

ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE DU 14 JUIN 2013

**SYNTHÈSE DES AVIS DES COMMISSIONS SUR LA NOTE
DE LA COMMISSION « AFFAIRES SOCIALES, CULTURELLES,
SPORTIVES, SOLIDARITÉ ET ÉGALITÉ DES CHANCES »**

**INTITULÉE :
« NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ MALADE DE SES PARADOXES ? ... »**

Adoptée à l'unanimité des membres présents et représentés

CONSEIL ÉCONOMIQUE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL RÉGIONAL

10, rue du Béarn - B.P. 7191
97719 Saint-Denis MESSAG Cedex 9

Tél. : 0262 97 96 30
Fax : 0262 97 96 31

ceser-reunion@ceser-reunion.fr
www.ceser-reunion.fr

Les Commissions soulignent qu'il ne s'agit que d'une note et que malgré le titre « Notre système de santé malade de ses paradoxes ?... », celle-ci n'a pas la prétention de traiter les différents aspects de la problématique annoncée.

S'agissant des médecins, la Commission ne s'est attachée qu'à la démographie médicale et par conséquent à leur nombre et à son évolution. Beaucoup reste à dire sur leur mode d'exercice, la répartition de leur temps de travail, la liberté de leur installation, le numerus clausus, la forte consommation et le stockage des médicaments ... En ce qui concerne ce dernier point, il faut noter que l'importation de médicaments représente des centaines de milliers d'euros et dépasse largement nos exportations en sucre.

Sur le strict plan de la démographie médicale, les Commissions notent que la densité médicale réunionnaise est 1,5 fois inférieure à celle de la Métropole.

Il existe cependant, un autre indicateur, l'Indicateur de Développement Humain (IDH). L'IDH utilisé par le PNUD¹ pour apprécier le niveau de développement des pays, sans en rester simplement à leur poids économique mesuré par le P.I.B. intègre les données ayant trait à :

- l'espérance de vie à la naissance (qui donne une idée de l'état sanitaire de la population du pays),
- le niveau d'instruction mesuré par la durée moyenne de scolarisation et le taux d'alphabétisation.

Lors de la conférence-débat² du 23 novembre 2012 organisée par la Délégation sénatoriale à l'Outre-mer, il a été souligné que la Réunion était à la 72^{ième} place du classement annuel du PNUD (2012 - pour les pays à IDH élevés) ; la France métropolitaine se situant à la 20^{ième} position. La Martinique et la Guadeloupe figurent, elles, à la 40^{ième} place de ce classement.

Par ailleurs, les Commissions relèvent qu'il existe 115 médecins psychiatres à la Réunion et y voient la marque d'un malaise social très prégnant. À l'inverse, elles notent une diminution programmée du nombre de médecins du travail, signe d'une faible préoccupation pour la prévention. Pourtant, les Commissions s'accordent à dire qu'il s'agit d'une priorité.

En matière de prévention, le travail exemplaire fourni par la médecine scolaire est souligné, ce malgré les effectifs très réduits de ce corps – environ une dizaine pour tous les établissements. Ne faudrait-il pas étoffer les équipes afin de leur permettre outre des actions de dépistage, de piloter des ateliers de sensibilisation sur divers thèmes en direction des enseignants et des élèves.

Il est d'autre part à regretter que les interventions du monde associatif en matière de planning familial aient cessé en milieu scolaire tant le problème des grossesses précoces est préoccupant.

En ce qui concerne l'état de santé de notre région, les Commissions sont interpellées par le taux de diabétiques et sa constante augmentation. Elles approuvent l'objectif de la Commission « Affaires sociales, culturelles, sportives, Solidarité et Égalité des chances » d'approfondir ce sujet. Dans cette optique, elles suggèrent de s'attacher tant à l'aspect historique qu'ethnologique de cette pathologie.

1 PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement.

2 Synthèse de cette conférence avec l'AFD, au Palais du Luxembourg, « Le développement humain et la cohésion sociale dans les Outre-mer ».

ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE DU 14 JUIN 2013

**NOTE DE LA COMMISSION
« AFFAIRES SOCIALES, CULTURELLES, SPORTIVES, SOLIDARITÉ ET
ÉGALITÉ DES CHANCES »**

**DU CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL
RÉGIONAL**

**INTITULÉE :
« LE SYSTÈME DE SANTÉ : MALADE DE SES PARADOXES ? ... »**

Adoptée à l'unanimité des membres présents et représentés

CONSEIL ÉCONOMIQUE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL RÉGIONAL

10, rue du Béarn - B.P. 7191
97719 Saint-Denis MESSAG Cedex 9

Tél. : 0262 97 96 30
Fax : 0262 97 96 31

ceser-reunion@ceser-reunion.fr
www.ceser-reunion.fr

SOMMAIRE

Introduction	3
I. Constat	4
1. Rappel du défi démographique de la Réunion : jeunesse et vieillissement de la population	5
2. Fragilité de la population	5
3. L'offre médicale	5
a) Les effectifs	5
b) La densité	6
c) Les caractéristiques des professionnels	7
d) Le taux de croissance	7
4. La demande	7
II. Diagnostic	8
1. En termes d'approche économique	8
2. En termes d'approche sociale et humaine	9
3. Un bilan paradoxal	10
III. Préconisations	10
1. Changer de logique	10
2. Changer de vision sur notre territoire	11
3. Prioriser la prévention	11
4. Rendre le patient acteur de sa santé	11
5. Organiser différemment les filières de soins	12
6. Faire évoluer les modes d'exercice de la profession médicale	13
7. Créer un contre-pouvoir contre le système	14
8. Légiférer et appliquer des normes	14
9. Reconnaître les médecines ancestrales traditionnelles	14
Conclusion	15

