

# Vérité et courage pour rénover le système de santé

Pierre Zervudacki (60)

L'AVENIR DU SYSTÈME de santé est la priorité de l'association X-Santé et nous l'envisageons avec des convictions.

Le système de santé et la médecine sont fondés sur des **valeurs que nous défendons aux côtés des professionnels et des patients**. Ni l'équité devant la maladie, ni la solidarité entre générations et catégories sociales, ni la déontologie médicale, ni le respect de l'homme ne peuvent être remis en question pour des raisons économiques, même conjoncturelles.

**La science est au cœur de l'action**, non au second plan. Il faut privilégier et anoblir la recherche scientifique, l'impact de l'économie de la santé, la méthodologie, la rigueur et l'objectivité dans les domaines du médicament, de la prévention, de la gestion, de la qualité des pratiques. La création d'une Haute Autorité, maître d'œuvre d'une démarche scientifique systématisée, est un premier pas. Encore faut-il qu'elle devienne un contre-pouvoir efficace et incontournable.

**La rénovation du système de santé est inéluctable mais ne peut réussir dans la continuité du scénario des vingt dernières années, illustration du mythe de Sisyphe, donc il faut changer de "paradigme" :**

- c'est d'abord un enjeu de méthodes et de concepts d'économie et de gestion de la santé : à l'amont, une stratégie à long terme, la planification des ressources, des métiers, structures et expertises, à l'aval, des budgets prévisionnels fondés sur des objectifs de coûts et des processus de soins ;
- le travail précédent se nourrit de données objectives reliées à des faits

réels, alors que l'usage est d'interpréter les chiffres de la santé pour justifier des décisions opportunistes ; l'opacité du monde de la santé est sans équivalent dans la vie économique et sociale ;

- le changement n'est pas un choix financier mais structurel et culturel. Il demande, entre autres, aux deux millions de personnes qui vivent des dépenses de santé de faire ce qu'un ancien président du Conseil de l'Ordre des médecins appelait la "révolution **culturelle** de la qualité" ; la régulation des tarifications n'est pas une menace si elle se place dans un cadre de politique des revenus équitable et de modes de fonctionnement modernes autour de systèmes d'information ;

- il y a **sûrement** une **bonne** solution de rénovation du système de santé. Le chantier sera long et aurait déjà démarré si les peurs et les corporatismes n'avaient eu raison de la vérité et du courage. La gravité du contexte actuel suffira-t-elle à ramener la sagesse ?

Ce texte n'engage que son auteur qui souhaite ouvrir le débat au sein de X-Santé, puis l'élargir à d'autres cénacles, si possible. Il est trop bref pour développer les affirmations tirées d'études citées en référence.

## Dépenses, insuffisances, tendances

On ne peut rapporter ici des chiffres tirés des documents spécialisés. Pour cela on peut lire [1, 3, 4]. Et, bien sûr, le rapport de la Cour des comptes\*. Le fait notoire est que le désastre finan-

cier de l'année écoulée n'est que faiblement dû à la croissance de la demande de soins. Sont rapportés des faits précis : le coût de la RTT (les 35 heures) non comptabilisé en 2001 et 2002 et imputé en 2003, les augmentations des honoraires médicaux et des coûts des établissements de soins (plus dans le privé que dans le public) considérables pour une seule année (5 à 8 %), le déremboursement des médicaments à **service médical rendu insuffisant** (le fameux SMRI) reporté, et pléthore d'abus de prescription et de tarification : gabegie de transports de malades, etc.

Pour l'auteur de ce texte, ce constat accablant prouve que la fatalité n'existe pas et s'oppose au message simpliste de l'usager irresponsable donc coupable. L'imputation prochaine d'un euro par consultation ressemble à une mauvaise régulation par la sanction collective. Or, les vrais abus sont connus : veut-on sanctionner leurs auteurs, les fraudeurs et éliminer les causes ?

