

Une politique
active
pour moderniser
le système
de santé

Janvier 2004





Depuis le mois de mai 2002, vingt mois se sont succédés. Vingt mois d'un riche travail, durant lesquels de très nombreux chantiers ont été ouverts. Cette période est suffisamment longue pour recueillir les premiers fruits et voir les premiers résultats d'une politique de modernisation, d'adaptation de notre système de santé dont l'objectif est d'offrir aux français une qualité de soins aussi irréprochable que possible.

En 2003 comme en 2002, de nombreuses actions ont été entreprises. Leur énumération peut être fastidieuse et leur cohérence pas toujours évidente, pourtant toutes s'inscrivent dans un schéma d'ensemble dont les contours seront mieux définis avec l'engagement de la réforme de l'assurance maladie en 2004.

La santé publique, la modernisation des hôpitaux avec le plan hôpital 2007, le plan cancer, la lutte contre le tabac, la politique du médicament, la lutte contre le SRAS, la refonte de notre système de veille et d'alerte, telles sont quelques unes des grandes actions menées par mon ministère lors de ces derniers mois.

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines.

Jean-François MATTEI
Ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées

I- Santé Publique et Prévention

- I-1 Une grande loi fondatrice
- I-2 Sécurité sanitaire : simplification et efficacité
- I-3 La lutte contre la menace bioterroriste
- I-4 Prévention, dépistage et éducation pour la santé : cinq thèmes d'action pour cinq ans
- I-5 La lutte contre le cancer
- I-6 Santé et environnement
- I-7 Violence et comportements à risques
- I-8 Une approche régionale, des responsabilités partagées et distribuées
- I-9 La recherche biomédicale
- I-10 La recherche biologique et médicale
- I-11 Révision des lois bioéthiques

II- Les soins

- II-1 Une politique du médicament
- II-2 Hôpital 2007, le grand chantier du quinquennat
 - II-2-A Simplification administrative et desserrement du carcan réglementaire de l'organisation sur le territoire
 - II-2-B Relance sans précédent de l'investissement
 - II-2-C Introduction de la tarification à l'activité (T2A)
 - II-2-D Rénovation de l'organisation interne
- II-3 Aménagement de la réduction du temps de travail (RTT) à l'hôpital
- II-4 Démographie à l'hôpital
- II-5 L'hôpital local : une place privilégiée dans l'organisation régionale des soins
- II-6 Les urgences : un plan global, de l'amont à l'aval de l'hôpital
- II-7 Médecine de ville : le dialogue renoué
- II-8 Rénover une sécurité sociale en crise

I- Santé Publique et Prévention

Une grande loi fondatrice

Le projet de loi relatif à la santé publique, examiné en séance publique par l'Assemblée nationale au mois d'octobre 2003 et par le Sénat en janvier 2004, s'inscrit dans la droite ligne du préambule de notre constitution qui souligne que «la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé». Le droit à la protection de la santé, c'est le devoir qu'ont les pouvoirs publics de protéger collectivement les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé.

Ce texte s'inscrit également dans la lignée des mesures prises en 1902, année où furent instituées la déclaration obligatoire de certaines maladies infectieuses et la mise en place d'une politique vaccinale. Projet fondateur d'un système de soins, moderne, il replace la prévention au cœur du système et donne la priorité à la santé publique qui bénéficiera par ailleurs d'une école des hautes études en santé publique.

Ce projet de loi traduit un des engagements du Président de la République pris lors de la campagne présidentielle de 2002. Il affirme la responsabilité de l'Etat en matière de politique de santé publique, tout comme le rôle du Parlement en ce domaine.

Longtemps délaissée au profit du système de soins, la politique de santé publique a subi ces deux dernières décennies, des évolutions par à coup, souvent liées à la survenue de crises. C'est à l'occasion de catastrophes écologiques, ou sanitaires (nauffrage de l'Amoco Cadiz, vache folle, sang contaminé...) que l'Etat a mis en œuvre, à la hâte, de nouvelles formes d'intervention. La santé publique, en effet, n'a jamais été consacrée en tant que telle comme une responsabilité de l'Etat. En l'absence de politique d'ensemble, l'organisation actuelle est ainsi le résultat de réformes successives manquant de vision d'ensemble.

Faute d'un cadre de référence, les différents acteurs de la politique de santé publique opéraient dans un contexte de dispersion des efforts et d'insuffisance de l'évaluation des actions menées. Cette situation était porteuse de nombreux dysfonctionnements.

Le gouvernement s'est donné l'ambition de **redonner de la cohérence à l'ensemble**, en déposant au Parlement en mai 2003 un projet de loi ambitieux qui a exigé pour son élaboration de très nombreuses concertations régionales, et la consultation de 140 experts de santé publique nationaux et internationaux. Les résultats des actions de santé publique engagées seront évalués et débattus tous les cinq ans.

