

Premières « Rencontres Sociales du Sénat »

PALAIS DU LUXEMBOURG

24 octobre 2005 : La santé

- SOMMAIRE -

Ouverture

- Alain Milon, sénateur du Vaucluse 3
- Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités 5

Conférence inaugurale

par André Vacheron, Président de l'Académie Nationale de Médecine 10

Présentation du sondage CSA :

"L'opinion des Français sur le système de santé" 15

Table ronde n°1 : « Le patient au cœur du dispositif médical » 18

Débat avec la salle 26

Table ronde n°2 : « L'offre de soin, du minimum requis au 'luxe' » 28

Débat avec la salle 37

Table ronde n°3 : « La santé, une affaire de choix » 40

Débat avec la salle 46

Table ronde n°4 : « Un financement à géométrie variable » 53

Débat avec la salle 63

Clôture

- Gérard Comyn, Directeur de l'unité santé à la Direction générale de la Commission Européenne 65

- Christian Poncelet, Président du Sénat 67

- Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale 69

- Ouverture -

Alain MILON
Sénateur du Vaucluse

Au nom de Christian Poncelet, Président du Sénat, je vous souhaite la plus cordiale bienvenue à l'occasion de ses premières « Rencontres sociales » consacrées à la santé. Avec plus de 350 milliards d'euros de recettes annuelles, le secteur de la santé est au cœur des préoccupations des Français. Depuis plus de trois ans, d'importantes réformes ont été menées à bien. L'heure est aujourd'hui à l'information et à l'explication de ces réformes sur le terrain.

Il est de la responsabilité du Sénat, assemblée législative à part entière, contrôleur vigilant de l'action gouvernementale et avocat des collectivités locales, d'évaluer la mise en œuvre de ces réformes, notamment à l'occasion de la mise en place de l'acte II de la décentralisation.

C'est pourquoi Christian Poncelet, Président du Sénat, retenu dans son département, a souhaité organiser ces « Rencontres Sociales du Sénat », avec le soutien de l'ensemble des sénatrices et des sénateurs, ainsi qu'un grand nombre de partenaires économiques et de médias auxquels j'adresse en son nom les remerciements les plus sincères.

Chaque année, ces Rencontres sociales porteront sur un thème particulier. Cette année, le thème retenu est la santé. Il s'agit d'une occasion de faire le point, plus d'un an après l'adoption de la loi relative à l'assurance maladie, sur laquelle le Sénat et plus particulièrement la Commission des affaires sociales se sont fortement impliqués. Cette manifestation se déroule d'ailleurs à quelques jours de l'examen par le Sénat du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006. Ce cadre d'examen et d'adoption rénové et modernisé des dépenses de santé devrait nous permettre de mieux légiférer en étant mieux informés.

Tout au long de cette journée, les nombreux intervenants sont invités à retracer le parcours du soin au fil de quatre tables rondes respectivement consacrées au patient, à l'offre de soin, à la décision et au financement.

Je tiens à saluer plus particulièrement les grandes écoles partenaires de ces rencontres, HEC et l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes, qui se sont fortement impliquées dans la conception de ce programme. Tout au long de cette manifestation, un espace de rencontres, d'échanges et de démonstration vous permettra de mieux vous informer et de vous rencontrer. Profitez-en.

Permettez-moi pour conclure de me réjouir que ces « Rencontres Sociales du Sénat » aient lieu ce 24 octobre 2005, mois du soixantième anniversaire de la création de la Sécurité Sociale sur laquelle est fondé notre pacte social républicain. Je tiens à cette occasion à remercier le ministère de la Santé et des Solidarités de sa précieuse collaboration, puisqu'il nous a prêté l'exposition installée dans l'entrée du Sénat.

Je vous souhaite une excellente journée et de fructueux débats. Je cède à présent la parole à Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, à qui j'adresse au nom du Président du Sénat, de l'ensemble des sénatrices et des sénateurs et de tous les participants de cette rencontre, nos chaleureux remerciements pour sa présence parmi nous ce matin.

Xavier BERTRAND

Ministre de la Santé et des Solidarités

Je veux saluer l'initiative du Président Poncelet, à l'origine de ces « Rencontres Sociales du Sénat » consacrées à la santé. Elles témoignent de l'intérêt que porte la Haute Assemblée aux questions de société. En effet, pour accomplir un travail législatif de grande qualité, il est nécessaire d'être ouvert sur les débats qui animent la société civile.

Parmi tous ces enjeux sociaux, la santé est primordiale, car elle touche l'ensemble des Françaises et des Français dans leur vie quotidienne. La Sécurité Sociale, en ayant permis l'égal accès aux soins pour tous, est un des points d'ancrage de notre pacte social.

La Sécurité Sociale est aujourd'hui confrontée à un certain nombre de défis. En effet, si la Sécurité Sociale va mieux, elle n'est pas encore guérie d'un certain nombre de ses maux. Il nous a ainsi fallu à la fois réorganiser notre offre de soins. Cependant, les enjeux du vieillissement et de la dépendance, des maladies comme le cancer ou Alzheimer sont autant de défis que nous devons relever ensemble.

Plusieurs réformes importantes sont intervenues ces trois dernières années. Je pense d'abord à la réforme de l'assurance maladie mise en œuvre par la loi du 13 août 2004, mais aussi au Plan Hôpital 2007, engagé en 2003. Il s'agit enfin de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Toutes ces mesures poursuivent le même objectif : mieux gérer et mieux organiser notre système de soins pour permettre le développement de sa qualité, et la prise en compte des priorités qui seront à l'origine de l'amélioration de la santé de nos concitoyens au XXIème siècle.

I. Le rôle majeur de la Sécurité Sociale dans les progrès en termes de santé de nos concitoyens.

La Sécurité Sociale, dont nous venons de fêter le soixantième anniversaire, est fondée sur deux valeurs, l'universalité et la solidarité, inscrites dans notre tradition républicaine. Il en résulte un principe simple : si chacun cotise selon ses moyens, chacun est soigné selon ses besoins.

Ce système est à l'origine d'améliorations marquantes en termes de santé publique. L'augmentation continue de l'espérance de vie en apporte la preuve. C'est aujourd'hui la deuxième au monde pour les femmes, et l'une des causes en est l'accès aux soins pour tous. Au-delà de la branche maladie, les autres branches de la Sécurité Sociale contribuent à la santé de nos concitoyens, notamment en leur assurant un niveau de vie leur permettant de mieux se nourrir et de mieux se soigner. Les conséquences de cette bonne santé globale de la population sont multiples.

Il est nécessaire d'avoir en tête un bilan lucide des avancées permises par la Sécurité Sociale, pour répondre aux besoins de santé de l'avenir. C'est ainsi que nous avons conçu la réforme de l'assurance maladie.

II. La réforme vise à répondre au défi majeur de nos politiques de santé : l'amélioration de la qualité de notre système de soins

La réforme développe une véritable ambition : retrouver les principes originels de l'assurance maladie en permettant une gestion et une organisation plus efficaces de notre système de santé. Pour cela, elle s'appuie sur le changement de comportements des acteurs, tant les patients que les professionnels de santé, à travers le principe de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Par ailleurs, elle redonne sens à la qualité des soins en permettant le développement des bonnes pratiques et l'amélioration de l'évaluation des services garantis. Enfin, elle prend en compte les priorités de santé publique.

La pérennisation de notre système de santé passe bien sûr par la réduction des déficits. Nous sommes en train de réaliser cet objectif : pour l'année 2005, le déficit s'élève à 8,3 milliards d'euros au lieu des 16 milliards prévus sans la réforme. Ce chiffre mérite d'être souligné, tant la performance est remarquable. Le changement des comportements et les efforts consentis par les Français commencent à porter leurs fruits.

Nous poursuivons cet effort de réduction des déficits, afin de garantir la pérennité de notre système de santé et dégager des marges de manœuvre pour mieux prendre en compte les priorités de santé publique. Ainsi, j'ai déjà engagé toutes les démarches pour pouvoir par exemple rembourser d'avantages d'actes de prévention pour l'ostéoporose. Il ne s'agit pas de dépenser moins, mais bien de dépenser mieux et de soigner mieux.

1. Une meilleure organisation du système de santé

Cette réorganisation est rendue possible par une plus grande coordination entre les professionnels de santé, notamment entre la médecine de ville et l'hôpital. La mise en place d'un véritable parcours de soins coordonné pour le patient passe par la création d'un dossier médical personnel et l'institution du médecin traitant.

Par ailleurs, nous souhaitons parvenir à une réorganisation de l'offre de soins dans le domaine hospitalier. Notre objectif n'est en aucun cas de réduire cette offre, ni de fermer des hôpitaux de proximité, mais bien d'assurer à tous le respect de l'exigence de proximité et de l'impératif de sécurité. L'avenir est dans les complémentarités, dans un langage de vérité qui nous incite à travailler ensemble.

Je tiens également à dire un mot de la démographie médicale. Il n'est pas possible de parler de qualité et de sécurité sans évoquer ce problème. Je ne crois pas à l'obligation, mais je pense que nous n'avons jamais suffisamment donné ses chances à l'incitation, pour permettre à un certain nombre de professionnels de s'installer dans des zones concernées. Je pense également à la question des études et de la pratique médicale. Nous sommes capables de prouver qu'il n'y a aucune fatalité et que nous n'aurons pas demain les déserts médicaux que d'aucuns nous promettent.

Enfin, la qualité des soins doit être garantie par un pilotage renforcé de l'assurance maladie. C'est en ce sens que nous avons créé, à la suite de la loi du 13 août 2004, la Haute autorité de santé. Elle a déjà rendu un certain nombre d'avis motivés par des questions simples : quel est l'intérêt du patient, quelles sont les pratiques porteuses de qualité ?

2. La qualité procède aussi d'une meilleure gestion, rendue possible par la responsabilisation de tous les acteurs

La lutte contre les fraudes et les abus dans notre système de santé est une exigence qui provient des fondements mêmes de la Sécurité Sociale : la solidarité a pour corollaire la responsabilité. La Cour des comptes estime entre 6 et 8 milliards le coût de ces mauvaises pratiques. Avant de nous poser des questions sur le financement de notre Sécurité Sociale, il faut avant tout y voir clair et être capable de diminuer les dépenses inutiles, afin de pouvoir investir dans la prise en charge des maladies.

Il est possible de lutter contre les abus tout en promouvant la qualité. Cela passe par une responsabilité accrue de tous les acteurs, patients comme professionnels de santé. La baisse sensible des indemnités journalières des arrêts de travail constitue un premier indice de la réussite de nos réformes.

Ensuite, il est possible de réduire les déficits par la qualité, la non-qualité coûtant cher. L'ANAES stigmatise ainsi les coûts d'infections nosocomiales, de réhospitalisation, mais aussi les coûts liés aux pertes de dossiers, d'analyses, d'examen, aux erreurs et aux surtemps de travail. La réorganisation de notre système de santé et sa meilleure gestion devraient permettre de participer à cette orientation vers la qualité.

3. La qualité est aussi rendue possible par la recherche et l'amélioration de la pratique médicale

Pour autant, il ne faut pas nous contenter de l'existant : il nous faut aller plus loin en améliorant la pratique médicale et en développant la recherche.

Ainsi, nous avons rendu obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins. Par ailleurs, nous développons, sur la base du volontariat, l'accréditation des équipes médicales dans les établissements de santé. Ces deux dispositifs sont placés sous l'égide de la Haute Autorité de Santé. Enfin, nous allons considérablement accroître l'effort de formation continue de tous les professionnels de santé dont le caractère obligatoire va entrer dans les faits en 2006.

La recherche participe de l'amélioration de santé de nos concitoyens dans tous les domaines, dans la vie quotidienne comme pour les maladies les plus rares ou les plus difficiles à traiter actuellement. Nous souhaitons ainsi renforcer le rôle de l'hôpital comme lieu de contact entre savoir universitaire, recherche et soins, et développer la recherche clinique. A cet égard, il est nécessaire de conforter la place de l'INSERM. Notre objectif est également de mettre en place des incitations financières, dans le cadre d'une enveloppe appelée MERRI (Mission Enseignement, Recherche, Référence et Innovation), pour financer des projets de recherche en matière de santé publique.

Enfin, les nouvelles technologies représentent un atout évident dans la recherche de la qualité. Je pense notamment à la télémédecine, ou au dossier médical personnel. Mais, là aussi, il s'agit de mettre la technique au service de l'humain, du patient comme des professionnels de santé.

III. La santé au XXI^{ème} siècle, d'autres défis qui participent de la même démarche de qualité au service de la santé de tous

1. La poursuite de l'action en direction des grandes priorités de santé publique

Plusieurs grands défis de santé publique, de solidarité aussi, concernent notre société dans son ensemble. Il s'agit d'abord de la meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes, pour lesquelles nous menons de nombreuses actions, et avons créé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le handicap constitue une autre de nos priorités d'action. La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005, initiée par le Président de la République, a permis de nombreuses avancées en faveur des personnes handicapées. Mais il est nécessaire de poursuivre cet effort de solidarité et de cohésion sociale en direction de nos concitoyens handicapés.

Par ailleurs, plusieurs plans, mis en œuvre par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, témoignent de notre engagement pour relever les grands défis de santé. Je prends ainsi l'engagement de mener à bien l'ensemble de ces plans de santé publique.

2. Une nécessaire accentuation des efforts en matière de prévention et de risques sanitaires

Notre système de santé est considéré comme l'un des meilleurs au monde en matière curative. Désormais, il est nécessaire de réorienter notre système de soins vers la prévention. Nos concitoyens veulent ainsi avoir l'assurance de vieillir en meilleure santé que par le passé. La prévention répond justement à cet impératif car elle permet d'être soi-même dépositaire de son capital santé et responsable de sa santé.

Nous avons donc besoin de faire prendre dès maintenant le virage de la prévention à notre système de santé, notamment en matière de lutte contre le cancer, les maladies cardiovasculaires et l'obésité. Grâce à la prévention, je suis persuadé que nous sommes capables de mieux maîtriser nos dépenses de santé et d'offrir davantage de bien-être à nos concitoyens.

Plusieurs agences de santé remplissent une mission de veille sanitaire, et il est nécessaire de développer leur mission d'expertise, notamment dans la prévention des risques les plus importants. La pandémie de grippe aviaire illustre parfaitement la nécessité d'accentuer nos efforts en matière de prévention et de veille sanitaire, ainsi que de développer la coopération internationale sur ces sujets.

3. Une meilleure prise en compte des dimensions européenne et internationale

La santé est un bien public mondial. C'est la raison pour laquelle il nous faut développer la coopération internationale en matière de santé, notamment en ce qui concerne les pandémies, et plus particulièrement le sida, le paludisme et la tuberculose. Nous comptons également promouvoir la vision française de la protection sociale, comme élément indispensable du développement durable. Nous voulons renforcer le rôle de l'OMS et de ses normes, dans une approche multilatérale d'enjeux de santé devenus mondiaux.

Dans le cadre de l'Union Européenne, nous devons saisir un certain nombre d'opportunités. Il s'agit aussi bien des actions de coopération transfrontalière, de la création d'instruments de recherche communs, du partage de nos expériences de réformes, de nos bonnes pratiques en

matière de santé. En effet, la création d'un espace de soins pour tous fait partie de la constitution d'un modèle social européen.

Toutes les tables rondes organisées aujourd'hui vont permettre de faire le point sur les grands enjeux des politiques de santé à venir. L'une d'entre elles possède un titre sur lequel je voudrais insister : « La Santé, une affaire de choix ». Je pense en effet que les politiques de santé publique sont cruciales, car elles nous conduisent à faire des choix qui engagent l'ensemble de la société. Il est donc légitime que ces choix reflètent les aspirations de la société, notre conception de l'intérêt général, de la cohésion sociale, de la solidarité et de l'équité. C'est la raison pour laquelle des rencontres comme celles-ci sont nécessaires, pour contribuer à la définition de nos priorités communes.

Je souhaite insister sur le choix que nous avons fait lors de la réforme de l'assurance maladie, celui de l'orientation de notre système de santé vers la recherche d'une qualité toujours accrue. Ce choix est simple, mais il nous faut avoir le courage d'en décliner toutes les conséquences, depuis la meilleure réorganisation de notre offre de soins jusqu'à la lutte contre les risques sanitaires, ou encore la prise en compte de grandes priorités de santé publique. Et cela n'est possible que si nous avons conscience que l'amélioration de la santé au XXIème siècle relève de notre responsabilité à tous.

André VACHERON
Président de l'Académie Nationale de Médecine

Le Président Christian Poncelet, en organisant cette année la première édition des « Rencontres Sociales du Sénat », a retenu pour thème la santé. Je le remercie très vivement de m'avoir fait l'honneur de me confier l'allocution inaugurale.

La santé constitue aujourd'hui l'une des préoccupations majeures de nos concitoyens et la médecine française est considérée assez unanimement comme l'une des meilleures du monde. Je souhaite rapidement établir un état des lieux, essayer d'analyser et de montrer les progrès accomplis ces dernières années, sans toutefois passer sous silence quelques problèmes.

I. Quelques données générales sur la santé en France

Au 1^{er} janvier 2005, la population française est estimée à 62,4 millions d'habitants dont 60,6 en métropole et 1,8 en outre-mer. Elle a doublé en deux siècles. Cette croissance démographique s'explique par l'augmentation de la durée de vie moyenne, proche de 80 ans aujourd'hui alors qu'elle était de 60 ans à la veille de la deuxième guerre mondiale. En 2004, on observe une baisse de la mortalité avec 509 000 décès contre 550 000 en 2003, en incluant les 15 000 décès supplémentaires dus à la canicule.

Le nombre des naissances est stable, puisqu'il s'établit à 765 000. L'indice de fécondité de 1,9 est l'un des meilleurs de l'Union Européenne mais il reste inférieur au taux de renouvellement de la population fixé à 2,1. Surtout, l'espérance de vie à la naissance dépasse pour la première fois 80 ans. Elle atteint 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes en 2004. La mortalité infantile ne représente plus qu'une part infime de la mortalité générale : elle est de 3,9 pour mille en 2004.

La progression de l'espérance de vie est due avant tout aux succès rencontrés dans la lutte contre la mortalité chez l'adulte, notamment aux âges élevés où les décès se concentrent de plus en plus. Elle est relativement récente. Dans la première moitié du 20^{ème} siècle, un homme de 60 ans pouvait espérer vivre encore 13 à 14 ans. Aujourd'hui, il peut espérer vivre encore 21,5 ans et une femme 26,5 ans.

II. Les principales causes de mortalité

Avant 1950, les maladies infectieuses étaient la cause d'un nombre important des décès chez les adultes et les personnes âgées. C'est leur recul qui a provoqué l'augmentation importante de l'espérance de vie à 60 ans. Aujourd'hui, les maladies cardiovasculaires et les cancers sont devenus les principales causes de morbidité et de mortalité et cette évolution constitue une véritable transition épidémiologique dans la pathocénose avec le remplacement des affections aiguës par les maladies chroniques et dégénératives.

1. Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires responsables de 170 000 décès par an, soit 32 % des décès, sont la première cause de mortalité tous âges confondus. Les cardiopathies ischémiques, l'infarctus

myocardique, l'hypertension artérielle sévère, l'insuffisance cardiaque sont les motifs les plus fréquents d'entrée en affection de longue durée. Depuis 1990, les progrès de la prévention et des traitements, notamment de la revascularisation myocardique, ont cependant réduit de 20 % chez les hommes et de 30 % chez les femmes la mortalité par cardiopathie ischémique, de 20 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes la mortalité par accidents vasculaires cérébraux.

