

MEDEC 2007,

# UN AUDIT SANTÉ VERSION PRÉSIDENTIELLE

Lors de la conférence inaugurale du Medec 2007, Jean-Marie Le Guen, porte-parole de Ségolène Royal, François Bayrou et François Fillon, conseiller de Nicolas Sarkozy, sont revenus dans le détail sur leur programme santé ou celui de leur candidat. Les principaux protagonistes souhaitent réhabiliter les dépenses de santé mais s'opposent encore et toujours au sujet du financement de la Sécurité sociale.

JONATHAN ICART

## > Jean-Marie Le Guen (PS) : « Une politique de santé durable ».



« Assurer un bon niveau de dépenses d'assurance-maladie pour solvabiliser la dette ». Par ces mots, Jean-Marie Le Guen a indirectement critiqué la réforme de 2004, sa maîtrise médicalisée, son parcours de soins « opaque » et ses « lenteurs administratives ». Selon lui, la confusion entre économies de santé et gestion comptable obligera le futur gouvernement à réduire rapidement le déficit des comptes sociaux : « aujourd'hui, les dépenses de santé atteignent 9 % du PIB et vont encore augmenter dans les années à venir », a-t-il notamment affirmé. Seule une politique de santé durable mettant l'accent sur la prévention (obésité, diabète, tabac, alcool...) permettra, d'après lui, de relancer l'attractivité et la compétitivité du pays. « Il sera donc nécessaire de maintenir un certain nombre de prélèvements obligatoires », a-t-il également souligné, sans pour autant les citer. Concernant le principe de franchise

« non remboursable » de Nicolas Sarkozy, il a exposé les limites d'une mesure qui « pénaliserait les ménages les plus modestes, retarderait l'accès primaire aux soins – une dimension pourtant essentielle de notre système de santé – et représenterait un coût important pour la société (multiplication des hospitalisations) ».

### Miser sur les produits innovants.

Pour Jean-Marie Le Guen, l'industrie pharmaceutique doit de son côté être « partenaire » de la réflexion sur l'avenir de la santé, tant elle joue « un rôle clé » dans la recherche et dans l'économie de notre pays. Il s'est également prononcé en faveur d'une plus grande transparence entre les différents acteurs de la chaîne du médicament et a souhaité que les industriels de la branche pharma se focalisent sur les produits innovants. N'oubliant pas de signaler au passage, « la déloyauté des pouvoirs publics à leur égard lors des derniers PLFSS (taxes exceptionnelles sur le chiffre d'affaires) ». Il a par ailleurs défendu la notion de « contrat de confiance » avec les praticiens libéraux. Et d'ajouter que Ségolène Royal souhaite créer des dispensaires pour les zones rurales et les quartiers diffi-

ciles, où tous les professionnels de santé devront collaborer et seront rémunérés sous des « formes alternatives » (paiement à l'acte, paiement forfaitaire...). D'après Jean-Marie Le Guen, elle s'est également dite favorable à l'alignement de la rémunération du généraliste sur celle du spécialiste, estimant notamment que cette mesure représentait un coût « supportable » pour l'assurance-maladie.

## > François Bayrou (UDF) : « Donner de la légitimité au terroir »



Lors de son passage à la barre, François Bayrou a fait preuve d'une grande compassion à l'égard des médecins. En tant que « frère et père de praticien », il s'est dit sensible à la « crise morale » profonde traversée par le corps médical. De là, il a rebondi sur la revalorisation de la rémunération des généralistes (C=CS) à laquelle il est naturellement favorable. Il est par la suite revenu sur la double nécessité d'assurer une permanence des soins

– en ville et en campagne – et de créer des maisons médicales, en particulier dans les zones rurales, qui permettront d'après lui de « mutualiser les moyens ». « Les mutations sociétales à l'image de l'allongement de la durée de vie nous oblige d'ores et déjà à équilibrer le système de santé », a-t-il déclaré, proposant notamment de « simplifier le parcours de soins ». Selon ses propres termes, il veut « donner de la légitimité au terroir », en régionalisant la politique de santé. Mais aussi en améliorant la coordination entre médecine de ville et hôpital, la situation « thrombotique » des urgences caractérisant, selon lui, les « affres de notre système ».

#### Un investissement à long terme.

Question Sécu, François Bayrou a estimé que les dépenses de santé sont un investissement à long terme – source de progrès et de croissance – et non une « simple dépense ». Il a par ailleurs qualifié les derniers budgets des comptes sociaux de « laxistes », trouvant curieuse l'idée de vouloir attribuer un plancher à la croissance des dépenses de médicaments. Pour combler la dette de la Sécurité sociale, il a soutenu le principe d'un financement mixte (CSG, TVA sociale) et pense que la franchise proposée par le candidat UMP ne ferait qu'aggraver la situation actuelle. Et nous mènerait droit vers « une médecine à plusieurs vitesses ». Il a en outre jugé « indispensable » d'établir des relations de confiance entre l'Etat et l'industrie du médicament, à la

quelle il octroie le statut de « secteur stratégique ». Avec trois objectifs en ligne de mire : renforcer la recherche ; protéger plus efficacement les brevets ; attribuer un prix rémunérateur aux molécules réellement innovantes.