Sécurité sanitaire : simplification et efficacité

Le gouvernement entend donner une plus grande cohérence au système d'alerte. A la fin des années quatre-vingt-dix, notre pays s'est doté d'un premier ensemble complet d'outils destinés à garantir la sécurité sanitaire de notre environnement, de notre alimentation et des produits de santé, tels les médicaments, et à organiser un réseau de veille sanitaire. La création des agences sanitaires a correspondu à une première étape sur la voie d'une meilleure approche du devoir de santé publique, le Parlement avait alors joué un rôle clef.

Ce système repose sur une «tour de vigie», l'Institut national de veille sanitaire (**InVs**) - qui a été en première ligne lors de l'alerte mondiale concernant l'épidémie de Sras, en mai dernier. Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a, par ailleurs, convaincu ses partenaires de l'Union européenne de la nécessité de créer un **centre européen** de prévention et de contrôle des maladies transmissibles à la suite de cette épidémie.

L'InVs travaille en lien avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (**Afssaps**), l'Agence française de sécurité sanitaire alimentaire (**Afssa**) et l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (**Afsse**), installées par le gouvernement sous la double tutelle du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées et de celui de l'écologie et du développement durable.

Dans le projet de loi de santé publique :

- ▶ **les procédures d'alerte** sanitaire de l'InVs ont été précisées, définies et mises en place, pour tirer toutes les conséquences de la crise sanitaire liée à l'été caniculaire.
- ▶ l'Etablissement français des greffes (EFG) et l'Agence de procréation embryologie et génétique humaine, en cours de création lorsque le gouvernement est arrivé, sont **rapprochées** par souci de cohérence.
- ▶ ces deux structures unies par une éthique commune autour du don – gratuité et anonymat – donneront naissance à une **Agence de biomédecine**. Cette nouvelle agence instituée par le projet de loi de révision des lois bioéthiques, en cours d'examen au Parlement, a vocation à fusionner avec l'Afssaps, pour devenir une grande **Agence de biomédecine et des produits de santé**.

La lutte contre la menace bioterroriste

Depuis 2002, la France dispose d'une organisation opérationnelle comprenant un plan d'intervention Biotox, pour la réponse à une attaque biologique, qui vient compléter le plan Piratox répondant à la menace chimique et le plan Piratome pour la menace radiologique et nucléaire. Le ministère de la santé est bien évidemment un des acteurs clefs dans la mise en place des réponses à d'éventuelles attaques bioterroristes.

Le programme de réponse à la menace bioterroriste en France comprend sept actions principales :

- ▶ constituer un corpus de connaissances et de compétences pour recenser les agents de la menace bioterroriste,
- ▶ prendre les mesures de police sanitaire,
- ▶ accroître la veille sanitaire,
- ▶ accroître les moyens de diagnostic,
- ▶ préparer la réponse à une action bioterroriste,
- ▶ augmenter l'effort de recherche et développement indispensable pour mettre au point de nouveaux vaccins et traitements, ou des méthodes d'analyse performantes.

Prévention, dépistage et éducation pour la santé :

cinq thèmes d'action pour cinq ans

Le projet de loi de santé publique a retenu **cinq thèmes d'action** pour la période 2004-2008, et **cent objectifs**, quantifiables pour la plupart d'entre eux, qui permettront de mettre l'organisation «sous tension» par une évaluation continue de la qualité et de l'efficacité de l'action conduite. Ce souci constant **d'évaluation et de pragmatisme** par rapport à des objectifs fixés constitue l'une des grandes innovations du projet.

Cinq grandes priorités pour la politique de santé publique ont donc été retenues :

- ▶ la lutte contre le cancer,
- ▶ la santé environnementale incluant la santé au travail,
- ▶ la violence et les comportements à risque,
- ▶ les maladies rares,
- ▶ la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Les trois premières font l'objet de politiques très avancées.

La lutte contre le cancer

Dès le mois de septembre 2002, Jean-François Mattei et Claudie Haigneré, ministre de la recherche, ont mis en place une Commission d'orientation sur le cancer chargée de proposer un programme de travail.

Ce programme a été présenté par le Président de la République le 24 mars 2003 et relayé ensuite par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Le Plan Cancer, d'un coût total pour cinq ans de 1,64 milliards d'euros, s'organise autour de cinq axes :

- ▶ l'amélioration de la prévention pour éviter les cancers évitables,
- ▶ la généralisation des dépistages du cancer du sein, du col de l'utérus, du colon et du mélanome,
- ▶ l'accession des patients aux traitements les plus adaptés, tout en améliorant la relation humaine et la prise en charge des besoins complémentaires,
- ▶ l'amélioration de la formation des soignants du cancer,
- ▶ le développement d'une stratégie de recherche très ambitieuse pour trouver de nouveaux traitements.

Il propose la création, qui sera effective avec l'adoption de la loi de santé publique, d'un **Institut national du Cancer**, comme structure de coordination des soins et de la recherche au niveau national.