La dégradation de la situation économique depuis l'envolée du chômage affaiblit irrémédiablement le niveau de recettes. Les augmenter prive l'économie d'autres investissements ou consommations, affaiblit la croissance et renforce la spirale du déficit.

Il n'y a pas d'excès de la demande de soins, bien au contraire. Différentes études [1, p. 27] montrent que le renoncement aux soins va de 40% à 10% pour plusieurs pathologies (dentaire, optique, en particulier), selon les catégories

\* Rapport écrit avec une rigueur et une pédagogie exemplaires, à lire absolument. [www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/seu2004/introduction.htm](http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/seu2004/introduction.htm)

sociales, la précarité et le chômage. La demande de soins du pays est inférieure de 12 % environ aux besoins. Le coût de la CMU représente moins de 1 % des dépenses pour quelque 6 millions de bénéficiaires [2]. L'accès aux soins reste très inéquitable.

D'autres études comparent les dépenses et l'efficacité dans les pays de l'Union européenne [1, p. 14] à celles de la France [4]. Il est sans doute contestable de rapprocher des systèmes aux usages et aux choix politiques différents. Quel Français aimerait se voir refuser la prise en charge de la dialyse au motif qu'il a plus de 65 ans ou celle de la prothèse de hanche, comme c'est le cas en Grande-Bretagne? Il y a pourtant des conclusions à retenir. La France dépense plus (9,5 % du PIB) que la moyenne de l'Union européenne (8 %). Or, l'état sanitaire y est plutôt moins bon. Les insuffisances majeures apparaissent :

- les comportements à risques sont en nombre démesuré dans la population active (20 % des 530 000 décès surviennent avant 65 ans), surtout chez les hommes. La politique de prévention est marginale (2 % du budget). Cela commence à changer (tabagisme, alcoolisme, accidents), par la contrainte financière et pénale ;
- la prescription de médicaments est excessive ou inadaptée et les risques iatrogènes font 8 000 décès par an ;
- les coûts sont supérieurs en France, bien que les médicaments soient moins chers que dans toute l'Union européenne ;
- la France a un meilleur résultat sur les pathologies lourdes (cancer, cardiovasculaire, etc.), mais est nettement moins performante sur les pathologies courantes, les soins dentaires et l'optique. On observe ainsi que la France est en pointe sur les soins innovants, dispensés surtout en milieu hospitalier, en retard sur des pratiques bien établies.

L'évolution des besoins de la population est-elle catastrophique? Ce n'est pas acquis si l'on admet le choix de la conjecture suivante à trois tendances :

- la prévention est fondamentale. Elle devrait éviter près de la moitié des décès avant 65 ans, très coûteux en soins et en conséquences sociales. La

maîtrise des risques de toute nature diminuerait toutes les prévalences, c'est le but d'une politique de santé publique ;

- le vieillissement de la population susciterait une demande exponentielle. Il faut prendre l'affirmation avec prudence. La population sur laquelle s'établit le constat actuel est née à une époque qui ne connaissait pas la médecine actuelle. Néanmoins, il s'agit de personnes qui ont vécu avec peu de maladies lourdes, ont eu un comportement et une hygiène de vie convenables, ce qui augmente l'espérance de vie et diminue les besoins médicaux. Les pathologies lourdes sont plus nombreuses et plus probables après 65 ans, mais leur progression en valeur absolue n'est pas certaine : les maladies cardiovasculaires régressent, le nombre de cancers passe par un palier et la politique de dépistage après 50 ans aura un effet très sensible lorsqu'elle sera exhaustive et organisée. *Quid* des pathologies les plus développées à long terme? La seule croissance certaine vient des atteintes inéluctables et non létales de l'âge qui créent un besoin permanent de soins jusqu'au terme de la vie. La dépendance sous toutes ses formes, les maladies dégénératives (Alzheimer, Parkinson), qui ne sont pas guérissables à l'heure actuelle, nécessitent un environnement social et familial plus coûteux que les soins médicaux. Pourtant, la société a un devoir à l'égard de ceux qui ont encore à vivre dans la cité, entourés de leurs proches et ne peuvent être rejetés dans des mouiroirs. Structurellement, le coût des soins en maison médicalisée est plus élevé qu'à domicile ;

- le besoin de soins non satisfait constitue une priorité sociale immédiate et un choix sanitaire si l'on veut éviter de voir la santé des plus démunis se dégrader rapidement – y compris sur le plan mental.