#### > François Fillon (UMP) : « une franchise modeste par famille »



Concernant le financement de la dette des comptes sociaux, le porte-parole occasionnel de

Nicolas Sarkozy, « retenu au Conseil des ministres », a défendu – en dépit de sa relative impopularité – l'idée d'une « franchise modeste par famille sur les premiers euros de dépenses annuelles en consultations médicales ou en examens biologiques ». « Les citoyens les plus démunis en étant dispensés pour ne pas les pénaliser dans l'accès aux soins », a-t-il tenu à préciser pour l'occasion. Et de souligner que les dépenses de santé sont un « moteur » pour l'économie, considérant que la « paupérisation » du système actuel influe sur la qualité des soins et sur la pratique de l'exercice lui-même. Outre cette franchise, la lutte contre les abus et la « TVA sociale » – augmentation de la taxe sur la valeur ajoutée permettant d'alléger les cotisations sociales – ont été les deux autres pistes proposées par le conseiller du candidat UMP pour renflouer les caisses. Il a égale-

ment vanté les mérites de la réforme de 2004 et s'est réjoui de voir le déficit des comptes de la Sécurité sociale s'établir « autour de 9 milliards d'euros » pour l'exercice 2006 (contre 11,6 milliards l'an passé). Devant les représentants de l'industrie présents lors de cette conférence inaugurale, il a fait savoir que Nicolas Sarkozy souhaitait mieux rémunérer l'innovation qui apporte « une réelle plus-value thérapeutique », avant d'ajouter que le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) offrait « un cadre approprié à la mise en œuvre de cette stratégie ».

**C=23.** François Fillon a également révélé que l'ancien pensionnaire de la place Beauvau souhaitait conférer une plus grande reconnaissance à la médecine générale dans la filière universitaire. Pour lui, il était légitime de faire du généraliste le « pivot » du parcours de soins, ce dernier étant devenu un spécialiste, justifiant ainsi la légitimité du C=23 (tarif de la consultation en médecine générale, soit 23 euros). « Il voudrait offrir la possibilité aux généralistes d'enseigner à l'Université, augmenter le nombre de médecins formés et respecter la liberté d'installation. Il est favorable à la création de cabinets de groupe salariant plusieurs professionnels de santé, à la mise en place de nouveaux espaces de liberté tarifaire (à travers la FMC) et reste également très attaché au principe du paiement à l'acte », a-t-il par ailleurs affirmé, à propos de Nicolas Sarkozy. ■



## Xavier Bertrand : la dernière danse

Bien qu'il s'en soit défendu, le discours prononcé par Xavier Bertrand\* en clôture de cette conférence inaugurale avait tout de même des allures de bilan. Point par point, il a ainsi énuméré « les grands

dossiers » bouclés... ou presque lors son passage à la Santé : réforme de l'assurance-maladie, loi des 9 et 13 août 2004 ; C=22, soit le passage de la consultation du généraliste de 21 à 22 euros (au 1er juillet 2007) ; décrets sur la Formation médicale continue (FMC) et l'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) ; loi anti-tabac ; réévaluation du numerus clausus des étudiants en médecine qui sera porté à 7100 pour la rentrée universitaire

2007-2008 (contre 7000 en 2006). Auxquels s'ajoute depuis le 19 mars dernier – et la signature d'un accord entre l'Uncam, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et le Syndicat des médecins libéraux (SML) – le tant attendu C=CS (23 euros). Autrement dit, l'alignement du tarif de la consultation du généraliste sur celle du spécialiste (août 2008) : une mesure, sous conditions, qui suscite bien des remous.

\* Pour rappel, Xavier Bertrand a été remplacé à la Santé par Philippe Bas, jusqu'alors ministre délégué à la Famille et à la Sécurité sociale, le 26 mars dernier.

Il se consacre désormais à la campagne de Nicolas Sarkozy en tant que porte-parole du candidat UMP.

## MEDEC 2007, PAS DE DMP AVANT... 2008

Un vrai chemin de croix. Initialement programmé pour le mois juillet 2007, le déploiement du DMP, une première fois repoussé à l'automne 2007, n'interviendra finalement qu'au printemps 2008.