Mme Pascale Briand a été nommée à la tête de la Mission interministérielle de lutte contre le cancer (la MILC), pour coordonner la mise en œuvre des 70 mesures clef du plan cancer.

La lutte contre le tabac constitue également une priorité du Gouvernement qui agit en la matière avec volontarisme et cohérence. Depuis l'adoption de la loi Evin, il y a plus de 10 ans, la lutte contre le tabac n'était plus jugée prioritaire.

Le gouvernement a décidé de mener une politique très offensive, avec l'objectif affiché de réduire le nombre de fumeurs de 30% chez les jeunes et de 20% dans la population générale en cinq ans, en s'appuyant sur les études de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui souligne que le premier et **le plus efficace des outils de lutte contre le tabagisme reste l'augmentation massive et rapide du prix du tabac.**

Une politique active pour moderniser le système de santé

Le prix du tabac a été augmenté d'environ 11% le 1^{er} janvier 2003, d'environ 20% au 1^{er} octobre 2003, d'environ 10% au 1^{er} janvier 2004. Soit au total, une hausse de près de 42% en une année alors qu'au cours des cinq années de gouvernement précédent, la hausse n'avait été que de 21%.

Les résultats ont été à la hauteur de l'effort entrepris puisque les ventes de tabac ont diminué d'au moins 13% et que, d'après les premières estimations (sondage BVA/INPES du 15/11/03), le nombre de fumeurs a régressé d'environ 13%. Les intentions d'arrêt se sont traduites par un quasi doublement des ventes de substituts nicotiniques en 2003.

Outre l'action sur les prix, le gouvernement a également pris une série de mesures importantes : des messages forts sur les paquets de cigarettes avec la mention d'un numéro de téléphone d'aide à l'arrêt sur une partie d'entre eux, l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans et celle des «paquets-enfants», l'encadrement du papier à rouler (interdiction de publicité notamment), la multiplication par quinze des subventions aux associations, des campagnes médiatiques de prévention et d'incitation à l'arrêt auprès des jeunes filles, la conclusion d'une directive restreignant la publicité dans l'Union Européenne.

Cinq autres modes d'actions vont être lancés pour poursuivre cette politique de lutte contre le tabagisme :

- ▶ **expérimentations** de la prise en charge financière des **substituts nicotiniques** dans trois régions, pour cerner les conditions d'un remboursement dès lors que le patient s'engage à un contrat moral et de suivi,
- ▶ renforcement de l'aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs,
- ▶ action interministérielle, en liaison avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), pour un **meilleur respect de la loi Evin**, et notamment **l'interdiction de fumer dans les lieux publics**,
- ▶ renforcement de la législation de lutte contre le tabac par le projet de loi relatif à la politique de santé publique (avec notamment la compétence pour contrôler l'application de la réglementation de protection des non-fumeurs donnée à des agents du ministère de la santé et du ministère du travail, et le renforcement de l'arsenal judiciaire contre les publicités illicites),
- ▶ **action européenne pour une harmonisation de la fiscalité du tabac et de son prix**. Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, signataire de la convention cadre de l'OMS sur la lutte contre le tabac, est personnellement intervenu sur ce thème au Conseil européen, et la France vient d'adresser un memorandum spécifique aux instances européennes.

La prévention par la nutrition

Le projet de loi relatif à la santé publique fixe des objectifs en matière de nutrition et d'activité physique, qui concernent également la prévention des cancers. Ces actions s'inscrivent en cohérence avec les objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS 2001-2005) qui sont au nombre de sept :

- augmenter la consommation de fruits et légumes,
- augmenter la consommation de calcium,
- réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux,
- augmenter la consommation de glucides,
- réduire l'apport d'alcool,
- réduire de 20% la prévalence de surpoids et de l'obésité,
- augmenter l'activité physique.

Dépistage

A côté de la prévention, dans le cadre du plan cancer, le gouvernement entend développer le dépistage du cancer du sein.

Déclaré «opération nationale» il y a dix ans, le dépistage national du cancer du sein ne concernait que 35 départements en mai 2002. Au début de l'année 2004, répondant ainsi aux souhaits du Président de la République, la totalité des départements français, à l'exception du cas particulier qu'est la Guyane, sont couverts et prêts pour lancer un dépistage tous les deux ans auprès de toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans.

Recherche

Les **cancéropôles** sont l'un des instruments du rapprochement entre l'hôpital, les laboratoires universitaires, les grands instituts de recherche publics et privés, ils ont aussi la vocation de développer des partenariats avec l'industrie afin de favoriser la valorisation et l'industrialisation des innovations, ils s'inscrivent dans une politique de recherche ambitieuse.

Ils **coordonnent en réseau** des équipes de recherche d'appartenance variée : équipes de l'Inserm, du Cnrs, du Cea, de l'université, des hôpitaux, dans une perspective de transfert favorisant l'accès des patients aux innovations.

Ces cancéropôles seront labellisés par l'**Institut national du Cancer**.

