables au plan régional. Elle aurait été de toute façon inappropriée, compte-tenu du contexte. Dans le cas présent, la démarche consistant à travailler sur la base de scénarii alternatifs contrastés s'est avérée la mieux adaptée. Les trois scénarii ont été retenus comme crédibles par tous nos interlocuteurs et les options qu'ils posent sont avant tout liées à des choix politiques, qui doivent s'opérer au plan national, concernant l'évolution de nos systèmes de santé et de protection sociale.

La deuxième et principale difficulté est ensuite liée à une conjonction d'incertitudes aux plans économique et social, mais aussi en termes de choix de gouvernance future. Nous sommes à la croisée des chemins d'une crise nationale, européenne et mondiale dont nous ignorons les évolutions, mais dont nous constatons jour après jour l'impact grandissant sur les conditions de travail, de vie et de santé de la population. Nous pouvons simplement dire aujourd'hui qu'il existe des tendances lourdes et des convictions partagées de personnalités qualifiées et d'experts concernant tant le plus souhaitable, que le plus redouté, en matière d'évolution de notre système de santé et de protection sociale.

Il serait donc totalement présomptueux de prétendre que des choix stratégiques puissent être opérés sur cette seule base, concernant les formations sanitaires et sociales en Aquitaine et leurs débouchés professionnels, tant du fait des incertitudes de contexte, que de la réalité actuelle du manque de marges de manœuvre régionales pour les services déconcentrés de l'Etat (ARS et DRJSCS) et le Conseil Régional. Le comité de pilotage du schéma devra donc s'attacher à réexaminer annuellement la façon dont ces deux dimensions évoluent, sachant que l'originalité même de la conception de la démarche d'élaboration et de mise en œuvre repose justement sur le fait de les prendre en compte.

Nous avons retenu l'option de présenter les conclusions de l'étude prospective en exposant dans un premier temps les trois scénarii ayant servi de base aux entretiens avec les experts et personnalités qualifiées, en synthétisant ensuite les réactions de ces derniers au regard de chaque scénario, puis de l'ensemble de ces derniers, tant nous sommes aujourd'hui, pour partie, dans les trois à la fois et qu'en même temps le fait d'envisager l'avenir à partir d'un des trois change totalement la perspective d'évolution.

Conformément au cahier des charges de l'étude et avec toutes les réserves énoncées précédemment, nous avons ensuite envisagé l'impact de chaque scénario sur les formations

⁸ 10 jours pour l'ensemble de l'étude.

sanitaires et sociales et les perspectives d'emploi, en développant et actualisant chacun d'eux par rapport au début de l'étude. Les tableaux d'analyse s'attachent à en évaluer les conséquences tendanciennes sur le contenu des formations elles-mêmes, le décroisement qui pourrait s'opérer entre les formations sanitaires et les professions sociales et les perspectives d'évolution des emplois, en fonction de la variation des marges de manœuvre régionales.

CHAPITRE II

Santé et prise en charge sociale et médico-sociale : Quels futurs possibles ?

1- Trois scénarii alternatifs

Trois scénarii de base ont été soumis à nos interlocuteurs : un scénario de continuité, un scénario de transformation et un scénario de rupture.

Un scénario « de continuité »

Ce scénario s'inscrit dans la continuité des orientations de la Loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Le Plan Régional de santé 2012-2016 est mis en œuvre par l'Agence Régionale de Santé (ARS), sur la base du système de financement actuel de l'Assurance Maladie (Paiement à l'acte des professionnels libéraux/Financement à l'activité pour les établissements de santé publiques et privés).

D'un point économique il se place dans une perspective de croissance des dépenses d'assurance maladie de 2,5% par an⁹. La volonté de maîtrise des dépenses est permanente et vise notamment à l'équilibre des comptes des Etablissements Publics de Santé. Le respect de l'ONDAM implique une très grande rigueur et passe par la poursuite d'une politique très stricte et régulatrice de la part de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et de l'Assurance Maladie.

Cette politique repose sur « quatre piliers : payer le bon coût au juste prix, viser à une meilleure efficacité des acteurs de santé, agir sur le comportement des professionnels de santé et des assurés sociaux, améliorer l'efficacité du système lui-même »¹⁰.

Un scénario « de transformation »

Ce scénario part de plusieurs constats : la montée des inégalités d'accès aux soins selon les territoires, liées à la diminution et à l'inégale répartition du nombre de médecins, la mauvaise adaptation de l'Hôpital à la prise en charge des maladies chroniques et la paupérisation d'une partie de la population.

La politique mise en œuvre s'inscrit dans une logique d'innovation, de Santé durable¹¹. Elle entend développer dans cette perspective des actions de prévention transectorielle, se déclinant notamment dans les domaines de l'industrie, de l'agroalimentaire, des transports et du logement¹². Elle vise par ailleurs à une réorganisation profonde des modes de prise en charge. Elle recentre les hôpitaux sur leur vocation de plateformes techniques de recours, avec un fort développement des activités

⁹ La croissance des dépenses du PLFSS est passée de 3% en 2010 à 2,8 % en 2011. La révision de l'hypothèse de croissance du PIB par le gouvernement Fillon pour 2012 de 1,75% à 1% a conduit à plafonner à 2,5% la croissance des dépenses de l'assurance Maladie jusqu'en 2017 (Elle était de 7,2% en 2002). Cela représente pour 2012 un budget de 171,2 milliards d'Euros. Le gouvernement Ayrault a retenu depuis le principe d'une augmentation de l'ONDAM de 0,7% pour 2013.

¹⁰ Dominique LIBAULT – Ancien Directeur de la Sécurité Sociale – Conférence Décision santé – 8/11/11

¹¹ Agissant sur le maintien en bonne santé de la population et la réduction des causes des maladies chroniques.

¹² Conformément aux recommandations de l'Assemblée Générale de l'ONU du 20 septembre 2011.

ambulatoires, d'hôpital de jour et de consultations. Elle améliore la répartition des tâches entre médecins et professionnels paramédicaux. Elle priorise le développement des soins primaires dans les territoires, confié aux Régions, dans une logique de subsidiarité et d'adaptation fine aux besoins des territoires, sur la base de contrats Région/Territoire. Elle renforce de façon très significative les actions de prévention et d'éducation à la santé.

