

Un demi-siècle de politique de santé

*Les bonnes intentions à
l'épreuve du temps*

Préambule

Succinct

Je ne les ai pas oubliés

EGS 218-219

L'évaluation des politiques publiques

- Même quand elles se contentent d'interdire (elles supposent que l'interdiction sera respectée ...), les lois sont des théories (souvent frustrées) du changement social :
- Peur de la mort
- Peur du gendarme
- Du b.a.-ba de l'économie à une conception planificatrice de l'état, tout peut s'évaluer à l'aune du projet politique

Quel « système » de santé ?

- ❑ Comment le définir, le « comprendre » ?
- ❑ Comment le faire évoluer alors que, comme tous les systèmes sociaux, il est surdéterminé : de très nombreuses causes et un effet.
- ❑ Est-il possible de se dégager des conditions initiales ?
- ❑ Y-a-t-il autre chose que la démographie médicale et les dépassements d'honoraires ?

Comprendre pour tenter d'agir

- Une foi en la raison et en la méthode scientifique
- Mais un optimisme tempéré par la force des croyances et des institutions qui les portent : la raison ne suffit pas pour convaincre.
- Je pense toutefois qu'elle est nécessaire même si la modestie s'impose : notre génération qui voulait changer la vie – elle s'est allongée – a surtout changé la mort !

Un tableau dessiné touche par touche
et ...
une demi-heure consacrée à la toile
de fond

L'aide de la science politique

Idées

Institutions

Intérêts

Plan

- L'héritage
- Le contexte mondial
- Le contexte national
- Cinquante ans de politique de santé
- Et alors !

L'héritage

1925 – 1930 – Années clés

- La sécurité sociale en Allemagne, comme en France, a été créée par la droite ou le centre-droit (Bismarck et Raymond Poincaré)
- En 1883, Bismarck le fait pour lutter contre ... les socialistes.
- En 1928, *La vie ouvrière*, l'organe de la CGT, déclare : « *A bas la loi fasciste des assurances sociales* » !
- 1925 – 1930 la France parle à ses médecins et tout se joue à cette époque {Les principes de la médecine dite « libérale », le rôle du syndicalisme médical, le débat entre secteur à tarif opposable (secteur 1) et à tarif de « prestation » (secteur 2) ...}
- L'antagonisme médecin-assurance maladie apparaît
- 1930- 2013 : La même pièce se donne toujours, mais cela devient tragique car le décor, avec la médecine, a changé

L'hôpital se transforme

- ❑ Il s'ouvre en 1941 à ceux qui sont ni « indigents », ni accidentés du travail
- ❑ D'où la très particulière importance, en France, des établissements privés en France et la volonté des syndicats en 1945 de permettre à leurs adhérents d'être admis dans ces établissements
- ❑ 1956 – 1958 : du colloque de Caen à la réforme Debré

1945 – La sécurité sociale apparaît *mais certaines professions la refusent*

Un universalisme qui fut limité par le corporatisme

Le long rattrapage de cette erreur

La notion de « travail »

La notion de « salaire différé »

L'encéphalogramme plat de la démocratie sociale

L'importance de la loi CMU

2013

Le contexte mondial

Un facteur universel d'évolution

La croissance exponentielle des savoirs et des techniques

- ❑ Plus de 55 000 nouveaux articles médicaux dans des revues à comité de lecture chaque mois, un stock de 7 millions !
- ❑ Environ 4 000 principes actifs, 7600 actes à la CCAM, 1 000 actes de biologie...
- ❑ De nouvelles technologies matérielles et immatérielles
- ❑ Des référentiels, « guidelines » et autres procédures
- ❑ 42 familles de règlements sur la seule sécurité à l'hôpital

Une double division du travail

- ❑ Les facultés de médecine reconnaissent 57 « spécialités » ; de fait, il y en a plus d'une centaine (220 aux Etats-Unis) !
- ❑ La DGOS classe 185 « métiers » à l'hôpital
- ❑ Une matrice avec plus de 20 000 cases représentant des acteurs qu'il faudrait coordonner
- ❑ Qui se complique encore quand on rajoute le secteur social
- ❑ D'où, notamment, l'importance des systèmes d'information mais aussi et surtout des réseaux de prise en charge

Questions en attente de réponses

- ❑ Comment peut-on tout prescrire alors que l'on ne peut plus tout connaître ?
- ❑ Toutes les fonctions de la médecine sont-elles techniques ?
- ❑ Qui coordonne la prise en charge ?
- ❑ Comment empêcher que les patients ne se perdent dans le maquis des spécialités ?
- ❑ Pourquoi tous les réseaux informels seraient-ils de « bons » réseaux ?
- ❑

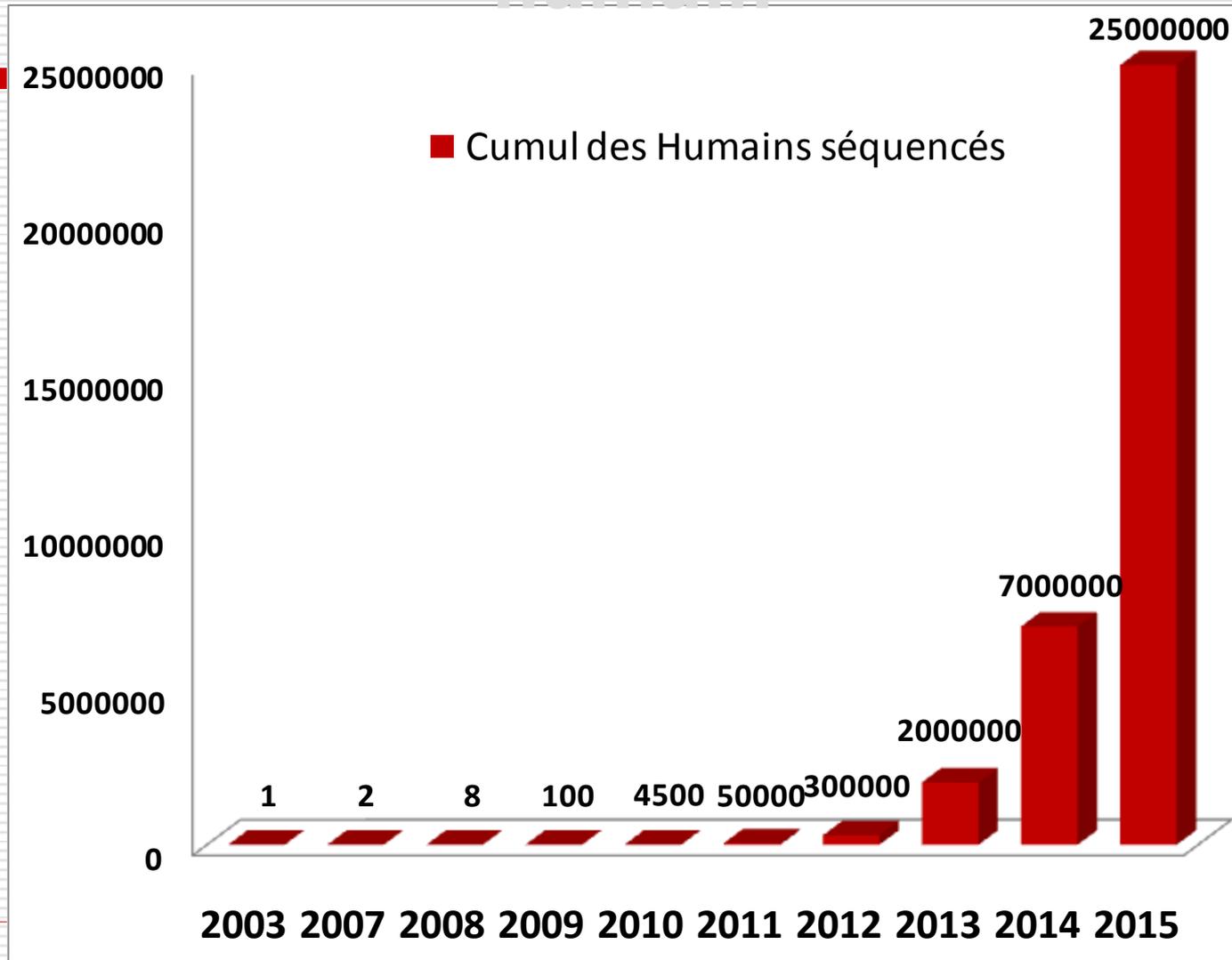
Une médecine mondialisée

- ❑ La France représente entre 4 et 5% de l'industrie et de la recherche mondiale dans le domaine de la santé
- ❑ Elle joue encore un rôle dans ces domaines, ce qui n'est plus le cas de nombreux autres pays
- ❑ Mais des retards : cellules souches, génomiques, OGM
- ❑ Une grande entreprise pharmaceutique et très peu d'entreprises dans le secteur de l'appareillage et du diagnostic

Une révolution annoncée

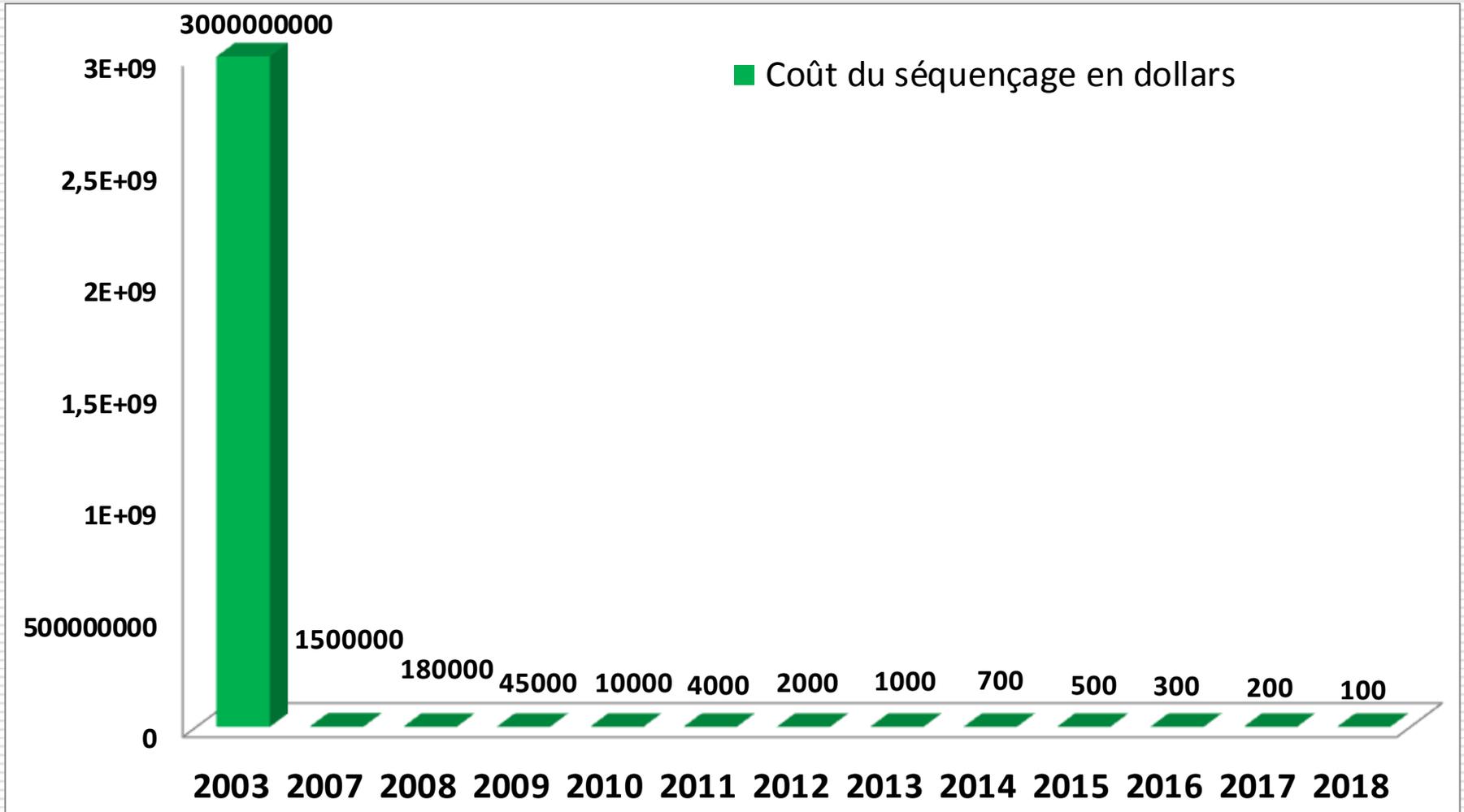
- ❑ Qui arrive avec retard (les biotechnologies), mais démontre déjà ses bénéfices (OGM)
- ❑ Une autre révolution se dessine, elle sera d'une importance dévastatrice
- ❑ Informatique, génomique, neurosciences, nanotechnologies et médecine personnalisée
- ❑ Le génome à 100€, les manipulations génétiques et la croissance de l'espérance de vie

Volume cumulé du séquençage intégral humain



Leçon finale - 5 de R - Juin 2015

Coût du séquençage intégral



Une transformation des valeurs

La médecine sans le corps

- ❑ **Plus la médecine repose sur la technique, plus le sujet est une fiction. La médecine supporte de plus en plus mal la personne**
- ❑ **Tout ce qui n'est pas médicalisé est exclu**
- ❑ **Le corps est envahi par la médecine, chaque personne devient une usine à clignotants**
- ❑ **Le patient s'approprie le discours médical (poids, tension, cholestérol), avec le soutien de l'industrie pharmaceutique (- moins d'un tiers des prescriptions en matière de cholestérol sont justifiées): la médicalisation est aussi une « marchandisation »**
- ❑ **La grossesse devient étrangère à la mère (génétique, échographie...)**
- ❑ **La réparation sans fin, financée par la société à laquelle est transférée une responsabilité individuelle**
- ❑ **Des peurs contemporaines onéreuses et, le plus souvent, infondées....**