7 cancéropôles (régionaux ou inter-régionaux) étaient en cours de constitution en 2003, financées pour un montant total de 16,5 millions d'euros dont 5,5 millions émanant du ministère de la santé.

Santé et environnement

La commission d'orientation du plan national santé-environnement rendra en février 2004 son rapport définitif au ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et au ministre de l'écologie et du développement durable.

Le rapport d'étape de cette commission a permis d'identifier les principales menaces, de décrire les effets sanitaires connus ou suspectés et de quantifier l'exposition de la population aux risques, tout en dressant un bilan des actions entreprises pour réduire les risques et en proposant une première amélioration.

Le gouvernement arrêtera au printemps 2004 **un plan national santé-environnement** et fixera les objectifs et les actions prioritaires pour les cinq ans à venir.

Violence et comportement à risques

Second chantier présidentiel, **la lutte contre la violence routière** a fait l'objet d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre.

Un programme d'action a été adopté en décembre 2002, dont cinq volets concernent directement le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, fortement impliqué aux côtés des ministères de l'équipement et de l'intérieur.

Le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, s'est ainsi employé à :

- faire connaître les effets de l'alcool et des drogues sur la conduite,
- informer sur les effets des médicaments sur la conduite,
- surveiller l'aptitude médicale à conduire, notamment pour les conducteurs âgés de plus de 75 ans,
- mieux organiser le transport, la prise en charge en phase aiguë et la rééducation des blessés par traumatismes crâniens ou lésions médullaires afin de réduire la mortalité, la morbidité et l'incapacité liés aux accidents de la route,
- étudier l'amélioration de la surveillance des traumatismes routiers, améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des conducteurs, passagers et piétons vis-à-vis du risque routier, et recherche clinique.

Par ailleurs, dans le cadre du projet de loi de santé publique, un plan national de lutte sera engagé pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des **comportements à risque**.

Le Garde des Sceaux, ministre de la Justice et le ministre de la santé souhaitent par ailleurs, mobiliser rapidement l'ensemble des acteurs du milieu pénitentiaire afin de parvenir à l'objectif fixé en décembre 2003 de **réduire de 20% en cinq ans le nombre de suicides en milieu carcéral**.

Une approche régionale, des responsabilités partagées et distribuées

A côté des deux grands acteurs que sont l'Etat et l'Assurance maladie, de nombreuses structures : observatoires régionaux de la santé, comités départementaux d'éducation pour la santé, multiples associations spécialisées, espaces santé jeunes, centres d'éducation à la santé et à la citoyenneté en milieu scolaire, observatoires de la santé au travail et d'autres interviennent dans le domaine de la santé publique. La répartition des responsabilités est apparue pour nombre d'observateurs et d'acteurs confuse. Ce projet de loi vise à clarifier la situation.

Au plan national, le paysage institutionnel est simplifié et clarifié avec une organisation comportant **trois niveaux** :

- ▶ un niveau de concertation, d'expertise et de coordination, autour de trois instances : **la conférence nationale de santé**, instance permanente de débat entre les associations, les professionnels, les sociétés savantes ; **le Haut Conseil de la santé publique**, qui reprend les missions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et celles du Haut comité de la santé publique ; le **Comité national de la santé publique**, instance de coordination interministérielle et de gestion politique ;
- ▶ **un niveau politique** : grâce aux travaux de ces instances, le gouvernement soumettra tous les cinq ans à l'approbation du Parlement une loi fixant les priorités de la politique de santé publique ;
- ▶ un niveau de mise en œuvre avec les agences sanitaires, les organismes de recherche, les associations et l'assurance maladie.

Un schéma similaire **au plan régional** est prévu. La région constitue le meilleur niveau pour mettre en œuvre la politique de santé publique.

La concertation est assurée au sein de la **conférence régionale de santé**, qui réunira tous les acteurs concernés – collectivités, professionnels, associations, assurance maladie, etc. – et proposera des objectifs pour le plan régional de santé publique. La mise en œuvre opérationnelle de ce plan sera confiée à une structure partenariale, le «**groupement régional de santé publique**».

L'une des dispositions essentielles du projet de loi de santé publique concerne donc la création des **groupements régionaux de santé publique** (GRSP), placés sous l'autorité du préfet, qui ont la mission de réunir en groupements d'intérêt public (GIP), tous les acteurs de santé publique concernés par la déclinaison du programme de santé publique national dans les régions, sans redondances ni gaspillages.

Les tâches seront ainsi distribuées dans le respect de l'identité de chacun : lutte contre la toxicomanie, le sida, le cancer, etc. Chaque action sera incluse dans un système coordonné, et chaque acteur devra rendre compte de ses résultats de manière à vérifier que le dispositif est opérationnel et qu'il fonctionne.