Elle met en œuvre à ce titre un ensemble de dispositions nouvelles : la forfaitisation des soins pour les patients chroniques et la généralisation de leur suivi à domicile, le développement de structures de premier recours de proximité s'appuyant sur des équipes pluridisciplinaires salariées, la réorganisation de la gradation des soins recourant à la télémédecine¹³ et permettant d'éviter des déplacements inutiles de patients, entre autre vers les urgences, en apportant un appui adapté aux besoins des professionnels de terrain, en termes de diagnostic, d'expertise et de suivi des patients.

Sur la base d'une perspective de croissance des dépenses identique au scénario 1, elle suppose de dégager des financements spécifiques attribués aux régions pour développer les soins primaires¹⁴ dans les territoires.

Un scénario « de rupture »

Ce scénario s'inscrit dans une perspective de crise économique durable, fondée sur une stagnation de l'activité économique, voire d'une récession, qui ne permet plus, non seulement, de financer la croissance des dépenses de l'Assurance Maladie¹⁵, mais oblige à une profonde réforme du dispositif de protection sociale.

A ce titre, des dispositions drastiques se révèlent nécessaires, au-delà des baisses de remboursements de médicaments et de l'instauration de franchises engagées depuis 2004, comme par exemple « la limitation des entrées dans le régime des ALD, le désengagement du régime obligatoire de l'optique et du dentaire et des médicaments remboursés à 35% et la suppression de la prise en charge des indemnités journalières..... »¹⁶.

Par ailleurs la crise affecte profondément le fonctionnement des établissements de santé. De nombreux hôpitaux publics de toutes tailles connaissent des difficultés financières et ne sont plus en mesure d'accéder au crédit, ni pour leur financement, ni pour leurs investissements. Les plans de retour à l'équilibre se multiplient impliquant des gels de postes et un contrôle drastique des dépenses. Des restructurations s'opèrent sur la base d'une politique volontariste de mise en commun de moyens entre établissements et de fermeture d'activités et de sites.

La paupérisation de la population s'accélère. Les inégalités de santé augmentent profondément, du fait de prises en charge individuelles de plus en plus élevées, assurées dans le cadre de complémentaires/ santé.

¹³ Avis spécialisés, téléconsultation, télé radiologie, télésurveillance notamment.

¹⁴ En référence aux travaux de Barbara STARFIELD, portant notamment sur la définition des quatre piliers des soins primaires : Accessibilité, continuité, globalité, coordination.

¹⁵ Au début des auditions, en avril 2012, l'hypothèse de croissance du PIB, la plus couramment évoquée pour la France en 2012 était de 0,5%, puis de 1% en 2013. Le maintien d'une progression des dépenses d'Assurance Maladie de 2,5 % impliquait donc soit une augmentation des prélèvements, soit des arbitrages au détriment d'autres postes de dépenses. Actualisées en septembre 2012, les prévisions de croissance pour cette année varient entre 0,1 et 0,3 % et pour 2013 entre 0,3 et 0,8%. Rappelons que la Cour des comptes prévoit qu'en absence de réforme, la dette cumulée de la Sécurité Sociale atteindrait 130 milliards d'Euros en 2020 (C. BABUZIAUX – Président de la première chambre de la Cour des comptes – Université Paris Dauphine le 6-03-12 – Le Monde du 23-04-12)

¹⁶ Observatoire 2012 du financement de la santé – Cabinet JALMA

2- Une convergence d'opinions

2.1 – Une démarche prospective bienvenue

Les questions préalables qui se posaient à nous étaient naturellement de savoir si nos interlocuteurs reconnaissaient la pertinence de la méthode retenue et acceptaient le principe de réagir sur des scénarii et si le choix de ces derniers et leur description leur paraissaient suffisamment justifiés.

Sur le premier point l'assentiment que nous avons rencontré a été quasi unanime, sans que les limites subjectives de tout exercice prospectif, qui font que l'on se trouve partagé entre ce que l'on craint qu'il se passe et ce à quoi on aspire, soient considérées comme un obstacle. Ainsi que l'indiquait une des personnes rencontrées, c'est très utile d'aborder le futur du système de santé par des scénarii, car cela permet de fixer les hypothèses.

Quant au second point, aucun scénario n'a été considéré comme trop caricatural ou éludant une alternative majeure. Une seule observation nous a été faite sur l'absence d'une variable intégrant l'augmentation continue des moyens en fonction des besoins, toutes les autres considérant que les ressources n'étant pas illimitées, la maîtrise des dépenses était indispensable. Les avis ont été par contre beaucoup plus partagés sur les perspectives de croissance, entre ceux s'attendant à une reprise économique dans un délai plus ou moins proche et ceux considérant que nous sommes entrés désormais dans une période durable de faible croissance, voire que nous risquons de vivre des phases de stagnation, voire de récession.

2.2 – Une continuité qui obère l'avenir

Pour certains le scénario « de continuité » pose d'abord la question d'un choix politique qui entendrait maintenir, au nom même des contraintes économiques et sociales actuelles, le principe de la continuité budgétaire et d'organisation, dans une approche totalement centralisée, plaçant les ARS en position de super préfets, ne rendant plus compte qu'au ministre.

Mais l'avis quasi unanime est qu'on ne peut pas rester dans la logique d'un scénario au fil de l'eau dès lors qu'il ne permet pas d'améliorer l'efficacité du système. Le sentiment commun étant qu'au regard des grands indicateurs macroéconomiques, cela ne pourra pas durer et que, comme le font observer certains, la baisse de la démographie médicale et la contrainte économique ont de toute façon commencé à restructurer l'offre tant sanitaire que sociale.

Pour beaucoup le maintien de ce scénario ne pourrait donc conduire qu'à une pseudo continuité, créant les conditions de l'asphyxie, voire d'une catastrophe, en engendrant, par son maintien même, de profondes inégalités et la fin du système de protection sociale. Un reproche particulier étant fait aux Projets Régionaux de Santé qui devraient formaliser une stratégie et qui se traduisent en fait, dans la logique de la Loi HPST, par un partage budgétaire, sans remise en cause de l'existant, sous la pression d'élus, confrontés de plus en plus à des problèmes de prise en charge de la santé dans leurs territoires.

Il existe donc un fort assentiment qu'il faut se mettre en capacité de rompre avec les principes du passé, en considérant que personne ne croit que l'on peut continuer comme cela, y compris ceux qui sont partisans d'une continuité, notamment certains syndicats médicaux. L'avis largement exprimé est que tous les acteurs savent que cela doit évoluer de toute façon, en s'appuyant sur des constats partagés par la plupart des experts qui rendent inévitables les évolutions qui sont en germe dans la trame des deux autres scénarii.