Contexte national

Politique

- ❑ L'état ce n'est pas moi
- ❑ Une tolérance pour la dette
- ❑ Une alternance politique faite de différences rhétoriques plus que substantielles
- ❑ Un discours lénifiant et décalé (« Le patient au centre du système », « on répond aux *besoins* de la population », on « gère » les hôpitaux)

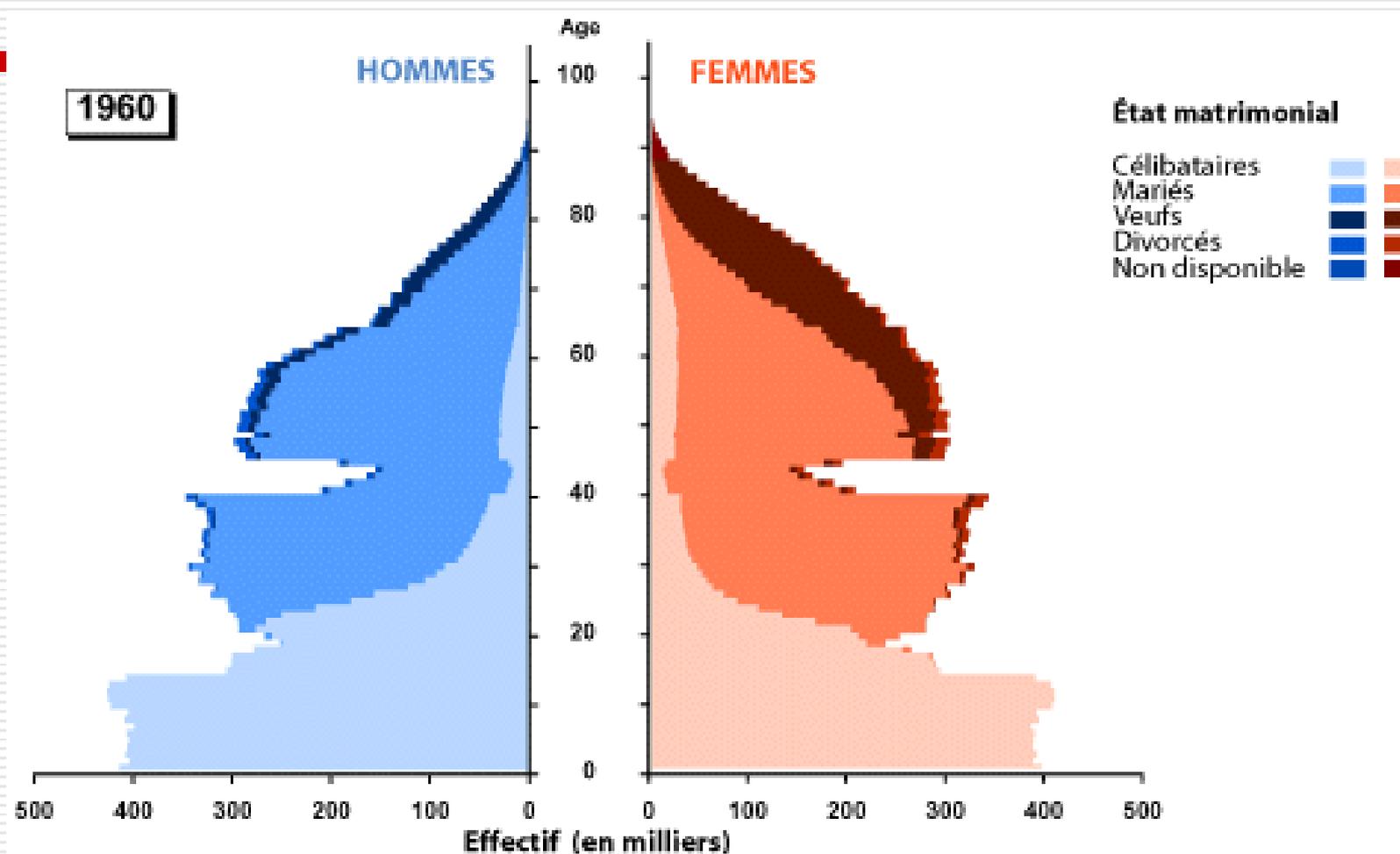
Religieux

- ❑ La fin des cornettes
- ❑ L'arrivée du voile
- ❑ La souffrance devient indicible
- ❑ Et les maladies sans traitement, impensables !
- ❑ Une mort cachée
- ❑ Vivre à tout prix en ... prenant des précautions ?

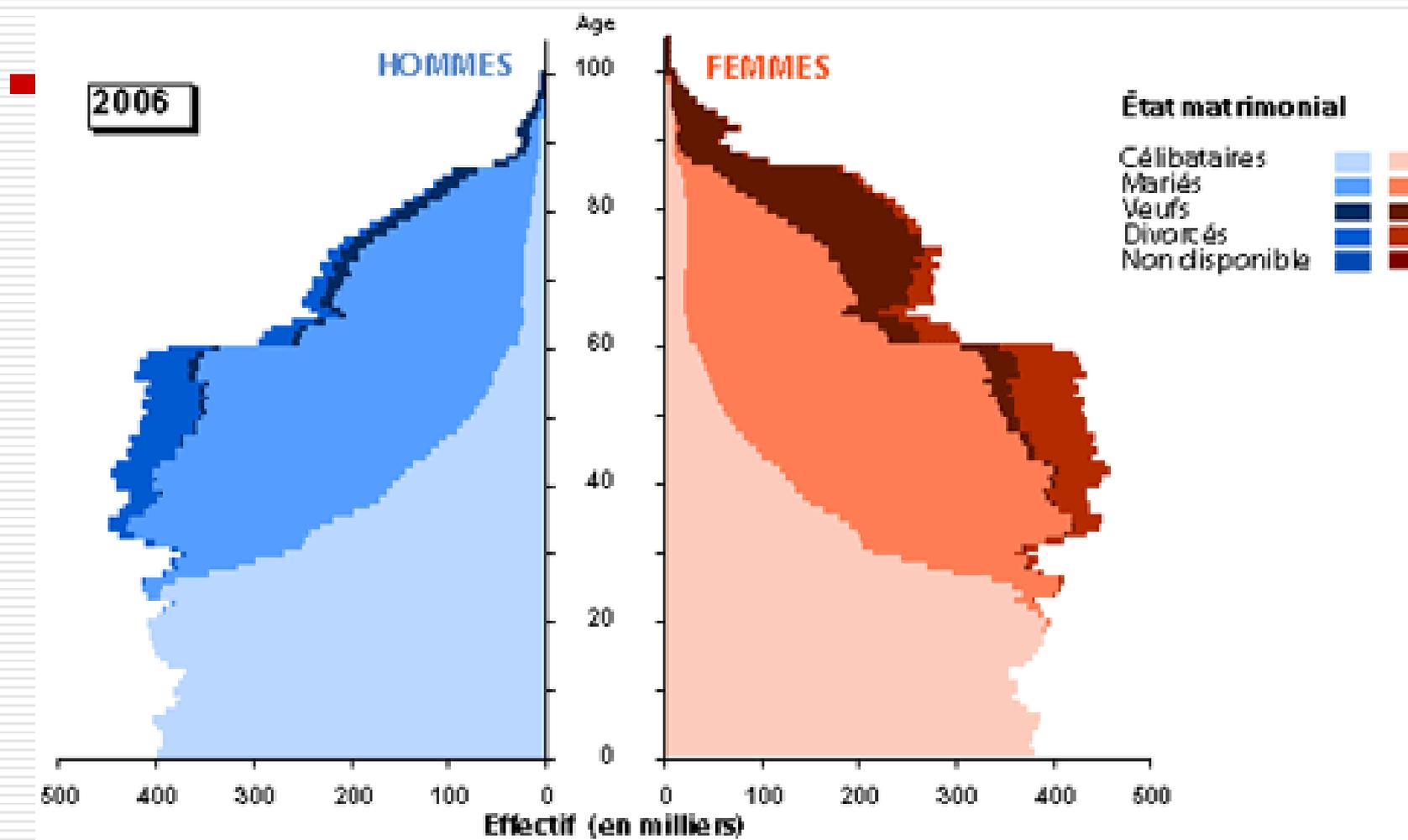
Démographique

- ❑ Le rôle de la génération du baby-boom
- ❑ La croissance de l'espérance de vie, sauf les années où l'on tente d'appliquer le principe de précaution...
- ❑ Avec ou sans handicap ???
- ❑ La baisse de la mortalité périnatale
- ❑ Un solde annuel positif d'environ 300000 personnes
- ❑ Stabilisation de la dépendance
- ❑ Faible rôle du vieillissement sur la croissance des dépenses de soins
- ❑ Des jeunes générations de plus en plus hypochondriaques (l'effet « générations »)

Pyramide des âges en France en 1960

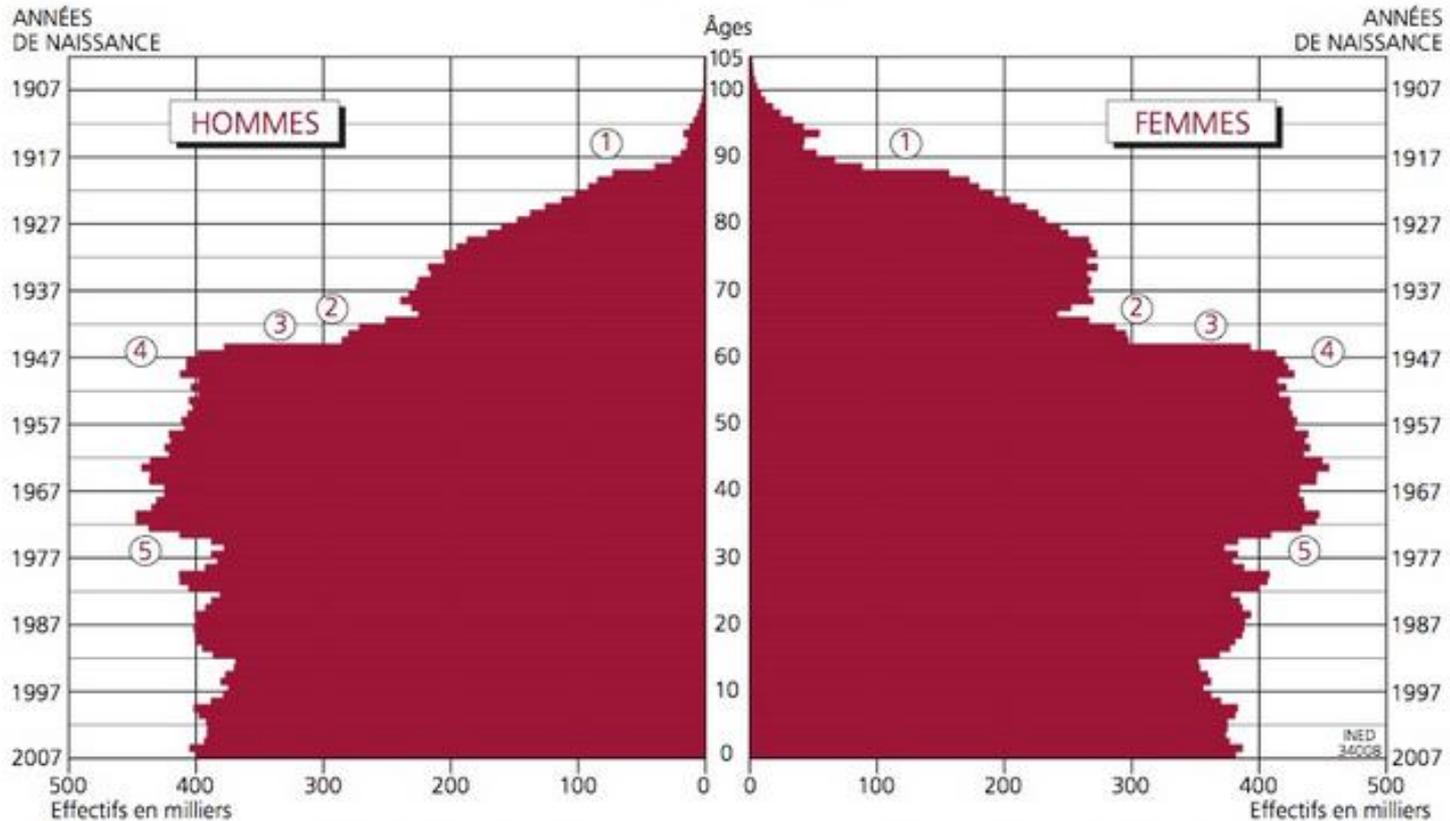


Pyramide des âges en France en 2006



POPULATION DE LA FRANCE

ÉVALUATION PROVISOIRE AU 1^{ER} JANVIER 2008



- ① Déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses)
- ② Passage des classes creuses à l'âge de fécondité

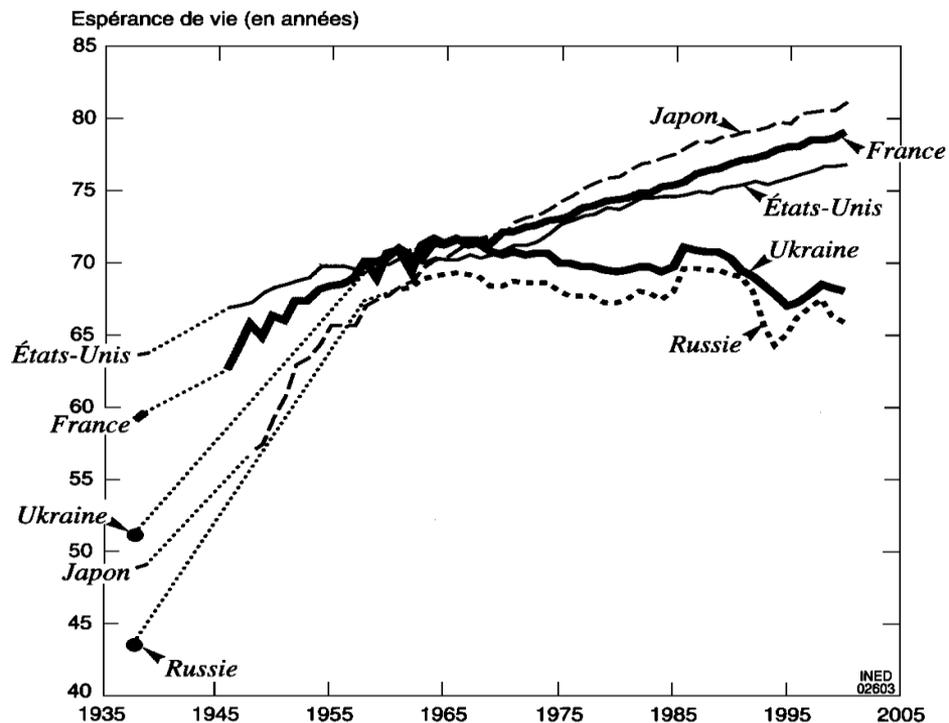
- ③ Déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945
- ④ Baby-boom
- ⑤ Fin du baby-boom

Bienheureux les riches !