Publications particulières du CESER se rapportant au sujet de la présente note :

- *Les personnes âgées à la Réunion : anticiper les risques et les besoins (Assemblée plénière du 28 juin 2011)*
- *Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes ; un défi (Assemblée plénière du 19 novembre 2008)*
- *Éléments de réflexion sur le Schéma de services collectifs de l'enseignement supérieur et de la recherche pour la Réunion (Assemblée plénière du 1^{er} avril 1999)*

INTRODUCTION

La santé d'une population est un enjeu majeur.

Savoir si les professionnels de santé sont en nombre suffisant et notamment les médecins, « détenteurs de la science qui vise la conservation et le rétablissement de la santé » qui « pratiquent l'art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme ».

S'interroger sur le nombre de médecins et son évolution (démographie médicale) sur un territoire, sur la qualité de la médecine, sur l'organisation et l'accès aux soins, paraît donc important.

La diminution drastique du *numerus clausus*¹ dans les années 90 a déclenché une offensive de la part des professionnels de santé et de leurs représentants qui brandissent aujourd'hui le spectre d'une pénurie de médecins et d'une crise sanitaire à l'horizon 2020.

Dès lors, les questions suivantes méritent d'être posées : la Réunion manquera-t-elle de médecins demain ? Y aura-t-il, alors, une pénurie de soins.

La presse quotidienne locale se fait l'écho d'une opinion qui souligne les effets d'une situation, à certains égards, peu satisfaisante et qui témoignent d'une médecine libérale sinon en crise, du moins en profonde évolution :

- délais d'attente très longs (entre 6 et 9 mois) pour certaines spécialités (selon certaines zones) et notamment ophtalmologie, rhumatologie, pédiatrie, neurologie,
- certificats de décès quasiment impossibles à obtenir la nuit ou le week-end,
- gardes et visites à domiciles devenues exceptionnelles, ...

Mais ne faut-il pas, avant tout, se demander ce que signifient les termes "santé" et « être en bonne santé » ? Qu'est-ce que la santé ? Comment se définit-elle ?

Si pareillement à l'OMS², on définit la santé comme un «*état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*», il est clair que la problématique du risque de pénurie de médecins ne prend pas la même dimension.

Aussi, la présente note se propose d'approcher les problèmes de démographie médicale à partir d'un double point de vue :

- celui de l'économie de la santé d'une part,
- et d'autre part, celui du bien-être du citoyen.

Dans un second temps, elle traitera des conséquences issues de ces constats et des propositions qui en découlent.

¹ Numerus clausus : nombre fixe d'étudiants admis dans un cursus.

² OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

I. CONSTAT

1. Rappel du défi démographique de la Réunion : jeunesse et vieillissement de la population

La Réunion est le DOM le plus peuplé avec 839 500 habitants en 2011, selon l'INSEE³.

Sa population connaît une hausse annuelle de 1,5 %. Cette croissance démographique est la conséquence notamment d'une fécondité qui reste supérieure à 2,05 (seuil de renouvellement ou de remplacement des générations) avec 2,38 enfants par femme.

Ainsi, les Réunionnaises ont mis au monde 14 300 bébés en 2009⁴.

Après plusieurs années consécutives d'augmentation, ce nombre de naissances diminue légèrement. Le taux de natalité (17,3 ‰) se situe, malgré tout, encore très au-dessus de celui de la France métropolitaine (12,6 ‰). En 2040, 25 % des Réunionnais devraient avoir moins de 20 ans.

Mais, ce n'est plus un secret⁵, si la population réunionnaise vieillit, comme la population au plan national, elle vieillit plus vite et plus mal que celle de la France métropolitaine.

Bien que parmi les plus faibles des régions françaises, l'espérance de vie réunionnaise continue à progresser ; elle se situe, à la naissance, à :

- 74,9 ans pour les hommes

- et 82,7 ans pour les femmes.

(En France métropolitaine, l'espérance de vie est de 77,8 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes).

Les personnes âgées, bien que leur nombre soit en nette augmentation par rapport à 1992, sont encore peu nombreuses. Aujourd'hui, les plus de 60 ans représentent 89 200 personnes, soit 11,3 % de la population. Mais en 2040, elles seront 3 fois plus nombreuses et représenteront 25 % de la population totale.

Suivant les projections⁶, on assisterait à un doublement de la population âgée dépendante d'ici 2030 : d'environ 14 000 aujourd'hui, elle serait entre 27 000 et 29 000 en 2030.