Il est nécessaire de simuler ces différentes tendances pour valider les enjeux, planifier l'offre et les équilibres financiers ainsi que la tarification qui doit tenir compte des volumes de prestations sur les principaux besoins.

## Efficiencia, progreso, calidad

Il y a un consensus des réformateurs sur le principe de la qualité des organisations et de la médecine par l'évaluation des pratiques et l'accréditation des établissements. Mais "le terrain" ne partage pas cet "enthousiasme délirant". Tout est donc dans la vision objective du vécu et du but à atteindre. La médecine n'est pas rationnelle, répétitive et robotisée et c'est le facteur humain qui oriente le progrès et la qualité. Reste que la mauvaise qualité rend le "service après-vente" bien plus cher que le produit défectueux.

### La démarche du médecin

À ce jour, 35 % des pathologies connues sont guérissables avec un traitement à haute probabilité de succès. Les autres relèvent de soins innovants aux perspectives de réussite incertaines. Les référentiels et les guides de bonnes pratiques renforceront la probabilité de succès dans tous les cas. Si celle-ci est très élevée, le praticien se doit de suivre l'état de l'art. Sinon, c'est à lui d'exploiter librement le complément d'informations, et il est maître de sa décision. Il est louable que nombre de médecins proposent au patient d'avoir un autre avis pour s'informer des risques et des perspectives de traitement. Cette recherche de l'efficacité et du bon usage du principe de précaution entraîne une dépense plus importante mais hautement justifiée.

Le généraliste a vingt minutes pour écouter, comprendre, diagnostiquer, décider et prescrire. Sa marge d'erreur ou d'omission est forcément élevée, le champ des pathologies à détecter et la diversité des patients sont vastes. Son diagnostic s'appuie sur sa conviction et sur des preuves suffisantes fournies par les examens techniques sophistiqués. Si leur utilité est marginale, on parlera de dépense injustifiée. Sans leur prescription, on parlera de négligence ou d'incompétence. Les référentiels seront utiles pour diminuer le volume de prescriptions et les risques d'erreur, mais ils ne seront jamais exhaustifs. La médecine doit raisonner avec la maîtrise des risques. Qu'elle le fasse en dépensant plus une fois et

moins la seconde fois fait partie d'une stratégie "à somme positive" que la gestion courante n'enseigne pas.

### Les moyens techniques

Les nouvelles techniques ont un prix d'entrée élevé dont l'effet bénéfique se fait sentir sur les pratiques et la qualité dans la durée. Le coût complet d'une technique diminue rapidement en une dizaine d'années. La médecine n'échappe pas à cette règle de progrès et de productivité.

L'erreur grave dans un examen, surtout dans les analyses biologiques, a de lourdes conséquences et reste trop fréquente faute de vérification de la chaîne de production. Le perfectionnement et le contrôle qualité requièrent des investissements reportés dans les coûts.

L'imagerie nécessite un très haut savoir-faire. D'un praticien radiologue : "Nous ne tirons pas toutes les possibilités des machines, 10 % seulement de nos examens sont parfaits." D'un urologue : "Trois échographies de prostate faites en ville et en un mois sur un patient donnent des résultats différents, tous inexacts." Les cabinets concernés répondent que "chaque médecin a sa technique". C'est le cas insupportable du "mauvais pouvoir médical" qu'il faut éliminer par une réglementation des procédures techniques et l'encadrement éthique et financier de l'innovation.

### Le médicament

La politique du médicament est critiquée dans un autre rapport récent de la Cour des comptes.