Espérance de vie à la naissance en France
:

- 35 ans en 1800
- 41 ans en 1845
- 50 ans en 1900
- 60 ans en 1945
- 80 ans en 2006
- Et 82 ans en 2011 !

L'espérance de vie continue de croître, mais pas au même rythme



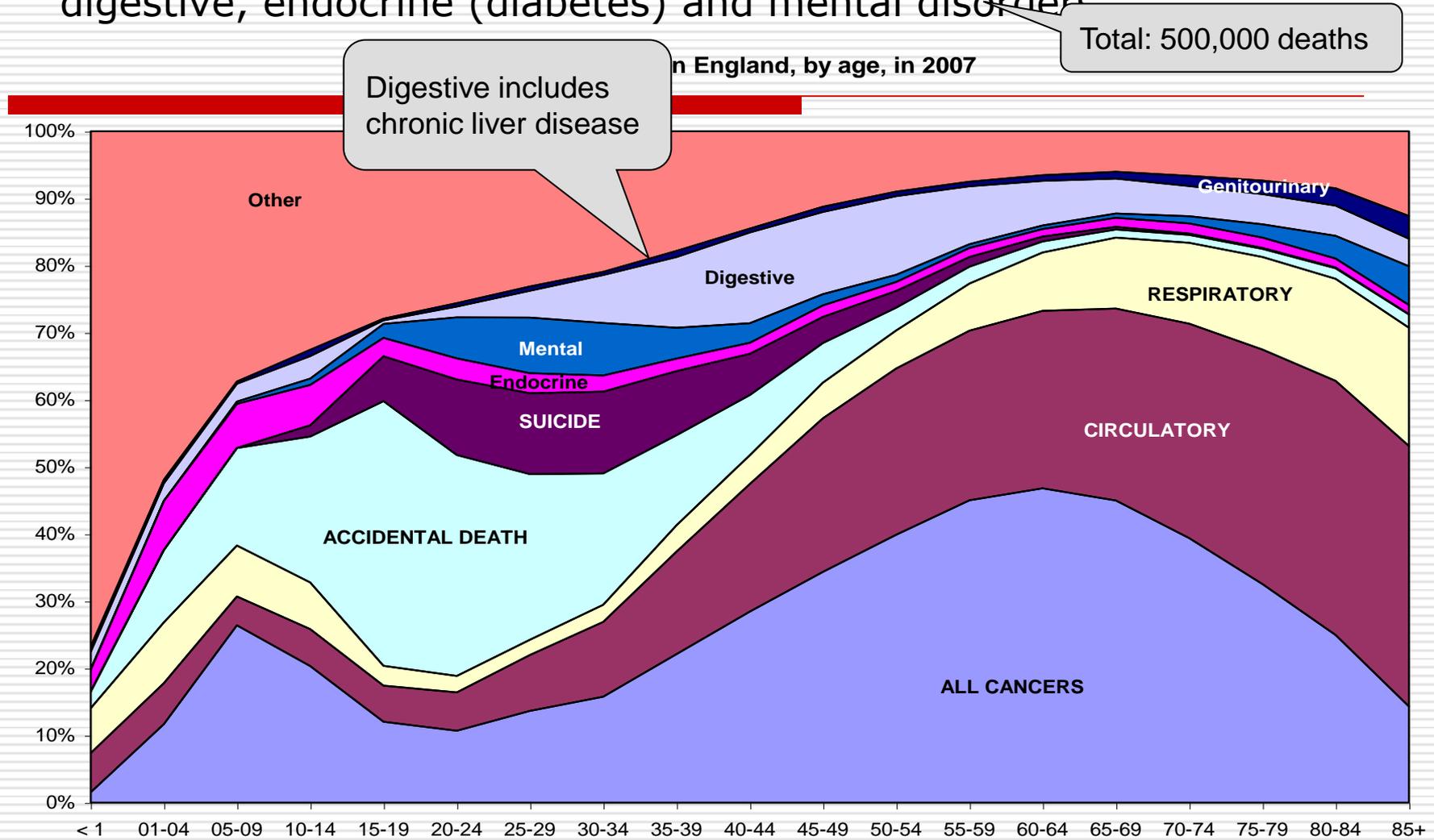
Economique

- Baisse de la croissance
- Fin de l'inflation
- Forte croissance des dépenses de santé (Loi de Baumol), mais pas seulement

Sanitaire

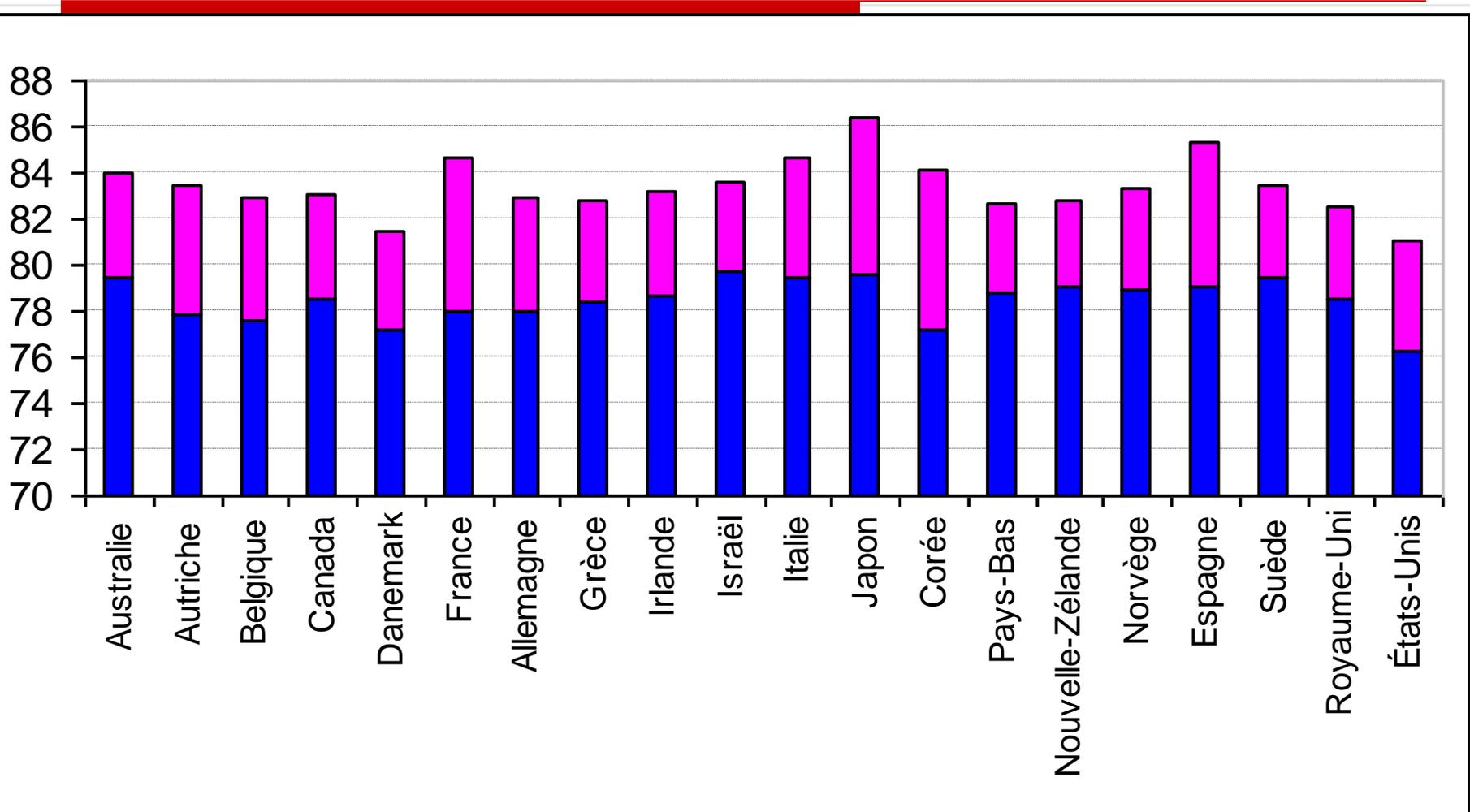
- ❑ La fin de la transition épidémiologique
- ❑ La croissance des ALD
- ❑ Mais le total des morts demeure toujours de 100%
- ❑ Toutefois il ne faut pas s'inquiéter quand augmente le % des morts par cancer parce que ...
- ❑ De nouvelles épidémies ?

By 2007, circulatory deaths were still a major cause but falling, particularly among older people. New diseases have emerged as major causes of death – notably digestive, endocrine (diabetes) and mental disorders



Espérance de vie à la naissance en 2010

Hommes (bleu) Femmes (rose)



La santé publique, ses crises et ...son omniprésence

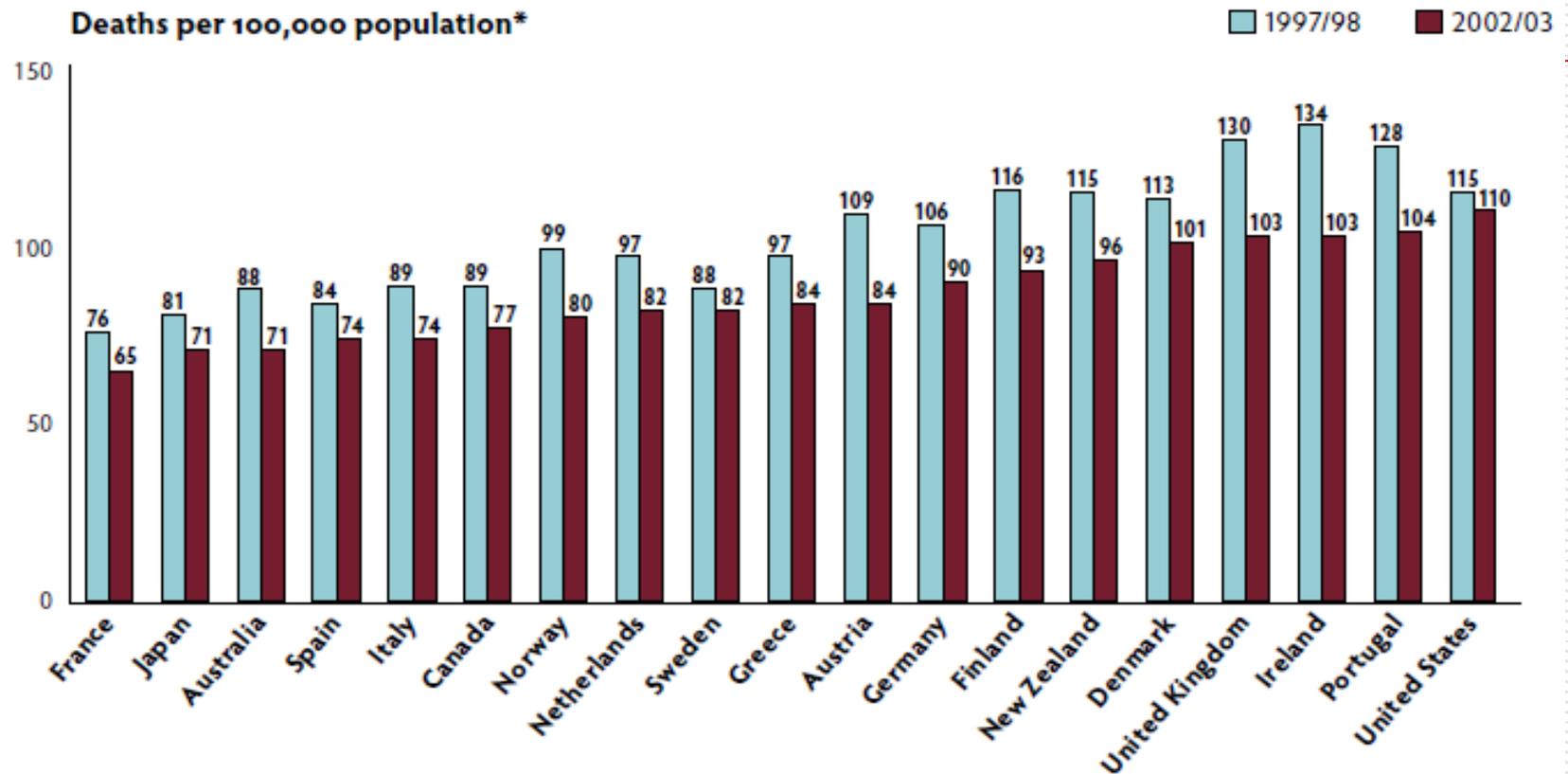
- ❑ Une réelle prise de conscience
- ❑ Une réalité tangible : lutte contre le tabac et l'alcool (loi Evin)
- ❑ Mais toute politique, ou presque, ne se conçoit plus qu'au nom de la « santé »
- ❑ Écologisme et principe de précaution (le diesel, les pesticides, les OGM, l'eau, ...)