Ces caractéristiques de la population réunionnaise, très brièvement tracées, induisent bien évidemment des besoins particuliers en matière de santé et impactent fortement la problématique de la démographie médicale.

Jeunesse mais aussi vieillissement de la population réunionnaise, tels sont les enjeux qui se présentent à nous.

LA REUNION EN 2040

25 % MOINS DE 20 ANS	50 % ENTRE 21 ET 59 ANS	25 % PLUS DE 60 ANS
-----------------------------	--------------------------------	----------------------------

³ Extraits de la dernière publication INSEE concernant la population au 1er janvier 2011, sur son site internet.

⁴ Insee Réunion TER 2011 (pages 38-40 et 48-49).

⁵ Cf. contribution du CESER de 2011 « Les personnes âgées à la Réunion : anticiper les risques et les besoins ».

⁶ Actes du colloque de l'aide à la personne des 29 et 30 novembre 2010 page 26.

2. Fragilité de la population

Autre caractéristique majeure de la Réunion : la précarité sociale.

52 % de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté⁷, avec tous les effets que cela implique : conditions de logement précaires, défaut d'hygiène notamment alimentaire, ... qui constituent un terreau de risques marqués.

3. L'offre médicale

Le terme d'offre, ici utilisé, n'est pas anodin. C'est celui employé par les autorités de santé. Il témoigne du constat effectué par la Commission que la santé est un « marché », au même titre que d'autres secteurs de l'économie.

Quelle est la situation à la Réunion et quelles sont les caractéristiques de ce marché ?

a. Les effectifs

Suivant le recensement des professionnels de santé⁸ publié par l'Agence Régionale de Santé Océan Indien (ARS OI), la situation au 1er janvier 2012 est la suivante : **2 121 médecins sont en activité à la Réunion dont :**

- **1 103 généralistes,**
- **1 018 spécialistes.**

Le secteur libéral attirant davantage les généralistes (72 %) que les spécialistes (41 %), il existe 789 médecins généralistes (omnipraticiens) et 421 médecins spécialistes libéraux, soit au total : **1 210 praticiens libéraux.**

Généralistes /Omnipraticiens		1 103
Spécialités médicales		584
Dont :		
Anesthésie-Réanimation	119	
Pédiatrie	104	
Radio-diagnostic	75	
Cardiologie/maladies vasculaires	60	
Gastro-entérologie/ hépatologie	30	
Spécialités chirurgicales		224
Dont :		
Gynécologie-obstétrique	63	
Ophtalmologie	42	
Chirurgie générale	28	
O.R.L et chirurgie cervico-faciale	27	
Biologie médicale		25
Psychiatrie		115
Médecine du travail et santé publique		67

⁷ Il s'agit du seuil de pauvreté national fixé à 911 euros.

⁸ Données du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) - dossier statistiques de juillet 2012 de l'ARS OI.

b. La densité

Médecins généralistes

	Effectifs	Statut libéral	Salarié	Densité*
Territoire Nord-Est	439	287	146	138
Territoire Ouest	289	221	64	137
Territoire Sud	376	282	91	130
La Réunion	1 103	789	301	135
Densité Métropole				162

Médecins spécialistes

	Effectifs	Statut libéral	Salarié	Densité
Territoire Nord-Est	441	189	231	139
Territoire Ouest	212	106	102	103
Territoire Sud	361	127	220	125
La Réunion	1 018	421	554	125
Densité Métropole				172

*La densité est le nombre de médecins rapporté à 100 000 habitants, sauf pour les pédiatres dont le nombre est rapporté à celui des enfants de moins de 15 ans et les gynécologues dont le nombre est rapporté à celui des femmes de 15 ans et plus.

Selon l'ARS OI⁹, la densité de l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes) demeure inférieure à celle observée en Métropole. Elle y est environ une fois et demie moins élevée. Mais, l'écart s'avère encore plus significatif selon que sont examinés les chiffres relatifs aux médecins généralistes ou à ceux des médecins spécialistes.

Au-delà de cette sous dotation comparée, il existe de grandes disparités de densité suivant à la fois les différents territoires de santé (au nombre de 3) et le statut du médecin.

De manière synthétique, il résulte que l'ensemble du territoire Nord-Est est le mieux doté. Le Sud affiche la plus faible densité de généralistes et l'Ouest la plus faible densité de spécialistes.

Ainsi que l'exprime l'ARS OI dans sa dernière édition statistique de juillet 2012, « les médecins généralistes libéraux sont présents sur l'ensemble du département. L'approche infra-communale permet d'observer 2 phénomènes :

- une concentration de la densité dans les centres villes de chaque commune,
- une absence de généralistes dans les hauts ou les écarts de l'île ».

« La concentration des spécialistes est plus flagrante » :

- ils se trouvent en centres villes,
- et de surcroît surtout dans les communes les plus densément peuplées (Saint-Denis, Saint-André, Saint-Benoît, Saint-Pierre, Le Tampon, Saint-Paul et le Port).