Au premier chef, l'absence de stratégie pour améliorer les prescriptions. L'État se doit de fournir aux prescripteurs une information indépendante des laboratoires pharmaceutiques, retarde depuis dix ans la création d'une grande banque de données des justifications et modalités de prescription, des référentiels de bonnes pratiques, des indications découlant des autorisations de mise sur le marché (AMM).

L'achat auprès des industriels n'est pas fait au meilleur prix.

La liste des médicaments à SMRI est en attente.

À quoi servent les AMM, si on ne sait pas suivre à la trace le service rendu ?

L'absence de cohérence et de transparence est illustrée par la polémique sur l'homéopathie dont l'existence remonte à des dizaines d'années. Les scientifiques ont-ils du pouvoir dans ce débat opaque ? Le corps médical veut-il s'opposer aux laboratoires, si nécessaire ? Pourquoi la problématique du médicament n'est-elle pas **une priorité de la politique européenne, contrairement à la vache folle ?**

### Les hôpitaux

Ceux – peu nombreux – qui préviennent les dysfonctionnements sont déjà dans le haut de la qualité, ceux dont les usagers parlent en bien ont une bonne communication médecin-patient, ce qui est un signe. Savoir évaluer la satisfaction, faire de la surveillance des risques, bien communiquer au sein des services, c'est le début de la qualité totale qui doit mobiliser le monde hospitalier, public et privé. C'est un effort de tous les instants, auquel le management doit faire adhérer la totalité des agents. Les mentalités et les cultures sont mises à mal. C'est le prix à payer pour réussir. C'est le challenge des établissements qui veulent un avenir à dix ans.

### Discrédit de la réforme et de l'État

Le plan de 2004 est le quinzième depuis 1975 [1, 3, 4]. Tous ont échoué sur les défauts structurels et les excès du système. L'élévation de la dépense sur un demi-siècle se justifie en partie par l'amélioration notable de la santé. Mais l'absence de réponse aux insuffisances flagrantes est une faute politique.

L'État s'occupe de tout et cela n'a rien amélioré. Son rôle "non régalién" l'expose à être velléitaire. Ses multiples institutions n'ont pas empêché le drame du sang contaminé. Elles ont failli lors de la canicule de 2003. Face au désarroi des familles, des patients, des hôpitaux, elles n'ont apporté aucune réponse,

ni su prouver leur sollicitude et leur bon sens en se déployant sur le terrain.

Le ressentiment des personnels des hôpitaux est profond. Le nombre de lits a baissé de 20 % en dix ans, la durée moyenne de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique a baissé de 3 % par an depuis vingt ans. Or les charges et les budgets ont augmenté considérablement, le personnel soignant est insuffisant et quitte souvent la profession, les créations de poste sont pléthoriques en tâches administratives. Avoir l'effectif réglementaire au bloc opératoire est souvent inapplicable, assurer le rôle de toutes les équipes de nuit est très problématique, proposer un rendez-vous impose une attente de quatre mois. Comment justifier ce manque de respect des agents et des patients ? Etc.

### Recentrer l'État sur la stratégie, la planification et la méthodologie

Notre système de santé est fondé sur quatre principes [3, ch. 2 § 4] :

- ne pas laisser le marché réguler l'accès aux soins ;
- obliger tout citoyen à être assuré contre le risque maladie ;
- faire payer chacun selon ses moyens ;
- fournir les soins selon les besoins et non selon la contribution financière.

Sans intervention publique vigilante, cela serait impossible. Mais l'État doit se limiter à ce qu'il doit faire – et bien, car il le fait mal –, **la stratégie et la planification**, comme une entreprise qui fournit des services et des produits. Pour cela, un ensemble de missions régaliennes – ni de droite ni de gauche – financées par le budget de l'État et réalisées par ses services centraux et régionaux sont incontournables :

- observer et mesurer l'état de santé des populations, les comportements sanitaires, les modes de vie, les rapprocher des situations démographiques et sociales, en vue de définir les besoins de soins ;
- rapprocher l'épidémiologie, les ressources médicales, les prestations et traitements pour évaluer l'efficacité des dépenses ;
- faire de la prévention, de l'éduca-

tion et de l'information pour maîtriser les comportements individuels à risques, réduire la prévalence globale, remédier aux inégalités d'accès aux soins ;