2.3 – Une transformation à laquelle beaucoup aspirent

Le scénario « de transformation » a séduit la quasi-totalité de nos interlocuteurs, car considéré comme le plus à même d'apporter une réponse crédible aux défis de santé. Ses points forts, énoncés par les uns et par les autres, portent sur le fait qu'il :

- trace de façon pertinente un ensemble de constats et que les solutions qu'il envisage sont destinées à répondre à des difficultés qui existent, confrontés que nous sommes à 1800 milliards de dettes et à des facteurs endogènes et exogènes que nous ne parvenons pas jusqu'alors à maîtriser,
- pose trois questions stratégiques essentielles : celles de l'égalité d'accès aux soins, du regroupement des professionnels du sanitaire et du social dans le cadre de l'organisation des soins primaires et celle de l'évolution du rôle de l'hôpital public.
- préconise une nouvelle organisation de la santé sur un plan territorial et conduit à la remise en cause de l'organisation actuelle des modes de prise en charge,
- s'engage dans une logique de décroissance de la progression des dépenses, dès lors qu'il existe un sentiment partagé que l'on ne pourra pas tenir le rythme d'une évolution de plus de 2,5 % par an de l'ONDAM,
- rassemble un ensemble de réflexions permettant d'interpeller de nombreux domaines d'activités, d'engager un processus de transformation et d'appréhender la notion de santé durable, agissant sur les conditions et les modes de vie, en lien avec la possibilité de travailler sur une nouvelle approche de la croissance et d'apporter une réponse de proximité,
- peut clore une longue période de carence de l'Etat à définir une ligne politique claire et porteuse d'avenir en matière de santé et à faire preuve d'une capacité politique à produire de la régulation publique.

Mais beaucoup s'accordent sur le fait qu'il faudra du courage pour le mener à bien, dès lors qu'il :

- conduit à revenir sur le principe même de l'organisation de l'offre médicale,
- pose la question de savoir comment remettre l'hôpital dans sa véritable fonction de recours, en affichant comme postulat qu'il n'a pas lieu d'être le réceptacle de la déficience de la médecine libérale, en terme de diminution de la permanence des soins, ou de « désertification médicale »,
- interpelle le caractère trop centralisé de l'organisation des soins et envisage une implication nouvelle des collectivités territoriales et en tout premier lieu des Conseils Régionaux, en envisageant une régionalisation partielle, que certains considèrent comme incontournable, dès lors qu'une approche territoriale est indispensable
- et que son modèle économique reste à construire.

S'engager sur ce scénario implique donc pour les uns et les autres :

- de viser à une transformation globale et concomitante portant à la fois sur les soins primaires et sur les niveaux hospitalier et médico-social : changement des modes de prise en charge et de rémunération, un hôpital transformé, de nouveaux parcours de soins, de nouvelles pratiques professionnelles,
- de bâtir une stratégie sur une vision crédible d'un nouveau paradigme de santé,
- d'agir dans la durée, avec une mise en œuvre graduelle, à un horizon de dix ans,
- d'accompagner fortement sa mise en œuvre.

Beaucoup s'accordent à penser que cette démarche doit être conduite hors des échéances électorales, périodes durant lesquelles il n'existe pas les conditions propres à conduire une réforme de cette ampleur et certains que ce que nous ferons sera teinté de notre culture et de notre histoire, ce qui ne nous permettra pas forcément aboutir au système le plus optimal.

2.4 – La fin de notre modèle social : entre l’impensable et le possible

L’énoncé du scénario « de rupture » a suscité plusieurs types de réactions :

- Ceux qui l’excluent d’un point de vue idéologique, car cela voudrait dire que nous pourrions entrer dans une période où la société serait dans l’incapacité de prendre en charge les dépenses de santé. Dans ce cas, pour les plus opposés à l’énoncé même de cette hypothèse, ce serait également acter qu’avec la fin de la protection sociale nous acceptons collectivement la fin du lien social et d’une certaine façon la fin de l’Etat, dont la légitimité première est liée à l’ascenseur social qu’il crée à travers le système éducatif (aujourd’hui défaillant) et la protection sociale,
- Ceux qui le considèrent intellectuellement comme nécessaire à la réflexion, dès lors que la remise en cause du maintien même de notre système peut permettre de faire avancer les choses, en créant les conditions d’une prise de conscience,
- Ceux qui l’évaluent comme possible, voire probable et même, pour certains, difficilement évitable si une action politique très volontariste n’est pas engagée rapidement. Les raisons les plus couramment invoquées sont les suivantes :
 - La façon dont les évaluations financières sont actuellement réalisées peut masquer la réalité du danger,
 - La Cour des Comptes ne cesse de nous alerter sur la croissance du risque financier, avec la perspective d’atteindre un déficit de 130 milliards d’euros en 2020,
 - Concernant la CADES¹⁷, la question du remboursement des intérêts d’emprunts est très problématique,
 - Au-delà du risque économique qui pèse sur le système public de santé, il existe un risque au moins aussi grand sur le devenir du secteur privé, qui pourrait connaître, de façon brutale, un retrait des fonds de pension¹⁸.
 - Pour les plus pessimistes, la question qui pourrait se poser dans le scénario 3 est de savoir à quel rythme vont s’enchaîner les catastrophes, sachant qu’il existe de très forts risques de déflagrations en chaîne. Ce scénario acte également, pour ces derniers, que l’Etat a failli dans sa mission de garant de l’égalité. Il s’agit pour eux d’une crise systémique qui crée les conditions de la contrainte, du risque d’asphyxie et de la privatisation possible du système de santé, tout en considérant que c’est un domaine où la déflagration risque d’être la plus forte entre les contraintes budgétaires et la demande de protection sociale.
- Ceux qui estiment qu’une crise est nécessaire et qu’elle peut-être l’occasion d’une remise à plat réaliste des objectifs et de l’organisation de notre système de protection sociale, sur le modèle d’un grand nombre de pays, en Europe et dans le monde.
- Ceux qui considèrent enfin que le principe d’une rupture, décrit dans le scénario 3 et remettant en cause le système de protection sociale, est idéologique et répond à l’aspiration des assurances privées, mais et peut-être aussi de l’Assurance Maladie. Ils estiment qu’il s’agit donc fondamentalement d’un choix politique, reposant sur le fait de décider si l’on entend collectivement continuer ou non à apporter au système de protection social les ressources qui sont nécessaires à son financement.

