



## Candidats aux législatives : redonnez du souffle au débat sur le système de santé



Envié dans le monde entier, le système de santé à la française fait face aujourd'hui à un défi majeur : maîtriser les dépenses tout en maintenant la qualité de la prise en charge et l'égalité d'accès aux soins.

Développement de nouvelles technologies médicales, vieillissement de la population, essor des maladies chroniques, exigences toujours plus fortes des citoyens en matière de bien-être... De nombreuses tendances contribuent en effet à l'augmentation des dépenses de santé.

Selon l'Assurance maladie, celles-ci progressent à un rythme tendanciel d'environ 4 à 4,5 % par an. Soit à une vitesse significativement plus élevée que la richesse nationale, surtout en période de croissance faible.

### Des économies indispensables

Les économies importantes réalisées au cours des dernières années ont seulement permis de contenir ce différentiel entre un et deux points. A ce rythme, selon l'Institut Montaigne, les dépenses de santé atteindraient 27 % du PIB en 2050 ! Ce qui est évidemment insoutenable et inenvisageable... Et oblige donc trouver de nouvelles pistes pour pérenniser notre système de soins.

*« Dans un scénario de croissance de la richesse nationale de 1 à 2 % par an sur le long terme, aligner la croissance de la dépense de santé sur ce rythme impliquera de trouver chaque année de l'ordre de 2 à 3,5 % de « gains de productivité », et cela tout en continuant à améliorer la qualité des soins »,* souligne l'Institut Montaigne.

Selon l'OCDE, la part des dépenses de santé dans le PIB est déjà passée en France de 5,6 % en 1970 à 9 % en 2000, pour dépasser 11 % aujourd'hui. Soit 240 milliards d'euros par an, ce qui fait du système de santé français l'un des plus chers du monde.

Pour réduire son déficit à 2,6 milliards d'euros en 2017 – contre 4,1 milliards en 2016 et 5,8 milliards en 2015 – la branche maladie de la Sécurité sociale a ainsi lancé un plan d'économies sans précédent, de plus de 4,1 milliards d'euros.

Pour atteindre ces objectifs, l'Assurance maladie mise en particulier sur l'efficacité de la dépense hospitalière, sur la chirurgie ambulatoire (qui permet d'être opéré le matin et de sortir de l'hôpital dans la journée), sur la maîtrise des prix des médicaments et le développement des génériques... Mais aussi sur ce qu'elle appelle « *la pertinence et le bon usage des soins* » et qui intègre notamment des examens prescrits à meilleur escient, une réduction des actes inutiles, une prise en charge plus efficace et une régulation des honoraires.



Face à cet impératif économique, de nombreux acteurs appellent de leurs vœux une réforme « structurelle » du système de santé.

#### **Les réseaux de soins, un levier d'innovation**

« La modernisation de notre système de santé passera nécessairement par une refonte créative du fonctionnement de nos institutions de santé. Élus et professionnels doivent travailler main dans la main pour moderniser notre système de soins », estime ainsi Jean-François Tripodi, directeur général du réseau de soins ouvert **CarteBlanche** Partenaires. « Les réseaux de soins ont démontré leur efficacité dans les domaines de l'optique, de l'audioprothèse ou du dentaire par exemple, qui représentent des postes de dépense importants pour les patients mais aussi pour l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires ».

Rappelons que les réseaux de soins ouverts comme **CarteBlanche** Partenaires sont agréés par des organismes de complémentaire santé et contractualisent avec des professionnels de santé (opticiens, dentistes, audioprothésistes, etc.) qui s'engageant à respecter un certain nombre de critères qualitatifs et tarifaires en contrepartie de services dédiés et d'une liberté d'adhésion totale.

« Notre objectif est d'optimiser les parcours de soins des patients, dans une démarche partenariale avec les acteurs de leur prise en charge, notamment les professionnels de santé et les assureurs, explique Jean-François Tripodi. Nous mettons en oeuvre des solutions organisationnelles, économiques ou techniques pour garantir aux assurés une qualité de soins maximale tout en participant à la maîtrise des dépenses de santé. Nous cherchons en permanence à améliorer l'équilibre entre l'intérêt économique du patient, celui des professionnels de santé, et celui des assureurs. C'est le seul moyen de pérenniser notre système de santé sans mettre en péril la qualité des soins ».

Ces dispositifs peuvent en effet constituer de puissants leviers d'innovation en matière de services aux patients (tiers payant généralisé, qualité des prestations, tarifs négociés, services inclus, etc.) mais aussi en matière de prévention et de plus grande efficacité de l'organisation des soins.

#### **Réorganiser le système de soins**

Afin de réduire les durées de séjour à l'hôpital, le développement de la chirurgie ambulatoire est également l'une des pistes privilégiées par les acteurs de la santé. Le taux de chirurgie ambulatoire est ainsi passé de 32 % en 2007 à 43 % en 2013 et pourrait atteindre 55 % en 2017. Selon l'Assurance-maladie, environ 10 % des séjours de chirurgie peuvent ainsi basculer de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire.

Aux Etats-Unis, le taux de chirurgie ambulatoire atteint 80 %. Il existe donc de considérables marges d'amélioration, d'autant que les progrès de la médecine vont dans ce sens. De plus en plus

d'opérations sont en effet aujourd'hui possibles en ambulatoire, comme par exemple l'opération de la cataracte ou les poses de prothèses.



« En 2013, les soins hospitaliers représentaient encore en France 39 % de la dépense de santé contre 29 % en Allemagne. À l'inverse, les soins ambulatoires ne représentaient qu'à peine plus de 25 % des dépenses (32 % en Allemagne) », note l'Institut Montaigne.

Les durées de séjour moyennes à l'hôpital en France (9,2 jours) sont également supérieures à la moyenne des pays de l'OCDE (8 jours), tandis que le taux d'occupation des lits est inférieur (75 % pour la France contre 78 % en moyenne dans l'OCDE).

L'hôpital est en effet organisé aujourd'hui de telle sorte à traiter les épisodes aigus alors que les maladies deviennent de plus en plus chroniques. L'offre de soins doit donc s'adapter à cette nouvelle donne. Il s'agit donc de mettre en place des parcours de soins personnalisés en fonction de l'état de santé du patient, intégrant la médecine de ville et l'hôpital. Ce qui implique aussi une reconfiguration de l'offre hospitalière et une nouvelle organisation du système de soins au niveau local.

La médecine de ville doit également être consolidée, notamment en favorisant le regroupement des généralistes. En France, seuls un tiers des médecins exercent aujourd'hui au sein d'un « cabinet de groupe », alors que cette pratique est majoritaire chez plusieurs de nos voisins européens comme les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou la Suède. Elle permet notamment de réaliser des gains de productivité et de mieux organiser la permanence des soins.

Le regroupement des médecins en équipes pluridisciplinaires est également à encourager car, outre tous les avantages précédents, il favorise la coordination des prises en charge. Le développement des maisons de santé figurait d'ailleurs en bonne place dans les programmes des principaux candidats à la présidentielle.

A lire aussi :

- Deux tiers des Français s'estiment en 'bonne santé'
- Pour les Français, la technologie n'améliorera pas leur santé
- Santé : 'un tiers des médicaments ne sert à rien'

Illustration bannière © Have a nice day Photo – Shutterstock