Médical

- ❑ Une excellente médecine, mais une très grande hétérogénéité des pratiques cliniques
- ❑ Tout varie : les pratiques cliniques, le revenus des médecins, les dépenses des Français sans qu'il y ait toujours de logique médicale
- ❑ D'où la prudence sur la notion de « besoin »

Les enjeux de la santé publique et de la médecine préventive

du système de soins - « commonable mortality »



* Countries' age-standardized death rates before age 75; includes ischemic heart disease, diabetes, stroke, and bacterial infections. See Appendix B for list of all conditions considered amenable to health care in the analysis.

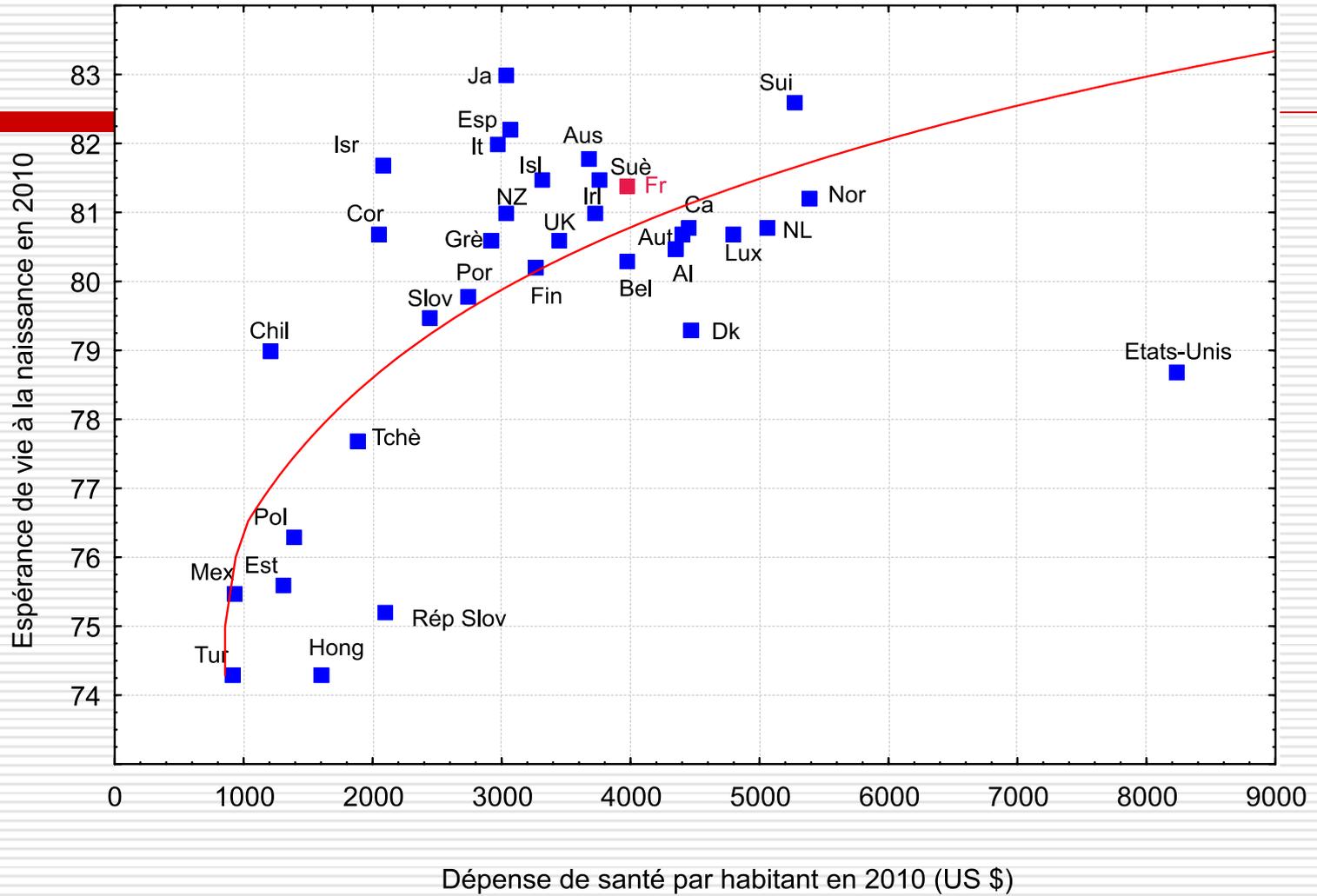
Data: E. Nolte and C. M. McKee, London School of Hygiene and Tropical Medicine analysis of World Health Organization (WHO) mortality files (Nolte and McKee 2008).

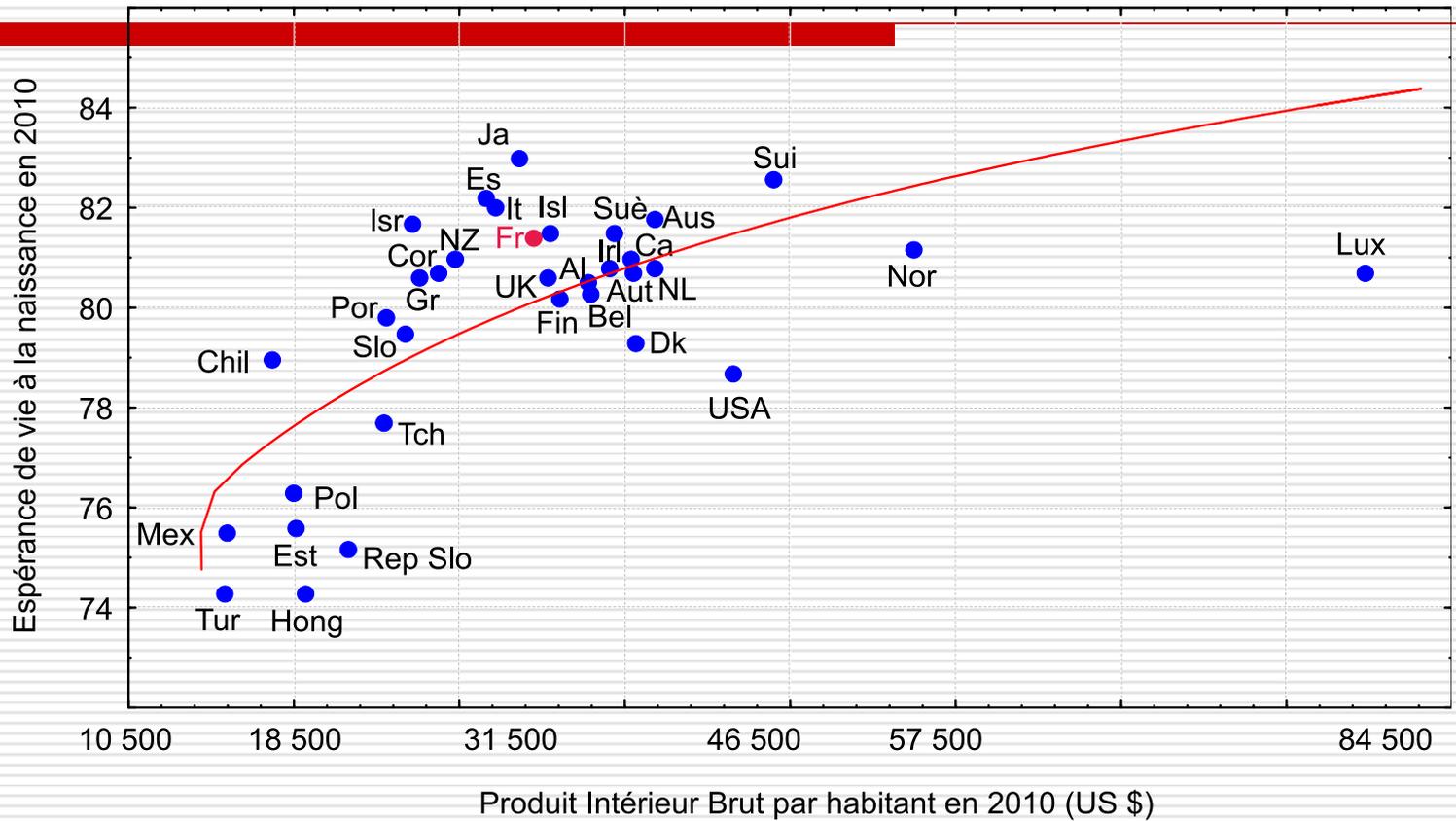
Source: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008