2. Les cancers

Deuxième cause de mortalité, responsable de 29 % des décès chez les hommes, et de 23 % des décès chez les femmes, les cancers surviennent dans plus de 60 % des cas entre 45 et 74 ans. Le nombre des nouveaux cas annuels est estimé à 240 000. Les plus fréquents sont, par ordre décroissant, les cancers du poumon dont l'incidence augmente chez les femmes en raison du tabagisme, les cancers colorectaux, les cancers du sein qui sont les plus fréquents des cancers féminins avec 42 000 nouveaux cas par an, les cancers des voies aéro-digestives supérieures dont l'incidence diminue avec la baisse de la consommation d'alcool, les hémopathies malignes et les tumeurs hématologiques, les cancers de la prostate, les cancers utérins.

Parmi les affections chroniques, le diabète qui atteint 2 à 2,5 % de la population adulte, constitue la troisième cause d'affection de longue durée entre 45 et 74 ans. C'est avec l'obésité qui atteint près de 14 % des hommes et 12 % des femmes, un facteur important de risque cardiovasculaire. C'est aussi un facteur d'insuffisance rénale qui relève à terme de la dialyse périodique.

III. Les pathologies liées au vieillissement de la population

La progression de l'espérance de vie s'accompagne d'un vieillissement de la population âgée, le nombre des octogénaires de plus de 85 ans dépasse 1,5 million. Il est remarquable de constater un décalage croissant entre l'âge chronologique et l'âge physiologique. Beaucoup de maladies invalidantes sont évitées ou retardées. Les polyopathologies sont cependant la règle chez les personnes âgées : atteintes de la vue, de l'audition, maladies cardiovasculaires et ostéo-articulaires qui atteignent respectivement les trois-quarts et plus de la moitié des personnes âgées, maladie de Parkinson. Le vieillissement de la population va de pair avec l'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes et des cas de démence sénile au premier rang desquels il faut citer la maladie d'Alzheimer qui atteint près de 800 000 de nos concitoyens et nécessite à plus ou moins long terme le placement en institution. En l'absence de progrès médical majeur dans la prévention de la maladie, le nombre des malades pourrait être d'environ 1,3 million en 2020.

IV. Les inégalités face à la maladie

1. Les inégalités sociales

En France, les inégalités sociales de santé sont plus importantes que dans la plupart des autres pays européens, face aux cancers surtout, notamment à ceux des voies aéro-digestives supérieures. Ces inégalités existent dès la naissance avec un risque de prématurité et de petit poids de naissance corrélé à la précarité. A 35 ans, les cadres et les professions libérales ont une espérance de vie de 6,5 années plus longue que celle des ouvriers. Au sein de l'Europe, la France se distingue par une forte surmortalité prématurée de la population masculine de moins de 65 ans liée pour une part importante à des comportements accessibles à la prévention : consommation excessive d'alcool, accidents de la circulation, tabagisme, suicide. Après 65 ans, les différences de mortalité ont

tendance à s'estomper mais il persiste des inégalités sociales en matière de risque vital, d'invalidité et de déficiences.

2. Les inégalités régionales

Les disparités sociales de santé vont de pair avec les disparités régionales de mortalité générale. Les valeurs maximales sont observées dans le croissant nord de notre pays : Bretagne, Nord Pas de Calais, Alsace ; les valeurs les plus basses en Midi-Pyrénées et Languedoc Roussillon. Le contexte environnemental, socio-économique et nutritionnel constitue un facteur essentiel des disparités socio-spatiales. L'obésité chez les hommes jeunes, dont la prévalence a doublé en dix ans, est nettement plus marquée dans les zones rurales que dans les villes. Ces inégalités doivent être reconnues et prises en compte par tous les acteurs de notre système de santé.

V. Le rôle de la prévention : les exemples de la lutte contre le cancer et l'obésité

Qu'il s'agisse des cancers comme des maladies cardiovasculaires, la prévention primaire des facteurs de risque constitue l'action prioritaire. L'analyse des données disponibles indique qu'une politique résolue de prévention pourrait réduire de près de 50 % la mortalité par cancer. Les comportements individuels, le mode de vie ont une responsabilité très importante dans l'incidence des cancers comme les rapports de l'Académie Nationale de Médecine l'ont souligné.

Largement inspiré par ces considérations, le plan cancer a donné depuis 2003 un impact décisif à la lutte contre le tabac et à l'amélioration de l'alimentation, deux facteurs également primordiaux en prévention cardiovasculaire. La hausse du prix des cigarettes de 12 % en 2003 et de 22 % en 2004 s'est accompagnée d'une diminution des ventes en 2003 de 14 % (par rapport à 2002) et de 21 % en 2004 (par rapport à 2003) Mais il est indispensable de mettre en œuvre une politique européenne des prix du tabac pour éviter les achats transfrontaliers. Il est indispensable aussi de lutter contre le tabagisme passif, dont l'effet cancérigène est maintenant établi.

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) joue également un rôle important pour le rééquilibrage nutritionnel au profit des fruits et des légumes avec réduction du sel, des graisses saturées et des sucreries. Il faut enrayer la véritable épidémie de surpoids et d'obésité qui atteint notre pays après avoir submergé les Etats-Unis. En 2003, 30 % des français étaient en surpoids, 11,3 % étaient obèses. Aujourd'hui la prévalence de l'obésité dans la tranche d'âge de 65-69 ans est de 17 % (enquête OBEPI 2003). Elle est de 13 à 15 % chez les enfants et atteint même 17 % dans les familles d'ouvriers spécialisés. La diététique est un outil majeur pour perdre du poids.

Les règles de réduction calorique et d'équilibre alimentaire doivent être appliquées dès le plus jeune âge au sein de la famille, à l'école, dans la restauration collective et les restaurants d'entreprise. Le risque des obèses de souffrir d'une maladie chronique est trois fois supérieur à celui des personnes ayant un poids normal. En conséquence, leurs dépenses de soins de ville sont supérieures de 27 % et leur consommation de médicaments est supérieure de 39 %. La lutte contre la sédentarité est indissociable de la lutte contre l'obésité et contribue comme elle à diminuer la mortalité toutes causes confondues.

VI. Le poids des différents acteurs dans la hausse des coûts de la santé

1. Les patients

A l'heure actuelle la santé des Français est bonne et ne cesse pas de s'améliorer mais son coût pèse de plus en plus lourdement sur le budget de l'Etat. Les progrès de l'imagerie, de la thérapeutique, des biotechnologies créent une demande croissante, quasi-exponentielle de soins de plus en plus onéreux. La maladie, le vieillissement ne sont plus tolérés. Comme l'écrivait Jules Romain en 1923, chaque citoyen est un patient potentiel. Pour rester en bonne santé, il revendique tous les progrès médicaux quel qu'en soit le prix. La médecine est devenue un bien de consommation gratuit pris en charge sans limite au titre d'un droit définitivement acquis. Les citoyens n'ont aucune conscience de leur responsabilité.

2. Les professionnels de santé

Malheureusement, beaucoup de médecins partagent la même irresponsabilité. Ils veulent demeurer maîtres de leurs prescriptions, sans contrôle ni contrainte financière, demandent de plus en plus d'examens complémentaires pour se protéger de l'erreur de diagnostic et obéir à un principe de précaution qui envahit fâcheusement la médecine, pour répondre aussi à l'exigence de plus en plus pressante de leurs patients d'examens sophistiqués, souvent redondants comme les scanners et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM).

3. L'industrie du médicament

Troisième acteur de la santé, l'industrie du médicament : elle met sur le marché des molécules innovantes de plus en plus coûteuses, bien médiatisées, trop médiatisées qu'il faut absolument prescrire dès leur apparition, qui sont réclamées par les patients et qui obèrent un peu plus le budget de l'assurance maladie. Pour citer un exemple, les statines très efficaces pour diminuer l'hypercholestérolémie et enrayer la progression de l'athérosclérose représentent le premier poste de dépenses de médicaments avec 1.1 milliard d'euros remboursés chaque année par la Sécurité Sociale. Elles sont souvent prescrites abusivement.

Aujourd'hui, il n'y a pas de limite à la demande des patients. Il n'y en a pas non plus aux prescriptions des médecins. Or la médecine actuelle ne peut plus être une médecine de travailleur indépendant. Un généraliste ne peut plus tout connaître ni tout maîtriser. Les médecins sont devenus un maillon dans une chaîne de soins et non plus toute la chaîne à laquelle le patient s'accrochait.

VII. Une nécessaire responsabilisation de l'ensemble des acteurs

Aussi me paraît-il indispensable de faire prendre conscience à nos concitoyens de la fragilité de notre système de santé qui ne doit pas être détruit par un consumérisme sans limite, favorisé par la quasi-gratuité des soins. Il me paraît indispensable de donner aux hôpitaux publics et privés une plus grande autonomie, de persuader les médecins du nécessaire contrôle des pratiques cliniques, de favoriser l'émergence de réseaux de soins et d'un enseignement post-universitaire structuré et indépendant de l'industrie pharmaceutique. Il me paraît indispensable enfin de développer l'expertise et de valider les techniques et les choix thérapeutiques pour concilier économie et efficacité.

C'est à ces conditions que la France pourra conserver une médecine de qualité accessible à tous ses citoyens dans l'égalité et l'équité, chacun cotisant selon ses moyens et étant soigné selon ses besoins, suivant le principe fondamental de la Sécurité Sociale, ce pilier de notre pacte républicain dont nous fêtons le soixantième anniversaire et auquel chaque français est si attaché.

L'opinion des Français sur le système de santé Présentation du sondage CSA

Stéphane ROZES
Directeur, CSA Opinion

Nos compatriotes sont historiquement attachés à leur système de santé. Le Sénat a demandé à l'institut de sondage CSA de produire une étude au moment où la réforme bouscule les Français. Ces derniers demandent de conserver les fondamentaux de notre système, tout en l'adaptant. Le Sénat nous a donc demandé de faire le point, d'abord sur les questions d'information, puis sur les questions d'attitude.

I. Le niveau d'information des Français en matière de santé

Le Sénat a souhaité faire un point sur le niveau d'information des Français en matière de santé, tant il est vrai que le patient doit être cœur du dispositif de la réforme actuelle. Nous avons donc commencé par demander aux personnes interrogées si elles se considéraient très bien informées, assez bien informé, assez mal informé ou très mal informé sur plusieurs aspects.

Environ, 68 % des Français ont le sentiment d'être bien informés sur le parcours de soin. La variable essentielle entre nos compatriotes n'est ni sociale, ni géographique. Elle porte essentiellement sur l'âge et les rapports avec le système de soins. Ainsi, les plus âgés nous disent à 74% qu'ils maîtrisent bien le système de soins contre 58 % chez les plus jeunes. De fait, plus l'on est au contact du système de soins, plus l'on maîtrise réellement l'ensemble du parcours de soin.

Ensuite, 67 % des Français s'estiment bien informés sur la qualité des soins pratiqués dans les différents hôpitaux, cliniques et centres de soins. Là encore, la variable d'âge est la variable la plus décisive. Enfin, 60 % des Français indiquent qu'ils maîtrisent les spécialités pratiquées dans les différents hôpitaux, cliniques et centres de soins. Ici, les réponses sont plus clivées socialement.

En résumé, les Français estiment globalement disposer d'une bonne information, qui est relativement bien partagée socialement et spatialement.

II. L'attitude des Français face au système de soin

1. Le lien entre les revenus et la qualité des soins reçus

Les Français sont d'accord à 71 % avec l'affirmation suivante : « *On est mieux soigné lorsque l'on dispose de revenus importants* ». Cela signifie qu'ils craignent qu'il puisse y avoir des différences de soin selon la situation sociale.

Si cette position n'est pas nouvelle, l'inquiétude d'une santé à deux vitesses émerge. Dans le détail, ce sont les catégories socioprofessionnelles les plus aisées qui sont les plus inquiètes, là où les catégories populaires sont un peu plus confiantes. Ainsi, les catégories populaires, qui

objectivement ont le plus profité des progrès médicaux voient plus le système de soin comme un correcteur des inégalités économiques et sociales. Ne pensez pas que ce paradoxe apparent soit propre au système socialisé de santé, il se retrouve également au niveau de l'Education nationale.

2. Pour une pénalisation des « gaspilleurs » ?

Le CSA a posé une question volontairement dure aux personnes interrogées : « *Certains estiment que l'assurance maladie ne devrait plus prendre en charge les personnes qui mettent en danger leur santé, notamment en fumant, en mangeant trop, en buvant ou en ayant des comportements à risques. Sur ce sujet, quelle est votre opinion ?* ».

Il existe effectivement des comportements à risques. Ainsi, les Français ont souvent tendance à penser que le gaspilleur, c'est l'autre. Cependant, 67 % des Français estiment que l'assurance maladie doit continuer à prendre en charge tous les assurés, quel que soit leur comportement. Cela signifie qu'un tiers des Français ont le sentiment qu'à terme, le système étant lui-même en difficulté, il faudrait pénaliser fortement les assurés qui mettent le système en danger. A cet égard, les personnes âgées sont les plus sévères : tout se passe comme si la dépendance au système montrait un attachement vital et la prise de conscience que tout n'est pas possible.

3. La fermeture ou le maintien des services hospitaliers

En matière d'avenir des services hospitaliers, les Français sont très partagés. Ainsi, 48 % d'entre eux sont favorables à maintenir ouverts tous les services des hôpitaux de proximité comme la maternité ou la chirurgie, mais avec une qualité de service moins bonne. En revanche, 43 % des Français se prononcent en faveur de la fermeture de certains services des hôpitaux de proximité comme la maternité ou la chirurgie au profit d'établissements plus éloignés, mais avec une meilleure qualité de service.

Les Français qui sont favorables au maintien des hôpitaux se retrouvent dans les catégories populaires, parmi les ruraux et ils sont idéologiquement plutôt des sympathisants de gauche que des sympathisants de droite. A l'inverse, on retrouve une plus grande proportion de personnes favorables à la fermeture chez les femmes, les 50-64 ans, les CSP +, les urbains, plus chez les sympathisants de droite que chez les sympathisants de gauche.

4. La réaction des Français face à un scénario catastrophe de disparition de la Sécurité Sociale

Nous avons essayé de comprendre l'arbitrage pratiqué par nos compatriotes entre la qualité d'une part et le coût, d'autre part, en leur posant une question volontairement provocante : « *S'il n'y avait plus de Sécurité Sociale dans cinq ans, quelle serait votre réaction ?* ». Dans le cadre de ce scénario imaginaire, 51 % des Français utiliseraient les services d'une mutuelle, quitte à payer plus cher et continueraient à aller chez le médecin comme aujourd'hui, mais sans être remboursés.

Pour les parents, entre la qualité et le coût, la qualité prime nécessairement, et ce plus fortement chez les catégories supérieures, qui pensent pouvoir se permettre un tel arbitrage. Cependant, même dans les catégories populaires, l'arbitrage est favorable à la qualité.

Ensuite, 21 % des Français affirment qu'ils diminueraient leurs achats de médicaments et ils indiquent dans la même proportion qu'ils éviteraient d'aller chez le médecin. Il n'est pas surprenant de constater que les catégories populaires sont les plus nombreuses à aller vers ce type d'arbitrage. En outre, la variable sociale joue d'ailleurs plus que la variable spatiale. Ceci est sans doute lié au fait que la qualité de la couverture de notre système de soins est très grande.

En conclusion, les Français sont attachés à leur système de soin et ont le sentiment que le niveau d'information est satisfaisant. Une étude que nous avons réalisée pour France 3 a également montré que la deuxième préoccupation des Français portait sur le système de santé. Ainsi, les Français estiment que le modèle social français est devenu une espèce de droit-créance. En même temps, les Français ont beaucoup évolué dans leurs attitudes. Il y a dix ans, nos compatriotes ne pensaient pas que notre système de santé devait se réformer pour pouvoir se pérenniser. Aujourd'hui, cela n'est plus le cas. Simplement, les Français semblent être favorables à une réforme synonyme de pérennisation, mais ils s'opposent à toute atténuation du principe de solidarité.

André VACHERON

Je crois que les Français ont pris conscience que nous ne pouvons plus continuer comme il y a dix ans. Ils sont conscients du danger d'une médecine à deux vitesses, si nous n'y prenons pas garde. Ceci est un gage de succès pour la réforme.

Table ronde n°1 : « Le patient au cœur du dispositif médical »

Participent à la table ronde :

Jean-Luc BERNARD, Président du Collectif Inter Associatif Sur la Santé

Laurent DEGOS, Président de la Haute Autorité de Santé

Véronique FRANCE-TARIF, Chargée des relations avec les associations de patients, Pfizer

Muriel HAIM, Directeur des relations extérieures, Merck Sharp & Dohme

François NEUMANN, Vice Président du Marketing Strategy, Alcatel

La table a été présidée par Alain MILON, Sénateur du Vaucluse et animée par Odile PICHON, journaliste économie pour le journal Le Parisien

Odile PICHON

Monsieur le Sénateur, n'êtes-vous pas inquiet lorsque vous entendez les Français déclarer à 71 % que la santé est aussi une question de revenus ?

Alain MILON

A mon avis, cette opinion est constante dans l'opinion publique. Je rappelle que lorsque Monsieur Jeanneney a mis en place trois caisses, le citoyen français estimait que les revenus étaient essentiels. Je pense qu'en tant que patient, le Français ne pense plus à cette question de revenu.

Odile PICHON

Jean-Luc Bernard, vous représentez ici les patients. Avez-vous le sentiment d'un progrès dans la prise en compte du patient dans sa globalité ?

Jean-Luc BERNARD

Il existe effectivement un progrès. Avant tout, je souhaite rapidement évoquer le Collectif Inter Associatif Sur la Santé (CISS). Le CISS constitue une nouvelle forme de représentation qui est non syndicale et apolitique. Désormais, nous sommes mieux pris en compte en tant qu'association : nous siégeons au Conseil de l'assurance maladie et dans les caisses primaires.

Odile PICHON

Pouvez-vous donner quelques exemples montrant que votre présence a pu modifier le traitement de certains dossiers ?

Jean-Luc BERNARD

Nous sommes au début du mouvement des « consommateurs » de soin, auquel je préfère le terme d'« usagers ». Le CISS rassemble ainsi des associations familiales, des associations de consommateurs et de malades. Nous avons bénéficié d'un siège au Conseil de l'assurance maladie, mais au moment où le Conseil n'a plus de pouvoir. Nous nous contentons donc d'un strapontin, que comptons bien occuper.

Le traitement des affections de longue durée (ALD) est d'actualité. La loi prévoit ainsi un certain nombre de protocoles, mais nous savons qu'ils ne sont pas prêts. De notre côté, nous avons fait savoir que la gestion de la période transitoire ne nous convenait pas. Je pense que nous allons réussir à faire changer les choses dans ce domaine, afin d'assurer la prise en compte des patients et la non-pénalisation en cas d'accès direct aux spécialistes.

Odile PICHON

Avez-vous le sentiment que les patients peuvent se repérer, compte tenu de la masse d'informations dont ils peuvent disposer ?