La recherche biomédicale

Après avoir consulté les acteurs de la recherche biologique et médicale et pris en compte les recommandations des rapports et consultations, devant la nécessité de transposer en droit français la directive européenne relative aux essais cliniques de médicaments, le gouvernement a décidé de procéder à une révision globale du dispositif encadrant les recherches biomédicales

Le projet de loi de santé publique révisé les dispositions de la loi du 20 décembre 1988, dite «Loi Huriot-Sérusclat» sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. Ainsi :

- ▶ un **régime commun** de protection des personnes et des procédures pour les promoteurs et les investigateurs sera instauré ;
- ▶ conformément à la directive, l'actuel régime de déclaration sera remplacé par un **régime d'autorisation**, les Comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale auront une responsabilité renforcée ;
- ▶ la distinction entre «recherche avec bénéfice individuel direct» et «sans bénéfice individuel direct» sera abandonnée au profit d'une **logique d'évaluation de la balance bénéfice risque** ;
- ▶ les **règles de protection des personnes seront clarifiées**, notamment en ce qui concerne le recueillement de leur consentement ou celui de leur représentant légal ;
- ▶ un **répertoire public des recherches biomédicales sera mis en place**.

La recherche biologique et médicale

La recherche médicale intéresse un champ de disciplines scientifiques et de spécialités médicales de plus en plus vaste, ce qui induit un impératif de coordination et le développement des interfaces pour assurer une bonne continuité entre la recherche proprement dite et l'innovation thérapeutique.

Les sept cancérôpôles en cours d'élaboration constituent le modèle d'organisation de la recherche clinique et biomédicale.

Une mission sur la recherche biologique et médicale, présidée par le Dr Claude Griscelli, a été mise en place avec le ministère délégué à la Recherche et un renforcement des actions «ministère de la santé/Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale)» a été mis en œuvre afin :

- *d'améliorer* l'attractivité de la recherche,
- *favoriser* les structures qui assurent un continuum recherche fondamentale/recherche clinique et donnent à cette dernière une souplesse d'organisation,
- *renforcer* la place de l'hôpital dans les Instituts Fédératifs de Recherche (IFR),
- *poursuivre* le soutien aux centres d'investigation clinique,
- *recentrer* le Programme hospitalier de recherche clinique national sur les thèmes prioritaires.

Le gouvernement souhaite à terme faire évoluer le statut des centres hospitaliers universitaires (CHU) de façon à ce qu'ils puissent être considérés comme des établissements pouvant assurer pleinement leur mission de recherche clinique.

Révision des lois bioéthiques

Prévoyant une rapide évolution de la connaissance et des possibilités techniques qui en découlent dans le domaine de la biomédecine, le législateur avait inscrit dans les lois de bioéthique de 1994 le principe de leur révision dans un délai de cinq ans. Le retard pris par le gouvernement précédent n'a pas permis d'atteindre cet objectif. Néanmoins, un projet de loi avait été présenté en janvier 2002, fruit d'un important travail de consultation et avait fait l'objet d'une seule lecture à l'Assemblée avant les élections du premier semestre 2002.

Le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin a choisi de poursuivre la discussion à partir de ce texte. Certaines dispositions ont été révisées afin de les conforter, régler les difficultés qui se sont fait jour sur la période écoulée et mieux encadrer certaines pratiques.

Le texte qui doit passer en deuxième lecture au Sénat durant le premier semestre 2004 :

- *ouvre et élargit* les critères de transplantation d'organes afin de remédier à la pénurie de greffons,
- *autorise pour cinq ans* la **recherche sur l'embryon humain** et les cellules embryonnaires, dans un encadrement très strict satisfaisant à la fois notre cadre normatif national et les engagements internationaux de la France,
- *consolide* en matière d'**assistance médicale à la procréation**, l'acquis des dernières années en prenant pour guide l'intérêt de l'enfant à naître,
- *donne à l'Etat* les moyens d'assumer pleinement sa mission de contrôle et d'évaluation et accorde toute sa place à une réflexion éthique pluridisciplinaire en créant une **Agence de biomédecine**,
- *garantit l'accès de tous* à la connaissance et notamment à la connaissance du **génomme humain**. Le ministre de la santé a ainsi trouvé un compromis qui satisfait à la fois à nos principes éthiques nationaux concernant la non commercialisation du corps humain, et à la transposition de la directive européenne signée en 1998 par le précédent gouvernement sur les **brevets des gènes humains**,
- *interdit le clonage reproductif*, qui a été élevé au rang de «**crime contre l'espèce humaine**».

Parallèlement à cette révision, la France conduit avec l'Allemagne une action internationale au niveau de l'ONU visant à interdire le clonage humain.



II- Les Soins



Une nouvelle politique du médicament

Les français détiennent le record mondial de la consommation de médicament : 3 milliards de boîtes sont consommés par an, soit un peu moins d'une boîte par personne et par semaine.

Depuis 1990, les dépenses de médicament ont plus que doublé et à l'arrivée en mai 2002 du gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, près de 5 000 médicaments s'étaient accumulés au fil des années dans notre pharmacopée.

Compte tenu de l'augmentation des dépenses de recherche, les produits mis chaque année sur le marché, qui apportent des innovations majeures, sont de plus en plus coûteux.