Cinquante années de politique de santé

Croyances et fictions

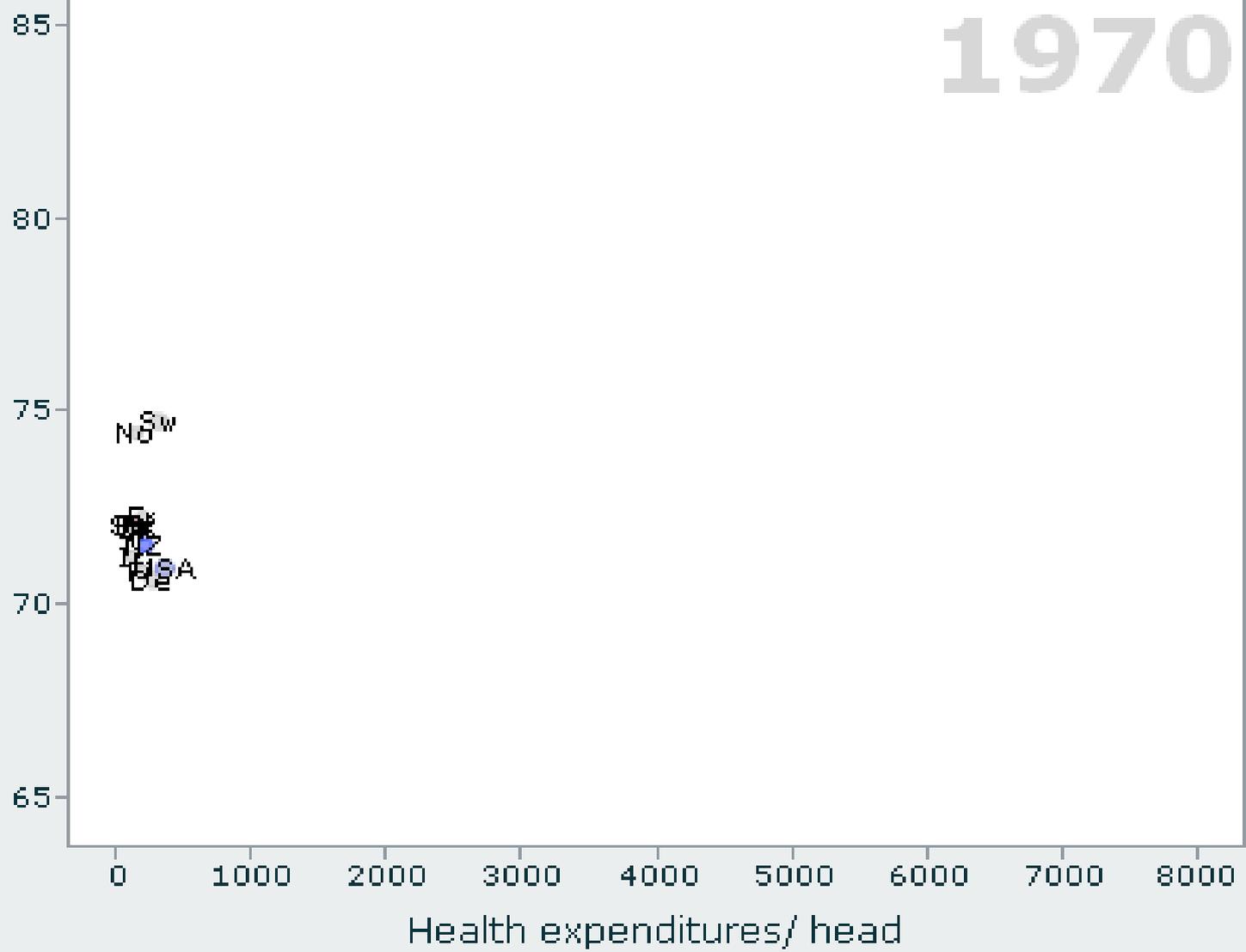
Santé = Médecine





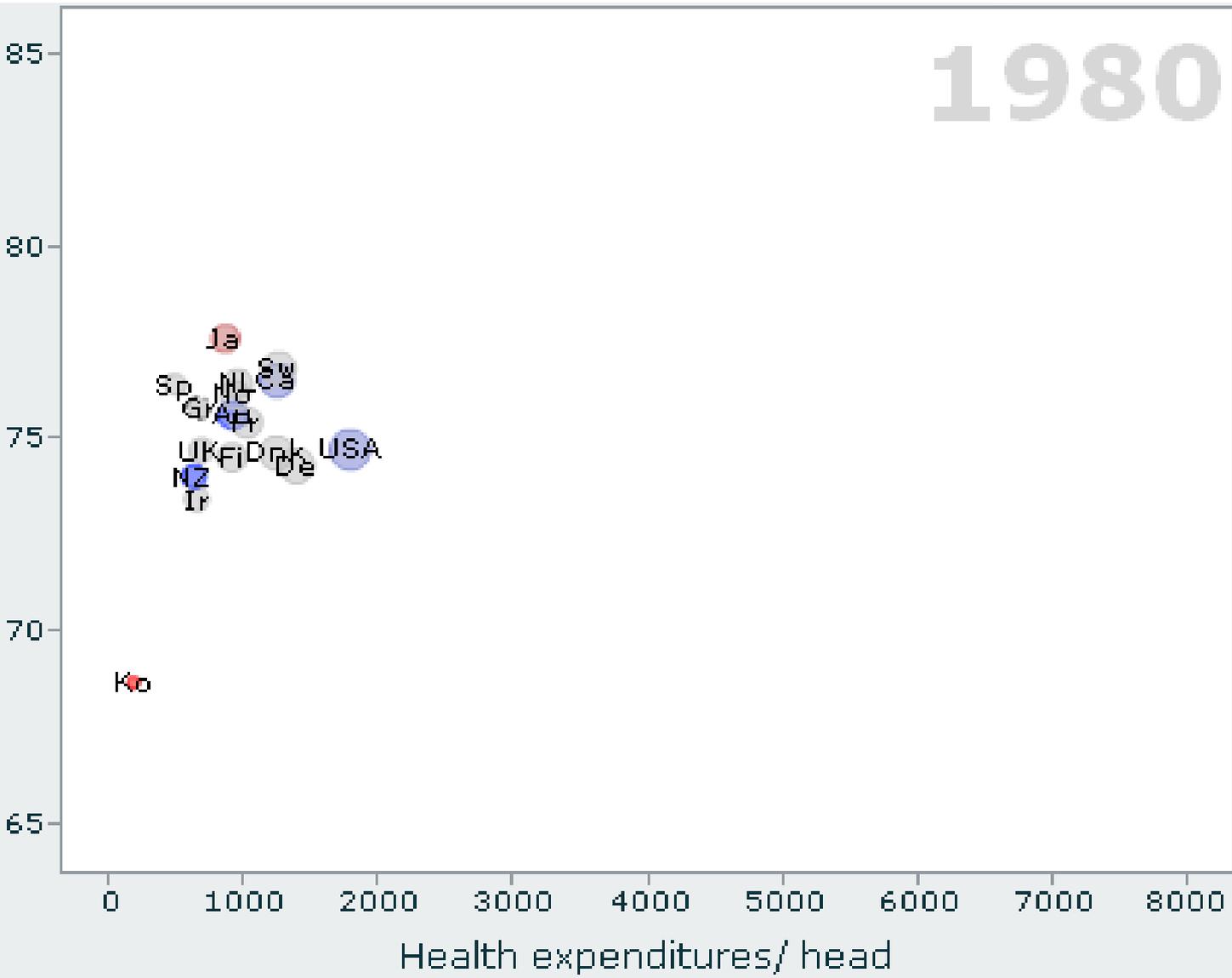
1970

Life expectancy
at
birth



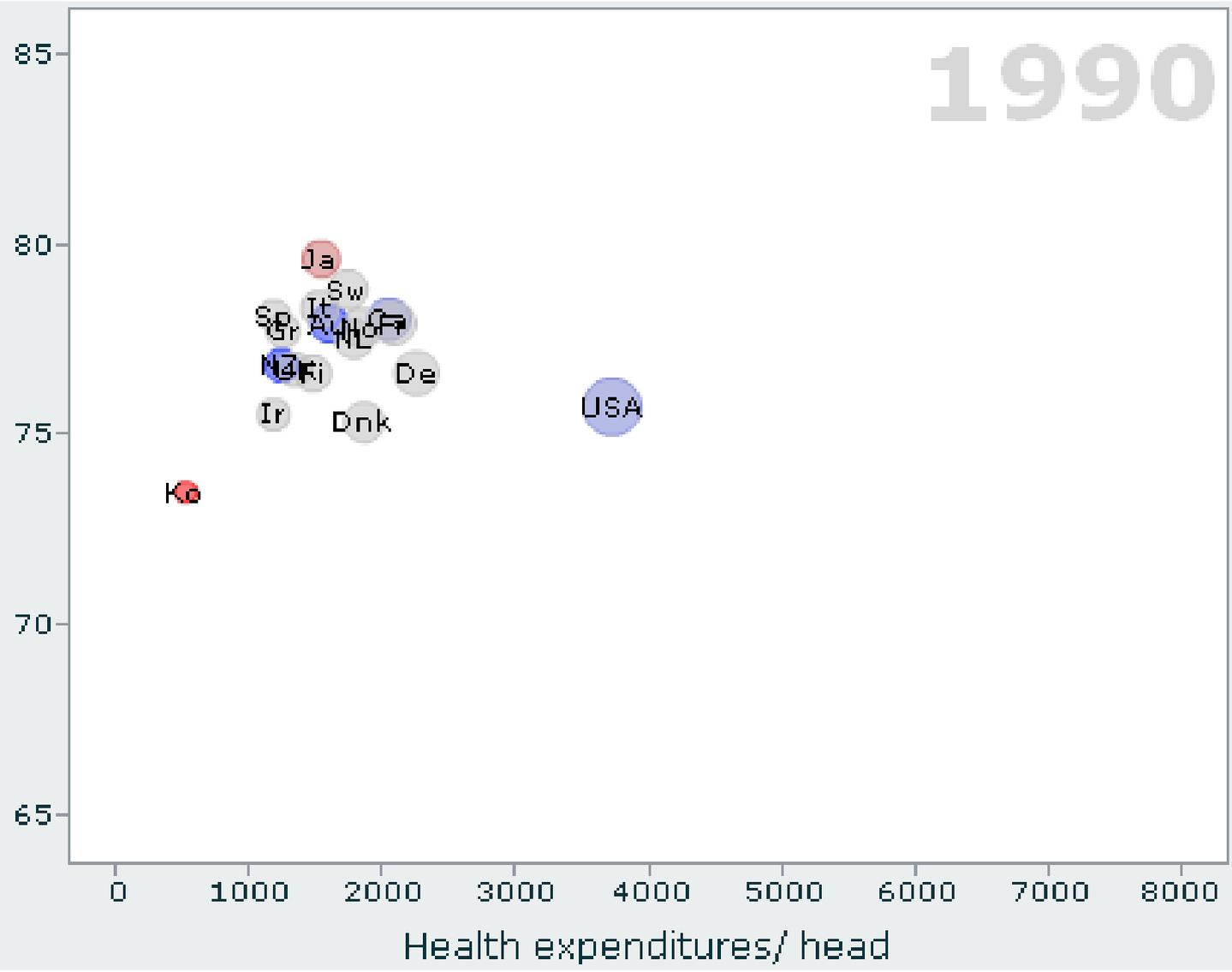
1980

Life expectancy
at
birth



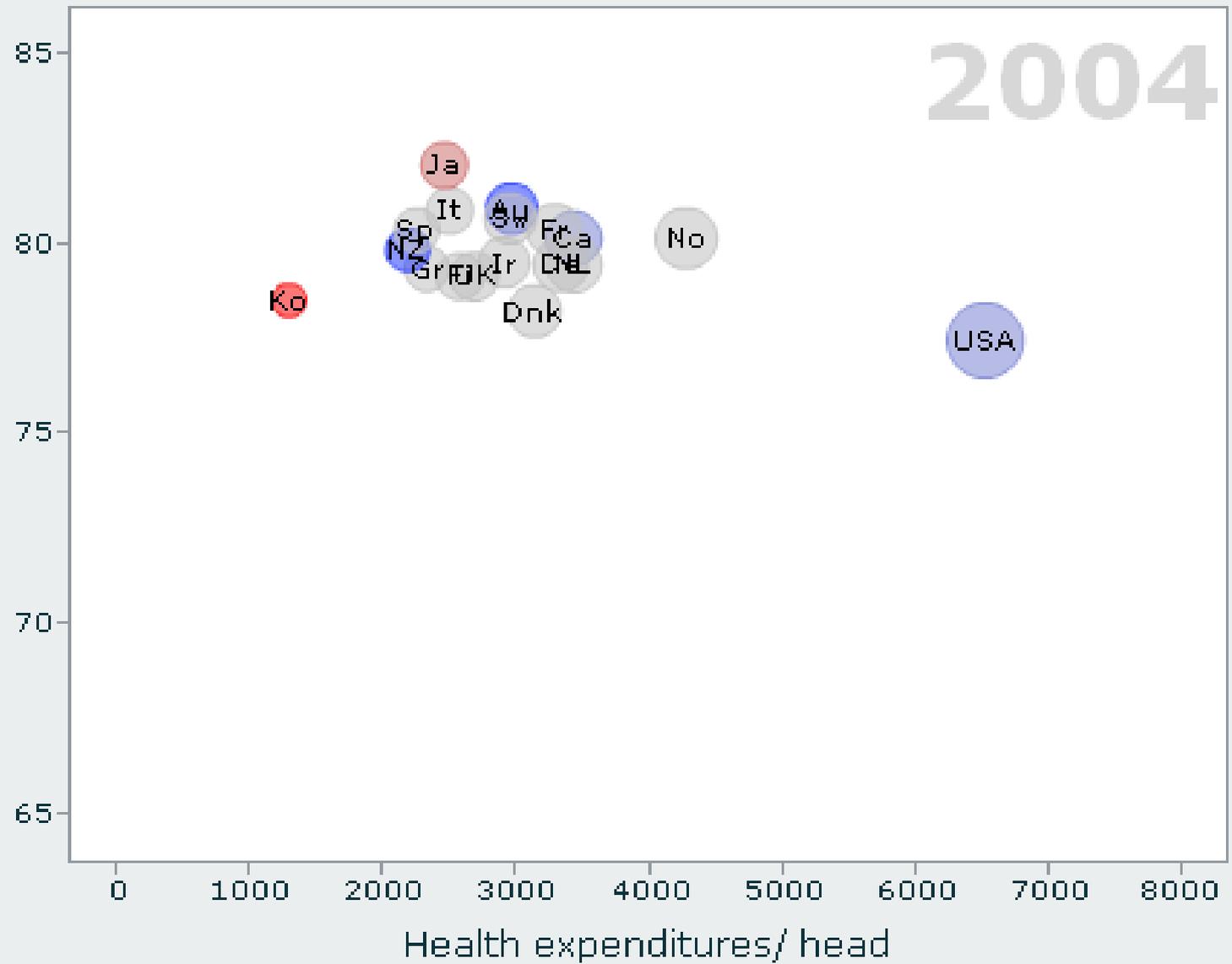