Jean-Luc BERNARD

L'information devient un sujet très complexe. Ainsi, les patients arrivent déjà souvent bien informés dans les cabinets des médecins, mais ces informations ne sont pas toujours de qualité. Par exemple, le débat sur la grippe aviaire est aujourd'hui animé par un grand nombre d'informations contradictoires, qui entraînent des comportements aberrants.

Ensuite, les patients sont-ils bien orientés grâce à la réforme du médecin traitant ? Je dois malheureusement répondre par la négative à cette question. Nous aimerions que tous les professionnels affichent leurs tarifs dans leurs cabinets, ce qui n'est pas le cas actuellement.

S'agissant de la qualité des soins, je ne suis pas persuadé que les Français soient bien informés. De même, je suis surpris par le fait que 48 % d'entre eux soient favorables à maintenir ouverts tous les services des hôpitaux de proximité comme la maternité ou la chirurgie, mais avec une qualité de service moins bonne. Or ceci a des conséquences dramatiques. De notre côté, nous avons toujours pensé que la qualité imposait de fermer certains services.

Odile PICHON

Laurent Degos, pouvez-vous revenir en quelques mots sur les principales missions de la Haute Autorité de Santé ?

Laurent DEGOS

Le champ de la Haute Autorité est celui de la qualité en santé, afin d'aider aux choix de priorités, dans l'intérêt du patient, à partir d'un fondement scientifique.

Tout d'abord, nous devons essayer d'aider à la fois le décideur – le ministre – et les financeurs, c'est-à-dire les caisses d'assurance maladie, dans des priorités de remboursement. Ceci concerne des actes médicaux, des médicaments et des dispositifs. Nous avons donc un premier rôle de conseiller pour le service médical rendu, en vue d'un remboursement.

Pour y parvenir, nous devons fournir des outils sur la qualité, à travers deux moyens. Le premier vise à certifier, à accréditer et à marquer la qualité, afin qu'elle soit plus lisible et visible pour le professionnel et le patient. Le second outil vise à fournir des recommandations de bonnes pratiques, afin que le professionnel puisse enfin avoir une pratique fondée sur la médecine par preuve.

Ensuite, il s'agit pour nous d'informer le professionnel de santé, mais aussi le patient. En résumé, nous donnons des avis sur l'organisation des soins, pour essayer d'améliorer la qualité de notre système.

Odile PICHON

Vous avez parlé de décisions prises dans l'intérêt du patient. Nous avons cependant le sentiment que parfois, vous allez contre le désir des patients, notamment à l'occasion du débat sur le déremboursement des médicaments dont le service médical rendu est insuffisant.

Laurent DEGOS

Nous avons proposé un déremboursement des produits qui ne figuraient pas selon nous au rang des priorités du remboursement. En effet, il convient de réaliser des choix. A cet égard, notre ennemi est notre ami, c'est-à-dire le progrès médical, qui souffle de plus en plus fort. Or ce progrès rend le système plus complexe et change notre vision des maladies. Ainsi, grâce à la génomique, on peut très tôt dire qui aura une maladie. Plus tôt on connaît la susceptibilité, plus tôt on peut faire de la prévention.

Heureusement, le progrès médical arrive à guérir des maladies. Ainsi, le panier de biens et services remboursables doit comporter des entrées et des sorties. De fait, puisque le progrès médical souffle sur des structures assez rigides, à un moment ou à un autre, le système va être déraciné. C'est la raison pour laquelle il convient d'adapter notre système de soins, en évaluant nos praticiens et en adaptant précisément le panier de biens et de services remboursables. Les sorties de ce panier concernent ainsi les médicaments de « confort », comme les veinotoniques.

Odile PICHON

Jean-Luc Bernard estime que les documents de la Haute Autorité sont assez abscons pour le citoyen lambda. Indépendamment de l'enjeu de la vulgarisation, êtes-vous favorable à l'idée de publier un classement des hôpitaux compréhensible par la plupart des Français ?

Laurent DEGOS

Nous nous sommes aperçus qu'il ne suffit pas d'émettre des recommandations, il faut que cela soit compris et appliqué, c'est-à-dire que cela soit utile et utilisable. Or pour tout ce qui touche la pratique, il faudra apporter des recommandations simples aux praticiens, jusqu'à donner un

message dans le dossier médical personnel. Il s'agit également de placer le patient au cœur de notre approche : nous ferons des recommandations pour le patient.

S'agissant des critères d'évaluation, nous avons pour le moment considéré tous les hôpitaux. A présent, nous menons une deuxième évaluation, en intégrant les pratiques médicales. Notre but va consister à simplifier nos critères d'évaluation, de manière à ce que l'utilisateur sache où il met les pieds. Notre but consiste donc à mieux informer les patients et à faire en sorte qu'ils soient plus « participants » et plus responsables. En effet, notre but ultime consiste à faire en sorte que le patient soit acteur de sa santé.

Odile PICHON

Véronique France-Tarif, vous vous occupez chez Pfizer des relations avec les associations de patients. Pouvez-vous nous donner quelques exemples concrets de ces relations ?

Véronique FRANCE-TARIF

Il y a quatre ans, nous avons considéré qu'il était essentiel d'être en contact plus direct avec les malades, à travers les associations de patients. Nous ne nous plaçons pas dans le registre « politique » du CISS, mais nous sommes dans un registre pragmatique. Nous soutenons quotidiennement les associations, ces dernières ayant des besoins qu'elles ne peuvent pas toujours couvrir. En effet, il existe aujourd'hui un état d'équilibre entre les associations et les entreprises du médicament, chacun ayant sa place et sa légitimité. Notre soutien s'effectue ainsi dans une totale transparence. L'idée consiste à faire « avec » les associations et non de faire « pour » elles.

Odile PICHON

Pouvez-vous donner quelques exemples concrets de vos actions ?

Véronique FRANCE-TARIF

Il peut s'agir par exemple du soutien à la refonte d'un site internet ou de l'aide à la réalisation d'une brochure d'information sur une maladie et sa prise en charge. En effet, une association a besoin d'informer le grand public et ses membres, de sensibiliser à la pathologie et de former éventuellement ses bénévoles. Il s'agit donc d'actions très concrètes au quotidien.

Notre deuxième axe d'action consiste à aider les associations à se faire entendre et à tenir leur place. Par conséquent, notre soutien n'est pas uniquement financier, mais il concerne également un échange de conseils et d'expertise

Odile PICHON

Quel est le but de cette action ? S'agit-il de redorer le blason de l'industrie pharmaceutique ? Financez-vous ces associations ?

Véronique FRANCE-TARIF

Il est hors de question de financer une association au long cours, le soutien financier n'étant que ponctuel. Ensuite, nous n'avons pas de but commercial, puisque l'objectif vise à parler de la pathologie et de l'environnement, de la qualité de vie des patients et de l'amélioration de leur prise en charge. La volonté du laboratoire est d'être mieux en prise avec la problématique de l'utilisateur et de mieux connaître ses besoins et ses attentes.

Odile PICHON

Jean-Luc Bernard, que pensez-vous de ce genre d'initiative ?

Jean-Luc BERNARD

Il est vrai que les relations avec le LEEM ne sont pas à la hauteur de ce qu'elles pourraient être. Cependant, ceci va s'améliorer, puisque le LEEM prend l'initiative de créer un comité partie prenante, qui devrait avoir pour objectif de mieux associer les usagers à un certain nombre de problématiques. Néanmoins, chacun doit garder des marques.

Ensuite, le CISS a vocation à s'étendre, dans la mesure où les 9 000 associations d'utilisateurs n'ont pas vocation à avoir un niveau de représentation national.

Odile PICHON

Au-delà de la question de l'information, figure celle de l'amélioration de la prise en charge dans le cadre du progrès technique. François Neumann, vous êtes en charge du marketing et de la stratégie chez Alcatel. Pouvez-vous évoquer quelques cas concrets dans lesquels le progrès technique autorise une amélioration de la prise en charge des patients ?

François NEUMANN

Tout d'abord, il faut bien relever que les technologies de l'information sont essentiellement tirées par l'utilisateur : l'utilisateur crée l'usage.

Ensuite, la santé est un domaine dans lequel les technologies de l'information sont les plus prometteuses en termes d'efficacité, puisqu'elles permettent de faire mieux avec moins. Les technologies de l'information peuvent éventuellement offrir une solution au dilemme existant entre localisation et qualité.

Très concrètement, je tiens à évoquer un projet qui permet à l'arrière pays niçois de disposer de toute l'information nécessaire émanant du CHU de Nice, à travers des liaisons satellitaires. Ainsi, les hôpitaux situés dans l'arrière pays niçois, particulièrement montagneux, ont la possibilité de maintenir une présence de santé efficace grâce à des partages et à de la collaboration à distance via satellite avec le CHU de Nice.

Odile PICHON

Cela signifie-t-il que les hôpitaux de proximité ont encore de beaux jours devant eux ?

François NEUMANN

Les technologies de l'information peuvent être une solution pour résoudre le dilemme qui oppose la localisation et la qualité.

Ensuite, je tiens à évoquer la numérisation croissante de la société. Le dossier médical personnalisé (DMP) est ainsi pour moi l'exemple significatif et majeur du début de la numérisation de société. En effet, nous allons pouvoir numériser le système de santé, ce qui nécessitera de sécuriser son accès.

Enfin, nous menons un projet particulièrement intéressant à Florence, où nous associons des technologies totalement maîtrisées comme Internet, les webcams et les centres d'appels. Mises ensemble, elles permettent d'obtenir à un coût très raisonnable une surveillance des personnes âgées à domicile, ce qui permet de les maintenir le plus longtemps possible dans leur environnement familial.

En résumé, nos solutions technologiques permettent :

- de renforcer l'efficacité du personnel soignant grâce au partage de l'information ;
- de garantir un accès des citoyens aux données critiques ;
- d'améliorer le confort des malades dans les hôpitaux grâce à la vidéo.

Odile PICHON

Muriel Haïm, vous êtes directrice des relations extérieures de Merck Sharp & Dohme (MSD) et gériatre. Pouvez-vous détailler les raisons qui conduisent votre laboratoire à réfléchir sur le vieillissement ?

Muriel HAIM

MSD s'est toujours positionnée comme une entreprise citoyenne. Régulièrement, nous apportons notre contribution aux grands débats de santé. Nous savons par exemple qu'en 2010, il y aura plus de gens de 60 ans que de personnes de 20 ans. De fait, la démographie est une science qui ne trompe pas.

Ensuite, le désir des patients doit être pris en compte. Or ces derniers souhaitent mourir chez eux et ne veulent pas être institutionnalisés. Face à cela, il existe une solution qui a déjà été développée dans certains pays. Ainsi, des sociétés comme Intel ou GE ont beaucoup travaillé sur la domotique, cette science qui permet de garder des patients à la maison, en faisant un bilan personnalisé de leur façon de vivre.

Une fois ce bilan réalisé, il est possible de placer des capteurs pour savoir ce qui se passe dans les pièces fréquentées habituellement par la personne âgée. Si la personne passe un certain temps sans

être repérée, il est possible d'informer par internet et par fax le soignant. Cela peut certes paraître à première vue comme une émanation de Big Brother. Cependant, n'oubliez pas qu'en maison de retraite, les patients sont totalement contrôlés et ils n'ont pas le choix de leurs activités. A l'inverse, il est possible d'utiliser des systèmes intelligents qui peuvent permettre de préserver une certaine intimité et un maintien à domicile.

Il existe donc une alternative à recouvrir la France de maisons de retraites.

Odile PICHON

Un certain nombre de personnels de soins trouvent que les patients sortent trop rapidement de l'hôpital. Le développement de la domotique ne risque-t-il pas de renforcer ce phénomène pour des questions d'économie ?

Muriel HAIM

N'oublions pas que l'hôpital est le premier lieu où les infections nosocomiales se développent. Parfois, l'économie permet de modifier les pratiques de manière positive.

Odile PICHON

Jean-Luc Bernard, que pensez-vous des expériences relatives à l'hospitalisation à domicile ?

Jean-Luc BERNARD

Nous sommes très attentifs à l'évolution des technologies. Il s'agit de trouver un juste milieu entre l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation en établissement. De fait, les technologies peuvent aider, ne serait-ce que dans le dialogue entre les acteurs de soin. Elles permettent également de réaliser des diagnostics plus rapides. En cela, ces technologies sont prometteuses.

François NEUMANN

Il faut évoquer la question des usages. On ne peut pas prévoir *a priori* ce qui va être acceptable par les utilisateurs. Seules les expérimentations peuvent fournir des informations sur ce sujet.

Odile PICHON

Jean-Luc Bernard, pouvez-vous nous faire part d'une urgence concernant le CISS ?

Jean-Luc BERNARD

Pour le moment, le CISS représente une forme de représentation aboutie des usagers, même si nous n'avons pas le monopole des associations. En revanche, nous souhaitons rallier les initiatives

régionales, c'est-à-dire les CISS régionaux. Ensuite, à l'échelle européenne, tout reste à faire au niveau de la représentation des patients.

En résumé, l'urgence concerne les financements, mais également la reconnaissance que nous pouvons avoir, en tant que représentants des citoyens usagers. Nous voulons donc que notre action soit reconnue.

Débat avec la salle

De la salle

Professeur Degos, la publication par la presse des meilleurs hôpitaux et clinique ne représente-t-elle pas une forme de privatisation de l'expertise ? La Haute Autorité mène-t-elle des projets dans cette perspective ?

Laurent DEGOS

Toute initiative privée est respectable. En revanche, nous menons quant à nous une évaluation avec des experts visiteurs qui passent une semaine dans chaque établissement. Notre objectif consiste aujourd'hui à réduire le nombre de critères que nous utilisons en les rendant lisibles et utilisables. Nous allons ainsi publier – nous serons prêts vers le mois de juillet – des critères sur lesquels sur lesquels les établissements de santé seront évalués.

Dans la première version, nous accréditons les établissements. Aujourd'hui, nous certifions ou ne certifions pas tel ou tel établissement, ce qui constitue un grand changement. Nos critères risquent donc d'être plus entendus que ceux qui sont publiés par les journaux.

Nathalie DUCASSE, Présidente de l'Association française du diabète insipide

Ma question concerne les centres de référence dans le cadre du plan des maladies rares ? De quelle manière une association peut-elle faire passer un centre de référence pour une maladie rare et méconnue ?

Laurent DEGOS

Le comité de référence de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins s'occupe de l'inscription des centres de maladies rares. En revanche, la Haute Autorité rend visite tous les quatre ans aux établissements de soin. De notre côté, nous verrons si cette expertise est bien incluse dans l'organisation des soins de l'établissement, afin de vérifier que le système fonctionne bien.

Odile PICHON

Laurent Degos, lorsque vous refuserez de donner une certification à un établissement, de quelle manière ferez-vous en sorte que cette information soit connue par le patient ?

Laurent DEGOS

Nous apportons une expertise scientifique. Il revient ensuite au Préfet de donner l'ordre de fermeture et à l'ARH de faire changer les objectifs de cet établissement. Nous ne sommes donc pas responsables de la décision finale. De notre côté, nous publierons sur notre site les différentes indications, à partir de critères précis.

Ensuite, je tiens à évoquer brièvement notre système de santé, lequel est fondé sur la confiance entre le médecin et le malade. Il faut conserver à tout prix cette confiance, au moment même où elle est remise en cause. Ainsi, le médecin a parfois le sentiment de n'être plus qu'un maillon, un technicien de santé. De son côté, le patient craint de perdre la relation directe avec son médecin.

Notre système de confiance risque aujourd'hui d'être remis en question. Nous irions dans une mauvaise voie si nous transformions notre système pour le rendre semblable à celui qui existe aux Etats-Unis, où tout est fondé sur la méfiance et la recherche des erreurs. En résumé, il convient d'adapter notre système, de bien informer le patient pour le rendre responsable de sa santé, mais aussi de garder la confiance dans la relation entre le médecin et le patient.

Alain MILON

Si les technologies nouvelles peuvent offrir de beaux jours à l'hôpital local, celui-ci doit cependant disposer d'un plateau technique suffisant pour pouvoir travailler dans les meilleures conditions possibles. En outre, il faudra respecter une démographie médicale qui n'existe plus actuellement au niveau national.

Ensuite, ces technologies ne permettent pas une hospitalisation, mais un maintien à domicile de la personne âgée. De fait, la dépendance implique nécessairement l'existence de maisons de retraites.

Table ronde n°2 : « L'offre de soin, du minimum requis au 'luxe' »

Participent à la table ronde :

Yves AUGEREAU, Directeur Général, Siemens Health Services France

Marion BAMBERGER, Directeur de développement économique, Bristol-Myers Squibb

Antonio GUELL, Directeur valorisation des applications, CNES

Didier GUIDONI, Directeur Secteur Santé, Ineum

André VACHERON, Président de l'Académie Nationale de Médecine

La table a été présidée par Jean-Pierre GODEFROY, Sénateur de la Manche et animée par Marie BIDAULT, chef de rubrique pour La Gazette Santé-Social

Jean-Pierre GODEFROY

En tant que maire, j'ai présidé le Conseil d'administration d'un hôpital pendant vingt-et-un ans. Je suis donc bien placé pour considérer qu'en matière de santé, la question essentielle concerne la démographie médicale et la manière de remédier à un certain nombre de disparités actuelles. Ainsi, dans certaines régions, les médecins manquent gravement, tandis que dans d'autres, l'offre est beaucoup plus riche. Or les régions qui ont le plus besoin de services de soins sont fréquemment celles où la démographie médicale est la plus faible.

Ensuite, dans certaines régions, les centres hospitaliers sont parfois en dessous du minimum requis. De plus, il me semble normal d'augmenter le *numerus clausus*. Cependant, si nous ne faisons pas attention à la répartition démographique des médecins, l'augmentation du *numerus clausus* ne fera qu'augmenter les disparités territoriales.

Si les plateaux techniques demeurent incontournables, les nouvelles technologies pourront peut-être apporter quelques réponses. L'étude CSA a ainsi bien montré que dans les zones rurales, nos compatriotes sont très réticents à voir fermer l'hôpital de proximité, car il s'agit bien souvent de la seule sécurité qui demeure.

Marie BIDAULT

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a prévu un parcours de soin coordonné avec un médecin traitant, lequel assure le suivi médical courant et peut orienter vers des médecins spécialistes. Didier Guidoni, pensez-vous que ce parcours de soin peut structurer l'offre de soins telle que nous la connaissons aujourd'hui ?

Didier GUIDONI

En Europe, trois types de modèles de protection sociale coexistent.

- **les modèles beveridgiens**
De manière très traditionnelle, ces modèles comportaient un médecin référent, qu'ils ont su préserver.
- **les modèles bismarckiens**
Depuis les réformes de l'assurance maladie d'il y a trois ans en Allemagne et aux Pays-Bas, on assiste à l'émergence d'un médecin traitant, sur le mode de l'incitation. Désormais, les taux de fidélisation du médecin traitant sont importants dans ces pays.
- **les modèles mixtes**
Le système de protection sociale français fait partie de ces modèles. L'Espagne a décentralisé son système de santé au niveau des régions. La Catalogne réfléchit ainsi à la mise en place d'un système de médecin traitant.

Le parcours de soin est un luxe de pays développé, qui dispose de structures de soin et des spécialités médicales abondantes. Malgré tout, les densités médicales nous situent dans des économies de pays riches. En même temps, il s'agit d'un minimum requis, puisque le niveau de socialisation de nos dépenses de protection sociale (92 %) fait que la société doit à un moment donné se demander s'il est possible d'optimiser l'usage de cet argent au sein d'un système qui est socialisé dans son financement et libéralisé dans sa dépense.