Le ministre de la santé a entrepris de renouveler et redynamiser la politique du médicament dans notre pays en lui donnant la vision d'ensemble qui lui faisait défaut. Par ailleurs son objectif est la diffusion au profit du plus grand nombre de patients des médicaments les plus efficaces.

Cette politique donne donc **la priorité à l'innovation tout en respectant un impératif d'optimisation des dépenses.**

1. Innovation

Un **accord cadre** avec l'industrie pharmaceutique, signé en juin 2003, prévoit notamment les modalités de la procédure de dépôt de prix, l'engagement des firmes à développer des études en condition réelle d'utilisation (post autorisation de mise sur le marché AMM), et la garantie de prix européens sur cinq ans.

Les **délais de mise sur le marché des médicaments les plus innovants** ont été réduits de 240 à 100 jours pour en faciliter l'accès à **l'hôpital** – où une ligne budgétaire spécifique de **200 millions d'euros** a été dégagée à cet effet – et en ville.

Le **projet de loi Bioéthique**, actuellement en cours d'examen au Parlement, prévoit également une série de dispositions destinées à **faciliter la recherche** notamment dans le domaine du médicament, et particulièrement dans celui des nouveaux médicaments que sont les **biomédicaments**, issus de la biotechnologie.

2. Optimisation des dépenses sur les médicaments existants

Parallèlement à cette politique axée sur l'innovation, le gouvernement a poursuivi une politique de gestion active des produits remboursés en tirant les conclusions de la réévaluation initiée en 1999 par la Commission de la transparence, qui a répertorié les produits en fonction de leur **service médical rendu (SMR)** : important (pouvant bénéficier d'un remboursement à 65%), modéré (taux de remboursement à 35%) et faible ou nul (exclus du remboursement).

Une politique active pour moderniser le système de santé

Cette politique inaboutie à l'arrivée du gouvernement a été mise en œuvre par le ministre de la santé : **plus de 600 médicaments** à SMR modéré sont passés de 65 à 35% de taux de remboursement, et le déremboursement sur trois ans de 650 produits à SMR faible ou nul a été amorcé en octobre 2003, dans le respect du délai nécessaire à l'adaptation des industriels aux nouvelles règles du marché.

Par souci d'équité et de justice vis-à-vis des industriels produisant des produits allopathiques, le taux de remboursement des **médicaments homéopathiques**, qui échappaient à la classification en SMR, a été ramené par décret, de 65 à 35%.

Une **nouvelle Commission de la transparence** a été installée par le ministre de la santé en octobre 2003. Cette commission est désormais dotée d'experts en nombre renforcé, qui lui permettront d'accompagner les évolutions nécessaires des **critères d'inscription sur la liste des médicaments remboursables**.

En outre, la politique de **promotion du médicament générique** a été renforcée.

Copie fidèle de médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet, ces médicaments sont 30 à 40% moins chers que les originaux.

En 2002, ils représentaient 37% du répertoire. Grâce à une politique volontariste menée sur plusieurs fronts, ils en représentent **aujourd'hui 51%**.

Cette politique s'est construite autour des étapes suivantes :

- ▶ l'accord du 5 juin 2002 entre les médecins et les caisses d'assurance maladie a permis d'impliquer les médecins dans la politique de **promotion du médicament générique**,
- ▶ une campagne de **publicité grand public** a été menée pour rappeler aux patients l'intérêt de ces produits,
- ▶ la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a instauré **les forfaits de remboursement** le patient a le libre choix de la marque de médicament, mais il n'est plus remboursé qu'à la hauteur du forfait,
- ▶ la loi autorise également la **baisse des coûts** supportés par l'assurance maladie pour des molécules anciennes, comme le paracétamol et l'aspirine.

A l'occasion de la rencontre des pays industrialisés du G 10, le ministre de la santé a plaidé pour une réforme tendant à obtenir le plus juste équilibre entre la protection des brevets et des inventions, et l'accès aux génériques.

En outre, le gouvernement a entrepris de **simplifier et améliorer les dispositifs de régulation** dans le domaine pharmaceutique en modernisant les règles fiscales en vigueur (suppression de la taxe additionnelle sur les ventes directes et simplification du système de calcul de l'assiette de la taxe sur la promotion).

Hôpital 2007, le grand chantier du quinquennat

Les hôpitaux français dont un grand nombre ont été construits après la seconde guerre mondiale ont vieilli du fait d'un manque d'entretien et d'un manque cruel d'investissement.

L'enveloppe globale initiée en 1983 a conduit les établissements à privilégier les équipements médicaux, puis, sous la contrainte budgétaire persistante, à négliger ou reporter les investissements. Plus récemment, de nouvelles normes de sécurité et de qualité de prise en charge ont accentué le besoin en investissements.