1990

Life expectancy at birth

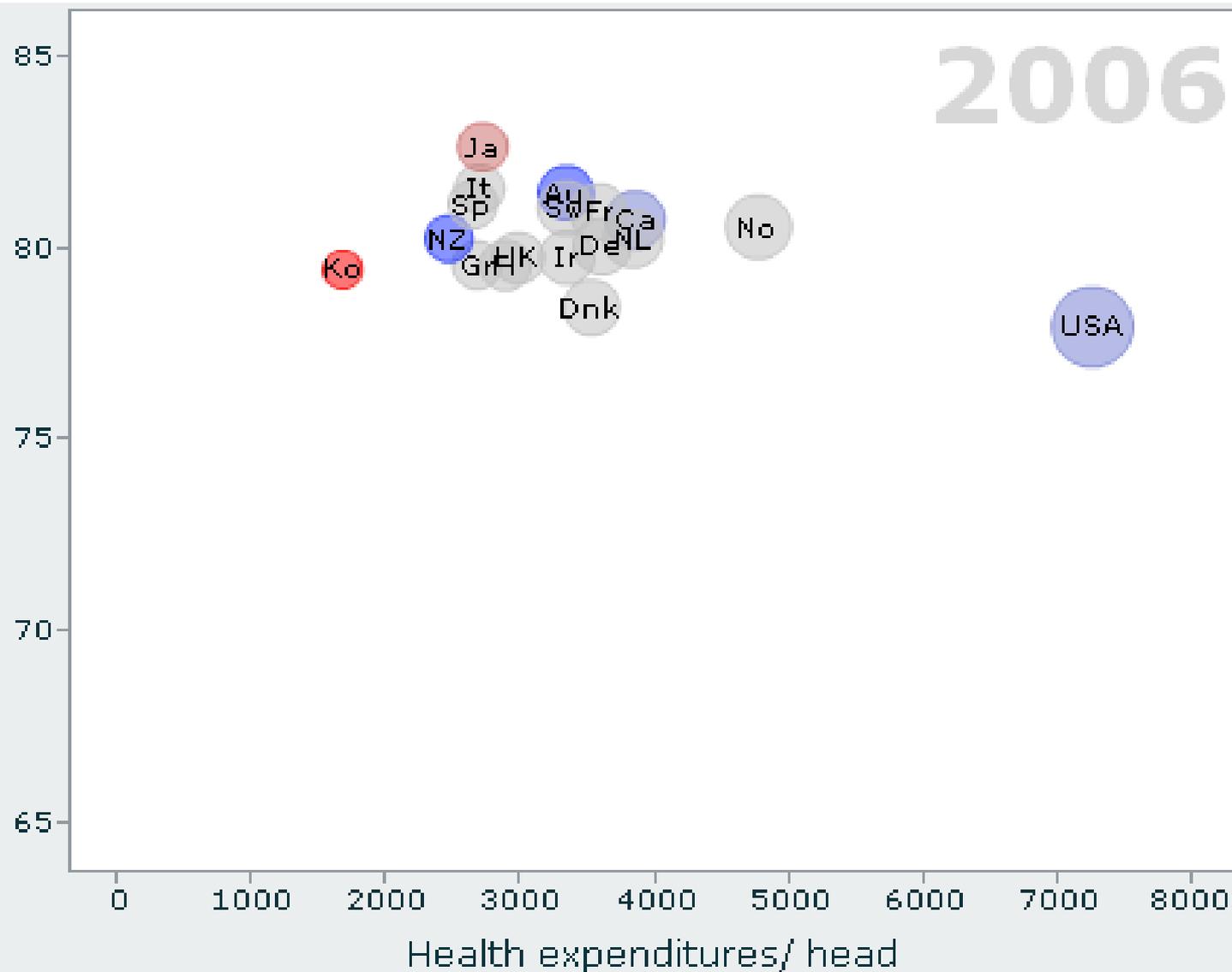


2004

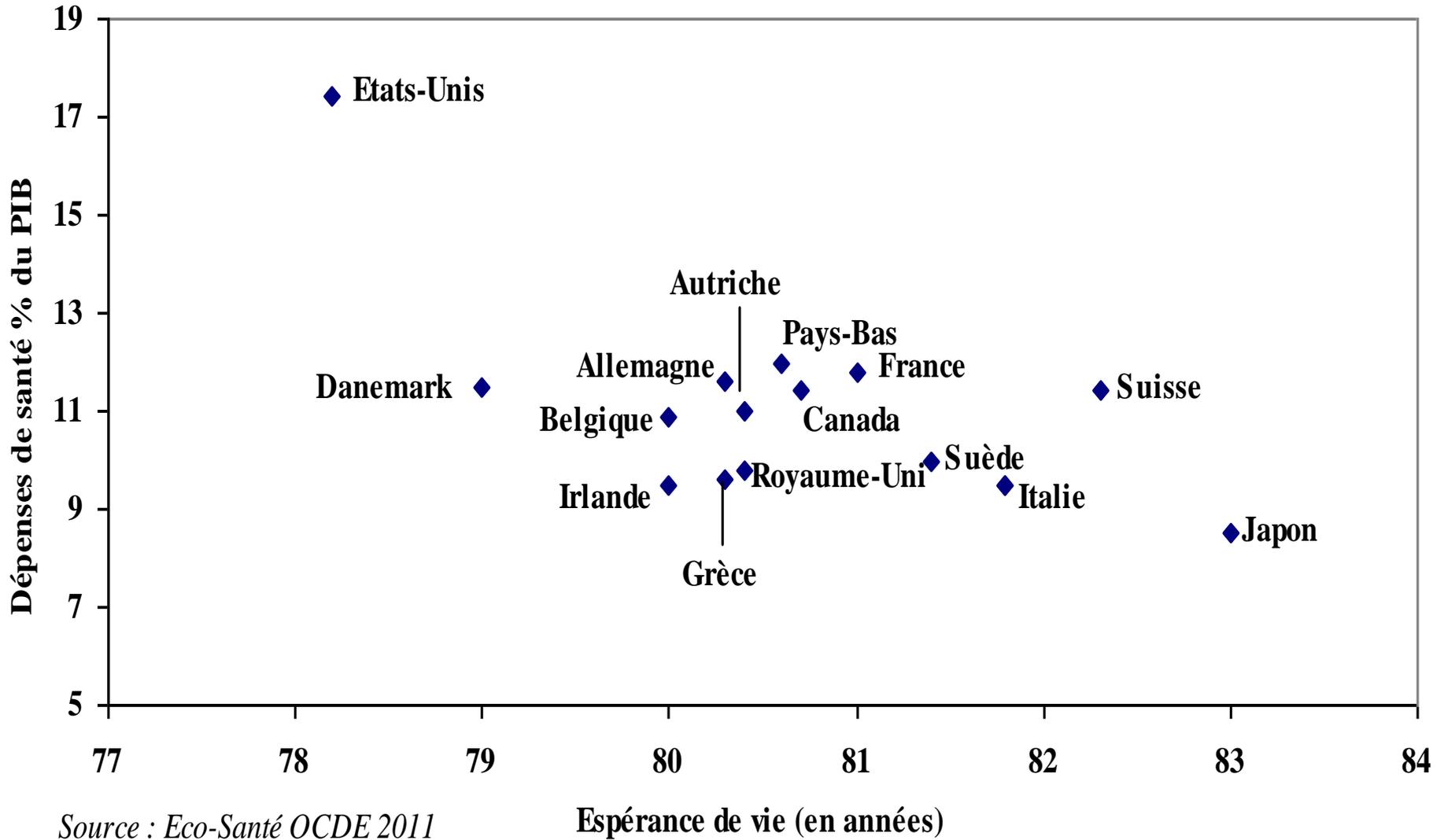
Life expectancy
at
birth



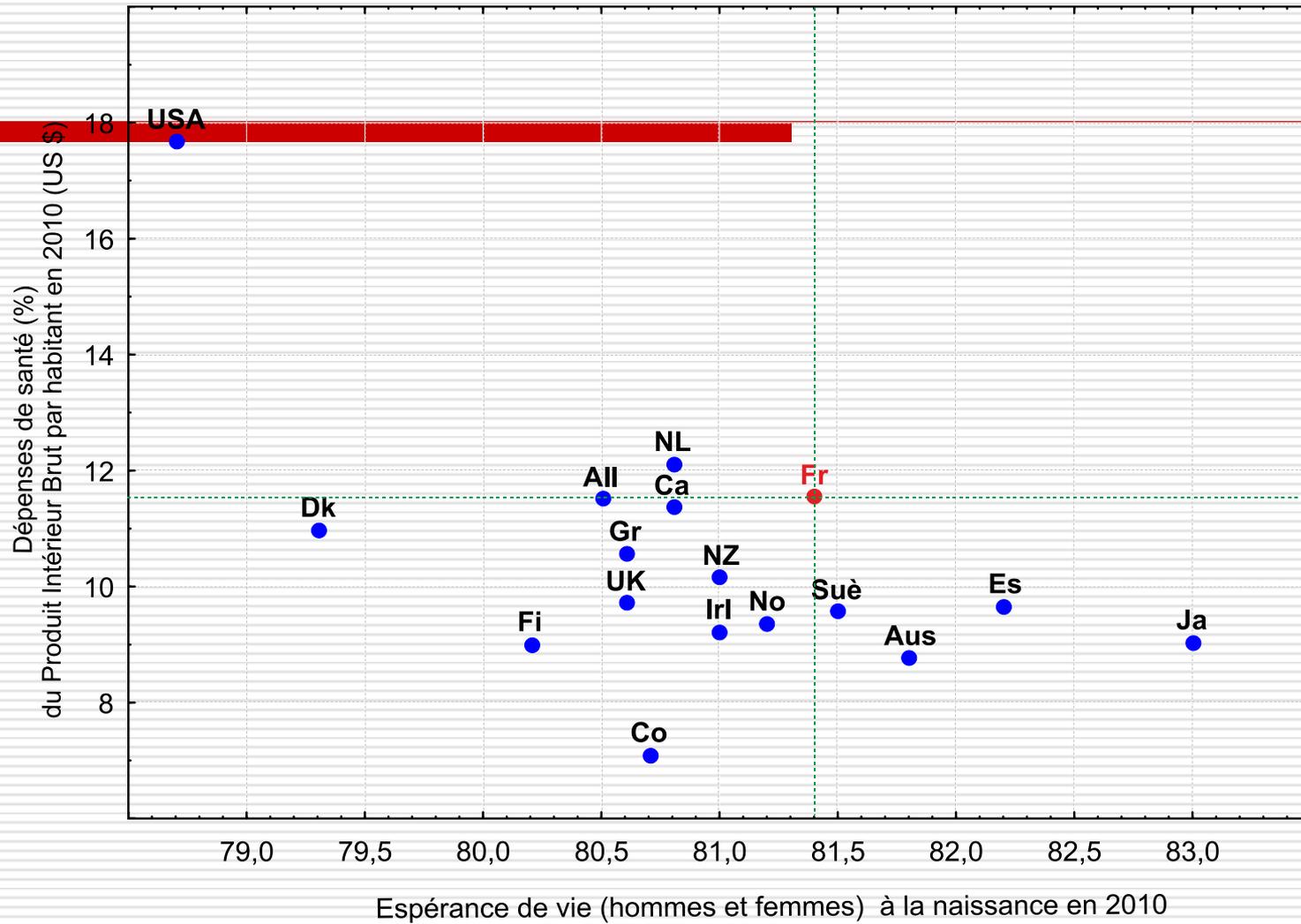
2006



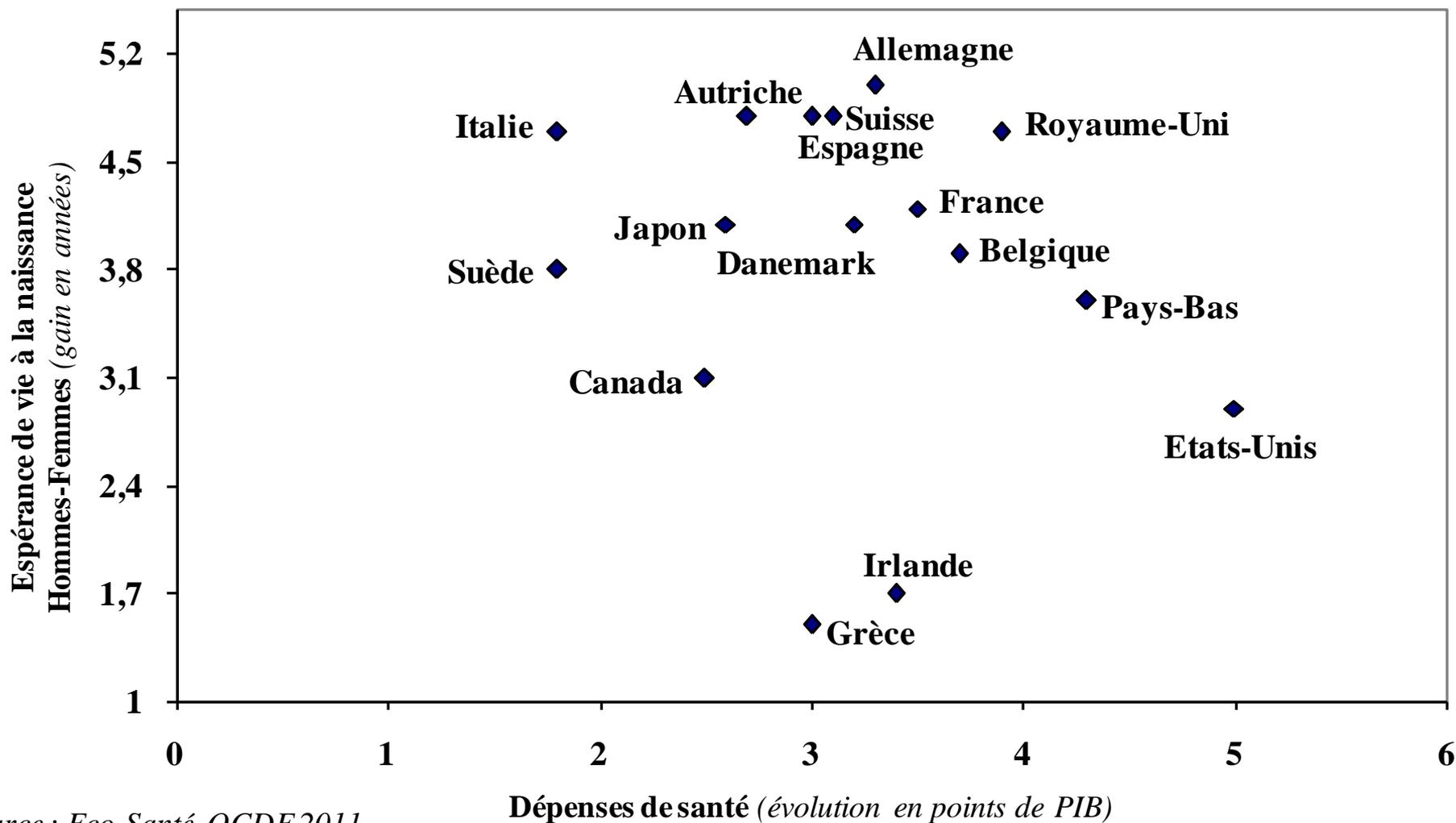
Espérance de vie à la naissance et dépenses totales de santé en 2009