2.5 - La croisée des chemins

Concernant la synthèse des scénarii, le sentiment commun est que l’on constate aujourd’hui de vraies continuités et de vraies ruptures. Nous nous trouvons un peu dans les trois scénarii à la fois et

¹⁷ Caisse d’Amortissement de la Dette Sociale.

¹⁸ PACA, Rhône-Alpes et Midi Pyrénées seraient très exposés à un retrait du privé.

la perspective d'évolution du système de santé s'inscrit dans chacun d'eux, sans qu'aucun n'en préfigure l'intégralité. Les interrogations portent sur le fait de savoir sur quoi agir et de quelles marges de manœuvre on dispose ? Après, les divergences apparaissent entre ceux qui pensent que la vraie question est de savoir comment arbitrer entre le scénario 1 « dit de continuité » et le scénario 2 « dit de transformation » et ceux qui considèrent que nous sommes entre le scénario 1 et le scénario 3 « dit de rupture » et que de rester dans le scénario 1, nous conduit inévitablement vers le scénario 3. En arrière fond se joue une divergence profonde de vision entre les tenants d'une reprise économique rapide et ceux qui sont convaincus que nous allons vivre une longue période de stagnation, voire de récession.

Pour les premiers nous ne sommes pas dans une situation de rupture et il faut naturellement éviter qu'on y parvienne. La maîtrise de l'évolution des dépenses est donc une nécessité, si nous voulons garder notre système de solidarité nationale. On ne soigne plus aujourd'hui comme on soignait il y a 25 ans et l'offre et l'organisation actuelle de notre système de santé doivent donc être adaptées dans le temps.

Pour les seconds, il n'y a plus de temps à perdre et il faut s'engager sans tarder et de façon vigoureuse dans une grande politique de transformation de notre système de santé, car nous sommes déjà entrés dans le scénario de rupture. Les perspectives économiques sont celles du scénario 3 et il faut trouver des marges de manœuvre pour mener à bien cette politique, alors qu'elles sont aujourd'hui très limitées. Il existe un enjeu majeur autour du développement des déserts médicaux et des inégalités de santé et c'est cela qui doit conduire à nous adapter dans des délais rapides, dans les perspectives décrites dans le scénario 2. Il faut donc repenser en profondeur notre système de santé et trouver un modèle économique qui permette d'aboutir à une réelle efficacité de ce dernier. Certains mettant en avant qu'il ne faut pas hésiter dans ce cas à prendre le meilleur du scénario de rupture.

CHAPITRE III

Nature des questionnements en termes d'impact de chaque scénario sur les formations sanitaires et sociales et les débouchés professionnels

SCENARIO 1 – « de continuité »

Développement et actualisation du scénario :

- La mise en œuvre de la politique de santé se poursuit dans le cadre de la Loi « portant réforme de la santé et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires » (HPST), du 21 juillet 2009.
- La capacité de financement de l'augmentation des dépenses d'assurance maladie demeure pérenne à la hauteur d'au moins 2,5 % par an.
- Les politiques sociales sont mises en œuvre par les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRJSCS) et par les Conseils Généraux dans le cadre des Lois de décentralisation,
- Les Agences Régionales de Santé (ARS) assurent un pilotage unifié de la santé, en application d'une politique nationale priorisant l'amélioration de l'efficacité du système et la maîtrise des dépenses.
- Au plan sanitaire, l'organisation demeure prioritairement centrée sur l'hôpital et vise à une rationalisation de l'offre de soins, notamment au travers de la création de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et de Groupements de Coopération sanitaire (GSC).
- Des initiatives se multiplient, au niveau des territoires affectés par une désertification médicale, pour mettre en place une offre de soins de premier recours de la part tant des collectivités locales (Maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles), que de l'Etat (Médecins territoriaux).
- L'objectif de maintien ou de retour à l'équilibre budgétaire conduit les hôpitaux à une maîtrise drastique des dépenses, dans le cadre du financement à l'activité (T2A) et d'un contexte fortement concurrentiel.
- Cette orientation, mise en œuvre depuis 2008, engendre une réduction des effectifs hospitaliers¹⁹, affectant principalement les personnels administratifs et techniques.
- Les effectifs soignants demeurent stables en moyenne, face à une demande croissante de soins, liée à la baisse de la démographie de médecins généralistes et de spécialistes libéraux.
- La pression sur les personnels et la dégradation des conditions de travail sont facteurs de volatilité des effectifs soignants et des difficultés de recrutement dans certains établissements.
- Un « pacte de confiance pour l'hôpital » en cours d'élaboration vise à apporter des garanties aux acteurs face aux changements mis en œuvre.
- Des initiatives nouvelles sont prises en faveur du développement du Dossier Médical Personnel (DMP), au regard du constat d'un manque d'évolution notable dans ce domaine.
- Les professions sanitaires, sociales et médico-sociales et médico-sociales demeurent très cloisonnées.

¹⁹ Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF) un départ sur quatre n'est pas remplacé.

<p>Impact sur les débouchés professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En quoi la raréfaction des ressources budgétaires peut-elle peser sur les débouchés professionnels, tant au niveau des professions paramédicales, que des travailleurs sociaux ? 	<p>Impact sur le contenu des formations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment renforcer le caractère professionnalisant des formations ? - Comment garantir les ressources nécessaires au développement des NTIC et des formations par simulation dans une perspective d'accentuation des contraintes budgétaires ?
<p>Impact sur le décloisonnement des professions sanitaires et sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans un système qui demeure structurellement très cloisonné, quelles actions peuvent être initiées favorisant une ouverture des formations entre professions paramédicales et travailleurs sociaux ? 	<p>Impact sur les possibilités d'expérimentation régionale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les marges de manœuvre réelles et les moyens d'expérimentation dont peuvent disposer les ARS dans une politique définie au plan national ? - Quelles synergies peuvent s'établir dans ces conditions avec les collectivités territoriales ?