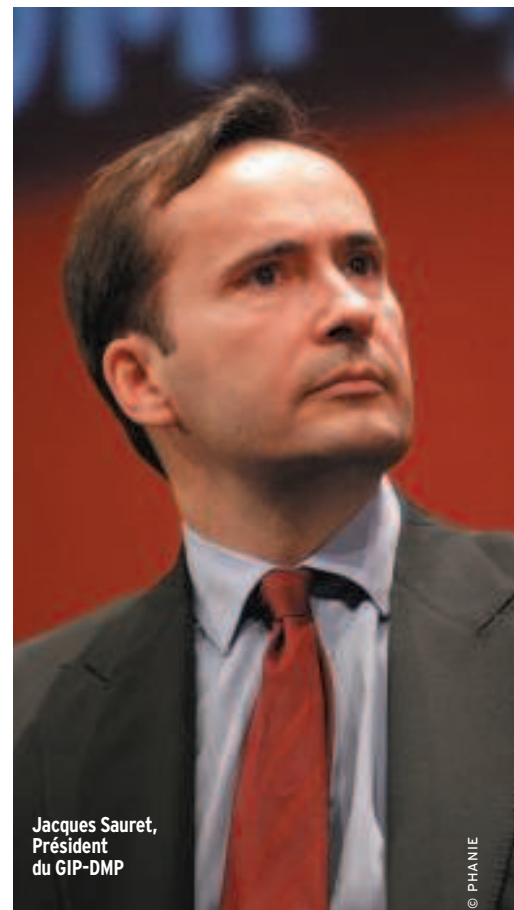
JONATHAN ICART

**P**arent pauvre de la réforme de 2004, le Dossier médical personnel (DMP) tarde à voir le jour. Compte tenu de son importance stratégique dans le nouveau parcours de soins, sa non venue suscite bien des interrogations. D'autant qu'il s'agit d'un véritable « bouleversement de la pratique médicale », comme l'a souligné Jacques Sauret, le président du Groupement d'intérêt public en charge de son déploiement, lors d'un des nombreux ateliers consacrés au DMP lors du Medec cette année. A cette occasion, il a réaffirmé que la mise en circulation du Dossier médical personnel venait à nouveau d'être reportée. Après avoir un temps évoqué le mois de novembre 2007, c'est finalement en mars 2008 qu'aura lieu sa généralisation. Selon lui, ce « décalage » s'expliquerait notamment par le report, de fin décembre 2006 à mars 2007, du lancement de l'appel d'offres pour l'hébergeur de référence. Alors que son choix définitif était initialement programmé pour ce mois de mai.

**Un nouvel identifiant santé.** De même, l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), en date du 20 février

dernier, aurait également pesé lourd dans la balance. Pour rappel, elle s'était opposée à l'utilisation du numéro de Sécurité sociale (NIR) comme identifiant du DMP, arguant notamment qu'il était composé d'une chaîne de caractères conduisant à la détermination du sexe, de la date (hormis le jour) et du lieu de naissance. Et ce, bien qu'elle ait reconnu ses qualités « d'unicité et de fiabilité ». Sur ce point, Xavier Bertrand, chargé de rédiger le décret d'application du dossier médical personnel, avait fait savoir qu'il suivrait l'avis de la CNIL. Une décision qui implique donc la création d'un nouvel identifiant santé. Mais aucune date exacte n'a pour l'heure été arrêtée. Pour Jacques Sauret, « le délai supplémentaire qui nous – le GIP-DMP – est octroyé va nous permettre de gommer les dernières imperfections comme la double saisine des données ou la question de la responsabilité du professionnel de santé, dans le cas où le patient choisirait de masquer certaines données (rapport Fagniez) ». Il a par ailleurs admis que la loi du 30 janvier 2007 allait donner « un second souffle » aux expérimentations (voir encadré).

**Le facteur humain reste un frein.** Aux côtés des détails techniques qui sont selon lui « en passe d'être réglés », le facteur humain reste « un



Jacques Sauret,  
Président  
du GIP-DMP

© PHANIE

frein » à sa généralisation. D'après le président du GIP-DMP, il nécessitera un temps d'adaptation avant d'entrer définitivement dans les mœurs. Pour faciliter son intronisation, le groupement d'intérêt public accompagnera cette phase de transition. Un budget de 20 millions d'euros sera consacré à l'information des méde- ▶▶▶

►►► cins à l'approche de son déploiement (mise à niveau du logiciel, responsabilité juridique...). Mais l'informatique n'est pas tout. L'arrivée du DMP marquant une rupture dans la relation médecin-patient – d'une part – et – d'autre part – dans les relations entre professionnels de santé eux-mêmes. « Si l'assuré bénéficiera, pour la première fois, d'un droit de regard et de gestion sur les informations partagées par l'ensemble des soignants impliqués dans sa prise en charge, le partage d'information entre la médecine de ville et l'hôpital s'en trouvera également grandement renforcé », a-t-il souligné. Et ce, malgré la difficulté de former « en temps et en heure » l'ensemble des professionnels évoluant à l'hôpital.