Source : Eco-Santé OCDE 2011

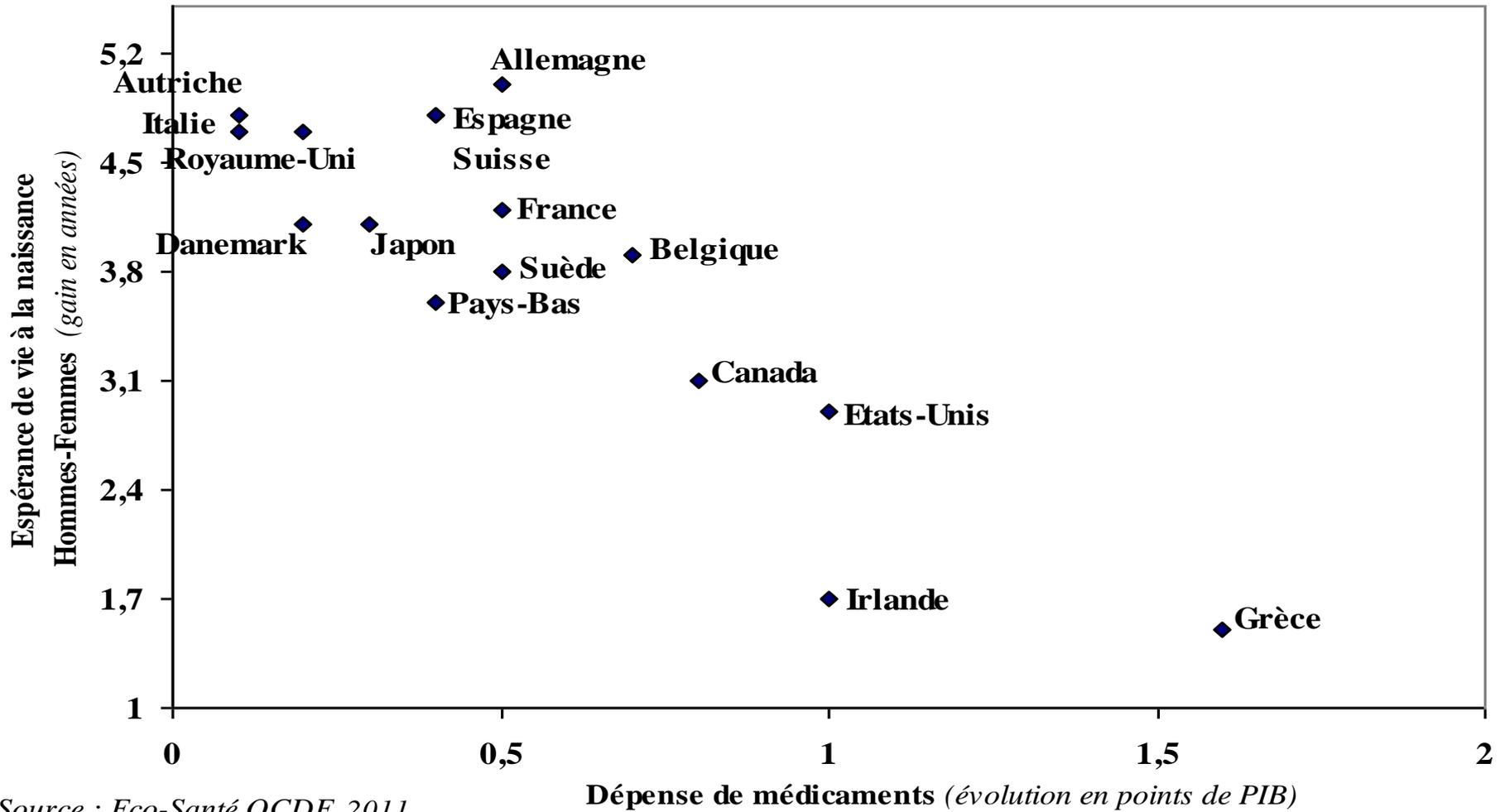


Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé - % du PIB 1990-2009

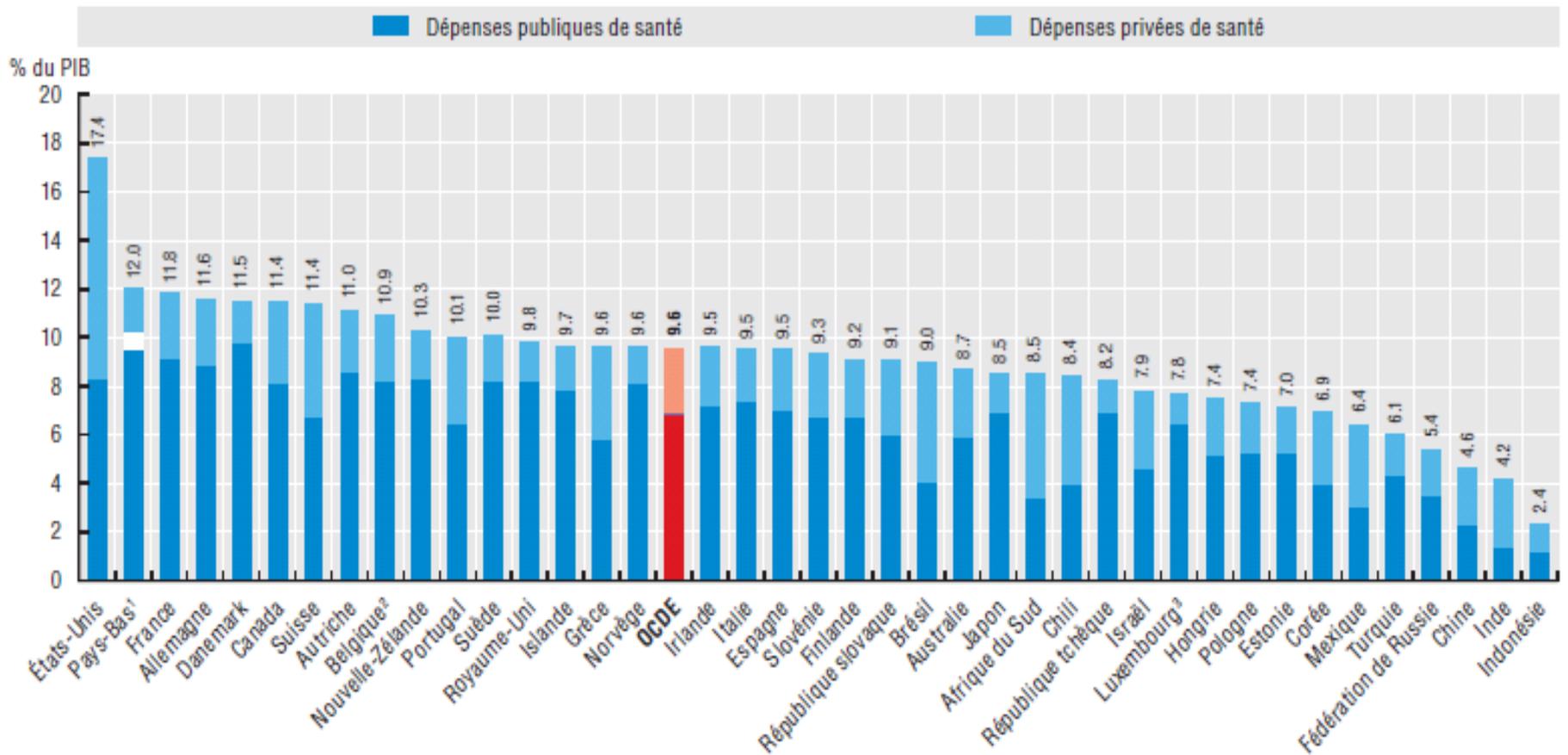


Source : Eco-Santé OCDE 2011

Evolution de la dépense totale de médicaments et de l'espérance de vie entre 1990 et 2009



Source : Eco-Santé OCDE 2011



Il n'y a pas de rationnement ...
explicite

What will be the threshold in future???

ft.com > uk > Welcome FJR

Politics & Policy

Home UK World Companies Markets Global Economy Lex Comment
Business Economy UK Companies Politics & Policy UK Small Companies London 2012 Olympi

May 8, 2012 11:21 pm

Call to cut NHS price cap for new drugs

By Andrew Jack

Ministers are set to face fresh pressure to lower the price threshold above which new medicines are rejected for the National Health Service, amid claims that pharmaceutical companies are charging too much for groundbreaking treatments.

In research to be completed next month, academics at the University of York will make the case for a reduction by a third in the cap on new drug costs used by the [National Institute for Health and Clinical Excellence](#) (Nice), the medicines advisory board, which already rejects a significant number of new treatments as not being cost effective.

The findings are likely to fuel debate between those who believe new drugs consume a disproportionate share of the NHS budget and the pharmaceutical industry, which says price cuts would deter innovation and threaten patient access to the most advanced treatments.

More

ON THIS TOPIC
[Labour attacks coalition over NHS reforms](#)



PULSE

At the heart of general practice since 1960

Tuesday 17 July 2012

Home | News | Comment | Clinical | Practice Business | Commissioning | CPD | Forum | Events | GP

What do our patients really think of us?

40 anonymous patient reports strike fear into the heart of our GP-to-be



NICE threshold 'could be reduced to £13,000 per QALY'

By Madlen Davies | 14 May 2012

The NICE threshold above which drugs are considered too expensive for NHS could be lowered to £13,000 for some diseases, academics have suggested.

Researchers at the University of York are looking into whether the threshold that currently sits at around £30,000 per quality-adjusted life year (QALY) should be altered to ensure costs do not rise.

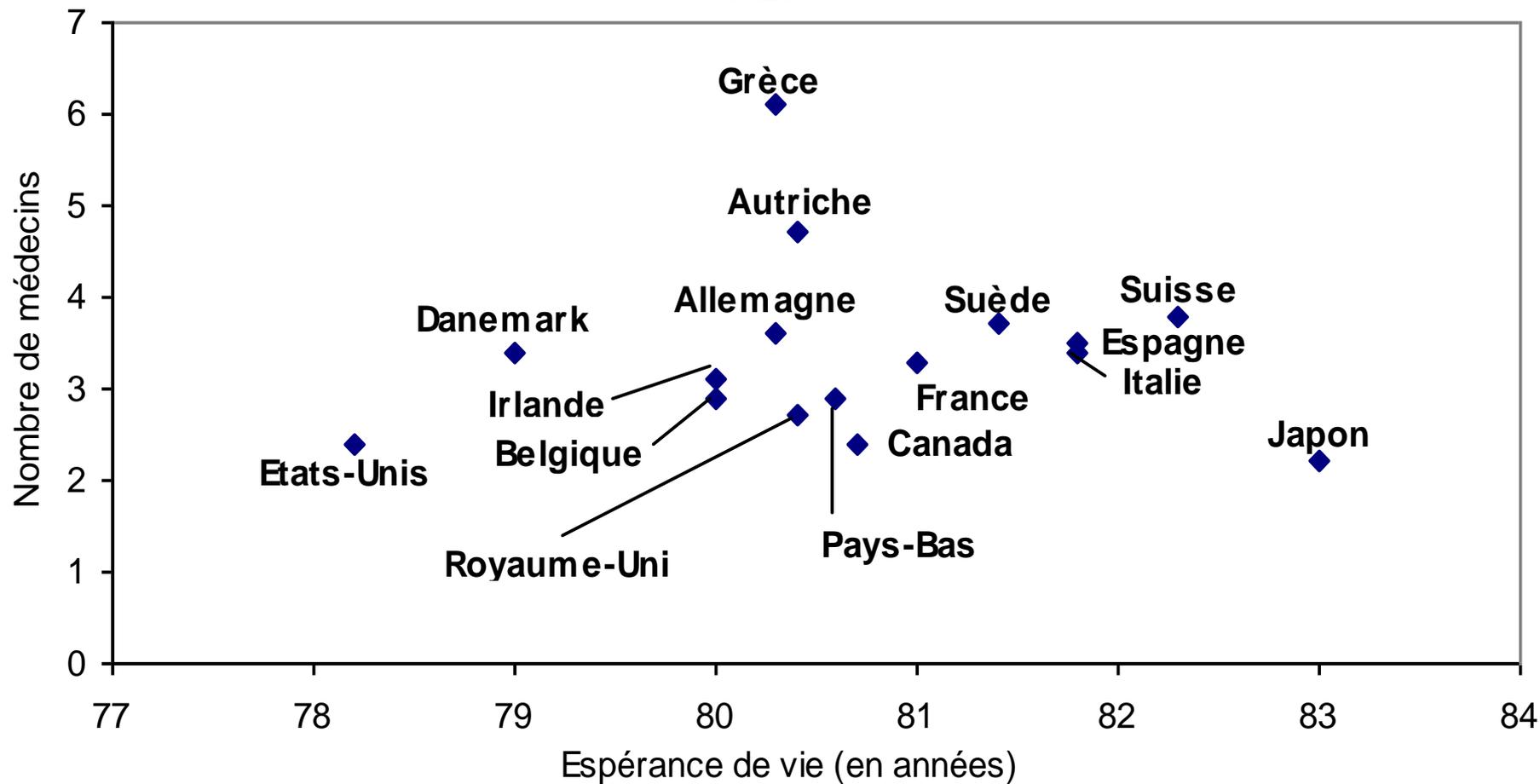
They have calculated that it could be lowered by at least £10,000 per QALY, and potentially reduced to as little as £13,000, in a move that would have meant that drugs such as dabigatran and insulin glargine would never have been approved for use on the NHS.