SCENARIO 2 – « de transformation »

Développement et actualisation du scénario :

- Nous sommes confrontés aujourd'hui aux trois défis majeurs que constituent le développement exponentiel des maladies chroniques, le vieillissement de la population et l'augmentation croissante des inégalités d'accès aux soins.
- Dans la période économique difficile que traversent la France et l'Europe, ce scénario envisage la mise en œuvre d'une grande politique nationale de santé, intégrant les dimensions sanitaires et sociales, très transformatrice des organisations actuelles, qui permette à notre système de santé de s'adapter à ces nouveaux défis et d'être porteur de nouvelles approches et de nouvelles dynamiques, tout en préservant et confortant notre modèle de protection sociale.
- La politique mise en œuvre priorise l'engagement d'actions volontaristes sur deux grands axes stratégiques :
 - Elle vise d'abord à favoriser le déploiement rapide de structures de premier recours, au plus près des populations des territoires de proximité, ruraux comme urbains, permettant d'inscrire les personnes prises en charge dans des parcours de soins, mais aussi de prévention, fondé sur des relations et des coopérations nouvelles entre les professionnels de terrain et l'hôpital, s'appuyant sur la télémédecine.
 - Par le déploiement territorial de soins de premiers recours et de santé primaire, elle entend permettre progressivement aux hôpitaux de jouer pleinement leur rôle de plateaux techniques, dans une approche graduée des prises en charge et donc de coopération entre établissements, en leur permettant de se concentrer uniquement sur les urgences vraies et en les libérant d'hospitalisations inadaptées. Elle centre leurs missions sur l'organisation de l'accès aux consultations de spécialités dans les délais les plus courts, le développement des activités ambulatoires et d'hospitalisation de jour et l'appui aux professionnels de premier recours.
- Mais à moyen terme cette politique porte des ambitions plus transformatrices encore par l'intégration d'un continuum de prise en charge entre prévention primaire, gestion précoce de la maladie, gestion aiguë et réhabilitation, mais aussi d'implication de chacun dans son maintien en bonne santé ou dans le meilleur état de santé possible, en trouvant un équilibre entre planification et innovations de terrains.
- Elle implique le développement d'une approche intégrée et équilibrée entre les interventions de santé publique, des services de santé et des dispositifs locaux. Elle doit finalement aboutir à une démarche de santé durable agissant sur les causes de dégradation de la santé et organisant les parcours les plus efficaces pour y parvenir. Elle implique de passer d'une approche de gestion de la santé par le financement à une approche de la santé par la prestation, de façon à reconfigurer sa viabilité économique et la rendre durable.
- En pratique, le changement s'opère en pariant sur l'intelligence et l'autonomie des acteurs. L'Etat définit les axes et le cadre de référence d'une grande politique nationale de santé et permet l'émergence d'innovations organisationnelles en germe dans les territoires. Le changement par le local et les territoires s'inscrivent dans une stratégie régionale, rendue possible par des dispositifs nationaux et européens. A l'exemple du plus grand nombre des pays européens, le niveau régional est reconnu comme le mieux adapté pour coordonner l'accès aux soins et aux infrastructures de santé.

<p>Impact sur les débouchés professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel développement de l'emploi peut apporter la mise en œuvre d'une politique volontariste visant à déployer une offre de soins primaires renforcée dans les territoires ? - Quels besoins quantitatifs et qualitatifs de professionnels peuvent naître d'une augmentation significative de la prise en charge de patients chroniques à domicile ? - Quel impact sur les effectifs paramédicaux d'établissements hospitaliers recentrés sur leur rôle de plateau technique de recours ? 	<p>Impact sur le contenu des formations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles évolutions doivent être données aux contenus des formations pour rendre en compte le développement de fonctionnement en réseau pluri professionnels ? - Quels modules doivent être mis en œuvre prioritairement dans la perspective du développement de pratiques avancées ? - Quel impact dans les formations d'un changement de pratiques s'appuyant de plus en plus sur l'usage des NTIC et notamment de la télémédecine et de la télésanté ?
<p>Impact sur le décloisonnement des professions sanitaires et sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel degré de décloisonnement peut être opéré entre professions paramédicales et travailleurs sociaux, au service de la prise en charge de la population dans les territoires de proximité ? - Quels difficultés ou obstacles doivent être levés pour pouvoir y parvenir ? 	<p>Impact sur les possibilités d'expérimentation régionale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment mettre en commun les expérimentations locales, régionales et inter régionales en vue de favoriser les échanges de pratiques entre professionnels. - Comment les évaluer et en valoriser les résultats ?

SCENARIO 3 – « de rupture »

Développement et actualisation du scénario :

- Un rapport qui vient d'être publié par l'OCDE²⁰ fait apparaître qu'en 2010, face à la crise économique, les dépenses de santé par habitant en Europe ont connu pour la première fois un taux de progression négatif (-0,6 % du PIB). Cette rupture est constatée dans la quasi-totalité des pays européens, alors qu'entre 2000 et 2009 le taux de progression annuel se situait autour de 4,6%. Seulement 3% en moyenne des budgets de santé ont été affectés à financer des programmes de prévention et de santé publique. C'est la première chute constatée en Europe depuis 1975. Elle a été si brutale que le rapport met en garde quant aux conséquences possibles à long-terme pour la santé des populations. Si le nombre de médecins a par ailleurs progressé au cours des dernières années, le rapport entre généralistes et spécialistes s'est inversé à l'avantage de ces derniers, rendant plus difficile l'accès aux soins primaires pour les populations les plus fragiles.
- Durant la même période, concernant la France les dépenses de santé ont représenté 11,6 % du PIB²¹ et ont continué à augmenter de 0,8%²² par rapport à l'année précédente.
- Cette inversion de tendance dans les pays européens, qui apparaît comme un mouvement de fond, est au cœur de ce scénario. Son hypothèse centrale est que la France, confrontée à des perspectives de croissance très faibles en 2012 et 2013²³ et très incertaines au-delà, est prise à son tour dans un processus inévitable de réduction de ses dépenses de santé, ou du moins de ré articulation de la structure de la dépense, car elle ne pourra pas tenir le rythme de progression de l'ONDAM et devra rembourser sa dette sociale.
- Cette réduction s'opérerait à la fois par la poursuite de la rationalisation de l'offre de soins, conduisant à un quasi processus « d'industrialisation » des plateaux techniques, mais aussi par un glissement progressif, déjà largement engagé, aboutissant à ce que les soins courants de 80% de la population soient pris en charge, pour leur plus grande part, par les assurances complémentaires. Il en sera de même pour le reste à charge croissant des Allocations de Longue Durée, l'Assurance Maladie se recentrant essentiellement sur les pathologies les plus lourdes et les populations les plus fragiles.
- La proposition de Loi²⁴ visant à permettre aux mutuelles de mettre en œuvre des réseaux de soins avec des remboursements différenciés s'inscrit totalement dans cette logique et vise par ailleurs à leur faire jouer un rôle de régulateur entre l'offre et la demande de soins. Elle pourrait conduire à un modèle de type HMO²⁵ dans lequel l'assuré s'engage à respecter un parcours de soins, à partir d'une coordination opérée par un médecin référent rémunéré au forfait.