Le parcours de soin va considérablement et durablement impacter l'architecture de notre système. Pour illustrer cet aspect, je tiens à prendre quelques exemples.

Les relations entre la médecine de ville et la médecine d'hôpital

En Grande-Bretagne, il n'est plus possible d'aller à l'hôpital sans passer par le *general physician*. Désormais, il s'agit de décloisonner les deux acteurs que sont la médecine de ville et la médecine d'hôpital. Le DMP sera naturellement un point d'accélération important dans le dispositif, mais il ne sera pas le seul.

La transformation des modalités d'exercice de ville

Ainsi, en France, le taux d'exercice de la médecine en cabinet de groupe est de 17 à 20 %, soit un des taux les plus faibles d'Europe. Il y a fort à parier que les modalités d'exercice en groupe se développeront demain. En effet, elles permettent de mieux ancrer une offre de soin dans les zones rurales. Ensuite, la médecine n'est plus seulement une rencontre entre une confiance et une conscience. Demain, deux médecins généralistes, un radiologue, une infirmière et une sage-femme exerceront dans un ensemble commun qui leur permettra d'échanger.

Les modalités de rémunération des médecins

La médecine est, dans la très grande majorité des cas, rémunérée à l'acte. Cependant, il y a de plus en plus de rémunérations au forfait, comme par exemple la rémunération des gardes et des astreintes. En outre, la féminisation très importante de la profession semble indiquer que les modalités de rémunération iront sans doute vers un partage plus équitable entre une rémunération à

l'acte et une rémunération au forfait. En effet, les femmes demandent généralement un mode de rémunération plus lié à la manière dont elles pratiquent leur activité au sein d'un bassin de population.

La hiérarchie des rémunérations

En Angleterre, un médecin traitant est rémunéré 92 000 livres à l'année. En France, un médecin généraliste gagne en moyenne 60 000 euros.

En quelque sorte, la hiérarchie des rémunérations croît avec l'éloignement avec le patient. Or un des fondements de la mise en place du parcours de soin est la ré-humanisation de l'acte médical, sans pour autant négliger les apports de la technique. Il y a donc une remise au premier plan de la relation médicale entre un patient et un praticien. Au-delà du symbole, il sera de plus en plus inévitable que cette relation humaine, dont tout le monde connaît l'importance, soit prise en compte. La société devra donc revoir une partie de ses grilles de lecture de l'acte médical et revaloriser la partie de ce contact humain consubstantiel à l'art de la médecine.

Marie BIDAULT

André Vacheron, quelles réflexions vous inspirent les propos de Monsieur Guidoni ?

André VACHERON

Bien que travaillant rue Bonaparte, j'exerce également en hôpital. A la réflexion, il apparaît évident que le parcours de soin et le médecin traitant constituent une amélioration pour le patient. En effet, auparavant, les patients allaient bien souvent chercher à l'aveugle différents spécialistes.

Le premier intérêt du médecin traitant est de canaliser cette recherche vers le médecin libéral et vers l'hôpital. La version ancienne du médecin traitant était le médecin généraliste. Avec le développement des techniques et des spécialités, les patients ont eu de plus en plus tendance à court-circuiter leurs généralistes et à consulter d'eux-mêmes les spécialistes.

Ensuite, le parcours de soin va permettre d'améliorer les interactions entre l'hôpital et le médecin traitant. En effet, lorsqu'un patient sort de l'hôpital, il est de règle d'envoyer un compte-rendu d'hospitalisation au médecin. Or bien souvent, le patient indiquait qu'il n'avait pas de médecin traitant. C'est pourquoi la création de ce maillon va permettre d'améliorer la relation entre l'hôpital et le médecin.

Par ailleurs, l'ouverture de l'hôpital à la médecine de ville est un des objectifs qui devrait permettre d'améliorer les problèmes de démographie médicale.

Il y a une quinzaine de jours, j'ai assisté à un séminaire sur le risque médical à Vitteaux, en Auxois. J'y ai rencontré un certain nombre de praticiens hospitaliers. Le député de Vitteaux m'a expliqué que quatre hôpitaux de la zone fonctionnaient en réseaux harmonieux et complémentaires, chacun prenant en charge une spécialité. Dans ces quatre sites, le fonctionnement de l'hôpital est assuré par des médecins généralistes qui travaillent le matin à l'hôpital et l'après-midi dans leur cabinet.

Aujourd'hui, la France a 200 000 médecins, soit un nombre suffisant, mais ces derniers sont extrêmement mal répartis. Il va donc falloir créer des incitations à l'installation dans des zones défavorisées et multiplier le travail en réseau entre des hôpitaux généraux et le corps médical libéral.

Marie BIDAULT

Le parcours de soin sera rendu possible par le dossier médical personnel (DMP) qui doit se généraliser en 2007. Il y a quelques jours, six consortiums ont été choisis pour mettre en œuvre des phases de préfiguration du DMP. Parmi eux figure le consortium Siemens-EDS. Yves Augereau, quel sera le contenu de ce DMP ?

Yves AUGEREAU

Je souhaite évoquer quatre points spécifiques.

La place du DMP

Nous avons bien insisté depuis ce matin sur la notion de qualité et de continuité des soins. L'objectif majeur du DMP est le lien entre le patient, qui a la propriété de ses données, et le médecin traitant. D'après moi, le DMP est un enjeu majeur de la réforme pour créer un lien structuré d'information.

La France a un rôle de précurseur

Aujourd'hui, dans sa conception, le DMP est en avance par rapport à d'autres pays. Les autres pays sont ainsi en train de lancer des réflexions dans ce domaine, notamment les Etats-Unis et l'Allemagne.

Certains doutent de la viabilité technique du DMP. Le respect de cette viabilité ne nous pose pas de problème, dans la mesure où, en tant qu'industriels, nous hébergeons, gérons et sécurisons 41 millions de dossiers médicaux aux Etats-Unis. En France, le DMP concernera environ 50 millions de Français c'est-à-dire les Français de plus de 16 ans. En revanche, l'accès du patient à son information est une innovation majeure.

L'état d'avancement du projet

Six consortiums ont été sélectionnés et nous sommes actuellement dans des phases de préfiguration, qui dureront jusqu'en avril 2006, avant une généralisation sur l'ensemble du territoire à partir d'un deuxième appel d'offre.

Les pré-requis

Il faut que cette information soit simple, rapide et ergonomique pour le médecin traitant et pour les médecins hospitaliers. Il est donc hors de question de demander au médecin traitant de refaire une saisie pour le DMP. Aujourd'hui, un certain nombre de moteurs d'intégration nous permettent d'aller récupérer ces informations.

Marie BIDAULT

Concrètement, les données seront-elles saisies une fois pour toutes ?

Yves AUGEREAU

Il existe plusieurs aspects. Nous disposons de plusieurs sources d'informations dans le domaine médical.

- **les données**

Il s'agit des données de laboratoire, de compte-rendu et des données démographiques. Ces données figurent sur des supports et chaque professionnel de santé aura la possibilité de rechercher cette information sans la saisir.

- **l'image**

Environ 90 % des équipements d'image sont aujourd'hui numériques et partagent la même norme de communication. Par conséquent, il est très simple de récupérer et de stocker les images.

Nous sommes donc parfaitement capables de répondre à l'objectif ministériel de structuration de l'information.

Ensuite, en tant qu'industriels, nous devons nous engager sur des réponses robustes et pérennes. Il ne doit pas s'agir de réponses de circonstance, mais de réponses qui s'inscrivent sur des périodes très longues, avec des briques techniques pérennes.

Enfin, afin que le DMP puisse exister, la circulation d'information doit intervenir pour pouvoir suivre les déplacements des patients. Il devrait y avoir trois ou quatre groupements hébergeurs retenus sur le territoire, qui doivent s'engager sur des standards de communication communs. Or nous disposons déjà de ces standards autour des données et de l'image. Si chacun s'engage à respecter ces standards, il sera possible de communiquer harmonieusement entre différents groupements, patients et médecins traitants.

Marie BIDAULT

Continuons notre tour d'horizon des innovations qui peuvent modifier l'offre de soin pour nous tourner vers le médicament. Marion Bamberger, vous estimez que trois grandes révolutions peuvent modifier l'offre de soins dans les années à venir. Pouvez-vous détailler cet aspect ?

Marion BAMBERGER

Le rôle du médicament au cours des dernières décennies n'a pas été remis en cause. Les traitements constituent des réalités que personne ne conteste aujourd'hui. Des progrès ont été réalisés, mais un grand nombre de pathologies ne sont pas encore traitées ou sont mal prises en charge.

La révolution scientifique

Aujourd'hui, la première des révolutions est scientifique. Nous sommes passés rapidement de la chimie analytique à la biologie moléculaire. Aujourd'hui, nous nous dirigeons de plus en plus vers des approches individualisées où la génomique va permettre de savoir quel type de médicament peut agir sur tel ou tel type de patients. Les médicaments traiteront demain un sous-groupe de patients, mais de manière plus efficace qu'aujourd'hui.

Cette révolution va bouleverser le paysage du médicament, en créant des médicaments de très haute technologie. Cependant, ces médicaments vont demander des techniques de dépistage et d'administration qui devront être réalisées dans des centres spécialisés.

Dans les cinq années à venir, plus de 100 médicaments de biotechnologies vont être la disposition des patients, mais ils demanderont un grand nombre de précautions.

La révolution sociale.

Aujourd'hui, il existe une demande énorme de santé, laquelle constitue une des premières aspirations de nos concitoyens. L'augmentation de la durée de la vie s'accompagne ainsi du désir permanent d'être en bonne santé tout au long de cette vie. De plus, les associations de patients sont de plus en plus actives dans le débat et la diffusion de l'information est meilleure grâce à Internet. Ceci contribue à une plus grande exigence de la part des patients.

Cependant, notre société est également confrontée à des problèmes de défiance vis-à-vis du médecin, de désir du « zéro risque », de l'exigence et la mise en place d'un principe de précaution permanent et d'une judiciarisation très rapide de la société.

La révolution géopolitique

Il existe une fracture de plus en plus importante entre les pays du nord et du sud. A un moindre niveau, les pays européens ne voient pas leur fonctionnement harmonisé.

Que peut devenir le médicament ?

De plus en plus, il y aura plusieurs types de médicaments. Tout d'abord, il convient de parler des médicaments de très haute technologie, qui vont cibler des patients spécifiques pour une efficacité plus importante qu'aujourd'hui. En contrepartie, il sera nécessaire de prendre des précautions encore plus importantes. Ensuite, il ne faut pas oublier les pathologies qui sont prises en charge aujourd'hui, mais qui ne le sont pas de manière optimale. Chacun des acteurs de la santé doit améliorer cet état de fait.

La dernière catégorie de médicaments concerne ceux qui permettent d'avoir une qualité de vie optimum tout au long de la vie. Désormais, la question porte sur la prise en charge de ces médicaments à l'avenir. Une automédication responsable avec l'implication des professionnels de santé constitue-t-elle une des solutions ? Cette question reste ouverte.

Marie BIDAULT

Vous avez évoqué des médicaments de haute technologie. On peut donc se demander si la télémédecine peut apporter un début de réponse. A cet effet, je souhaite interroger Antonio Guell, directeur des applications et de la valorisation au Centre national d'études spatiales (CNES). Quel est le lien entre le CNES et la santé ? En quoi la télésanté et la télémédecine peuvent avoir des conséquences sur l'offre de soin de demain ?

Antonio GUELL

Le CNES a été saisi il y a quelques années par un ministre de la Recherche qui a posé la question suivante : de quelle manière le CNES, par le biais des outils dont il dispose, peut-il être plus près du citoyen ? Parmi les thèmes sur lesquels nous avons été questionnés figurait la priorité de la santé.

Pour répondre à cette question, un groupe de travail a été constitué. Il a été présidé par Louis Lareng, le fondateur des SAMU et de la télémédecine dès 1947. Ce groupe de médecins, paramédicaux et représentants d'associations de patients a estimé de manière unanime que le spatial pouvait contribuer à la priorité de la santé, dans les cinq thèmes suivants :

- la télémédecine ou la téléconsultation dans des cas de figure très précis ;
- les épidémies ;
- les hospitalisations à domicile ;
- l'éducation thérapeutique des malades chroniques à leur domicile ;
- la formation médicale continue des médecins à domicile.

Associés à ces cinq thèmes, figure un thème humanitaire dont l'objectif est la gestion des crises internationales.

A présent, je souhaite évoquer quelques exemples précis des réalisations technologiques du CNES à impact économique. En préambule, je rappelle que le CNES soutient, dès que la demande lui en est faite, des études pilotes, à la condition qu'elles puissent aboutir un jour à un service.

Le désenclavement des régions isolées par l'utilisation de satellites

Un premier exemple porte sur l'apport de la médecine dans les lieux les plus isolés, c'est-à-dire certains de nos DOM. En Guyane, près de 100 000 Français sont au plus près à deux heures d'hélicoptère de l'hôpital de Cayenne ou à cinq jours de pirogue. A la Réunion, certaines populations sont isolées dans ces cirques à six heures de marche du premier hôpital.

Nous avons donc développé un concept d'aide à la consultation et de prise de décision il y a cinq ans. En Guyane, nous avons équipé quatre sites isolés de systèmes de collecte et de transmission de données via satellite. Au bout d'un an, le ministère de la Santé a donné l'instruction d'équiper l'ensemble des 21 centres de santé de Guyane car en un an, 45 à 40 % des évacuations sanitaires par hélicoptère avaient diminué. Je rappelle que le coût d'une telle évacuation est de 2 000 euros de l'heure.

Sur le territoire métropolitain, nous nous orientons vers une étude pilote qui consisterait à désenclaver un certain nombre de villages ou de villes de moyenne importance dans lesquels toutes les spécialités médicales ne sont pas représentées.

L'utilisation de satellites et de robots

En l'occurrence, il s'agit des robots qui travaillent sur Mars pour y recueillir des échantillons minéraux. Une société française a ainsi eu l'idée d'utiliser ces robots pour faire de la télé-échographie, c'est-à-dire des actes d'échocardiographie dirigés à distance par un médecin. Un certain nombre d'expérimentations ont eu lieu récemment, entre l'hôpital de Tours et un certain nombre de gros villages situés entre 50 et 80 kilomètres de la préfecture de l'Indre-et-Loire. Cette utilisation a ainsi permis de réduire de 60 % le nombre de transports médicalisés entre ces villages et les hôpitaux de Tours.

L'utilisation de la téléphonie 3G

Grâce à un téléphone 3G bientôt disponible, il s'agira d'essayer d'offrir aux infirmières une traçabilité de leurs actes. Il s'agira également de pouvoir demander grâce à du texte et de l'image, un avis au médecin traitant du malade sans avoir à déplacer ce malade. Ceci permettra enfin d'offrir à ces cabinets d'infirmières libérales la possibilité de localiser l'infirmier le plus près du malade.

Le rôle des satellites dans la prévention

Les satellites peuvent jouer un rôle essentiel pour la prévention à domicile de certains malades chroniques. Par exemple, le taux de mortalité et de morbidité du diabète est élevé, alors que de très simples gestes pourraient sauver de nombreuses vies.

L'idée consiste à fournir aux malades des contenus pédagogiques, au niveau des centres de santé de proximité. Ainsi, il conviendrait de réunir une vingtaine de patients diabétiques une fois par mois. Par le biais du CHU le plus proche, il s'agirait d'instaurer une interactivité entre les patients et les professionnels de santé au sujet de la maladie dont ils souffrent.

Telles sont les actions du CNES, qui est une agence de moyens. Nous mettons à disposition des moyens, et de plus en plus, pour des applications citoyennes.

André VACHERON

Monsieur Guell a parfaitement évoqué toutes les possibilités offertes par la télémédecine, dont certaines sont d'ores et déjà utilisées par des équipes très compétentes. Ainsi, la télé-échographie est une avancée remarquable. A partir du moment où un télé-échographiste peut transmettre ses images et les faire interpréter par des gens très compétents, il est possible de raccourcir le délai du diagnostic et de la décision.

Ensuite, je souhaite revenir sur le dossier médical personnalisé, qui est un élément fort de la réforme. Tout d'abord, je tiens à rappeler qu'un premier essai avait été réalisé par Jacques Barrot, via un instrument très simple, mais très efficace, le carnet de santé. Malheureusement, cette expérience n'a pas fonctionné, pour une raison simple : il n'a pas été imposé au corps médical. De fait, les médecins ne le remplissaient pas, alors que ce travail ne prenait que quelques minutes.

Or cet échec me conduit à être inquiet vis-à-vis du dossier médical informatique. Mes confrères généralistes semblent ainsi être assez réticents face au DMP.

Débat avec la salle

Professeur Louis LARENG

Je tiens à revenir sur deux points précis, la télémédecine, notamment en milieu rural, et le dossier médical personnalisé.

La télémédecine

Une expérience de télémédecine est réalisée en Midi-Pyrénées, où 62 établissements et des médecins généralistes sont reliés. Or nous avons constaté que le réseau de télémédecine n'est valable que s'il est maillé. Ainsi, des unités concertées de cancérologie se sont localement constituées.

Ensuite, il est nécessaire que ces réseaux soient animés et que la concertation soit permanente entre l'administration, les professionnels de santé, les malades et les opérateurs. En effet, il est essentiel de maintenir l'humanisation : Henri Cartier-Bresson ne disait-il pas que la technologie pour la technologie est de la folie ?

Par ailleurs, la télémédecine a permis au médecin généraliste rural de diminuer les espaces et de rompre son isolement. Pour autant, elle ne se substitue en aucun cas au médecin rural. En conséquence, je regrette que la télémédecine ne soit pas suffisamment évoquée comme source d'économie. Avec la Sécurité Sociale, nous sommes en train d'évaluer la plus-value apportée par la télémédecine, qui permet aux médecins généralistes d'éviter à 51 % de leurs patients des déplacements vers les villes.

Enfin, je rends hommage au Sénat et notamment à Jean-Claude Etienne, qui a fait tomber les frontières qui subsistaient au niveau administratif.

Le dossier médical personnalisé

Le DMP a été expérimenté par la télémédecine dans la région Midi-Pyrénées depuis quelques années. Il convient de relever la différence entre le partage des informations et le dossier médical personnel. Or le médecin généraliste manipule beaucoup mieux les technologies modernes que nombre de mes collègues.

Michel-Léopold JOUVIN, directeur d'hôpital

Je crois au DMP, mais il est certain que sa bonne mise en œuvre nécessitera un effort soutenu quant à l'informatisation des établissements. Ainsi, nombre des établissements ont des logiciels métiers, mais ils n'ont pas pensé à l'infrastructure.

Sur le plan technologique, il est évident que le DMP est réalisable aujourd'hui. Cela suppose néanmoins que le dossier médical soit installé à la fois chez les praticiens et dans les établissements de santé. Là aussi, il convient de fournir un effort fondamental en matière d'investissements. De ce point de vue, très peu d'établissements sont prêts à l'heure actuelle.

Aujourd'hui, mon expérience de directeur d'établissement me permet de dire que la prise à distance de l'image fonctionne. Cependant, il convient de se poser une question essentielle. Celle-ci est la suivante : le patient pourra-t-il interdire à un moment donné l'accès au dossier ?