⁹ ARS OI Agence Régionale de Santé Océan Indien.

c. Les caractéristiques des professionnels

- AGE

Qu'il s'agisse des généralistes ou des spécialistes, l'âge moyen des médecins à la Réunion, avoisine les 50 ans. **La part des plus de 55 ans s'élève à 33 % pour les généralistes et à 37 % pour les spécialistes.** La part des moins de 35 ans est de 7 % chez les généralistes et de 10 % chez les spécialistes.

Ces caractéristiques sont proches de celles de la Métropole.

Ainsi, la part des médecins susceptibles de partir à la retraite à moyen terme est importante. Elle l'est encore plus chez les spécialistes.

Selon l'Ordre national des médecins, l'âge moyen du départ à la retraite dans les DOM est de 67 ans. Il convient toutefois de garder à l'esprit qu'il faut entre 9 et 12 ans pour former respectivement un généraliste et un spécialiste.

- SEXE

Les femmes représentent un peu plus de 30 % des médecins généralistes et spécialistes à la Réunion, tout comme en Métropole.

- STATUT

La grande majorité des généralistes exercent en libéral (72 %).

Alors que les spécialistes ont, en majorité, un statut salarié (près de 60 %).

d. Le taux de croissance

Suivant l'ARS OI¹⁰, **l'augmentation** des généralistes et spécialistes sur l'île est non pas stoppée mais **ralentie** depuis quelques années. Il ne s'agit pas d'un phénomène particulier à la région Réunion.

Sur la période 2005-2010, le taux annuel d'accroissement s'élève à 3 % tant pour les généralistes que pour les spécialistes.

4. La demande

Afin d'apprécier la situation et d'évaluer ce marché de la santé, en termes de logique économique, il convient de connaître la demande et de s'interroger ensuite sur l'adéquation entre l'offre et la demande.

Cependant, tant les autorités que les acteurs intervenant dans ce secteur n'ont pu éclairer la Commission sur cette demande. Aucune étude n'est disponible sur le sujet.

Celle-ci s'est alors interrogée sur les besoins de la population puisque, pour le moins, ceux-ci lui apparaissaient comme un segment de la demande. Là aussi, aucune réponse autre que celle de la complexité d'une telle définition. Que ce soit au plan national ou au plan local, aucun outil n'existe permettant d'évaluer les besoins précis en matière d'effectifs et de professionnels de santé.

¹⁰ Cf. la publication de l'ARS OI « Les professions de santé à la Réunion, la situation démographique au 1^{er} janvier 2011 » et dossier statistiques de juillet 2012.

Les recherches menées auprès de l'OMS n'ont rien donné. On aurait pu pourtant s'attendre à trouver un ratio déterminant le nombre de médecins "idéal" en fonction notamment, du niveau de vie d'une population donnée et de ses caractéristiques.

Ainsi, il est intéressant de se demander « Qui » détermine réellement cette demande en soins et en biens médicaux ? Est-ce le patient ? Est-ce le professionnel de santé ?

Ne serait-ce pas, pour une grande part, les groupes de pression, le lobbying des laboratoires pharmaceutiques ou autres ?

Par ailleurs, comment interpréter le fait que près de 30 % des consultations seraient inutiles d'un point de vue strictement médical selon un récent sondage effectué auprès des médecins, et publié le 04 juillet 2012¹¹.

En fait, la « référence » utilisée par les autorités et les acteurs du secteur de la santé est celle de la Métropole. Par comparaison, le discours consiste à dire que la Réunion ne bénéficie pas d'une densité égale à celle de la Métropole ; elle est inférieure, notamment en ce qui concerne les spécialistes, et par conséquent, un rattrapage de cet écart reste à faire. Est-ce pertinent ? Peut-on raisonner ainsi ?

II. DIAGNOSTIC

À la lumière de ces constats, l'analyse de la Commission du CESER est la suivante.

1. En termes d'approche économique

Les effectifs et la densité des professionnels de santé et praticiens présentent **quelques manques et des tensions** identifiés. Cela, à deux niveaux :

- au plan géographique: sans pouvoir parler de « déserts médicaux » comme en Métropole, les zones telles que Mafate et Cilaos posent problème. Mais, des solutions existent qui d'ailleurs commencent à être mises en œuvre et doivent être poursuivies. (Cf. infra les propositions).
- et au plan quantitatif, concernant les spécialistes: la conséquence étant des délais difficilement acceptables pour l'obtention de rendez-vous, puisqu'il faut parfois entre 6 et 9 mois avant de pouvoir consulter, notamment un ophtalmologiste, un rhumatologue (7 au total pour la Réunion) ou un neurologue (4 libéraux au total pour la Réunion). Mais, là aussi, des aménagements seraient possibles qui libéreraient du temps à ces praticiens. (Cf. infra les propositions).

L'avenir du paysage médical, quant à lui, ne paraît pas particulièrement sombre. Certes, potentiellement entre 33 et 37 % des médecins sont susceptibles de prendre leur retraite à moyen terme. Mais, le contexte actuel marqué par l'**augmentation du numerus clausus** et son maintien depuis 2000, la **création du CHU** (Centre Hospitalo-Universitaire) à la Réunion, semble favorable au renouvellement et donc de nature à assurer la relève médicale.

¹¹ Cf. notamment le Point de la semaine du 04 juillet 2012.