²⁰ « Panorama de la santé : Europe 2012 » - Rapport conjoint de l'OCDE et de la Commission Européenne portant sur 35 pays européens dont 27 membres de l'UE, publié le 16 novembre 2012.

²¹ La France est en deuxième position au niveau européen, à égalité avec l'Allemagne, précédée par les Pays-Bas (12% du PIB) sont le plus élevées en 2010, alors que la moyenne des pays européens se situe à 9% (contre 9,2% en 2009).

²² Et de 2,7% en Allemagne.

²³ De 0,4 à 0,8% du PIB.

²⁴ Proposition de Loi PPL 296 examinée en première lecture à l'Assemblée Nationale le 21-11-12

²⁵ HMO « Health Maintenance Organisation »

<p>Impact sur les débouchés professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles seraient les conséquences sur l'emploi d'une réduction massive des dépenses de protection sociales, recentrés sur les plus fragiles ou la prise en charge des pathologies les plus lourdes ? - Quel impact sur l'emploi du développement de parcours de santé géré par des mutuelles ou des assurances ? 	<p>Impact sur le contenu des formations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel impact aurait sur les formations une réduction massive des moyens de fonctionnement ?
<p>Impact sur le décloisonnement des professions sanitaires et sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles conséquences pourrait avoir le maintien, voir le renforcement du cloisonnement entre professions sanitaires et travailleurs sociaux, du fait d'une place prééminente des complémentaires santé dans la prise en charge de la population, engendrant un traitement majoritairement social pour les plus précaires et une prise en charge sanitaire de niveau gradué, en fonction de l'âge et du statut social des assurés ? 	<p>Impact sur les possibilités d'expérimentation régionale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles marges de manœuvre resterait-il dans un contexte de crise économique majeur et durable ?

En conclusion

Depuis son engagement en avril 2012, la période de réalisation de cette étude est particulière : changement de majorité à la tête de l'Etat, conscience accentuée de la crise économique et de ses effets, perspectives ouvertes par une nouvelle Loi de Santé Publique annoncée pour 2013, Acte 3 de la décentralisation en mars prochain. Tout reste donc ouvert et rien ne permet de conclure à ce jour, de façon certaine, vers quoi s'oriente en définitive notre système de santé.

Il existe toutefois des signes émergents de la période la plus récente, qui méritent d'être examinés avec attention et qui viennent corroborer les analyses et les perspectives issues de l'examen des trois scénarii alternatifs soumis à nos différents interlocuteurs.

Il convient à ce titre et en tout premier lieu de revenir sur le contenu du discours du Président de la République devant le Congrès de la Mutualité Française, le 20 octobre 2012, qui n'a sans doute pas été relayé autant qu'il aurait mérité de l'être, alors qu'il ébauche les grandes lignes d'une politique nationale de santé.

Sans prétendre à l'exhaustivité de ce qui a été dit ce jour-là par le chef de l'Etat, son discours est d'abord porteur d'un constat affirmé que « derrière les bons résultats apparents de notre système de santé se cachent de graves disparités sociales et territoriales. Si nos dépenses de santé sont parmi les plus élevées au monde²⁶, les niveaux de prise en charge assurés par l'Assurance Maladie régressent, interpellant l'organisation du système et marquant un recul de la solidarité. Le déremboursement est devenu un mode de régulation qui affecte les plus pauvres, les soins de ville ne sont plus remboursés en moyenne qu'à 55% et 15% de la population renonce à se soigner pour des raisons financières ».

Devant un tel état des lieux, il en appelle « à une politique de solidarité et de santé publique agissant sur les mécanismes de couverture de la dépense, mais aussi sur l'organisation même du système de santé ». Il définit comme première priorité l'accès de tous aux soins, en confortant l'assurance maladie obligatoire, tout en constatant la place prise par la couverture complémentaire maladie, dont il prévoit de généraliser l'accès à l'horizon 2017, face aux 4 millions de personnes qui en sont aujourd'hui exclues.

Il place comme seconde priorité la modernisation de notre organisation de santé s'appuyant sur une « stratégie sanitaire » articulant la place de la médecine de ville et de l'hôpital, « en permettant à ce dernier de jouer son rôle d'excellence pour les affections aiguës et les pathologies lourdes tout en évitant des hospitalisations non pertinentes » et en favorisant la structuration de la médecine de ville, notamment dans le cadre de maisons médicales pluridisciplinaires pouvant s'appuyer sur la généralisation d'un système de forfait.

Face à de nouvelles thérapeutiques et à de nouvelles pratiques qui bouleversent l'exercice médical et à la chronicisation des maladies, le Président de la République tire la conclusion « que la médecine de demain sera celle de la personne et non celle de la maladie », impliquant « une médecine de parcours tout au long de la vie » supposant de mettre fin au cloisonnement entre professionnels de santé.

Constatant le retard de la France en matière de prévention et d'éducation à la santé, il entend développer, au travers d'une nouvelle grande Loi de Santé Publique²⁷ une politique « prenant en compte les risques liés au travail, à la précarité, à l'environnement et à l'alimentation », luttant contre les addictions de toutes sortes, prenant en compte les fragilités psychologiques, prévenant les risques cardio-vasculaires et les cancers.

²⁶ Troisième pays au monde pour les dépenses de santé après les Etats Unis et les Pays Bas, représentant 12% de la richesse nationale et en registrant une progression annuelle de 6 milliards d'euros.

²⁷ La loi actuelle remonte à 2004.

Il affirme enfin que la « nouvelle politique de santé » doit reposer sur des valeurs de qualité, de solidarité et de responsabilité, plaçant les patients « en tant qu'acteurs de leur propre santé », ce qui suppose en tout premier lieu un système d'information de qualité, ouvert à tous les français, professionnels et patients.