De la salle

Je suis enseignant-chercheur dans le groupe des écoles des Télécom et spécialiste des télétransmissions. Je tiens à vous faire part de plusieurs remarques. Tout d'abord, on parle de dossier médical personnel, mais ce caractère personnel n'existera pas. En effet, le dossier sera relié aux ayant-droits.

Ensuite, Monsieur Augereau a affirmé que la France était en avance en matière de DMP. Ceci est inexact. Ainsi, lorsque je vais au Brésil, mon système d'analyse médicale me donne mon analyse de sang sur une disquette ou un CD-rom. Je peux également effectuer cette analyse de sang au supermarché du coin.

Enfin, il a été indiqué que les normes étaient les mêmes. Ceci est également erroné. Ainsi, un constructeur A ne peut pas lire le dossier DCOM d'un constructeur B s'il ne dispose pas de la bonne routine fournie par ledit constructeur.

Yves AUGEREAU

Je m'inscris totalement en faux vis-à-vis de ces propos. En effet, Siemens est implanté dans 120 pays, ce qui lui permet d'avoir une vision assez large des pratiques. Ainsi, les autres pays, y compris le Brésil, sont loin de proposer un dossier médical personnel exhaustif aussi perfectionné que celui qui sera mis en place pour l'ensemble des citoyens français. De fait, il existe une grande différence entre le traitement d'une population entière et celui de quelques personnes.

Alain PRUAL

Je travaille comme praticien hospitalier dans un établissement de 850 lits dans la France profonde. Je suis surpris que cette table ronde, qui portait pourtant sur l'offre de soins, ait peu évoqué la réalité du terrain. En effet, dans les hôpitaux régionaux, nous sommes bien loin du *high-tech* qui vient d'être décrit.

Ensuite, vous avez parlé très vaguement de l'inégalité de l'offre territoriale. Or, de nombreuses régions éprouvent de très grandes difficultés pour attirer des praticiens. Je rappelle ainsi que l'AP-HP a 2,5 fois plus de personnels par lit que l'ensemble des hôpitaux de France.

De plus, il convient de relever l'insuffisance de l'offre. Ainsi, les hôpitaux manquent de praticiens. Par exemple, dans mon établissement, trois services chirurgicaux ont dû être fermés par manque de chirurgiens et d'infirmières. Nous voulions ouvrir dix lits supplémentaires pour répondre aux besoins, mais nous ne pourrons pas le faire. Aujourd'hui, il n'est plus possible de répondre à la demande de soins. Les hôpitaux en arrivent donc à recruter des médecins étrangers n'ayant pas l'autorisation d'exercer en France.

Le parcours de soin

La réforme fait la part belle aux généralistes. Dans la réalité, les généralistes sont peu nombreux, ils sont âgés, et ils n'ont plus envie de travailler le week-end. Le vendredi soir, ils ferment leurs cabinets et renvoient leurs patients sur le service des urgences.

Le dossier patient informatisé

Nous sommes en train d'informatiser les hôpitaux. Pourtant, lorsque je demande à mes collègues de remplir leurs obligations légales, comme les résumés d'unité médicale, ils refusent. En effet, ils n'ont plus le temps de le faire, ou alors au détriment des patients.

Telle est la réalité du terrain.

Table ronde n°3 : « La santé, une affaire de choix »

Participent à la table ronde :

Christian BAZANTAY, Secrétaire général, Servier

Jacques ORVAIN, Directeurs des études et de la recherche, Ecole Nationale de la Santé Publique

Emmanuelle WARGON, Directeur général adjoint, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

La table a été présidée par Patricia SCHILLINGER, Sénatrice du Haut-Rhin et animée par Pierre-Marie VIDAL, Directeur de la rédaction, Acteurs publics.

Patricia SCHILLINGER

Permettez-moi tout d'abord de vous dire que je suis très heureuse de présider cette table ronde sur un sujet qui me tient particulièrement à cœur. Aujourd'hui, la politique de santé publique nous concerne tous, les responsables politiques, les personnels de soins, les patients, les industries pharmaceutiques, les consommateurs et les citoyens.

Les enjeux autour de la santé sont aujourd'hui multiples. Au centre des préoccupations des Français, la santé exige de la nation un effort considérable. La santé s'inscrit donc, comme l'éducation ou le travail, dans des choix politiques primordiaux.

La santé est donc une affaire de choix. Cependant, avons-nous vraiment le choix en matière de santé ? D'abord, tout dépend du point de vue où nous nous plaçons. Ainsi, les patients exigent des soins qui répondent à leurs attentes et à leurs besoins mais ils n'ont pas le choix, ils doivent subir les mesures de la politique de leur gouvernement. Par exemple, ils vont subir la baisse des remboursements et l'inégalité des soins. S'ils se trouvent dans une zone où il n'y a pas de médecin, d'hôpital, de services de radiologie ou de laboratoire, la prévention n'est pas équitable.

Seul le gouvernement peut donner à la personne, au groupe et à la communauté les moyens de surmonter les obstacles grâce à l'élargissement des choix en matière de soins pour des populations particulières. Seul le gouvernement peut donner l'accès aux soins à tous. Pour y parvenir, il est important de restructurer et d'évaluer régulièrement les fonctions de tous les acteurs. En tant que garant de la protection de la santé, l'Etat doit déterminer des objectifs de santé publique et donc opérer des choix politiques.

Cette table ronde pose un certain nombre de questions.

- Comment le gouvernement définit-il une politique nationale de santé ?
- Quelle politique de soins souhaitons-nous ?
- Comment rendre notre système de santé plus performant ?
- Quel niveau de solidarité sommes-nous prêts à accepter ?
- Quels comportements responsables sommes-nous appelés à avoir en tant que consommateurs ?

- Comment évaluer ?
- Quelles sont les bonnes pratiques à employer ?

Tels sont les différents thèmes qui seront traités au cours de cette table ronde. Je remercie les différents intervenants et forme le vœu que chacun, dans son domaine de compétence propre, puisse apporter des informations et des explications sur la politique de santé et de soins mises en œuvre ces dernières années en France.

Pierre-Marie VIDAL

Jacques Orvain, à l'heure du choix scientifique et politique, comment faire la part des choses ? Qui de ces deux pouvoirs tient l'autre en l'état ? Je suppose que vous avez sur ce sujet un avis averti.

Jacques ORVAIN

Avant d'aborder cette question, je souhaite vous faire part de quelques commentaires.

Tout d'abord, je tiens à rappeler que la santé ne concerne pas uniquement la consommation des soins, mais aussi ce qui précède. N'oublions pas que certains secteurs de la santé publique ont beaucoup évolué depuis quelques années. Ainsi, pendant des années, la santé publique s'est demandé comment faire diminuer les accidents sur la voie publique. Lors des trois dernières années, la conjonction d'une parole politique forte, d'un arsenal d'encadrement et d'une prise de conscience ont permis d'obtenir un effet concrétisé par une baisse de la mortalité et des morbidités associées.

Actuellement, de nombreuses réformes prennent corps, notamment au niveau régional. Les ARH ont effectué leur travail sur leur terrain. Qu'en sera-t-il des demain des ARS ? De quelle manière sera-t-il possible d'articuler les schémas régionaux d'organisation des soins et les plans régionaux de santé publique et d'éducation pour la santé ?

Le politique a laissé la place au scientifique, ce qui s'est traduit par la création des agences comme l'AFSSAPS, l'ANAES ou l'INVS. Ceci s'est avéré profitable, puisque cela a permis de donner une certaine forme d'autonomie à la parole scientifique. Aujourd'hui, j'ai le sentiment que le politique abandonne le terrain de sa propre responsabilité. Or une fois que la connaissance scientifique est établie, le rôle du politique est majeur dans l'expression des préférences sociales et de leur pondération.

De plus, la santé n'est pas seulement l'affaire des patients, même si ces derniers ont une parole très riche à fournir. Nos élus doivent ainsi jouer un rôle vis-à-vis de l'offre de soin au niveau régional. Dans de nombreux cas, le politique a quelque chose à dire.

En dernier lieu, il convient de réfléchir à l'articulation entre la santé et le social. Notre système de soin est plutôt bismarckien et dans ce cadre, l'entrée et le remboursement des soins sont bien encadrés. Ensuite, le modèle beveridgien est beaucoup plus global et articule mieux la santé et le social. Je rappelle à cet égard, la forte implication de l'ENSP pour former à la fois les agents hospitaliers, les cadres de l'hospitalisation et les cadres des DDASS et DRASS.

Pierre-Marie VIDAL

Madame Wargon, vous êtes directrice générale adjointe de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. En matière de choix, il ne s'agit pas de dire oui ou non, il faut aussi y mettre des conditions. Pouvez-vous nous donner quelques explications supplémentaires sur ce sujet ?

Emmanuelle WARGON

Afin de contribuer au débat, je tiens à repartir de l'offre de produits, le secteur qui est théoriquement le plus facile puisqu'il est très encadré.

La première évaluation

Le médicament est d'abord autorisé sur avis scientifique. Par conséquent, un premier choix scientifique a lieu, à travers l'évaluation du rapport bénéfice/risque du médicament. Cette évaluation, qui paraît simple en théorie, ne l'est pas en définitive, dans la mesure où l'on juge deux critères : le bénéfice et le risque.

Déjà là, se manifeste un premier antagonisme essentiel : l'intérêt individuel par rapport à l'intérêt collectif. Ainsi, une partie des patients auront un intérêt pour le médicament, tandis qu'une autre partie aura potentiellement des effets indésirables graves. Il faut donc essayer de faire la synthèse, pour savoir si, *in fine*, le produit arrivera sur le marché. Dès le stade de l'AMM, il s'agit ainsi de savoir si l'on va recommander, cibler ou limiter le médicament à une certaine catégorie de patients.

La deuxième évaluation

Cette question se pose ensuite au stade du remboursement. En effet, le médicament fait l'objet d'une deuxième évaluation par la Haute Autorité de Santé. Cette dernière positionne ainsi le médicament dans la stratégie thérapeutique, pour savoir ce qu'il apporte de nouveau par rapport à l'offre existante. En fonction de la réponse, la collectivité le juge admissible ou non admissible au remboursement.

Là encore, il s'agit d'une évaluation scientifique, qui repousse d'autant le choix politique et économique. Là encore, cette évaluation est délicate, puisqu'elle pose la question de l'intérêt général et de l'intérêt particulier.

Quelques exemples illustratifs

Le premier exemple porte sur un médicament de lutte contre la maladie de Parkinson, le Tasmar. Il a été introduit sur le marché il y a cinq ans, puis retiré trois mois plus tard pour cause d'hépatites fulminantes. Aujourd'hui, il a reçu une nouvelle AMM, dans la mesure où il apporte un petit bénéfice supplémentaire pour une petite catégorie de malades. Ce retour est accompagné d'un immense programme de surveillance hépatique : tous les patients qui prendront du Tasmar auront un dosage tous les quinze jours. A la première manifestation hépatique bizarre, le traitement sera arrêté.

Le deuxième exemple concerne l'Herceptine, un médicament qui a déjà une AMM. Des publications récentes viennent de montrer l'intérêt du médicament dans la prévention de la récurrence

du cancer du sein pour une petite catégorie de femmes avec un profil génétique spécifique. Nous venons d'écrire un référentiel autorisant la prescription de médicament avant même son AMM sur la base de ces études, pour qu'il n'y ait pas de pertes de chances pour les femmes considérées.

Là encore, la question ne consiste pas à savoir s'il faut dire oui ou non. La véritable question consiste à savoir comment faire en sorte que l'argent public aille aux bons patients, dans les bonnes filières. Il s'agit de voir comment éviter que, par des effets complexes d'influence de l'opinion, ces produits se répandent tellement largement que le financement devienne insoutenable, alors même que le bénéfice pour la partie des patients auxquels il n'était pas initialement destiné est relativement faible.

Enfin, je tiens évoquer le cas du Vioxx, qui peut entraîner des risques cardiovasculaires, mais qui a de réels bénéfices. Nous aurions pu éviter un retrait mondial de ce produit s'il était resté limité à la population pour laquelle il était initialement ciblé. En résumé, pour progresser dans le domaine des choix, il est nécessaire d'instaurer un accompagnement beaucoup plus précis, une compliance générale des patients et des médecins sur le bon usage des produits.

Pierre-Marie VIDAL

Monsieur Bazantay, à l'heure où l'industrie du médicament semble de plus en plus faire fonction de variable d'ajustement du budget de la santé, vous souhaitez sans doute pousser un cri d'alerte et rappeler les limites à la pression exerçable sur les marges. Ainsi, vos confrères disent souvent que les économies d'aujourd'hui ne doivent pas être à l'origine de catastrophes sanitaires de demain. A votre avis, où se situe la limite des contraintes budgétaires ?

Christian BAZANTAY

En préambule, je souhaite rappeler quelques généralités sur le médicament.

Quelques éléments de contexte sur le médicament

Je rappelle que le médicament a changé radicalement la perspective de certaines maladies, grâce à l'aboutissement de recherches longues et coûteuses. Par exemple, les complications dramatiques du diabète sont aujourd'hui maîtrisées et la dépression est désormais mieux prise en charge.

Est ensuite venu le temps des grands espoirs et des grands chantiers sur le cancer, le sida, les maladies rares et la génomique. Tous ces grands progrès ont modifié le regard des techniciens, au point parfois de faire oublier le malade et sa souffrance quotidienne.

Les grandes entreprises productrices de médicaments sont contraintes à faire appel à l'épargne extérieure, à afficher des résultats financiers, à courir après l'annonce de termes et de sémantiques comme « blockbusters », ces produits qui ne peuvent pas faire moins d'un milliard de dollars pour être présentés au marché.

Tous ces mots et attitudes sont assez éloignés de la première recherche, c'est-à-dire la possibilité de soulager la souffrance. On peut le regretter.

Présentation du laboratoire Servier

Nous sommes le deuxième laboratoire français après Sanofi-Aventis, avec un chiffre d'affaires de 3 milliards d'euros et 18 000 employés. La France ne représente aujourd'hui que 20 % de notre marché et pourtant nous ne sommes pas une société cotée, nous n'appartenons pas non plus à une famille, nous sommes une fondation. Cela signifie que tous les profits que nous réalisons sont intégralement réinvestis dans la recherche au développement de nos produits.

Les coûteux investissements dans la recherche

Nous sommes ainsi la deuxième fondation pharmaceutique au monde. Nous ne parlons pas de blockbusters, mais nous essayons de pouvoir mettre des produits à la disposition du corps médical et des patients. Pour y parvenir, nous sommes obligés de consentir des investissements importants et lourds.

Il nous faut beaucoup d'argent pour mener une recherche de découverte et encore plus d'argent pour mener une recherche de développement. Cependant, la recherche la plus importante est celle de découverte. Par conséquent, il est plus que nécessaire de faire en sorte que cette recherche, à travers sa collaboration avec la recherche publique, puisse nous permettre de pouvoir être en France une terre de découverte.

La politique européenne et nationale de santé

Le développement est le volet le plus coûteux et il sera sans doute demain hors de portée de nombreux laboratoires. Il est donc essentiel qu'une politique nationale et européenne de santé tienne compte de ces réalités. Elle doit soit la favoriser, soit l'encadrer pour la maîtriser, dans la mesure où l'enjeu est bien évidemment multiple. Il concerne ainsi des emplois qualifiés de haut niveau. Devant l'importance des coûts de développement, la réponse doit être européenne. Les opportunités de réseaux permettront le développement de futurs médicaments dans un espace partageant les mêmes règles éthiques, économiques et sociales.

Il convient de relever la création par le Premier Ministre Raffarin du Conseil stratégique des industries de santé, qui regroupe l'ensemble des industriels installés en France. Ce Conseil a pour but d'essayer d'accompagner ces industries dans le cadre de choix stratégiques politiques permettant de mieux favoriser leur développement sur le territoire national.

Servier appartient également au G5 composé également de Sanofi-Aventis, Ipsen, Pierre Fabre et Fournier. Dans le cadre du G5, nous essayons de promouvoir une politique industrielle du médicament. De fait, les entreprises françaises sont plus que les autres au cœur d'un dilemme. Ainsi, il nous faut soutenir un secteur stratégique porteur de valeur ajoutée, mais également ménager l'assurance maladie, qui vit une situation critique. Nous avons ainsi l'obligation d'être auprès de ceux qui gèrent les comptes sociaux pour permettre de trouver des solutions. Cette collaboration leur est acquise, même si les débats sont parfois intenses.

Plaidoyer pour les industries de la santé

Aujourd'hui, il faudrait essayer de sortir d'une situation schizophrénique. Ainsi, il n'est pas possible d'instaurer un Conseil stratégique des industries de santé et en même temps de dissocier toute cette problématique de la politique de recherche, de la politique industrielle ou même de l'organisation, l'achat et le remboursement des médicaments.

En conséquence, le tout ne peut pas être divisé. Il n'est pas possible de prendre d'un côté des mesures pour nous aider à mieux effectuer notre travail et édicter d'un autre côté des mesures ponctuelles qui donnent l'impression de régler les problèmes à très court terme, mais qui constituent en réalité un terrible poison. En effet, notre métier est un métier de très long terme : nous ne savons pas fonctionner à six mois ou un an. De fait, le développement d'un médicament prend entre dix et quinze ans et nous sommes déjà obligés de penser aujourd'hui aux médicaments que nous sortirons à partir de 2015.

Ceci étant dit, nous demeurons tout à fait une industrie optimiste.

Muriel HAIM, Directeur des relations extérieures chez Merck Sharp & Dohme

Je souhaite revenir sur les propos d'Emmanuelle Wargon. Ainsi, je ne pense pas que l'on puisse dire que le Vioxx était prescrit hors de ses indications. Simplement, au vu d'une pathologie différente de celle pour laquelle le médicament avait obtenu son AMM, le laboratoire, faisant jouer un principe d'ultra précaution, a décidé de retirer le médicament sur le plan mondial. Ainsi, MSD a été particulièrement soucieux de la santé des patients. J'ajoute que dans certains pays, les agences nous ont demandé de remettre le médicament à la disposition des patients et des médecins.

Emmanuelle WARGON

Madame Haïm a raison. Le Vioxx aurait pu avoir une place pour certains patients. Nous aurions ainsi pu imaginer l'usage de ce produit pour des patients bien définis. Il aurait donc été envisageable de prendre une mesure alternative à un retrait.

Jacques ORVAIN

Une fois que l'on a mis le médicament sur le marché, il continue sa vie. Aujourd'hui, il n'y a pas de recherche sur les solutions alternatives au médicament, notamment dans l'optimisation du service dans les hôpitaux. A l'inverse, d'autres pays développent de telles pratiques.

Ainsi, l'assurance maladie ne pourrait-elle pas être un promoteur d'étude dans le domaine de l'offre de soins ? Lors de mon passage à l'ANAES, nous avons étudié la possibilité de voir si l'assurance maladie pouvait financer un acte non encore complètement éprouvé, à la condition qu'il y ait une remontée d'informations deux à trois ans plus tard. Malheureusement, ceci n'a pas pu se réaliser, pour des questions de législation.

Débat avec la salle

De la salle, la secrétaire générale adjointe de l'ISNAR IMG, syndicat représentant les résidents et interne de médecine générale

Je souhaite poser une question à Madame la Sénatrice. Dans un système de soin où le parcours de soin se veut recentré autour de la relation entre le patient et le médecin généraliste, les étudiants en médecine désertent massivement cette spécialité.