Par ailleurs, les progrès à venir, l'utilisation des technologies de pointe comme la télémédecine, une évolution de l'organisation de la profession sont de bon augure.

Ainsi, d'un strict point de vue économique, il est impossible aux auteurs de cette note de déterminer si la situation de la Réunion en matière d'offre et de démographie médicales s'avère insatisfaisante ou risquée. D'où une autre interrogation, lourde de sens, développée dans le paragraphe suivant.

2. En termes d'approche sociale et humaine

À la Réunion, le système, l'appareil médical et la prise en charge sont-ils adaptés aux enjeux de santé ? Quels résultats et progrès ont été obtenus pour les maladies très prégnantes ?

Les enjeux en matière de santé de la population réunionnaise sont de taille.

Les pathologies et autres maladies chroniques spécifiques aux Réunionnais sont identifiées :

- **Diabète, obésité et surpoids, pathologies cardio-vasculaires et rénales.**

Le préambule du PRS¹² adopté le 29 juin 2012 les relate.

Il y est noté que les pathologies de la nutrition sont préoccupantes.

- Chez les enfants « *la prévalence du surpoids et de l'obésité est de 17,5 % en CM2* » ;
- « *La population adulte est aussi concernée avec des prévalences¹³ de l'ordre de 35 % pour le surpoids et de 15 % pour l'obésité. Les prévalences de l'obésité augmentent avec l'âge et ce de manière très nette chez les femmes où le taux passe de 14 % chez les 30/39 ans à 27 % chez les 50/59 ans.* ».

S'agissant des pathologies cardio-vasculaires et rénales :

- En ce qui concerne les accidents cardiaques « *La Réunion apparaît en **surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale (+ 32 %)**. Par ailleurs, ils surviennent en moyenne 7 ans plus tôt.* » ;
- Pour l'insuffisance rénale : « *le nombre de personnes nouvellement admises en ALD¹⁴ pour **ce syndrome a été multiplié par 3 entre 2000 et 2008**. Le nombre de patients dialysés a aussi **triplé en 20 ans.*** ».

Les comparaisons avec d'autres situations sont encore plus inquiétantes : « *Le nombre de cas de patients traités par dialyse est 2 fois plus élevé qu'en France métropolitaine. Il est d'un niveau comparable à celle des USA où il existe également beaucoup de diabétiques et d'hypertendus.* »

De fait, le problème majeur à la Réunion, est le diabète. Plus de 80 000 personnes, soit 10 % de sa population en est malade. Notre île détient un triste record qui la place au 1^{er} rang de toutes les régions de France et au 6^{ème} mondial.

Il s'agit d'un fléau dont les complications relèvent d'un réel et vaste problème de santé publique : accidents cardiaques et/ou vasculaires cérébraux, insuffisance rénale, amputations des membres inférieurs, ...

¹² PRS : Projet Régional de Santé de l'ARS OI.

¹³ Prévalence : nombre de cas de maladies dans une population déterminée.

¹⁴ ALD : Affection Longue Durée.

Le site du portail santé de l'océan Indien¹⁵ précise même que *«les chiffres du diabète sont en constante augmentation du fait d'une part du vieillissement de la population et d'autre part de l'augmentation des facteurs de risque que représentent l'obésité et le syndrome métabolique.»*

À ce titre, la situation à la Réunion est donc loin d'être satisfaisante.

3. Un bilan paradoxal

Parallèlement à cet état sanitaire plutôt catastrophique, les dépenses de santé et la consommation de soins et de médicaments augmentent.

La dépense de santé en 2009, selon l'ARS OI¹⁶, est d'environ 2 055€ par personne assurée (2 311€ en Métropole). La dépense en soins de ville (honoraires des médecins, médicaments, ...) est d'environ 1 017€ (1 047€ en Métropole).

La santé est donc un marché énorme qui, en France, pèse plus de 234 milliards d'euros (12,1 % du Produit Intérieur Brut)¹⁷.

Pour la Réunion, le coût total des dépenses de santé s'élève à 1,71 milliard d'euros¹⁸ dont 621 millions pour les soins de ville.

En définitif, il résulte de ces éléments d'analyse une sorte de cercle vicieux : de manière provocatrice ne pourrait-on dire que plus le malade consomme de médicaments, plus il est malade ?

Dans leur « Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux », les professeurs **Philippe EVEN et Bernard DEBRÉ dénoncent un scandale sanitaire** : *« 50 % des médicaments de votre pharmacie sont inutiles, dangereux voire mortels¹⁹ »*. À lire ces écrits, après d'autres scandales retentissants comme celui du Médiateur, et celui plus récent des pilules contraceptives, n'est-il pas légitime de se demander si le citoyen n'est pas une victime du marché de la santé, du puissant lobbying des laboratoires, ou d'autres, ... ?

En définitive, la Commission du CESER se demande s'il ne s'agit pas là du cœur réel du problème à traiter. Les paradoxes qui ressortent de cette analyse révèlent les failles de notre système de santé et conduisent à s'interroger sur la stratégie actuelle mise en place par la puissance publique.