A son arrivée, le ministre de la santé a trouvé un système hospitalier en très mauvais état : nombreux bâtiments vétustes, équipements insuffisants, enveloppe globale étouffante, personnels démotivés. Et un tissu hospitalier public mal adapté à la modernité, où l'on raisonnait encore en durée moyenne de séjour, taux de remplissage et d'occupation des lits.

Sans l'action de l'actuel gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, treize ans étaient nécessaires pour remettre à niveau le parc immobilier et les systèmes d'information.

Face à ce défi et afin d'éviter le développement de catastrophes sanitaires, Jean-François Mattei a, avec l'appui du Président de la République et du Premier Ministre, élaboré un plan ambitieux : le plan «Hôpital 2007».

Une somme de 6 milliards d'euros sur cinq ans a été dégagée au plan national pour mener ce chantier à bien, à laquelle s'ajoutent 4,2 milliards d'euros d'investissements propres des ARH et des établissements. Au total, **10,2 milliards d'euros seront consacrés à la réussite du plan de rénovation en cinq ans de notre parc hospitalier.**

Le plan «Hôpital 2007» vise à répondre concrètement à une série de problèmes auxquels sont confrontés nos hôpitaux.

Ainsi, il a pour objectif de :

- lutter **contre les rigidités du système hospitalier**,
- rénover l'hôpital en le rendant **plus moderne et responsable** tout en lui donnant les moyens d'assumer cette nouvelle responsabilité **en suscitant les conditions favorables au changement**,
- donner aux structures et aux professionnels **des règles du jeu incitatives permettant l'initiative et la créativité.**

Le ministre de la santé a également souhaité redonner toute sa place à **l'hôpital local**, en donnant à cette médecine hospitalière de proximité, les moyens d'assumer son rôle de **premier niveau** de prise en charge sanitaire.

Ce plan est bâti en quatre volets.

Simplification administrative et desserrement du carcan réglementaire de l'organisation sur le territoire

L'ordonnance de simplification en matière sanitaire présentée au Conseil des ministres le 3 septembre 2003, donne les moyens et les outils pour moderniser notre tissu hospitalier public. Elle permet en particulier de :

- ▶ *renforcer* le rôle des directeurs des **Agences régionales de l'hospitalisation** (ARH) interlocuteurs privilégiés des responsables des établissements de santé,
- ▶ *simplifier* l'organisation sanitaire et faciliter les coopérations entre établissements. La carte sanitaire est supprimée, le **Schéma d'organisation sanitaire devient l'outil unique** de planification centré sur la prise en compte des besoins de santé et les caractéristiques épidémiologiques propres à chaque région. La dimension territoriale du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) est plus affirmée, le secteur sanitaire est remplacé par la notion de «**territoire de santé**» délimité par l'ARH. Le régime des autorisations est considérablement simplifié : la notion **d'autorisation d'activité**, délivrée pour cinq ans, se substitue aux trois types d'autorisation antérieurs (matériel lourd, installation, activité). Elle est complétée par le **Contrat d'objectif et de moyens** (COM) qui comporte désormais des objectifs quantifiés par activité, signé entre l'ARH et chaque établissement. Le **Groupement de coopération sanitaire** (GCS) devient désormais l'outil de référence en matière de recomposition hospitalière.
- ▶ *accélérer* les investissements immobiliers des établissements de santé. Les **collectivités territoriales** pourront réaliser des opérations immobilières pour le compte des hôpitaux, y compris sur leur domaine public. Le champ d'intervention **des Sociétés d'économie mixte locale, des sociétés et offices d'HLM et des OPAC** (Offices publics d'aménagement et de construction en matière de conception) est étendu.
- ▶ *simplifier* les formalités d'enregistrement des professionnels de santé. Création d'un **répertoire partagé des professions de santé** entre l'Etat, les ordres professionnels et l'assurance maladie.

Ces mesures sont de nature à **accélérer** les opérations de modernisation indispensables dans le secteur hospitalier. Elles sont un appui fondamental au plan de relance exceptionnel du plan «Hôpital 2007».

Relance sans précédent de l'investissement

Au plan national, **6 milliards d'euros sur cinq ans** sont consacrés au plan «Hôpital 2007».

Cette subvention à 100% a été obtenue grâce à une participation de l'Etat de 300 millions d'euros par an pendant 5 ans, somme à laquelle s'ajoutent 70 millions d'euros (coût des intérêts de l'emprunt). Cette participation de l'Etat a joué comme un effet de levier et a permis aux hôpitaux d'emprunter 900 millions d'euros, soit 1,2 milliards d'euros au total sur cinq ans.

Les **ARH et les établissements** ont mobilisé au sein de leur capacité d'investissement une enveloppe supplémentaire pour atteindre une somme finale de **10,2 milliards d'euros** (soit un taux de subvention de 60%) sur cinq ans.

Grâce à l'allègement des procédures initié par les ordonnances de simplification sanitaire, gage de rapidité, **937 opérations** de construction, rénovation, restructuration, dotation en équipements lourds sont déjà en cours sur notre territoire.