- fixer les cahiers des charges et les missions des personnels de santé pour répondre aux situations sanitaires ;
- prévoir les suites sociales consécutives aux situations de dépendance de handicap ;
- fixer les objectifs d'un programme national de R&D exhaustif de toutes les disciplines contribuant à la santé (biologie, recherche clinique, gestion, économétrie, éthique et droit, épidémiologie, systèmes d'information, qualité totale), donner les moyens de le réaliser ;
- approuver et contrôler les choix et missions de l'assurance maladie.

**La planification traduit les résultats de ces missions.** L'État fixe des directives qualitatives aux agences régionales, maîtres d'œuvre de l'allocation des ressources et de la préparation des budgets. On ne traite pas la canicule à Cherbourg comme à Perpignan et on doit être près du terrain pour bien décider et agir vite sans une cascade d'autorisations. La planification décentralisée permet le rééquilibrage entre régions, l'adaptation des soins aux contraintes territoriales, la gestion des personnels selon les besoins, etc.

**La méthodologie est d'utilité publique.** Comment planifier et bien gérer sans les outils de mesure et d'analyse ? L'offre est une approche globale des besoins de soins, de la dépense et de l'efficacité. Les décisions ne sont pas arbitraires quand elles sont prouvées, pour la prévention et le dépistage, pour l'efficacité des traitements et la comparaison des coûts, etc.

L'exemple du PMSI est significatif du déficit de méthodologie antérieur. Il a été détourné de sa finalité [3, ch. 9] et n'a pas abouti à la tarification à la pathologie. Notre système de santé "ne dispose d'aucun système d'information lui permettant de rapprocher les pathologies des traitements appliqués par les médecins" [3, ch. 2]. Seul un État ambitieux pourra mobiliser sur le développement méthodologique, enjeu majeur d'une réforme sérieuse.

À ce jour, les administrations, la CNAMTS, quelques centres de recherche détiennent une partie des attributions et des compétences relatives aux missions définies ci-dessus. On pourrait les harmoniser sans attendre pour créer une autre dynamique.

## Les acteurs de terrain face aux réformes

Que l'État se désengage de l'assurance maladie ne prouve pas, bien entendu, que la dépense sera maîtrisée par miracle. Mais c'est la condition nécessaire d'un choc culturel. Patients, professionnels et régimes d'assurance devront s'entendre directement pour adapter les structures de soins et leurs modes de fonctionnement, fixer les tarifications, atteindre les objectifs d'efficacité et de qualité. Ils ne pourront plus donner une coloration politique à leurs surenchères corporatistes, ni se défausser de leurs conflits sur l'État. Il est plus facile de s'opposer ensemble à l'État que d'opposer ouvertement le médecin ou l'hôpital au malade.

Si les parties refusent la régulation des dépenses et les choix pour y parvenir, on retrouve le risque d'une médecine à deux vitesses, tout aussi latent dans une politique de rationnement des soins ou de régulation par le marché. La fixation de la tarification est le nœud gordien du changement. Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a souligné le manque d'équité et de rationalité de la tarification administrée [5, p. 19-20]. Il faut donc faire confiance aux acteurs de terrain. À l'État de montrer son autorité par une stratégie claire et cohérente et sa modestie par les limites de sa fonction. Alors, le décor sera planté pour engager les changements structurels.

## Le système rénové, médiation, offre de soins, tarification, régulation

**Nous esquissons ce qui serait à développer en cent pages, en faisant, hélas, l'impasse sur les systèmes d'information.**

1) On ne basculera pas le jour J à 0 heure de l'ancien système au nouveau, mais il y aura des métamorphoses successives. Chaque étape validera, par des expériences en vraie grandeur, la faisabilité de ce qui peut changer. Cela suit un processus de R & D : concept innovant, prototypage, évaluation, lancement, industrialisation.