Les préconisations qui suivent pourraient servir d'orientations à la définition d'une stratégie nationale voulue par le Premier ministre actuel afin de rendre notre système de santé performant et adaptée à la Réunion.

¹⁵ Plateforme de santé OI accessible sur <http://www.reunion.sante.fr>.

¹⁶ Cf. Le Plan régional de santé du 29 juin 2012- partie diagnostic.

¹⁷ Cf. statistiques de l'INSEE - novembre 2011.

¹⁸ Chiffre 2011 de l'ARS OI.

¹⁹ Cf. le dossier santé du Nouvel Observateur du 12 septembre 2012.

III. PRÉCONISATIONS

1. Changer de logique

Avant toute chose, la Commission considère qu'il faudrait **avoir un autre regard sur la santé et que la politique menée devrait être guidée non par une logique de soins mais par une logique de santé.**

À ce titre, ne doivent pas seulement compter la ressource médicale, les équipements de soins mais également, l'information du patient, l'action sur son environnement, la prévention sous toutes ses formes, voire la reconnaissance des médecines dites « douces » ou « non conventionnelles » basées sur le bien-être.

2. Changer de vision sur notre territoire

Le profil du patient réunionnais, on a pu le constater, diffère largement du profil métropolitain. Les enjeux de santé sur notre territoire, de par **l'ampleur du diabète et de ses conséquences, impliquent l'inadéquation d'une politique et d'une stratégie de santé dictée ou construite pour les régions de France métropolitaine**, voire pour la région « Île-de-France ».

3. Prioriser la prévention

Bien entendu, les programmes de prévention existent et sont inscrits dans différents schémas et notamment, dans le dernier Plan Régional de Santé de l'ARS OI (juin 2012).

Mais, la politique sanitaire française a longtemps été tournée vers le curatif. **Il y a donc lieu aujourd'hui, de renverser la tendance et de privilégier la prévention en la plaçant en priorité n° 1.**

L'exercice est certes difficile, car pour être efficace, la prévention suppose une action concertée, commune et partagée qui de plus, doit s'inscrire dans la durée.

Au-delà de campagnes ciblées réalisées dans les médias et notamment à la télévision, pourquoi ne pas aussi s'appuyer sur des professionnels de santé, souvent au contact des patients quotidiennement, tels que le corps infirmier ou les kinésithérapeutes.

La Réunion a la chance de disposer d'un véritable bataillon de paramédicaux :

- Plus de 5 700 infirmiers dont ¼ en libéral, soit 1 372 hommes et femmes amenés à approcher chaque jour les malades et souvent à leur domicile.
- 1 123 kinésithérapeutes dont la très grande majorité (près de 90 %) exerce en libéral.

4. Rendre le patient acteur de sa santé

Pour cela :

- Un outil existe : le Dossier Médical Personnel (DMP) :

Le Dossier Médical Personnel (DMP) est un dossier informatisé, conservé auprès d'un hébergeur de données de santé agréé.

Le DMP contient les informations nécessaires au suivi médical de son titulaire et a pour but de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé.

Avec l'accord du titulaire, les professionnels de santé ou les établissements de santé peuvent y ajouter des documents de santé à caractère personnel, produits à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins.

Un espace d'expression personnelle permet au titulaire du DMP d'entrer les informations qu'il juge utile de communiquer aux professionnels de santé.

En outre, les informations du dossier pharmaceutique utiles à la coordination des soins pourront être reportées dans le DMP.

Opérationnel en France depuis fin 2010, le déploiement du DMP a débuté en 2011 dans quelques régions françaises.

Ce dossier médical informatisé, sécurisé et qui accompagne le patient toute sa vie s'avère à l'évidence un outil précieux.

Il faut donc militer pour sa mise en place rapide à la Réunion, accélérer les suites de la mission de l'ASIP réalisée fin juin 2012 auprès de l'ARS OI, et faire de la Réunion une région pilote sur cette innovation.

- L'Éducation Thérapeutique du Patient

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) qui selon l'OMS vise à "aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique" peut aider à mieux "vivre avec" !

Il s'agit ainsi, d'une pratique :

- complémentaire des soins prescrits sur ordonnance par le médecin,
- personnalisée selon les besoins,
- basée sur une approche pluridisciplinaire (plusieurs professionnels de santé et/ou associations de patients associés).

Enjeu essentiel pour les maladies chroniques, l'ETP permet d'acquérir des compétences utiles pour devenir acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie (mieux la comprendre, réagir de manière adéquate notamment en cas d'aggravation qu'on apprend à reconnaître, ...).

Ainsi, dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 (art. 84) des programmes d'Éducation Thérapeutiques ont été mis en place. À la Réunion, il en existe :

- 9 agréés, pour les malades du diabète (adultes et enfants),
- et 4 pour les maladies vasculaires et rénales.

Ces programmes, mis en œuvre dans différents établissements hospitaliers de l'île, ne touchent que peu de patients et peuvent paraître insuffisants au regard de l'étendue des besoins.

Aussi, à côté de ces programmes en institutions, pourquoi ne pas exploiter le fort et intéressant potentiel d'infirmiers et de kinésithérapeutes comme pour la prévention générale qui inclut l'éducation.