Au moment d'écrire ces dernières lignes du rapport, s'ouvre la Conférence contre l'exclusion, annoncée en juillet dernier par le Chef de l'Etat et qui doit aboutir à un plan visant à endiguer la pauvreté. Le constat est particulièrement préoccupant, avec un taux de pauvreté qui a touché, en 2010, 8,6 millions de personnes vivant avec moins de 964 euros par mois, alors que les inégalités se sont encore creusées entre les 10% les plus riches et les plus pauvres. C'est avec 14,1 % le taux de pauvreté le plus élevé jamais atteint depuis 1997.

Selon le rapport annuel du gouvernement sur la pauvreté en France²⁸, pour la première fois depuis 2004 le niveau de vie médium a diminué. 400.000 personnes de plus sont tombées dans la pauvreté entre 2009 et 2010. 2,1 millions de personnes vivaient avec moins de 642 euros par mois en 2010. En 2011 la pauvreté concerne 10% des ménages, en termes de conditions de vie.

Un jeune sur cinq vit sous le seuil de pauvreté. Entre 2009 et 2010, deux nouveaux pauvres sur trois sont des enfants de moins de 18 ans, alors que 130.000 jeunes adultes sortent annuellement du système scolaire sans aucune qualification. En 2010 la pauvreté des moins de 18 ans a atteint 19,6 %, en hausse de 1,9% par rapport à 2009.

Comme l'indique le rapport « La pauvreté a changé de visage », touchant de plus en plus des familles nombreuses, des familles monoparentales et des personnes émigrées et s'est déplacée vers les zones urbaines sensibles. Les individus les plus modestes ne recourent pas suffisamment aux aides auxquelles ils ont droit, ce qui intensifie leur situation d'exclusion²⁹. Il en ressort le constat très lourd que « Les personnes pouvant théoriquement être rattrapées par la solidarité sortent du ciblage de dispositifs nationaux, trop souvent désincarnés pour assurer une prévention, une prise en charge et un accompagnement vers une autonomie efficace ».

Ainsi la France se trouve aujourd'hui confrontée à trois défis majeurs :

- « La massification d'une précarité qui touche désormais des ménages auparavant protégés ».
- « La reconnaissance du non recours comme un frein terrible à l'évolution des politiques de solidarité ».
- « De plus en plus d'enfants et de jeunes adultes qui ne connaissent que la pauvreté comme condition de vie et d'avenir ».

Si l'on considère qu'inégalités sociales et de santé vont de pair, il est également important de prendre en compte les conclusions du Projet AIR³⁰, dont il ressort cinq idées majeures, partant de l'expérience des Etats Européens, dans lesquels la prise en charge de la santé est très majoritairement régionalisée:

- Les soins primaires quand ils permettent une prise en charge coordonnée, intégrée, et ciblée sont un outil puissant de réduction des inégalités de santé,
- La proximité est un élément clé pour adapter les actions de santé,
- La multidisciplinarité (transectorialité) est la source de soins primaires performants et implique une action sur les déterminants de santé
- L'échelle régionale est pertinente pour mettre en œuvre une politique de soins primaires en complément d'un Etat qui reste investit sur les grands enjeux de santé (recherche cancer, sida...)
- L'investissement en matière de santé produit des retombées économiques, tant par la réduction des maladies chroniques (baisse des coûts de santé), l'amélioration de la productivité, qu'en terme de nouveaux marchés.

²⁸ Ministère des Affaires sociales et de la Santé / Ministère délégué chargé des Personnes Handicapées et de la Lutte contre l'exclusion – Décembre 2012.

²⁹ 68% des personnes éligibles au Revenu de Solidarité Active (RSA) n'en font pas la demande.

³⁰ «Addressing Interventions Inequalities in Région » - AIR – qui réunit 14 pays et 30 partenaires européens.

En cette fin d'année 2012, nous sommes à la croisée des chemins entre les trois scénarii alternatifs. Une nouvelle ligne politique se dessine, mais si le scénario « de continuité » semble effectivement remis en cause, nous sommes encore largement dedans, le scénario de transformation ne demeure qu'au stade de l'ébauche et le scénario de rupture continue à trouver des arguments dans la dégradation économique et sociale qui se prolonge et s'amplifie. Pouvons-nous en rester là, sachant que l'absence d'une prise d'option très claire et durable pourrait conduire à une dilution de fait de notre système de protection sociale, qui déjà voit se creuser devant lui des inégalités de plus en plus profondes ?

Nous ne pouvons donc qu'appeler de nos vœux la concrétisation des ambitions définies par le Chef de l'Etat, à partir de 2013. La France a besoin d'une grande politique nationale de santé. Il reste à savoir comment elle va être mise en œuvre ? Quelle gouvernance ? Quelle implication des élus ? Des principes de subsidiarité seront-ils adoptés ? Quels seront les leviers permettant de favoriser l'innovation organisationnelle et le décloisonnement des acteurs de santé qui apparaît si nécessaire ? Ce décloisonnement peut-il également s'opérer entre professionnels de santé et travailleurs sociaux, à un moment où les inégalités de santé croissent avec la montée des inégalités sociales et territoriales ?

Cette série de questions ouvertes conduit à en poser une autre plus globale quant à la place de la santé dans le futur acte III de la décentralisation ? Les innovations organisationnelles ne seront rendues possibles que grâce aux innovations technologiques. A ce titre, tant en termes de NTIC³¹, que de transports et plus globalement d'aménagement des territoires, l'implication des régions peut jouer un rôle déterminant dans la transformation du système de soins et de santé depuis la recherche jusqu'au développement local, en passant par la formation et le développement économique.

Les Conseils Régionaux sont les seuls à pouvoir mobiliser des fonds FEDER³² sur lesquels pourrait s'appuyer un « Plan Régional de Santé Primaire », coordonné entre toutes les collectivités et l'ARS, visant à rendre équitable l'accès aux infrastructures de santé dans les territoires et qui permettrait notamment de :

- Renforcer la couverture numérique et la fibre optique pour développer les soins primaires et les pratiques pluri professionnelles en MSP, centres de santé ou réseaux, avec des parcours de soins ou de santé,
- Attirer de nouveaux professionnels grâce à l'e-santé et la télémédecine afin de rendre attractif les territoires auprès des professionnels, en leur permettant de bénéficier ainsi, à distance, des appuis techniques et humains qui leur sont nécessaires,
- Fluidifier le parcours de l'information et les échanges, limiter les transports, renforcer la téléconsultation, la télésurveillance et la télé-expertise (efficacité sanitaire et efficience augmentées dans les autres pays d'Europe),
- Impulser la création de nouveaux métiers et formations sanitaires et sociales, qui correspondent aux besoins de ces nouvelles organisations,
- Coordonner le schéma régional des services à la population avec les autres collectivités, transformé grâce aux nouvelles technologies et aux nouveaux métiers.