Plusieurs explications concourent à cette désaffection, dont notamment le manque de reconnaissance universitaire de la discipline, les rémunérations différentes par rapport aux autres spécialités médicales et un avenir vécu de manière très pessimiste par les étudiants. Les futurs médecins généralistes ont ainsi peur de ne pas pouvoir s'installer là où ils le souhaitent.

Un moratoire à l'installation ne pénalisant pas les patients consultant un jeune médecin généraliste a été fortement demandé par les internes de médecine générale, ainsi que la mise en place de mesures incitatives à l'installation dans les zones médicales défavorisées. Or un projet d'amendement de loi prévoit un moratoire uniquement dans les zones démographiquement faibles, c'est-à-dire là où il ne sert pas.

Sur toutes les questions de la reconnaissance universitaire et professionnelle de la médecine générale, qu'envisageriez-vous, Madame la Sénatrice, pour attirer à nouveau les étudiants vers cette spécialité ?

Patricia SCHILLINGER

Cette question a déjà été discutée dans le cadre de la Commission des affaires sociales. Il convient de mener une réelle réflexion sur ce sujet. Pour ma part, je vais évoquer ce problème dans le cadre de cette Commission et me déclare prête à vous rencontrer.

De la salle

Je souhaite évoquer une question sur les échanges européens en matière de santé. Quels sont les enseignements que l'on peut tirer des études menées en matière de prévention, de parcours de soin et de traitement ?

Patricia SCHILLINGER

Nous ne faisons pas suffisamment de prévention. A différentes étapes du parcours du patient, on ne prévient pas assez les personnes. De fait, la prévention doit être commencée dès l'école : il s'agit véritablement d'une éducation. Dans ce cadre, nous devrions rapidement faire tout notre possible pour nous mettre au même niveau que les autres pays européens.

De la salle

Le débat de cette table ronde a pour sujet « La santé, une affaire de choix ». Or, peu de personnes ont le choix de la santé.

Ensuite, je suis assez surpris du débat que vous avez mené sur le choix des médicaments. Ainsi, la réflexion est tout à fait différente dans d'autres pays, comme au Botswana, pays gravement atteint par le sida. J'ai rencontré le ministre de la Santé de ce pays, qui m'a affirmé qu'il se fichait bien des AMM, puisque l'urgence est trop importante. Il m'a ainsi indiqué qu'il ferait confiance aux laboratoires pharmaceutiques et verrait dans quelques années quel médicament se sera avéré le plus efficace.

Malheureusement, j'ai peur que nous soyons dans la même situation dans le cas de quelques maladies qui étaient inconnues auparavant. Il s'agit par exemple de la grippe aviaire ou d'autres systèmes viraux complexes.

Jacques ORVAIN

Pour avoir le choix, il faut déjà pouvoir avoir accès à la connaissance. Dans ce cadre les AMM constituent un fabuleux moyen de mieux connaître le médicament.

Pour en revenir à la question précédente, les échanges européens commencent à voir le jour, même s'ils demeurent balbutiants. Nous observons néanmoins un développement de coopérations inter-hospitalières autour des frontières. A cet égard, je rappelle que des projets européens étudient ces mouvements et mécanismes.

Pierre-Marie VIDAL

Monsieur Orvain, vous sembliez sous-entendre que les politiques avaient perdu la parole. Pouvez-vous nous en dire plus ?

Jacques ORVAIN

Je pense que les politiques ont été échaudés par les grandes affaires et se sont protégés derrière des agences scientifiques. Pour autant, il ne faut pas non plus que les agences aillent trop loin dans leur mission. A cet égard, je tiens à prendre un exemple. Lorsque l'on discute pour savoir si un dépistage doit être mise en place, il est difficile pour un scientifique de répondre directement à cette question.

Dans le cas du dépistage du cancer de la prostate, il n'existe pas d'évidence parfaite sur l'efficacité des thérapeutiques sur le cancer localisé. Le test diagnostic, le PSA, est certes assez sensible. En revanche, le scientifique n'a pas forcément à imposer un dépistage, compte tenu des forts effets secondaires thérapeutiques. Le scientifique n'a donc pas à imposer un dépistage universel pour des questions aussi personnelles. Or c'est là que les politiques doivent intervenir.

Je m'interroge aujourd'hui sur l'évolution de l'ANAES ou de la Haute Autorité de Santé. Comment articuler cette Haute Autorité et le fait politique ? Monsieur Degos nous a indiqué qu'il donnait des avis, lesquels étaient ensuite suivis ou non. Pourtant, derrière ces questions figurent les valeurs

sociétales sur lesquelles nous voulons fonder nos choix. Par exemple, voulons-nous privilégier la promotion ou le traitement ?

Emmanuelle WARGON

S'agissant des choix, je crois que notre offre se caractérise par une très grande inertie. Ainsi, ces choix ont été effectués il y a très longtemps et il est très difficile de faire sortir des objets du panier de soins. Par conséquent, les choix par défaut consistent à faire rentrer lentement ceux qui n'y étaient pas déjà. Ceci vaut surtout pour les actes : les actes nouveaux et potentiellement coûteux qui ne sont pas aujourd'hui dans le panier de soins mettent un temps très important à y entrer, puisque nous ne savons pas très bien gérer les flux de sortie. C'est la raison pour laquelle je me prononce en faveur du ciblage.

Pierre-Marie VIDAL

Comment acceptez-vous l'idée de retirer du panier un produit pour en laisser rentrer d'autres ?

Christian BAZANTAY

Je suis assez d'accord avec les propos de Madame Wargon. Cependant, il faut partir du principe que l'enveloppe de prise en charge des médicaments est fermée. Par ailleurs, nos concitoyens veulent garder ce qu'ils ont, tout en profitant des produits nouveaux. Il convient donc de les aider à comprendre que cela n'est pas toujours possible.

Cependant, tout le monde doit être placé face à ses responsabilités. Ainsi, un tiers des revenus nationaux seront demain consacrés aux problèmes de santé. Les Français en veulent toujours plus, dans la mesure où la santé est leur première priorité. Il faudra donc les accompagner, mais également les écouter un peu plus.

Anne LAZAREVITCH, chargée de mission santé publique auprès d'une association de malades

Nous voyons bien que le choix est monopolisé par les scientifiques, puisque les politiques ont peur de prendre leurs responsabilités. Finalement, le problème de fond n'a pas totalement été abordé au cours de cette table ronde. Ainsi, il est certain que les dépenses de santé sont exponentielles, mais que nos moyens ne le sont pas. De même, le système de santé a évolué. Depuis 1996, certaines recommandations ont été réalisées, mais elles n'ont pas été prises en compte par les politiques. Je veux ainsi parler des recommandations du Haut comité de santé publique et des Conférences nationales de santé publique qui portaient sur les déterminants de la santé.

Or aujourd'hui nous n'avons parlé à un seul instant des déterminants de la santé, alors qu'ils semblent essentiels pour l'accès à la santé pour tous.

Patricia SCHILLINGER

Je suis d'accord pour dire que l'on parle un peu trop des médicaments et pas assez de la politique. Nous devons tous contribuer à l'objectif commun de réduction des déficits, tout en redonnant confiance en un certain parcours

Docteur LAPLANTE, médecin du travail et de la prévention à la Mutualité sociale agricole

Il convient de remarquer que les choix dont nous parlons interviennent dans un cadre d'inégalités sociales, notamment en termes de surmortalité. En termes de prévention, ces inégalités sociales nous confrontent à des difficultés pour contacter les gens, puisque les plus pauvres sont toujours les plus touchés par les problématiques de non accès à la prévention secondaire et au dépistage, mais aussi les problématiques d'obésité. Poser le problème de santé en termes de choix consiste également à s'intéresser au système politique dans lequel nous évoluons et ses conséquences en termes de revenus et d'inégalités sociales.

Jacques ORVAIN

La France est assez mal classée sur le critère du différentiel d'espérance de vie entre les hommes et les femmes, qui est plus important que dans les pays voisins. De fait, les inégalités de santé ne diminuent pas et peuvent même s'aggraver. La question de la santé est assez large, puisqu'elle vise également à diminuer l'agressivité vis-à-vis des autres et de soi-même ou à lutter contre les addictions. Il convient donc d'éduquer très précocement les citoyens.

Cependant, la prévention tend à s'améliorer. Je rappelle qu'il n'y a pas si longtemps, le budget de la promotion était totalement à part du budget du traitement. Ainsi, des grands plans ont été lancés, notamment pour la nutrition santé.

Patricia SCHILLINGER

La question de la nutrition santé est aussi liée à celle du budget des ménages.

De la salle

Ne faut-il pas d'abord chercher les causes, de manière à diminuer les dépenses de santé ? De même, ne faut-il pas s'intéresser à l'indépendance des experts, puisque certaines de leurs études sont financées par des lobbys ?

Pierre-Marie VIDAL

En résumé, l'industrie pharmaceutique ne doit-elle pas tordre le cou à l'idée qu'elle serait sous le joug de lobbys puissants et qu'elle n'aurait pour seul but que de tirer le profit maximum de cette situation ?

Christian BAZANTAY

Nous essayons d'avoir la plus grande transparence. La très grande erreur commise par les industries pharmaceutiques est d'avoir fait croire que les produits ne comportaient pas de risques. Or le médicament est avant tout une substance toxique sur lequel on recherche le meilleur rapport bénéfice/risque.

Ensuite, la médecine est une science magnifique, mais elle n'est pas une science exacte. Il faut être très humble : tout ce qui doit être fait pour protéger l'intérêt des consommateurs doit l'être dans la plus grande transparence.

Pierre-Marie VIDAL

Qu'en est-il de l'indépendance des experts chargés de veiller à la qualité des produits ?

Emmanuelle WARGON

Toutes les agences qui concourent au champ de l'expertise de sécurité sanitaire ou de santé publique font appel à des experts. Nous disposons ainsi d'un corpus de règles qui essaye de nous aider à développer une expertise globalement indépendante. Ainsi, l'AFSSAPS publie les déclarations d'intérêt des experts. La garantie d'une expertise indépendante est avant tout permise par la collégialité des experts.

Ensuite, nous essayons de prévenir d'éventuels conflits. De fait, nous excluons les experts des délibérations et du choix des rapporteurs qui auraient travaillé sur le dossier, pour le laboratoire concerné ou pour un concurrent quand il y en a peu. Cependant, lorsque tous les laboratoires pharmaceutiques ont une offre dans une pathologie, si vous excluez les experts qui ont travaillé pour ces laboratoires, vous excluez *grosso modo* la compétence.

Christian BAZANTAY

L'expertise est effectivement globalement indépendante. Cependant, s'il est toujours possible de créer toutes les agences de la terre, il faut bien prendre des décisions à un moment ou à un autre. Ainsi, quelle est la possibilité ouverte aux politiques de ne pas suivre l'avis de la Haute Autorité ? Nous assistons parfois à un ping-pong entre politiques, administrations et experts que je ne comprends pas toujours très bien.

Emmanuelle WARGON

L'AFSSAPS prend des décisions d'autorisation ou de retrait de produits au nom de l'Etat, mais elle ne prend pas de décisions économiques.

De la salle

Il serait sans doute intéressant de permettre aux citoyens d'être mieux informés sur les choix scientifiques. Ainsi, vous conviendrez de la complexité croissante du système de santé en France.

Comment voulez-vous que les citoyens et les usagers, même s'ils sont bien informés par la CNAM, puissent se faire une idée réelle des possibilités de choix si les politiques s'en remettent entièrement aux scientifiques ?

Ma deuxième remarque a trait à la commercialisation du médicament. Depuis quelques années, on a tendance à diaboliser le laboratoire. Or un tel comportement est assez hypocrite. Le temps est arrivé de débattre de ces questions de manière plus démocratique et plus sereine.

Christian BAZANTAY

Les Français sont favorables au remboursement de leurs produits, mais défavorables au remboursement des produits des autres. C'est la raison pour laquelle l'information est essentielle pour pouvoir mieux choisir. Il se trouve que l'information a été mal faite pour la raison suivante : les laboratoires ont très longtemps considéré que leurs seuls interlocuteurs étaient les médecins. Nous avons ainsi oublié les patients. Or aujourd'hui, les patients souhaitent de plus en plus avoir d'informations et sont de plus en plus méfiants.

Il ne faut pas non plus entrer dans un ostracisme qui consisterait à dire que seules les maladies très graves nécessitent obligatoirement la mise en place de produits pris en charge. Ainsi, une multitude de personnes souffrent de pathologies qui peuvent être considérées comme mineures et ne sont pas écoutées dans leur souffrance.

Georges CHEVALIER, Université de Compiègne

Il est beaucoup question de laboratoires, mais il faut aussi associer les fabricants de dispositifs médicaux, dont les investissements sont considérables. Il convient également de réfléchir à l'insertion des nouvelles technologies dans le parcours de santé. Nous passons ainsi du stade artisanal où le médecin décide par lui-même, sans contrôle, à un stade plus organisationnel. S'il est bon que les hôpitaux soient autonomes, il serait nécessaire d'avoir une certaine guidance du personnel chargé des achats et des médecins.

Jacques ORVAIN

La Haute Autorité peut rendre des avis sur les dispositifs médicaux. La FHF mène également un projet de construction de base de données permettant d'orienter le choix des acheteurs. Plus généralement, je souhaite donner un encouragement aux politiques, afin qu'ils prennent tout leur rôle dans le débat sur la santé, à la fois au niveau national sur les grandes orientations et au niveau régional dans l'organisation des soins.

Emmanuelle WARGON

Je souhaite revenir sur l'évaluation et le citoyen. Du côté des scientifiques, toutes les institutions d'évaluation travaillent à un lien avec les associations de patients, dans la mesure où ces dernières ont un avis complémentaire à celui des scientifiques. Cela dit, il est difficile de dire que le politique n'est pas là pour retraduire les pensées des citoyens. Ainsi, les patients et les citoyens doivent se faire entendre à travers la médiation politique.

Pierre-Marie VIDAL

Monsieur Bazantay, vous avez indiqué que le temps des politiques et celui des industriels de santé n'est pas le même. Voulez-vous dire par là que les décisions politiques ne vous satisfont que lorsqu'elles vous sont favorables ?

Christian BAZANTAY

Je ne souhaite pas épiloguer sur ce sujet. Simplement, l'échelle du temps a de l'importance. Ainsi, les industriels de santé sont soumis à une échelle de dix à quinze ans et ils ont besoin d'une grande visibilité. Si nous avions une plus grande visibilité, il serait plus facile de faire notre métier.

Patricia SCHILLINGER

Le gouvernement doit s'engager à moderniser notre système de santé. S'il a préféré laisser l'assurance maladie sous pression des déficits, l'Etat pourra-t-il subvenir à la faillite du système de santé ? Nous devons nous ressaisir, afin d'aider autant les professionnels du médicament, que les politiques et les patients.

Table ronde n°4 : « Un financement à géométrie variable »

Participent à la table ronde :

Jean AZEMA, Directeur général, Groupama

Ken DANIS, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée

Thomas FATOME, Directeur de cabinet du directeur général, CNAMTS

Gilles JOHANET, Délégué du Président chargé des contrats collectifs et des contrats de santé, AGF

La table a été présidée par Alain VASSELLE, Sénateur de l'Oise et animée par Gilles BRIDIER, Consultant, API.doc.

Gilles BRIDIER

Le déficit de l'assurance maladie se situera autour de 6,1 milliards en 2006 et entre 3 et 3,5 milliards d'euros en 2007. Très rapidement, je souhaite vous donner connaissance de quelques grandes masses. Cette année, les dépenses de santé auront dépassé 3 000 euros par Français. Le déficit du régime général devrait atteindre 11,9 milliards d'euros en 2005 et toutes les branches devraient être dans le rouge cette année, ce qui n'a pas toujours été le cas. Toutes les actions de régulations menées entre 1996 et 2004 ont échoué, à l'exception des actions ayant porté sur les antibiotiques.

La réforme Douste-Blazy d'août 2004 a pour but d'enrayer la dérive des dépenses en luttant contre le nomadisme médical et en développant les génériques. Monsieur Vasselle, êtes-vous d'accord avec le ministre Xavier Bertrand lorsque celui-ci indique que « la Sécu va mieux » ?

Alain VASSELLE

La Sécurité Sociale va sans doute mieux qu'elle n'a été. Cependant, je ne sais pas si elle est aujourd'hui au stade de convalescence, au point d'être guérie assez rapidement. L'éventuel équilibre futur dépendra essentiellement du comportement de tous les acteurs, qui par leur comportement peuvent faire infléchir les résultats dans un sens ou dans un autre.

Compte tenu de mes connaissances sur les comptes de la Sécurité Sociale, je ne suis pas en mesure de contester les chiffres avancés par le ministre. Les deux syndicats des médecins qui ont signé la convention considèrent par exemple que les résultats sont au rendez-vous. Par ailleurs, il semblerait que l'objectif d'une économie d'un milliard d'euros contenue dans la convention signée par la CNAM et les professionnels de santé devrait être atteint, voire dépassé.

Gilles BRIDIER

Jean Azéma, quel constat dressez-vous des réformes qui ont été lancées ? Qu'attendez-vous du parcours de soin ? Estimez-vous qu'il est suffisant ?

Jean AZEMA

Groupama a mené une expérience en partenariat avec la Mutualité sociale agricole dans trois départements, pendant un an et demi. Cette expérience associait des médecins volontaires et des sociétaires de Groupama, ces derniers bénéficiant d'un tiers payant à 100 %. Elle avait pour objet d'utiliser le parcours de soin avant d'entreprendre toute autre démarche. Pendant ces 18 mois, nous avons animé des « groupes de progrès » par le biais de médecins, chaque groupe de médecins ayant choisi des axes d'amélioration. A la fin de l'expérience, nous avons constaté un écart de 15 à 20 % des dépenses de soins de ville entre la population traditionnelle et la population qui avait participé aux groupes de progrès.

Au-delà de l'expérience, l'enseignement que nous en tirons est que les acteurs sont à mêmes d'initier des marges de progrès des dépenses de santé lorsqu'ils réfléchissent ensemble. Il était ainsi intéressant de voir que les orientations n'ont pas été données par Groupama mais par les acteurs eux-mêmes.

Au moment où se met en place le parcours de soin au sein de la dernière réforme de l'assurance maladie, nous nous apercevons que la mise en place d'un médecin traitant ne sera pas suffisante. En effet, ce processus doit être animé pour aboutir à de véritables résultats. Cependant, la mise en œuvre du médecin traitant et du DMP constituent deux éléments qui semblent aller dans le bon sens.

S'agissant de la réforme de l'assurance maladie, j'apporterai deux bémols. Ainsi, il est prévu que l'ensemble des acteurs participe à une véritable concertation sur le pilotage de l'assurance maladie. Or sur les premières décisions qui ont été prises, les assureurs ont été assez peu concertés, ce dont nous nous étonnons. Nous espérons donc que cela ne préjugera pas de l'avenir.

Ensuite, il est nécessaire de préciser un certain nombre d'éléments, afin d'être opérationnels 1^{er} janvier 2006, aussi bien en assurance individuelle qu'en assurance collective. Ainsi, il ne faut pas oublier que si les contrats d'assurance doivent être modifiés pour qu'ils soient dits « responsables » dans l'esprit du décret, nous sommes toujours en l'attente d'une réponse qui faciliterait la mise en place de la réforme. Il est donc des points qui méritent d'être accélérés ou approfondis, en particulier l'animation des médecins référents.