5. Organiser différemment les filières de soins

- Délégation et transfert de tâches

Voilà une dizaine d'années déjà, devant les risques engendrés par la baisse persistante du *numerus clausus* pour la démographie médicale, une mission avait été confiée au Professeur Yvon Berland, Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé afin de trouver quelques « remèdes ». À l'instar des autres pays qu'il avait observé, et notamment le Canada, son rapport proposait de **déléguer, dans certaines conditions, des tâches habituellement réalisées par des médecins à des paramédicaux tels que infirmiers, kinésithérapeutes, assistants de nouvelle génération qui seraient à créer, ...**

Cette perspective paraît intéressante pour les spécialités en tension où du temps médical serait ainsi libéré. Elle permettrait, en outre, une coopération profitable entre professionnels, une optimisation des différents corps de professionnels et bien entendu une fluidité de parcours pour le patient.

Depuis 2006, plusieurs expérimentations ont été lancées au plan national qui ont, semble-t-il, des difficultés à être pérennisées.

Le cadre de la délégation dans lequel s'inscrit cette organisation semble expliquer en partie cette frilosité. Il suppose en effet 2 personnes, un délégant et un délégataire et implique que les actes effectués par le délégataire demeurent sous la responsabilité du délégant. De ce fait, les craintes des médecins délégants peuvent se concevoir. Par ailleurs, les charges (notamment les frais d'assurance) pour le délégant peuvent s'en trouver amplifiées et le coût des actes multiplié tant pour le patient que l'Assurance maladie (paiement de 2 actes au lieu d'un seul).

En conséquence, ne faudrait-il pas une répartition des compétences et des actes médicaux en dehors de toute délégation ?

Une proposition a été formulée pour notre région. Un dossier a en effet été déposé à l'ARS OI par les ophtalmologistes libéraux afin de transférer la prescription de lunettes et autres modes de correction de vue, à des orthoptistes : il n'a pas encore abouti. Suivant la procédure, ce transfert doit au préalable, être agréé par la Haute Autorité de Santé, laquelle a renvoyé la demande au motif qu'elle était mal remplie.

De même, les ordonnances pour le renouvellement de lunettes de vue ne pourraient-elles être prescrites par les opticiens ?

Autre problème qui se devrait d'être résolu, celui de la délivrance des certificats de décès, sujet très sensible dans l'île. Afin de pallier l'absence des médecins prêts à se déplacer la nuit et le week-end dans les familles, **les autorités devraient prévoir des astreintes ou des réquisitions pour les médecins à moins que l'attestation de décès puisse être confiée à un officier de santé, bien entendu formé pour cela.**

6. Faire évoluer les modes d'exercice de la profession médicale

Les médecins du 21^{ème} siècle ne ressemblent évidemment pas à ceux de 1900 ; ils ne peuvent plus jouer le même rôle également. L'exercice de la profession médicale doit bien évidemment suivre l'évolution de la société et du mode de vie. Il ne faut plus s'attendre aujourd'hui à bénéficier des services à l'ancienne des "médecins de campagne" ou des « médecins de famille ».

Une des alternatives réside dans la maison de santé pluridisciplinaire : « lieu d'exercice qui rassemble plusieurs professionnels de santé libéraux de premiers recours : médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, podologues, diététiciens...et éventuellement travailleurs sociaux, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients. »²⁰ »

Elle fait appel à des financements croisés : fonds propres des professionnels, aides des Collectivités locales et de l'État (aide au démarrage par le biais des ARS).

Cette forme innovante et partenariale d'exercer une activité de santé libérale, outre de constituer une bonne possibilité pour les zones rurales et à la Réunion pour les "écarts", vise pour objectif de concilier qualité de soins et qualité de vie des professionnels.

Les maisons de santé pluridisciplinaires participent également à une transformation en profondeur de la médecine de proximité.

En effet, ce lieu mutuellement choisi, partagé, permet de libérer du temps de soins, de diversifier les pratiques en s'ouvrant sur des nouvelles activités (prévention, éducation thérapeutique), d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération forfaitaire, de développer de nouvelles coopérations entre professionnels (délégations de tâches).

Reste, par conséquent, le besoin d'évolution juridique afin de pouvoir mettre en œuvre des actions telles que coordination, dépistage, prévention, et éducation thérapeutique.

7. Créer un contre-pouvoir contre le système

Il faut encourager la création d'associations, à l'instar des « Alcooliques anonymes » qui permettent l'inter-réactivité et la solidarité entre malades.

Unis et mieux informés, les patients pourront rompre leur isolement et devenir les principaux acteurs de leur santé.

Face aux dysfonctionnements du système actuel, il faut éviter qu'ils soient pris en otage et leur permettre d'agir comme un « contre-pouvoir » aux grandes puissances de la santé. Or, sans « groupe de pression » représentant un certain poids, le dialogue n'est pas égal.

Dans le contexte réunionnais, une association de malades du diabète s'avère d'une impérieuse nécessité afin, a minima, que l'information circule bien.

8. Légiférer et appliquer des normes

Parlementer, expliquer, composer, c'est bien. Il arrive toutefois un moment, où il convient d'interdire et d'imposer.