Et complémentairement de mettre en place une politique de prévention primaire ou de santé durable:

- Le vieillissement actif en bonne santé, articulé avec les départements, (Sport, alimentation, équipements préventifs.... par appels à projets),
- La prévention environnementale,

³¹ Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

³² Fonds Européens de Développement Régional

- La prévention des maladies chroniques, dans les politiques industrielles et agroalimentaires transectorielles,
- La politique de R&D Santé.

A l'image de la transition énergétique, une transition du système de santé se dessine, répondant à l'extrême nécessité d'adopter une vision intégrée et proactive de la santé, prenant en compte la personne dans son intégralité et dans l'ensemble des dimensions globales de son environnement. Elle est porteuse de grands espoirs, dont le tout premier est de considérer la santé non comme un coût mais comme un investissement durable, facteur déterminant de la qualité de notre vie en société, mais aussi de développement économique. Comme toutes les transitions, bien des obstacles se dressent sur sa route et elle sera naturellement difficile à conduire. Il est donc indispensable que nous gardions perpétuellement en mémoire que de notre capacité à passer le cap de cette transition dépend non seulement la santé des Français, mais aussi le maintien de notre modèle de cohésion sociale.

Liste des personnalités, experts et professionnels auditionnés

« Etude Prospective » du 24 Avril au 7 Juin 2012

ANZIANI Alain, Sénateur de la Gironde, Questeur du Sénat,
BALLIGAND Jean Pierre, Député de l'Aisne, Président de l'Institut de la Décentralisation.
BANNEUX Patrick, Conseiller technique auprès de Daniel PERCHERON, Président de la Région Nord Pas de CALAIS,
CAMANI Pierre, Sénateur, Président du Conseil Général du Lot et Garonne
CANIARD Etienne, Président de la Mutualité Française
CAVALIER Monique, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne,
CHABOT Jean Michel, Conseiller médical auprès du Président et du Directeur Général de la Haute Autorité de Santé,
CHAMBAUD Laurent, Directeur de l'Offre de soins, ARS Ile de France,
CHARPAK Yves, Directeur de la prospective et de l'Etablissement Français du Sang, ancien conseiller de l'OMS,
COHEN-SOLAL Jean Martin, Directeur Général de la Mutualité Française,
DALLAY Dominique, Président de la CME du CHU de Bordeaux, Chef de Pôle Obstétrique,
DAUDIGNY Yves, Sénateur, Rapporteur Général des Affaires Sociales, Président du Conseil Général de l'Aisne,
EMMANUELLI Xavier, Président du Haut Comité du suivi de la mise en place du Droit au Logement Opposable (DALO),
EVIN Claude, Directeur Général de l'ARS Ile de France, ancien Ministre de la Santé,
FESTA Carole, Directrice du Groupe Public de Santé Parray Vaucluse, (psychiatrie parisienne)
GAUTHIER Christophe, Directeur du Centre Hospitalier de Pau, Président du Syndicat des managers publics de Santé (SMPS),
LEFEBVRE Hélène, Vice-Doyenne de l'Université des Sciences Infirmières de Montréal,
LE PEN Claude, Economiste, Professeur à l'Université Paris dauphine, Président du Collège des Economistes de la Santé,
LIBAULT Dominique, Conseiller d'Etat, Président du Comité National du Parcours de Soins des Personnes Agées.
HUBERT Elisabeth, Présidente de la Fédération Nationale de l'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancienne Ministre de la Santé,
KLEIN Nicole, Préfète, Directeur Général ARS Aquitaine,
MAESTRACCI Nicole, Magistrat, Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS),
ROUSSET Alain, Député, Président de la Région Aquitaine et de l'Association des Régions de France.
SALAMON Roger, Président du Haut Conseil de Santé Publique
SALMI Marie Thérèse, Coordonnatrice Maison Départementale de la Gironde,
SALMI Rachid, Directeur de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de l'Université de Bordeaux 2 -Victor Ségalen
SIMON Pierre, Ancien Conseiller Général des Hôpitaux, Président de l'Association Nationale de Télémedecine.

SOUCHON René, Président de la Région Auvergne et de la Commission Aménagement du Territoire de l'ARF, ancien Ministre de l'Agriculture,
SULYEMAN Pascale, Conseillère Pédagogique ARS Aquitaine,
TABUTEAU Didier, Conseiller d'Etat, Professeur de l'Université Paris-Descartes, co-directeur Institut Droit et Santé, et professeur à Sciences Po Paris,
TUNON de LARA Manuel, Président de l'Université de Bordeaux 2 Victor Ségalen.

Auditions techniques complémentaires du 21 Août au 25 Septembre 2012

BENGOA Rafael, Ministre de la Santé d'Euskadi, médecin expert en santé publique,
Ancien directeur des systèmes de santé à L'OMS.
DE KERVASDOUE Jean, économiste de la santé français, titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du conservatoire national des arts et métiers (CNAM) et membre de l'Académie des technologies.
ROMATET Jean-Jacques, Directeur Général du CHU de Toulouse.

Direction Régionale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale d'Aquitaine :

ROUSSEL Frédéric, Directeur Régional Adjoint,
ABIVEN Bernard, Chef de la mission Régionale d'Inspection et de Contrôle,
GILLON Line, Conseillère technique régionale en travail social,

Instituts de formations en travail social, aquitains :

KLEIN Albert, Directeur de l'IRTS de Talence,
TULEU Fabien, Directeur de l'ITS de Pau,
LATAPYE Christine, Directrice de l'ADES de Marmande
LAVANDIER Gaétan, Directeur de l'ITS de Bergerac

Un grand merci également à la promotion 2011-2012 d'Hôpital Plus de l'EHESP qui s'est prêtée durant une matinée à un exercice de prospective sur les « Futurs du système de santé » à partir des trois scénarii alternatifs ayant servi de base à cette étude .