L'assurance maladie est une assurance

La démographie médicale est
un outil de court terme

Espérance de vie et nombre de médecins en activité pour 1000 habitants en 2009



La planification réduit les inégalités de santé

Il n'y a pas de marché des
compétences médicales

On peut confondre soins (*care*)
et prise en charge (*cure*)

Quelques éléments qui comptent

La médecine libérale

- ❑ Le rôle prépondérant de l'assurance maladie
- ❑ La défense bec et ongles du paiement à l'acte : et donc un faible niveau de l'acte, un revenu bas et différents catégories de revenu
- ❑ Le combat réussi pour le non contrôle des pratiques cliniques (Médiator, Diane 35, VIOX ...)
- ❑ Les jeunes médecins votent avec leurs pieds (10 000 généralistes sont en attente d'installation)
- ❑ L'échec de la formation continue et pas d'accès au savoir

L'hôpital

- ❑ Des réformes de financement : prix de journée, dotation globale T2A
- ❑ Des réformes de gestion où l'Etat se choisit comme source ultime de légitimité. L'institution disparaît et se fond dans l'Etat
- ❑ Une volonté d'intervenir dans l'organisation et la gestion
- ❑ L'Etat ainsi se paralyse
- ❑ Des recettes variables (T2A) mais des contraintes fixes (Titre IV et dépenses de personnel représentant 70% des dépenses)
- ❑ Une nomenclature des actes (CCAM) fautive et inadaptée

Médicaments et produits de santé

- Une confusion ancienne entre politique industrielle et comptes de l'assurance maladie
- Une fiscalité instable
- Une hiérarchie des prix dont a du mal à saisir la logique

L'Etat évolue

- ❑ Abandonne le département pour la région
- ❑ Crée des agences « indépendantes »
- ❑ Choisit une organisation curieuse à l'échelon nationale
- ❑ Cherche une protection à tout prix des politiques
- ❑ S'efforce de donner une nouvelle priorité à la santé publique et à l'éducation pour la santé

Les usagers

- Un nouveau partenaire,
- De nouveaux droits
- Des ambiguïtés pour qui choisit de se définir comme « usager »

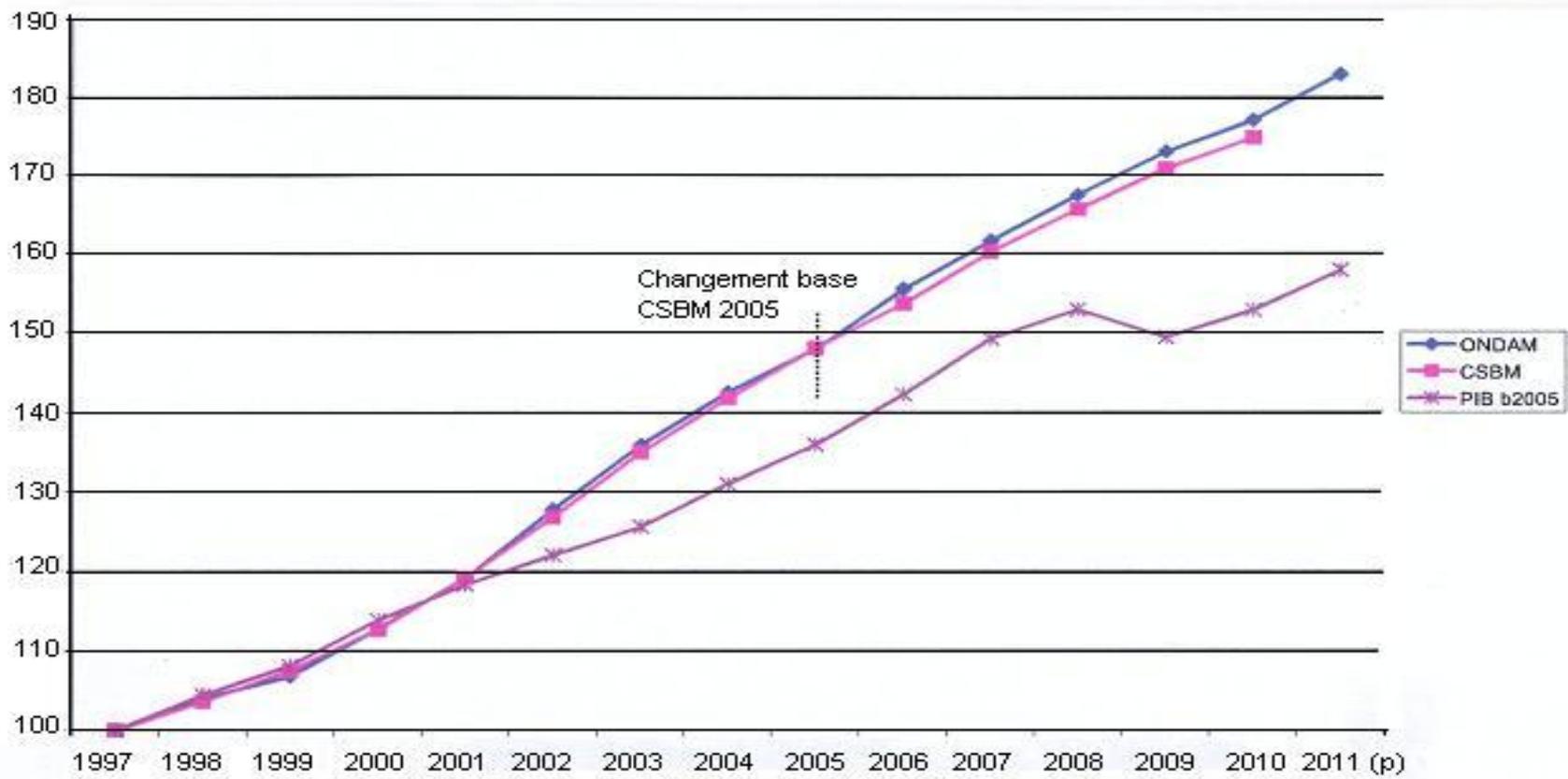
Le financement

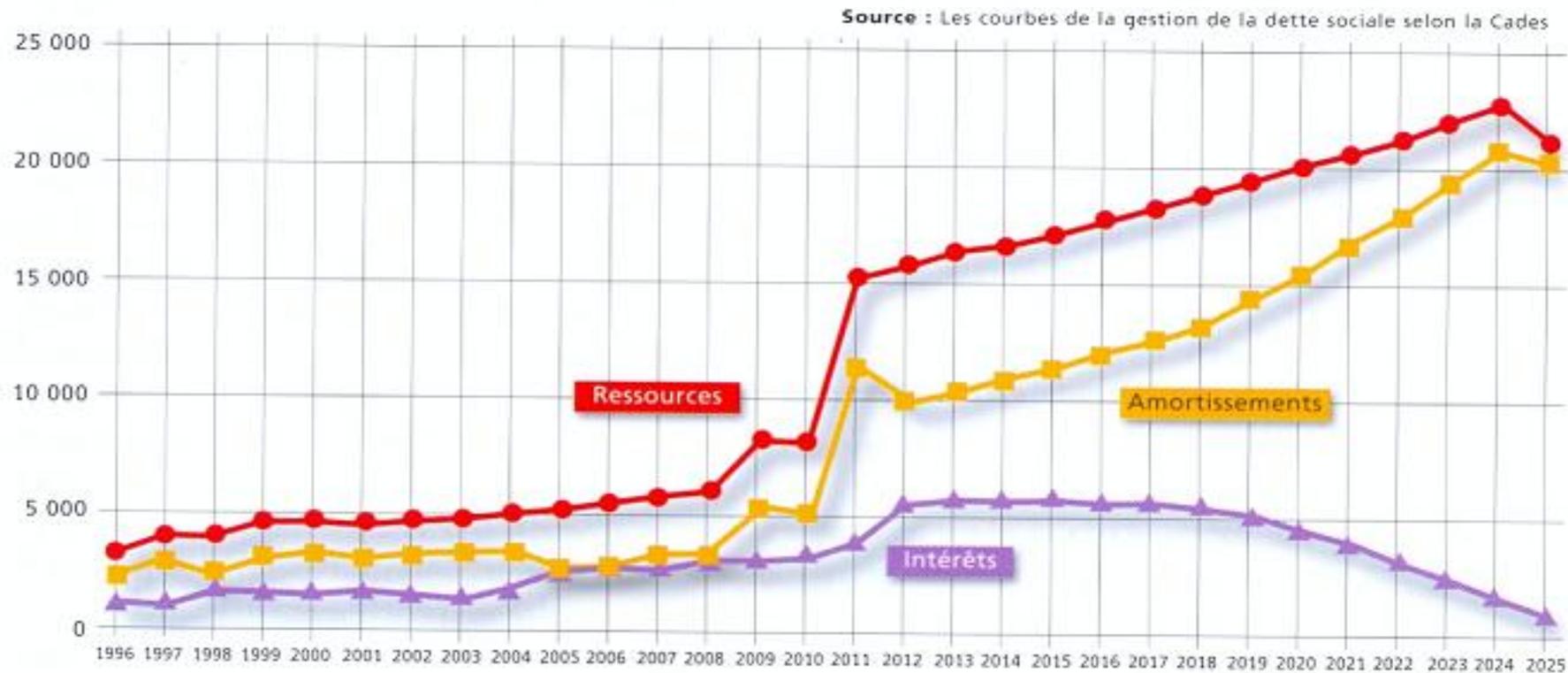
- ❑ La baisse progressive mais lente des cotisations sociales
- ❑ La croissance des ALD
- ❑ Un ticket modérateur insensé (sans sens donc) et dont le moindre défaut n'est pas qu'il n'a jamais rien « modéré »
- ❑ Des complémentaires qui jouent un rôle essentiel dans l'optique et important pour le médicament et les soins dentaires mais que l'on bride quand elles cherchent à gérer le risque

En conséquences

Le choix du plus cher

- ❑ L'hôpital plus que la ville (274 hospitalisations pour 1000 habitants en France en 2008, 158 moyenne OCDE = +73%)
- ❑ De très nombreux hôpitaux et cliniques (2850 en France, 2080 en Allemagne, 640 au Royaume-Uni), si bien qu'il y a autant de personnes dans nos établissements qu'en Allemagne (Population > de 25%)
- ❑ Des médecins plus que des infirmières (2,5 infirmier/ médecin en France , 4,1 UK, 4,7 Canada)
- ❑ Des spécialistes plutôt que des généralistes (le % de généraliste va descendre en dessous de 40%)
- ❑ Des généralistes mal rémunérés (2,78 PIB/ hab. en France, 3,5 UK, 4,18 USA)
- ❑ Qui prescrivent beaucoup de médicaments (276 Euro par et par habitant de plus que la Norvège ou les Pays-Bas)
- ❑ Une faible utilisation des techniques modernes de diagnostic 2,7 IRM/ million – 22 ème position pour la France – après la Turquie !





D'innombrables cloisons

- ❑ Entre la ville et l'hôpital,
- ❑ Entre les généralistes et les spécialistes,
- ❑ Entre les médecins et les infirmières,
- ❑ Entre toutes les autres professions,
- ❑ Entre les ARS et l'assurance maladie,
- ❑ Entre l'éducatif, le social et le sanitaire,
- ❑ ...
- ❑ « *It's a long way to Tipperary* »



Et alors !

Rappel

- ❑ Antagonisme médecin - assurance maladie
- ❑ Trop d'hôpitaux et d'hospitalisations
- ❑ Un paiement pointilliste à l'acte alors que la qualité des soins nécessite une coordination
- ❑ Des variations de pratiques cliniques sans contrôle et donc variables et inexplicables par les « besoins » !

Que faire ?

- ❑ A court terme, c'est-à-dire à deux ou deux trois ans, à quelques exceptions, seules les réformes financières ont un effet.
- ❑ Les réformes structurelles, quand elles marchent, n'ont un impact que sur une période de cinq à dix ans(20 ans pour le PMSI).
- ❑ Accroître les ressources ?
- ❑ Dérembourser ?
- ❑ Mieux contrôler ?
- ❑ Réformer ?

Accroître les ressources ?

- ❑ Souhaitable, mais peu probable car il y aura peu de marge de manœuvre en la matière et beaucoup de candidats à cette manne éventuelle
- ❑ Avec une croissance de l'économie autour de 1%, il est difficile d'imaginer une croissance de l'ONDAM supérieure à 2,5% – 3%, or le taux « naturel » de croissance se situe autour de 4% !

Dérembourser ?

- Il est toujours condamnable de baisser les taux pour augmenter la part des complémentaires car cela ne réduit en rien les dépenses des Français et modifie l'assiette de financement.
- Il est en revanche souhaitable de ne plus rembourser certains actes ou médicaments.

Mieux contrôler ?

- Oui, oui, certainement, mais il faut pour cela modifier le pouvoir des financeurs et leur permettre de contrôler a posteriori les prescriptions et leur bienfondé et, notamment :
 - Les auto-prescriptions,
 - Les ordonnances de plus de cinq médicaments en particulier et les prescriptions en général,
 - Les consultations à répétition de certains praticiens,
 - Les taux d'intervention chirurgicales,
 - L'accès à l'optique pour tous,
 - Le parcours des patients,
 - ...

Réformer ?

- Certainement , et dans l'ordre :
 - Revaloriser, dans tous les sens du terme, la médecine générale et les autres cliniciens de première intention,
 - Créer le réseau de la connaissance
 - Proposer, pour ceux qui le souhaitent, que la rémunération de base soit au forfait,
 - Réformer la réforme de l'hôpital en donnant une véritable indépendance de gestion aux établissements
 - Construire une autre politique du médicament en dissociant : politique industrielle et rôle de l'assurance maladie
 - Financer les réseaux de soins avec une source stable

Réformer ?

- ❑ Enrichir les tâches et les fonctions des professions paramédicales et en créer de nouvelles
- ❑ Repenser la notion de ticket « modérateur » dont on sait depuis longtemps qu'il ne modère rien
- ❑ Fusionner les régimes d'assurance maladie. Quid alors du rôles des assureurs complémentaires, aujourd'hui les premiers financeurs de certains risques et, notamment de l'optique,
- ❑ Offrir un financement stable aux réseaux de soins et favoriser leur développement,
- ❑ Fusionner les régimes d'assurance maladie
- ❑ ...

Mais, avant tout, avoir une stratégie et l'expliquer

- Toute politique requiert une compréhension et une participation de la population
- Au commencement est toujours le verbe
- Mais le verbe n'a de sens que s'il y a une stratégie
- Une stratégie n'est acceptée que si elle est équitable

Mais toujours une essentielle
modestie car :

« Ce qui tombe sous le sens rebondit ailleurs »

Jacques Prévert

Quelques remerciements