Ainsi, face au nombre de diabétiques et à l'importance de l'hygiène nutritionnelle à la Réunion, est-il normal d'accepter de trouver dans les rayons de la grande distribution des produits (yaourts, boissons gazeuses, ...) à teneur en sucre très élevé ?

Les consommateurs n'ont même d'ailleurs parfois pas d'autre choix que celui des produits spécialement conçus pour le marché réunionnais et contenant un taux en sucre supérieur aux normes nationales.

Il en est de même pour la teneur en sel des aliments.

Cela paraît intolérable. Il est donc nécessaire de légiférer, d'édicter des normes et de les faire respecter.

²⁰ Extrait d'un article de l'Ors du Nord-Pas-de-Calais paru dans la revue en ligne écrire et lire la santé ensemble : <http://www.else revue.fr>.

9. Reconnaître les médecines ancestrales traditionnelles

Plus que dans n'importe quelle autre région française, le caractère multi-ethnique de la population nécessite que soient reconnues, voire promues, les médecines non conventionnelles comme la médecine chinoise, indienne, ...

Ainsi que le propose le Centre d'Analyse Stratégique dans sa note d'octobre 2012²¹, il y aurait lieu notamment de :

- *« ouvrir une plateforme d'information recensant les connaissances actuelles sur les médecines non conventionnelles, les plantes médicinales et les praticiens du secteur,*
- *développer des études bénéfice-risque et coût-efficacité afin de décider de la pertinence,- - d'interdire ou de dissuader le recours à certaines pratiques ;*
- *de promouvoir certaines méthodes via les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS),*
- *dans le cas où le rapport coût-efficacité serait favorable, d'envisager le remboursement des pratiques les plus efficaces.*

Afin de permettre aux patients de faire un choix éclairé, établir un label de thérapeute en pratiques non conventionnelles dont l'obtention serait conditionnée à la réussite d'un examen clinique et juridique.

- *labelliser les offres de formation en écoles privées.*
- *proposer aux étudiants des filières médicales et paramédicales des modules facultatifs d'initiation aux médecines non conventionnelles pour qu'ils puissent informer leurs futurs patients sur les avantages et risques éventuels ».*

Le tout nouveau CHU proposera en 2013 aux étudiants de la Réunion, un module d'information sur les médecines ancestrales traditionnelles et notamment sur la pratique indienne dite « Ayurvédic ». Il faut encourager cette initiative et inciter les autorités à aller plus loin dans la démarche.

²¹ <http://www.strategie.gouv.fr>.

CONCLUSION

Ouvrir ce chantier a permis de prendre conscience que la santé n'était pas l'affaire des seuls professionnels.

Par ailleurs, une politique de santé efficace devrait idéalement viser un recours réduit aux services et biens médicaux. Elle s'imbrique également, dans d'autres politiques (logement, éducation, social, nutrition, environnement, ...) avec lesquelles elle doit être en parfaite cohérence.

L'analyse réalisée dans cette note est bien évidemment trop brève et se veut comme le prélude à un véritable rapport enrichi par d'autres investigations et expertises.

ANNEXE

Déclaration de M. Théodore HOARAU
Représentant de la Chambre Régionale de l'Économie Sociale (CRES)
(Assemblée plénière du CESER du 14 juin 2013)

Confusion entretenue

- On parle de santé quand il faudrait parler de maladie ;
- On parle de système de santé quand il faudrait parler du système de soins ;
- On parle de professionnels de santé quand il faudrait parler de professionnels de la médecine.

Il serait temps de distinguer la santé de la médecine. Dans une société, l'état de santé de la population ne se mesure pas à l'aune du nombre de médecins, de pharmacies, de laboratoires ou même d'hôpitaux. Mais nous savons que les facteurs structurants de la santé sont : l'emploi, le logement, les infrastructures sportives et culturelles, la qualité de l'environnement et de l'alimentation... Ainsi, pour le sujet qui nous intéresse, il faut aller de très loin, et on n'est pas encore parti.

Par ailleurs, si la santé est un marché, la médecine est une industrie.

Le problème, c'est que le marché de la santé est déstructuré et déséquilibré, c'est aberrant. Il y a peu d'interaction entre la demande et l'offre. C'est l'offre qui détient tous les leviers. La demande (pour différentes raisons) a du mal à s'exprimer tant au niveau individuel du patient qu'au niveau collectif.

- Au niveau individuel : le colloque singulier est souvent un dialogue de sourd.
- Au niveau collectif : aucune association de malades n'existent pour prendre en considération leurs problèmes.
- Au niveau de la société : la démocratie sanitaire est encore trop souvent une vue de l'esprit.

Pour résumer et cadrer

Il y a peut-être lieu de réfléchir à un véritable schéma efficient mettant en relation des patients plus autonomes, des associations de malades, des professionnels de santé moins surchargés, moins isolés et une animation publique par le biais d'une vraie démocratie sanitaire :

- information des citoyens (patients potentiels),
- publication régulière des données de santé,
- animation des réseaux (professionnels de santé, patients, opérateurs publics).