Gilles BRIDIER

Gilles Johanet, la Fédération française des sociétés d'assurance a estimé que si la réforme était mise en œuvre, il faudrait réévaluer les contrats entre 6 et 9 %. Maintenez-vous cette perspective ?

Gilles JOHANET

Nous maintenons cette perspective, dans la mesure où elle émane des prévisions que nous pouvons faire. De ce point de vue, nous avons eu un premier échange avec le ministre et nous espérons que d'autres chiffres permettront un examen moins contradictoire, au-delà des propos polémiques qui ont pu être tenus.

Mes constats en tant que citoyen

Nous avons soutenu la réforme, dans la mesure où nous pensons que ses fondamentaux sont bons. Nous acceptons une cohérence de la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. De ce point de vue, le principe même du contrat responsable ne nous choque pas. Cependant, il s'agit d'une réforme inachevée.

En tant que citoyen, je relève que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a développé assez longuement l'approche médicalisée du système de soins, mais également l'approche financière. En revanche, peu a été dit sur une approche économique, c'est-à-dire le fait qu'en France, l'économie de la santé est fondamentalement une économie de rente. Cela signifie que nous subissons une hémorragie financière liée à une certaine quantité d'offre, indépendamment des besoins. Songez par exemple que nous avons 1 500 mammographes en France contre 600 en Grande-Bretagne et 400 en Allemagne.

Ensuite, il manque une vision de moyen terme. Les professionnels de santé vivent aujourd'hui un changement considérable dans leurs relations avec les assurés. Sur ce point, le silence du discours ne facilite pas l'adhésion des professionnels de santé à une politique de maîtrise. J'ajouterai que dans ce domaine, droite et gauche confondus, nous adorons pratiquer l'étapisme. Par exemple, le Code la Sécurité Sociale précise que le médecin traitant ne vaut que pour la commune de résidence.

Mes considérants en tant que Président du comité maladie de la FFSA

Nous trouvons que la réforme est inachevée, notamment dans le partenariat UNCAM-UNOCAM. Ainsi, dans le domaine de la politique conventionnelle, il n'existe toujours pas de lien entre l'UNCAM et l'UNOCAM qui permettrait de confronter les analyses et qui donnerait à l'UNCAM une plus grande marge de manœuvre.

Au-delà figure un problème de fond, qui porte sur la nature du partenariat entre l'UNCAM et l'UNOCAM. Ainsi, nous sommes d'accord pour dire qu'il doit y avoir une cohérence dans le remboursement, mais cette modulation du reste à charge en fonction du choix individuel des assurés implique naturellement la cohérence de la prise en charge AMO-AMC, mais également la traçabilité des choix. Or nous n'avons pas accès à cette traçabilité : nous sommes toujours des partenaires « aveugles ».

En conséquence, la loi du 13 août porte une grande contradiction : le partenariat existe, mais le partenaire est entièrement à part. En outre, la situation est extrêmement intrigante, puisque l'assurance maladie obligatoire sait à peu près ce qu'elle rembourse, mais elle n'a pas le droit de prioriser ce qu'elle rembourse. A l'inverse, l'assurance maladie complémentaire a le droit de sélectionner, mais pas de savoir ce qu'elle rembourse. Il s'agit donc d'une situation typiquement française où 1+1=0.

Gilles BRIDIER

L'hospitalisation est concernée par la réforme. En tant que représentant de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, qu'en pensez-vous ?

Ken DANIS

Gilles Johanet vient de parler de partenariats aveugles. Aujourd'hui, nous sommes au milieu du gué et il nous faut aller de l'avant. Ainsi, nous parlons du déficit de l'assurance maladie, que nous avons tous envie de sauver. En même temps, nous avons du mal à financer ce déficit tous les ans. De plus, la moitié des dépenses d'assurance maladie sont des dépenses hospitalières et ne sont pas mises sous transparence.

Un premier effort a cependant été réalisé. Il concerne la tarification à l'activité, dans laquelle l'hospitalisation privée facture ses séjours en fonction de la nature des soins qui sont pratiqués. Cependant, nous n'avons pas encore clairement le sentiment que l'on est prêt à aller vers la totale transparence. Aujourd'hui, la moitié des dépenses d'assurance-maladie ne sont pas gérées parce que nous ne les connaissons pas. Désormais, il faut établir une différence complète entre les soins, notamment en termes de tarification.

A côté de cela, tous les établissements doivent remplir d'autres missions, comme la recherche, l'enseignement ou l'aide à la précarité. Ces missions doivent être listées et décrites, afin de leur donner un tarif. Ceci permettra d'aboutir à un système concurrentiel et transparent, c'est-à-dire le seul moyen de gérer la moitié des ressources d'assurance maladie. En résumé, la réforme est très intéressante, mais elle demeure très inachevée

Gilles BRIDIER

Thomas Fatome, quel constat la CNAMTS tire-t-elle de la réforme ?

Thomas FATOME

Si la réforme avait été une réponse définitive aux difficultés rencontrées par le financement de la Sécurité Sociale, ses auteurs auraient eu le prix Nobel d'économie. Aujourd'hui, nous sommes inscrits dans un retour vers l'équilibre au prix d'efforts considérables, sans commune mesure avec les efforts entrepris dans les plans précédents.

Ensuite, nous voyons aujourd'hui que le parcours de soin se met en place. Les dépenses de soins de ville suivent désormais un rythme extrêmement modéré, autour de 2 % pour l'année 2005. Des indicateurs montrent ainsi une véritable évolution. Par conséquent, il convient de donner du temps à la réforme.

Par ailleurs, je tiens à revenir sur le partenariat UNCAM-UNOCAM. Ainsi, la convention médicale a été signée en janvier, à un moment où l'UNOCAM n'était pas encore créée. Ensuite, la loi fixe un cap pour la collaboration entre les deux institutions. Enfin, sur le dentaire comme sur les discussions en cours pour le secteur optionnel des chirurgiens, l'UNCAM a saisi l'UNOCAM de ses propositions et elle attend avec beaucoup d'intérêt un retour de sa part. En résumé, nous

sommes partisans d'un dialogue à partir du moment où le deuxième partenaire est là et où le troisième partenaire est d'accord pour discuter. Cependant, il est exact qu'il s'agit d'une véritable rupture dans le paysage pour tous les acteurs.

Gilles BRIDIER

Récemment, nous avons appris que des mesures d'économie supplémentaires permettraient de rapporter 1,1 milliard d'euros en 2006. S'agit-il d'un premier pas vers l'application générale du tarif forfaitaire de responsabilité ?

Thomas FATOME

Des discussions sont actuellement en cours sur ces sujets. L'assurance maladie souhaite promouvoir les médicaments à leur juste prix, pouvoir valoriser l'innovation et consacrer son financement à des médicaments utiles. Elle est également désireuse de construire une dynamique de long terme avec les professionnels, notamment les pharmaciens.

Gilles BRIDIER

Ce matin, André Vacheron a indiqué que les soins sont aujourd'hui perçus par l'opinion publique comme des produits de consommation gratuits. Jean Azéma, sur la base de votre expérience, que faudrait-il mettre en place pour construire un mode de financement pérenne ?

Jean AZEMA

Si la solution était si simple, nous n'aurions pas attendu cette table ronde pour la fournir... Plus fondamentalement, l'objectif que nous devons viser est l'efficacité de chaque euro dépensé. Au-delà, la maîtrise des dépenses est effectivement un axe de travail. Il convient donc de se poser la question du pilotage. Il me semble que la capacité de rapprocher les données entre les prescriptions et les résultats est essentielle.

Ensuite, l'efficacité a pour objectif de mesurer la qualité des prestations délivrées par l'assurance maladie et les différents acteurs. Si nous recherchons une efficacité, il faut bien évidemment rechercher la performance. Je crois que nous devons véritablement travailler sur la performance du système d'assurance-santé, son pilotage et la mesure de son efficacité.

Gilles BRIDIER

Gilles Johanet, quel socle permettrait de bâtir une politique de financement des soins compatible avec l'évolution de la démographie et l'évolution des besoins ?

Gilles JOHANET

Je tiens par avance à m'excuser du caractère provoquant de ma réponse. Je pense ainsi que le seul engagement qu'il conviendrait de prendre serait de ne pas augmenter le financement. En

Allemagne, la réforme d'Ulla Schmidt vise explicitement à ce que la cotisation consolidée sur le salaire passe de 16,5 % à 15%. En France, il faut reconnaître et qu'elle est d'ores et déjà passée de 21 à 23 % du salaire. Je ne crois pas que les techniques du financement soient en cause, mais bien l'efficience.

Nous entendons dire ici et là que la densité d'IRM est faible en France. Dans le privé, un IRM fait 13 000 actes par an contre 5 000 dans le public. Ne conviendrait-il pas d'améliorer la rentabilité du capital dans le public ? Par conséquent, je suis circonspect quand on me parle d'augmenter le financement, dans la mesure où nous sommes là dans les rendements décroissants.

Gilles BRIDIER

A votre avis, si le financement est consolidé, c'est-à-dire non augmenté, porte-t-on atteinte à la solidarité ?

Gilles JOHANET

C'est l'exact contraire. Plus nous augmentons le financement, plus le gaspillage s'accompagne de pénurie et plus la pénurie est connotée socialement. En effet, notre système est opaque et nous sommes incapables de maintenir le niveau d'égal accès aux soins que nous avions il y a vingt ans.

Gilles BRIDIER

Ken Danis, vous avez expliqué que les cliniques privées assurent 60 % des actes chirurgicaux en France. Afin de consolider le financement des soins, quelles mesures devraient être prises au niveau de l'hospitalisation ?

Ken DANIS

Il faut mettre sous transparence pour mieux gérer. Aujourd'hui, nous demandons de plus en plus d'efforts aux Français, qui devront payer 18 euros pour chaque hospitalisation. Or en matière d'hospitalisation nous ne savons pas ce qui est produit établissement par établissement en contrepartie des sommes investies. Devant la gravité du problème, clarifions d'abord les euros utilisés.

Gilles BRIDIER

Vous défendez dans un ouvrage le concept d'« hôpital entreprise ». Pouvez-vous expliciter ce concept, qui est souvent mal perçu par le public ?

Ken DANIS

Je pense que les comportements ont considérablement évolué. Ainsi, il y a dix ans, il était particulièrement iconoclaste de parler de gestion et de santé. Ensuite, le fait de gérer la santé diminuera-t-elle sa qualité ? Assurément, non. Si les cliniques privées assurent 60 % des actes

chirurgicaux en France, c'est bien parce que les Français ont le sentiment que la qualité des soins n'y est pas mauvaise.

Ensuite, si nous allons très clairement dans la gestion des dépenses hospitalières, il faut également développer une politique de mesure très précise de la qualité. Ainsi, nous nous préparons actuellement à favoriser la mesure de la qualité des soins produits dans nos établissements, non pas par la mesure des moyens mis à disposition, mais par la mesure des résultats médicaux produits.

Gilles BRIDIER

Thomas Fatome, pouvons-nous imaginer consolider le financement, dans la mesure où nous nous sommes dans un contexte de vieillissement de la population et donc de coût de la santé de plus en plus élevé ?

Thomas FATOME

Il n'existe pas de trésor caché : il n'existe pas des ressources qui n'auraient pas été sollicitées à un moment ou à un autre par un gouvernement. En conséquence, il faut tuer le mythe de l'existence d'autres sources de financement, sauf à durablement augmenter les prélèvements obligatoires.

Notre responsabilité consiste justement à travailler sur l'efficacité, c'est-à-dire nous assurer que la dépense d'assurance maladie est utile pour la santé du patient. Par exemple, nous avons ciblé des assurés malades chroniques qui consommaient le médicament princeps alors qu'il existait un générique. A la suite d'un courrier que nous leur avons adressé pour leur expliquer la situation et leur demander d'en parler à un médecin, entre 30 et 50 % des patients ont changé leur comportement dans le mois suivant.

Par conséquent, il existe des marges de manœuvre considérables. Ensuite, si nous nous rendons compte que nous voulons financer un tissu hospitalier et un tissu libéral extrêmement denses, il faudra avoir un débat collectif sur la santé. Toutes les études convergent pour dire que moins de 15 % de l'amélioration de l'espérance de vie tient à l'argent mis dans le système de santé.

Le message que porte l'assurance-maladie consiste à agir sur la dépense pour nous assurer qu'elle est utile.

Gilles BRIDIER

Nous entendons bien vos propos. Cependant, il convient de prendre des décisions, qui tardent cependant à être effectuées.

Thomas FATOME

En 2005, le gouvernement a pris ses responsabilités de dérembourser 156 médicaments. Or au regard des changements de comportements, cette décision est bien difficile à prendre.

Gilles BRIDIER

Lorsqu'il y a de grandes pathologies comme celles liées à la dépendance, comment allons-nous les financer ? Lesquelles faudra-t-il privilégier ? Qui prendra ces décisions ? Quand ?

Thomas FATOME

Encore une fois, il s'agit de faire des choix. Dans le cas d'une personne âgée de 80 ans qui a un cancer et dont l'espérance de vie est limitée, les Anglais se demandent s'il faut opérer ou non. En France, nous avons fait le choix de ne pas nous poser cette question et d'opérer. Si nous voulons garder cette solidarité, efforçons-nous d'avoir des dépenses réellement efficaces.

Gilles BRIDIER

Jean Azéma, qu'attendez-vous de la part des pouvoirs publics ?

Jean AZEMA

Nous souhaitons que l'esprit de la réforme soit bien respecté dans la concertation nécessaire et dans l'évolution des réglementations qui nous seront appliquées. Au-delà de la réforme en cours, l'Etat est garant de l'accès au soin pour tous. Pour autant, l'Etat n'est pas forcément le mieux placé pour tout gérer. Ainsi, nous gagnerions à introduire une mesure de la qualité et de l'efficacité. Ensuite, il s'agit éventuellement d'introduire un certain nombre de règles de concurrence dans l'organisation du système de soin qui est aujourd'hui extrêmement monolithique.

Gilles JOHANET

Je partage l'avis de Jean Azéma. L'affaire des 18 euros nous conduit à émettre des souhaits simples. Ainsi, je souhaite que les décisions financières qui nous impactent soient discutées de manière informelle. Aujourd'hui, nous ne savons pas combien coûte l'affaire des 18 euros aux complémentaires. De fait, cette période de latence n'est bénéfique pour personne.

Gilles BRIDIER

Ken Danis, souhaitez-vous que le marché soit plus régulateur du système de santé ?

Ken DANIS

Je pense que l'Etat doit être le garant de l'accès de tous aux soins. Pour autant, je demande que nos gouvernants aillent encore plus loin dans la réforme engagée et mettent le plus rapidement possible les dépenses hospitalières sous totale transparence. Je demande qu'ils continuent à accréditer l'idée que l'on peut parfaitement parler de gestion et de santé de manière transparente. Enfin, je suis convaincu qu'à côté de cette transparence, l'autre mot important est la concurrence.

Gilles BRIDIER

Sénateur Vasselle, pouvez-vous nous livrer une conclusion provisoire ?

Alain VASSELLE

Il est difficile de réformer la Sécurité Sociale à un rythme aussi rapide que le souhaiteraient les différents intervenants. Ceci nécessite une véritable volonté politique, afin de veiller à ce que l'administration ne tourne pas au ralenti. L'objectif de transparence et de sincérité émis par le Parlement est donc partagée par le gouvernement, mais à une vitesse moindre.

Les objectifs de sincérité et de transparence

Cependant, il ne faudrait pas donner le sentiment que nous bâclons cette réforme. Il s'agit de concilier et de rendre compatibles les intérêts de ceux qui défendent un système permettant aux complémentaires de jouer un rôle plus important, tout en veillant à ce que la solidarité nationale ne laisse pas sur le bord du chemin un certain nombre de patients.

Le Parlement a démontré sa volonté d'aller en avant dans le domaine de la sincérité et de la transparence. De fait, tant que nous ne savons pas très bien qui fait quoi et comment, il est difficile d'engager la réforme. Par exemple, la CNAM paye aujourd'hui complètement à l'aveugle les factures des hôpitaux.

Les avancées permises par les dispositifs législatifs

Grâce à la réforme d'août 2004 et à la loi organique, nous avons donné des moyens juridiques supplémentaires à la CNAM pour mener des investigations. De plus, la Cour des comptes certifiera désormais les comptes de la Sécurité Sociale. Ensuite, nous allons examiner le budget en plusieurs parties :

- l'exercice clos ;
- l'exercice en cours ;
- l'exercice futur, avec les volets recettes et dépenses.

Ensuite, l'Etat a aussi un problème de crédibilité. Ainsi, le gouvernement Jospin a décidé d'accélérer le rythme des allègements de charge, mais a publié d'assurer la compensation de ces allègements. Il a ainsi fallu que je me batte pour sensibiliser Bercy sur la nécessité de respecter les engagements qui avaient été pris dans la loi de 1994. Ensuite, les 35 milliards d'euros de déficit que nous avons redonné à la CADES en 2004 correspondent pour 25 milliards d'entre eux aux recettes perdues par la Sécurité Sociale sur les allègements de charges. Or si nous voulons que les Français jouent le jeu, l'Etat doit d'abord être vertueux dans la gestion des comptes.

L'avenir du système de santé

Ensuite, nous cherchons une meilleure efficacité des soins et des intervenants. Il est vrai que des marges de manœuvre considérables existent et que nous sommes incapables de mesurer l'effet à plein de la réforme du plan Hôpital 2007. Il faudra d'ailleurs compléter cette réforme pour nous permettre d'aller plus loin.

Il existe donc un certain nombre de pistes qui nous permettront d'aller plus loin. Je rappelle néanmoins nous avons réussi à atténuer la progression des dépenses en médecine de ville. Néanmoins le niveau des dépenses est de deux points supérieur au niveau des recettes de la Sécurité Sociale. Je pense pour ma part qu'il est possible de conserver une bonne qualité de soin à moyens constants.

Certains ont indiqué que le déremboursement de plus de 150 médicaments est lié au fait que le Haut Conseil a considéré que leur service médical rendu était insuffisant. D'aucuns ont alors conclu que ces médicaments n'avaient pas d'utilité et qu'ils pouvaient être classés au rang des placebos. Or ceci est erroné : ces médicaments rendent un service, mais le régime de base ne peut pas tout supporter. Ainsi, nous concentrons l'essentiel de nos moyens sur le financement des pathologies lourdes. Il ne s'agit donc pas de supprimer l'accès à des médicaments, mais de répartir différemment la charge de la dépense.

Débat avec la salle

De la salle, une représentante de la Mutualité de la fonction publique

Vous avez évoqué les éléments suivants :

- l'amélioration de la transparence ;
- la réduction des dépenses de santé ;
- la rationalisation et amélioration des soins
- l'introduction de la concurrence ;
- le développement de partenariats publics-privés pour les hôpitaux.

Or il s'agit là des objectifs fixés par Tony Blair dans le cadre de la réforme du système anglais. Sommes-nous obligés de mettre en place moins de solidarité pour sauver le système français ?

Ken DANIS

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'être moins solidaires pour dépenser moins. Nous avons tous le devoir de rechercher à utiliser de la manière la plus efficace possible les sommes gigantesques qui sont mises à la disposition des Français. Je ne pense pas qu'un seul des intervenants ait fait part de sa volonté de diminuer la notion d'accès aux soins. Pour autant, nous avons tous la certitude que les sommes qui sont mises en jeu dans le financement des soins sont utilisées au mieux.