2) Le concept générique se dessine pour intégrer les problématiques de soins, de dépenses et de régulation. Un **organisme médical OM** achète aux soignants et aux industriels des soins et des biens destinés à des patients. L'OM négocie les prix d'achat et la tarification de l'offre – donc agit sur le financement global des agents, facture le remboursement des frais au régime obligatoire (RO) et aux régimes complémentaires (RC) et au patient le solde à sa charge. Créer plusieurs OM permet une mise en concurrence en matière de qualité et de coût et peut traiter des problématiques particulières de région, d'épidémiologie, de prévention. L'État, RO et RC décident de la **qualification de l'OM** sur la base d'un cahier des charges, vérifient que ses ressources médicales sont cohérentes avec les choix politiques et la planification régionale. L'OM applique une charte éthique et s'engage sur un volume critique de soins achetés et fournis. Les OM sont ouverts à tous, sans discrimination, restent strictement à but non lucratif, ce qui ne veut pas dire sans rigueur de gestion ! De son côté, le patient s'inscrit à l'OM de son choix, pleinement informé sur le contrat et la description de l'offre de soins. Il s'engage pour une durée précise et peut ne pas renouveler le bail. Les hôpitaux de statut public, tout en conservant ce statut et leur indépendance médicale, ne reçoivent plus de dotation publique, mais doivent vendre leurs services aux OM. **Médiateur entre les patients, les soignants et les payeurs, l'OM voit sa mission ambitieuse se dessiner autour de critères d'action, de choix microéconomiques et de redistribution macroéconomique** (voir 5).

Il y a un maître d'ouvrage de l'assurance maladie (RO + RC) et un maître d'œuvre (OM) des soins. Il n'y a plus

deux offres de soins avec deux enveloppes financières séparées, la dotation des hôpitaux par l'État et celle des libéraux par la CNAMTS. Cela rationalise l'offre et c'est stratégique en vue de la régulation.

### 3) Les critères d'action sont porteurs de nouveaux modes de fonctionnement, d'une efficacité médicale supérieure et d'une chasse systématique aux abus.

Le patient soumis à un dépistage de cancer, par exemple, ne doit plus faire la démarche actuelle : généraliste, spécialiste, analyses, imagerie, biopsie, en sollicitant lui-même les soignants (en fait il ne connaît que le premier) pour fixer des rendez-vous. Il aura un guichet unique de "filrière de soins" constituée de soignants accrédités et coordonnés par l'OM qui achète les médicaments remboursables, choisit les bonnes officines et leur confie le suivi de prescription et la iatrogénie, les laboratoires et hôpitaux, les soignants libéraux encouragés à l'évaluation des pratiques au sein de l'OM. Tout cela relève du **bon sens** et de la **rigueur** à échelle humaine dans la relation client-soignants. Naturellement, le réseau de guichets et de soignants est ouvert 24 heures sur 24, sait prendre en charge les urgences de ses patients pour trouver le médecin ou l'hôpital, faire le nécessaire pour obtenir les rendez-vous. L'OM contrôle les justifications de frais et refuse de payer des factures inconsidérées, car le patient n'a pas pris sur les prestataires. Peut-il refuser de régler des actes injustifiés ou une journée de bloc opératoire pour une intervention ambulatoire d'une demi-heure? Il sera traîné devant les tribunaux par les fraudeurs qui auront gain de cause. Il faut méditer ces propos d'un directeur de clinique : "La facture envoyée à la Sécurité ne vous regarde pas, ce n'est pas vous qui payez."