#### Une protection de haute sécurité.

Créé par la loi du 13 août 2004, le DMP aura pour vocation de faciliter la coordination et les échanges d'information entre les professionnels de santé, les patients et l'assurance-maladie. A terme, il contiendra toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient (voir encadré) et sera accessible sur Internet via un identifiant personnalisé pour les assurés (suivi d'un code à quatre chiffres) ou la Carte de professionnel de santé (CPS) pour les soignants (dès lors que le patient l'y aura autorisé). Une fois en circula-

#### ► QUEL CONTENU POUR LE DMP ?

Le dossier médical personnel sera un dossier unique, informatisé et sécurisé, accessible à tout moment, sur lequel figureront notamment le nom du patient, sa date de naissance, les informations permettant d'identifier son médecin traitant ainsi que l'ensemble des données utiles à la coordination de ses soins. A savoir :

- Des données générales : antécédents médicaux et chirurgicaux, historique des consultations spécialisées, historique des remboursements (dentaires, médicaments, radiologie...).

- Des données de soins : actes diagnostiques, résultats d'examens biologiques, traitements en cours, médicaments prescrits...

- Des données de prévention : allergies et tolérance, vaccinations...

- Des données images : comptes-rendus (radio, scanner, IRM, échographie...).

- Un espace d'expression personnelle : remarques du patient sur son état de santé.

tion, le DMP devrait notamment permettre d'éviter les 15 % d'actes redondants qui génèrent un coût d'1,5 milliard d'euros par an pour l'assurance-maladie. Mais aussi les risques allergiques et les 128 000 hospitalisations liées chaque année à des interactions médicamenteuses (iatrogénie). Pour ne citer qu'eux. En ce qui concerne la sécurisation des données, les hébergeurs sélectionnés offrent, selon Julien Sauret, une protection de haute sécurité comparable celles des systèmes bancaire et militaire, avec une indisponibilité

de seulement huit heures par an. Un « plus » non négligeable.

Reste que plusieurs événements sont attendus avec impatience par le monde de la Santé : signature des décrets des conventions relatives aux 26 – et peut-être 27 – dossiers retenus pour la deuxième vague d'expérimentations ; choix de l'hébergeur de référence ; publication des décrets identifiant national de santé, confidentialité et DMP. Mais pour cela, il faudra encore patienter... ■

## DMP, quid des expérimentations ?

Identifier les conditions d'appropriation de l'outil par les professionnels de santé et les patients ; mettre en évidence l'impact du DMP sur les pratiques médicales ; obtenir une évaluation de la satisfaction des professionnels de santé et des assurés ; mesurer la qualité de service assurée par les hébergeurs ; valider en grandeur réelle les éléments techniques fonctionnels et organisationnels du DMP ; et enfin, alimenter la rédaction du cahier des charges de généralisation. Tels ont été les objectifs recherchés lors de la première vague d'expérimentation qui a déferlé sur la France de juin à décembre dernier. Au total, 2 500 professionnels de santé, 100 établissements de soins et plus de 38 000 patients y ont participé (sur 17 sites pilotes). D'après le GIP-DMP, 44 % des professionnels de santé interrogés ont

estimé que cet outil informatique offrait une réelle valeur ajoutée, 60 % d'entre eux étant d'ailleurs enclins à le recommander. 84 % des patients se sont par ailleurs déclarés satisfaits du DMP : 80 % de ces derniers se sont également dits prêts à le conseiller. Selon les résultats d'une enquête menée janvier 2007 par le GIP-DMP, 68 % des professionnels de santé et 92 % des patients ayant participé aux expérimentations du dossier médical personnel ont par ailleurs reconnu avoir confiance dans sa sécurité et sa confidentialité (une de ses caractéristiques premières).

A en croire Jacques Sauret, une seule demande aurait fait l'unanimité : « celle de créer un outil simple avec une seule interface ». En attendant le choix final de

l'hébergeur de référence, vraisemblablement en mars 2008, « nous allons mettre à profit le temps qu'il nous reste pour peaufiner le système actuel », a notamment remarqué le président du groupement d'intérêt e charge de son déploiement, lors de ce Medec 2007. A ce propos, il a rappelé que le GIP-DMP avait lancé un appel à projet doté de 27 millions d'euros pour de nouvelles expérimentations au mois d'août dernier. Bien aidé en cela par la loi du 30 janvier 2007 – qui assouplit un peu plus la procédure d'agrément des expérimentations d'hébergement des données de santé à caractère personnel 26 dossiers ont ainsi été retenus. Et la signature des conventions relatives à leur dotation respective en moyens techniques et financiers devait intervenir fin mars-début avril.