Thomas FATOME

Il existe beaucoup de différences entre le système français et le système anglais, notamment sur le pourcentage de PIB que les Anglais investissent dans leur système de santé. Ainsi, les Anglais investissent deux points de PIB de plus que nous, sur une base organisationnelle très différente, afin de combler leur retard.

Alain PRUAL, praticien hospitalier

D'abord, je souhaiterais savoir pourquoi aucun représentant de la Fédération Hospitalière de France (FHF) n'est présent à la tribune.

Alain VASSELLE

La Présidence du Sénat a invité la FHF il y a quatre mois, mais elle a considéré avoir été prévenue trop tardivement pour pouvoir être disponible aujourd'hui.

Alain PRUAL

Ensuite, je souhaite vous faire part de quelques remarques. La réforme de la T2A n'a pas été évoquée au cours de cette journée alors qu'elle se passe très mal au sein des hôpitaux publics. Vous avez également indiqué qu'il fallait accélérer le taux de financement à l'activité, alors même que les directeurs des établissements nagent à vue actuellement, puisqu'ils ne savent pas quel sera le pourcentage de la T2A l'année prochaine.

De plus, nous n'avons pas évoqué la mise en place de la CCAM tarifante. Enfin, je m'inscris en faux vis-à-vis des propos de Monsieur Bridier, lorsque celui-ci indique que le privé est plus efficace que le secteur public. En effet, il manque des données pour pouvoir établir des comparaisons.

Gilles BRIDIER

Je parlais uniquement du financement et des coûts.

Ken DANIS

La direction des hôpitaux et de l'organisation des soins clairement a indiqué dans une circulaire de février 2005 que le secteur public était plus coûteux que le secteur privé.

Alain PRUAL

Vous avez également parlé de transparence, mais il convient de remarquer que les données des hôpitaux publiques sont particulièrement transparentes et accessibles, notamment le budget et l'activité PMSI.

Enfin, je tiens à conclure en évoquant la réforme de la T2A et les capacités d'amélioration de la rentabilité des hôpitaux. Les hôpitaux peuvent naturellement être mieux gérés. Cependant, rappelons tout de même que 80 % du budget des hôpitaux sont consacrés aux salaires. Le directeur a donc une marge de manœuvre très faible de 20 %. Les mesures d'économies possibles sont donc extrêmement limitées.

Alain VASSELLE

S'agissant de la T2A, il est trop tôt pour titrer des conclusions. Cependant, un manque de lisibilité est patent dans ce domaine. Je crois néanmoins que le gouvernement est décidé à faire afficher des tarifs pour l'année 2006. Pour l'année 2005, la baisse des tarifs pour certains actes a résulté de la parution du décret définissant le MIGAC. L'année 2006 sera mise à profit pour caler le périmètre des dépenses entre ce qui ressort de la tarification à l'activité et ce qui ressort des missions d'intérêt général. Ce n'est qu'à partir de là que nous pourrons entamer la construction de la convergence entre les tarifs des hôpitaux publics et ceux des hôpitaux privés

Quant à la transparence, tout le monde peut avoir accès au budget de l'hôpital. Cependant, le problème n'est pas là. Ainsi, la construction du budget varie d'un établissement à l'autre sur l'ensemble du territoire national. Il convient donc d'harmoniser les procédures pour pouvoir comparer les dépenses des hôpitaux publics entre eux avant de pouvoir les comparer avec celles des hôpitaux privés.

- Clôture -

Gérard COMYN
Directeur, Commission Européenne

Cette journée a permis de discuter de thèmes très intéressants, dont certains sont le fruit de débats dans les autres Etats membres, qu'il s'agisse de la problématique de la maîtrise des coûts de santé, des personnes âgées, du financement de recherches très importantes comme la médecine moléculaire, autant de domaines dans lesquels la coopération au niveau européen est requise.

Le rôle de l'Union n'est pas de s'immiscer dans des décisions de politique nationale mais de traiter de questions qui, de par leur caractère global, ne peuvent être traitées au niveau d'un seul Etat membre.

I. La mobilité du patient en Europe

La mobilité des citoyens s'est accrue considérablement durant cette dernière décennie, qu'il s'agisse de touristes, de retraités s'installant à l'étranger ou de travailleurs transfrontaliers ou transrégionaux. Ainsi, en Espagne, à certains moments de l'été, les hôpitaux comportent plus de patients de nationalité étrangère que de ressortissants espagnols.

Etant donné que tout citoyen est un patient potentiel, il était devenu indispensable de définir un contexte légal pour cette mobilité. En voici quelques grandes lignes : les citoyens de l'Union Européenne sont libres de se faire soigner dans d'autres Etats membres. Les services de santé et les soins médicaux sont du ressort des Etats membres.

Sur un plan plus technique, il ne peut y avoir de mobilité sans que les systèmes d'information de santé nationaux soient interopérables. Pour donner un exemple, que peut faire un citoyen français avec sa carte Vitale une fois sorti des limites de l'hexagone ? Comment peut-il accéder à son dossier informatisé ? La question se pose évidemment aux Allemands qui vont bientôt disposer d'une carte santé, aux Autrichiens et aux Slovènes qui ont une carte santé opérationnelle.

II. La création d'un espace d'information européen unique pour la santé

En bref les situations en Europe sont très diverses, mais le problème global reste le même : la mobilité du patient en Europe n'est pas encore possible du fait de contraintes à la fois techniques et légales. Ceci a conduit à une communication proposant aux Etats membres un plan d'action pour la construction d'un « espace européen d'information pour la santé » qui repose l'interopérabilité entre les différents systèmes d'information nationaux.

Ce système d'interopérabilité est en train d'être mis au point par un groupe de représentants des Etats membres. Les Etats membres travaillent ensemble sur un certain nombre d'éléments suivants :

- l'identité du patient ;

- les problèmes d'accès aux dossiers électroniques ;
- les problèmes d'accréditation ;
- les problèmes de prescription électronique ;
- les problèmes légaux.

Nous élaborons également un certain nombre de lignes directrices qui permettront à la plupart des Etats membres qui n'ont rien de commencer bâtir un système de santé offrant le maximum d'interopérabilité avec les systèmes des pays déjà dotés d'une infrastructure

Cet espace européen d'information pour la santé favorisera, outre la mobilité des patients, le développement des marchés de la santé pour les industriels qui souffrent de la fragmentation actuelle du marché de la santé ; l'expansion de la recherche en ouvrant l'accès à des bases d'information nouvelles. Il sera en outre une sorte de « Google de la santé », dans la mesure où le dossier du patient sera distribué entre les divers endroits où les soins ont été apportés et permettra ainsi de retrouver toute information relative à la santé d'un patient à travers l'Europe.

Puisque cette journée est tournée vers la maîtrise des coûts, ayons à l'esprit quelques chiffres relatifs aux gains attendus : Pour le Canada, le dossier médical informatisé devrait permettre d'économiser cinq milliards de dollars par an dont 3,4 milliards au titre des effets indésirables des médicaments et 1,6 milliards à celui de la redondance des tests coûteux. Aux Etats-Unis, où existe un plan d'action comparable à celui lancé en Europe, on estime à 5 % des dépenses annuelles de santé les économies provenant de la réalisation d'un tel espace d'information, soit 77,8 milliards de dollars par an.

Tel est le type de réalisation au niveau européen qui peut apporter une valeur certaine aux actions des Etats membres. Cette réalisation est construite par les Etats membres, la Commission ne jouant qu'un rôle de catalyseur et offrant un support budgétaire à un certain nombre d'opérations. Je vous fixe rendez-vous en 2010 pour voir si les chiffres avancés et si les résultats escomptés sont conforme aux attentes affichées.

Christian PONCELET

Président du Sénat

Cette première édition des « Rencontres Sociales du Sénat » consacrée à la santé et au parcours de soin s'achève. Je sais que les débats de cette journée ont été denses et fructueux, ce dont je me réjouis. Tous mes collègues sénatrices et sénateurs sont particulièrement fiers que notre assemblée ait organisé ces Rencontres sociales à l'occasion du soixantième anniversaire de la Sécurité Sociale, ce pacte social républicain auquel nous sommes si attachés.

Je profite de cette occasion pour remercier Philippe Bas de son précieux concours ainsi que de celui de la direction de la Sécurité Sociale pour l'exposition du soixantième anniversaire que nous avons pu présenter depuis ce matin.

Lorsque j'ai décidé d'organiser, avec le soutien de mes collègues Sénatrices et Sénateurs ces premières Rencontres sociales, j'ai examiné les domaines d'activité sur lesquels le Parlement était intervenu avec force et détermination depuis le début des années 2000. Celui de la santé s'imposait, compte tenu des réformes de grande envergure, telles que celles relatives aux droits des malades, à l'assurance maladie ou au handicap.

Aujourd'hui, comme vous le savez, le budget de la Sécurité Sociale dépasse de loin celui de l'Etat. Chaque année les Français dépensent davantage pour leur santé, entraînant par là même des comportements consuméristes qui influent directement sur nos politiques de santé. Est-ce à dire comme Jules Romains que *« la santé n'est qu'un mot, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à rayer de notre vocabulaire. Pour ma part, je ne connais que des gens plus ou moins atteints de maladies plus ou moins nombreuses à évolution plus ou moins rapide »* ? Si vous le voulez bien, prenons résolument le parti de ne pas supprimer ce mot de notre vocabulaire.

A quelques jours de l'examen par le Sénat du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006, qui se déroule dans un cadre juridique rénové, dynamisé et modernisé, l'avenir de notre système de santé exige de chacun d'entre nous des choix difficiles. Ces choix sont difficiles, parce qu'au-delà de l'évolution de nos sociétés contemporaines, nous n'avons pas toujours su anticiper et nous adapter dans ce domaine particulièrement sensible. Sans doute s'agit-il là d'un réflexe de pays « trop gâté » alors même que d'aucuns estiment qu'il porte en lui les stigmates d'un certain repli.

Face à un tel constat que certains qualifieraient d'alarmiste alors qu'il n'est que réaliste, doit-on chercher le ou les responsables ? Non, mais le temps de l'inaction est terminé. Il n'y a de déclin que si nous acceptons aujourd'hui de baisser les bras et de poursuivre une politique de gestion modeste alors que notre politique de soins exige l'ambition. Le gouvernement l'a compris puisque depuis plus de trois ans notre pays a été réformé comme jamais il ne l'avait été depuis plus de trente ans.

Pour certains, ces réformes sont nettement insuffisantes. Pour d'autres, ces réformes sont excessives car elles remettent en cause l'ensemble des droits acquis. Notre pays est depuis longtemps habitué à ces sempiternels combats idéologiques qui conspirent à son immobilité. Il est grand temps d'y mettre fin. Notre avenir en dépend. Notre santé en est le prix. La France doit se doter d'une politique de santé ambitieuse.

En guise de conclusion, j'adresse mes chaleureux remerciements au ministre de la Santé, Xavier Bertrand, et à vous, Philippe Bas. De fait, tout élu est conduit un jour ou l'autre, si sa mission

s'interprète comme la défense de l'intérêt général, à l'impopularité. Cependant, la noblesse de l'élu consiste justement à accepter cette impopularité au nom de l'intérêt général. Enfin, je remercie mes collègues Sénatrices et Sénateurs, les partenaires économiques, les medias et les grandes écoles qui ont participé activement au succès de cette manifestation.

Philippe BAS

Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille

Monsieur le Président du Sénat, je vous remercie de votre accueil et d'avoir organisé cette journée d'échanges et de travail autour d'un thème qui me tient particulièrement à cœur, celui de la santé. Je crois également que les « Rencontres Sociales du Sénat » méritent d'être reconduites d'année en année.

Je suis très heureux d'être parmi vous aujourd'hui et de clore cette journée de travail. Je tiens à souligner à mon tour le caractère indispensable de la collaboration entre le gouvernement et le Parlement pour renforcer notre Sécurité Sociale et relayer l'attachement de tous les Français à cette institution qui est au cœur du pacte républicain.

De même, vous avez eu raison de refuser de faire vôtres les conceptions que Jules Romains prête au docteur Knock. De fait, la profession médicale est pleinement engagée dans la réforme de l'assurance maladie pour faire en sorte que chaque euro dépensé soit réellement utile à la santé.

I. La réussite du système de santé et d'assurance maladie français

Dans un domaine où l'on voit tant de dénigrement et de critiques, je voudrais signaler que nous avons raison d'être fiers de notre système de santé et de notre système d'assurance maladie. Certes, les déficits sont excessifs. Cependant, le gouvernement s'attèle à leur réduction, grâce au vote de la loi du 13 août 2004. En outre, ces déficits ne disqualifient en rien notre système d'assurance maladie, dont les performances sont exceptionnelles quand on les compare avec celles des autres systèmes. En effet, on oublie trop souvent à quel point notre Sécurité Sociale est une éclatante réussite.

Citez-moi un pays dans lequel l'accès aux soins est mieux assuré. Citez-moi un pays dans lequel la solidarité de tous devant la santé est mieux assurée. Citez-moi un pays dans lequel, depuis soixante ans, le progrès médical est systématiquement incorporé dans les délais les plus brefs au montant des remboursements pris en charge par l'assurance maladie. En réalité, vous ne trouverez pas un tel pays. Ainsi, nos voisins ont leurs listes d'attente et leurs exclusions, notamment pour les personnes âgées, que nous acceptons de prendre en charge pour des interventions chirurgicales à tous les stades du troisième âge.

Ensuite, l'année dernière, nous avons incorporé à la liste des médicaments remboursables 196 nouveaux médicaments. Malheureusement, on ne nous parle aujourd'hui uniquement des médicaments qui feront l'objet d'un déremboursement. Cependant, il est nécessaire d'instaurer une respiration à la liste des médicaments remboursables si nous voulons continuer la prise en charge du progrès médical. Pour ma part, je préfère faire sortir de la liste des médicaments d'habitude et de confort pour pouvoir ajouter à cette même liste des médicaments à haute valeur ajoutée.

Nous avons des raisons d'être profondément attachés à ce système de santé et de vouloir le maintenir. Aux Etats-Unis, la couverture sociale peut être de qualité. Cependant, plus de 40 millions de personnes en sont exclues, y compris une partie des classes moyennes. Voulons-

nous ce genre de système en France ? En quoi est-il supérieur ? De fait, les indicateurs de santé américains ne sont pas meilleurs que les nôtres.

Par conséquent, arrêtons de faire comme si notre modèle de Sécurité Sociale n'était pas le bon et de dire qu'il est archaïque sous le seul prétexte qu'il engendre des déficits excessifs, dont la proportion par rapport au montant des dépenses est pourtant nettement inférieure à celle du budget de l'Etat. C'est la raison pour laquelle le gouvernement s'attèle à réduire les déficits de l'Etat.

II. Premiers résultats et conditions de réussite de la réforme

Avant la réforme qui a été présentée par Philippe Douste-Blazy et Philippe Bertrand l'année dernière, la Commission des comptes estimait qu'en l'absence d'action, le déficit de l'assurance maladie se serait élevé à 16 milliards d'euros. Or cette réforme est bien intervenue et a permis de ramener ce déficit à 8,3 milliards à la fin de 2005. Ce résultat devrait être au moins reconnu.

Nous allons poursuivre l'action entreprise. Ainsi, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006 va ramener ce déficit de l'assurance maladie à 6,1 milliards l'année prochaine. Seul cet effort nous permettra d'éviter des mesures radicales telles la hausse des impôts ou la baisse du niveau général des prises en charge. Nous voulons donc mettre en œuvre une méthode dont la méthode repose sur le changement des comportements et le principe directeur sur la responsabilité de chacun.

Désormais, 32 millions d'assurés sociaux acceptent de passer par le médecin généraliste plutôt que de tâtonner pour rechercher plusieurs spécialistes et d'effectuer des analyses inutiles. Il s'agit ainsi d'avoir une bonne maîtrise du parcours de soin que chacun d'entre nous va suivre. Les Français ont confiance en leur médecin généraliste, ce qui va nous permettre de construire un parcours de soin plus efficace pour la santé de chacun et beaucoup moins dépensier.

Ensuite, la convention des médecins est simple, rustique et robuste. Elle indique qu'il est nécessaire de prescrire moins d'antibiotiques, d'antidépresseurs et d'arrêts de travail et plus de médicaments génériques. Les médecins sont également là pour être vigilants, et non pas systématiquement complaisants vis-à-vis des demandes du malade. Il convient également de souligner la responsabilité des caisses d'assurance maladie dans la lutte contre la fraude, tant il est vrai que la fraude représente la mort de la solidarité.

En résumé, nous avons tous une responsabilité, qui seule peut faire naître des comportements plus vertueux afin de réduire une évolution des dépenses par des arguments médicaux raisonnés.

III. De nouvelles marges d'action dégagées par la réduction des déficits

De plus, lorsque nous sommes efficaces pour réduire la progression des dépenses de santé, nous réussissons à nous créer de nouvelles marges d'action pour répondre à des besoins cruciaux de la population française que nous n'aurions pas pu financer en laissant filer les déficits.

A cet égard, il convient de mentionner deux exemples. Ainsi, le besoin d'équipement et de recrutement pour appliquer aux personnes âgées les soins dont elles ont besoin est immense. L'année prochaine, la réduction des déficits va permettre de mettre en œuvre une augmentation

de 9 % des dépenses d'assurance maladie pour les établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes âgées dépendantes.

En outre, l'argent issu de la Journée nationale de solidarité a été sanctuarisé dans la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ainsi, nous allons ajouter aux 9 % déjà mentionnés 4% issus de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. En conséquence, l'année prochaine, les budgets soins pour les personnes âgées augmenteront de 13 %.

En outre, nous augmenterons l'année prochaine de plus de 400 millions d'euros les dépenses de soin en faveur des personnes handicapées pour augmenter l'offre de service du secteur médico-social en leur faveur.

Tel est le sens de cette réduction des déficits à hauteur de 25 % l'année prochaine, ce qui représente un effort considérable. Que l'on cesse de répéter partout que l'effort de réduction des déficits n'est pas suffisant : il va à l'extrême possible, pour permettre de reprendre le chemin de l'équilibre aux horizons définis dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

En guise de conclusion, je tiens à rappeler que la République n'est pas seulement le suffrage universel et la démocratie. La République constitue aussi un choix de vie pour tous nos compatriotes qui repose sur un certain nombre de valeurs et sur deux piliers fondamentaux :

- l'école, qui assure l'égalité des chances entre tous les Français devant l'éducation ;
- la Sécurité Sociale, qui assure l'égalité des chances entre tous les Français devant la santé.

La République est aussi un idéal qui repose sur la liberté, l'égalité et la fraternité. Ne le laissons pas dépérir. Il en va en effet de l'avenir de notre pacte social et de notre cohésion nationale. C'est la raison pour laquelle nous sommes si attentifs à résoudre ce problème de déficit. En effet, derrière la résolution du problème de déficit figure le pacte républicain et l'avenir de la Sécurité Sociale, à laquelle nous sommes si profondément les uns et les autres attachés.

Christian PONCELET

Je vous remercie de votre intervention, Monsieur le ministre. Simplement, je souhaite vous faire d'une dernière remarque. En effet, vous avez parlé de solidarité. Or la solidarité est un mot qui s'exprime facilement, mais qui s'applique plus difficilement.