4) **La gamme de tarifs ressort de critères de choix microéconomiques pour convenir d'une politique des revenus des soignants et d'une régulation des dépenses.** L'OM fera accréditer ses tarifications par les RO et RC. Les soignants ne peuvent qu'adhérer

à la négociation bilatérale d'une tarification souple et diversifiée alors qu'ils étaient en tarification administrée imposée. On connaît les formules possibles pour rémunérer les soignants : paiement à l'acte (pour tous les soins ambulatoires, hôpitaux publics inclus), à la pathologie (pas appliquée en France mais beaucoup aux États-Unis), à l'activité pour le budget des établissements de soins depuis 2004, à la capitation, paiement forfaitaire d'un soignant pour tous les actes dispensés à une personne. On peut prendre un exemple. En région rurale peu peuplée, à dominante de personnes âgées, il faut maintenir le **lien du médecin de famille** – ailleurs aussi –, éviter le délabrement de la santé des plus démunis et des isolés, encourager les médecins à s'y installer. Plutôt que le paiement à l'acte, on va proposer une capitation incitative aux généralistes, afin qu'ils suivent leurs patients régulièrement. Cela peut s'étendre partout à la gériatrie, au diabète, à l'épilepsie, aux soins dentaires, c'est-à-dire à ce qui est récurrent et courant (effet de masse). La formule ne doit pas être aussi favorable pour les grandes villes que pour les hameaux et les communes pauvres, et doit avoir des retombées de régulation. À l'inverse, pour les maladies coûteuses, la tarification à la pathologie deviendra inéluctable. Une tarification est faite pour évoluer en fonction de critères prouvés, comme la diversité et la complexité des pathologies, la qualité des soins, les conditions d'exercice.

5) Les dotations budgétaires actuelles sont fonction de la densité de l'offre de soins, ce qui attribue plus d'argent par habitant pour les régions riches les plus consommatrices de soins, alors que l'on veut plus d'égalité dans l'accès aux soins et moins de déséquilibre de la densité de soignants. Les ressources inutiles ou invendables doivent disparaître. **L'ensemble des OM permet une redistribution macroéconomique positive entre patients, entre soignants et entre régions, la diversité des tarifications et la nature des besoins de soins risquent de le faire également, mais dans un sens négatif.**

Il faut éviter le surnombre de pôles d'excellence hospitaliers qui se ferait au détriment des pathologies courantes moins rémunérées et de l'accueil des malades dépendants. Chaque OM doit avoir un réseau complet d'établissements et de médecine ambulatoire pour tous les besoins, réguler la dépense, mais aussi empêcher les déséquilibres endogènes de l'offre. On ne fera de transplantations ou de fécondation *in vitro* que dans un nombre très limité de pôles. De surcroît, il faut revoir la situation financière latente des RC : s'il est clair que la dépense nationale peut et va baisser et que RO en bénéficiera, il y a un risque de redistribution entre RC selon que les particuliers et les contrats d'entreprises choisiront tel ou tel OM. Aux RC de s'y préparer, dans une saine approche de concurrence.

6) On ne parlera des personnels des OM que pour dire qu'ils feront des métiers d'ingénierie médicale, de systèmes d'information, des achats, de l'organisation et du service.

**Pour conclure sur un message au lecteur**, celui-ci aura compris le triple souci de l'auteur :

- monter et montrer le puzzle de la vérité ;
- refuser le paradigme de l'échec et la fatalité de l'impuissance ;
- esquisser ce qui est le coup d'envoi de la rénovation.

**Il faut dire la vérité et avoir le courage de regarder les obstacles pour les franchir avec cœur et intelligence.** ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] *Régulation du système de santé. Rapport du Conseil d'analyse économique.* Michel MOUGEOT, Béatrice MAJNONI D'INTIGNANO, Tony ATKINSON, Yves DIMICOLI, Jean-Jacques ROSA, Dominique BUREAU, Laurent CAUSSAT, Dominique HENRIET, Jean-Charles ROCHET. La Documentation Française. 1999.
- [2] *La lettre du fonds CMU.* Juillet 2004.
- [3] *Économie de la santé.* Béatrice MAJNONI D'INTIGNANO, avec la collaboration de Philippe ULLMANN. THEMIS. PUF. Édition 2001.
- [4] *Évaluation de l'efficacité du système de soins français.* Annexe au rapport 1. Frédéric RUPPRECHT.
- [5] *Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé.* Dominique HENRIET, Jean-Charles ROCHET (en annexe de [1]).