900 millions d'euros d'investissement, dont 673 financés grâce à «Hôpital 2007», seront consacrés aux **urgences**, locaux et équipements, dans les cinq années qui viennent.

Introduction de la tarification à l'activité (T2A)

Jusqu'alors, deux systèmes de financement des structures de soins cohabitaient en France. D'une part, le système de la **dotation globale pour les hôpitaux publics** et les hôpitaux privés participant au service public, et d'autre part, un système de **forfait lié à l'activité pour les cliniques**.

La dotation globale de financement, en ne liant que faiblement le budget à l'activité réalisée, conduisait soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives.

Les niveaux de forfaits étant très différents sur le territoire, le système de financement des cliniques privées aboutissait lui aussi à la constitution de rentes.

La cohabitation de ces deux systèmes **incomparables freinait les coopérations** entre les deux secteurs.

Le gouvernement s'est engagé **dans l'harmonisation des modes de financement**, pour atteindre les objectifs suivants :

- équité de traitement entre les deux secteurs,
- dynamisation des structures,
- développement des outils de pilotage médico économique au sein des structures de soins.

60 établissements et 6 régions ont expérimenté la T2A en 2003, accompagnés par une mission opérationnelle.

La mise en place de la réforme se fera de manière progressive, les activités «médecine, chirurgie et obstétrique» étant les premières à utiliser la nouvelle tarification. Les tarifs seront fixés au niveau national, dans la perspective d'une convergence à terme entre les tarifs du public et ceux du privé.

Ce nouveau mode de financement, opérationnel au 1^{er} octobre 2004 dans les cliniques privées, permettra **d'expérimenter des modes de financement plus adaptés aux réseaux ville-hôpital et d'envisager pour 2005, l'extension aux activités de soins de suite et de réadaptation**.

Les missions de service public (enseignement, recherche, prise en charge de la précarité notamment) qui ne sont pas nécessairement assurées par le secteur privé, continueront à être prises en charge sur des enveloppes budgétaires spécifiques dites missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (**MIGAC**).

Une mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) a été installée pour fournir aux établissements demandeurs un appui méthodologique afin de comparer l'exigence de leur organisation.

Rénovation de l'organisation interne

Il y a aujourd'hui à l'hôpital, deux mondes qui ne se comprennent pas, qui ont du mal à travailler ensemble et qui ont des logiques différentes : d'une part, les directeurs et les administratifs et d'autre part, les médecins et les soignants.

Le gouvernement entend réconcilier ces professionnels afin qu'ils s'investissent ensemble dans le fonctionnement de l'hôpital dans une logique partagée de **dirigeants gestionnaires et de médecins responsables**.

Dans cette nouvelle **gouvernance**, il est prévu que :

- un conseil d'administration (CA) resserré dans sa composition et recentré sur ses missions essentielles de stratégie, d'évaluation et de contrôle côtoiera un **Conseil exécutif paritaire**, associant administration et corps médical, qui assurera la gestion de l'établissement sous l'égide de son directeur, afin que toutes les décisions concernant l'hôpital soient prises par ces deux entités,
- les services seront regroupés sous forme de **pôles d'activité**, qui deviendront des unités de gestion à l'intérieur de l'hôpital **dirigées par un médecin désigné «chef de pôle»**,
- un dispositif est mis en place en cas de **dérive de gestion** : l'ARH aura le pouvoir d'enjoindre le CA de mettre en œuvre un plan de redressement et celui de suspendre le CA et le Conseil exécutif le cas échéant, en plaçant l'établissement sous «administration temporaire»,
- la **Commission médicale d'établissement** (CME) et le **Comité technique d'établissement** (CTE) seront confortés et dotés d'un pouvoir d'alerte auprès du CA,
- la **contractualisation** sera développée à l'**extérieur** de l'établissement auprès de l'ARH. Elle sera également développée à l'**intérieur** : l'ensemble des services regroupés dans un pôle étant amenés à décider par contrat des initiatives qu'ils souhaitent développer.

Respect des normes de sécurité et des procédures de qualité

Dans un souci d'améliorer les normes et la qualité des soins, il a été décidé d'accomplir un cycle d'accréditation de l'ensemble des établissements de santé publics ou privés sur quatre ans. **750 hôpitaux et cliniques** ont déjà été accrédités en 2003 par l'Agence nationale d'accréditation en santé (**ANAES**).

Depuis janvier 2004, un **nouveau référentiel** largement simplifié, rendant mieux compte de **l'activité clinique** des services hospitaliers et de la **qualité de soins** est expérimenté. Le référentiel qui permet d'engager la procédure d'accréditation des **réseaux de soins et de santé** est lui aussi opérationnel.

Des mesures financières d'accompagnement sont prévues par la Loi de Financement de la Sécurité sociale 2004, pour inciter les établissements candidats à expérimenter cette version «médicalisée» de la procédure d'accréditation, qui est amenée à se généraliser.

L'ANAES, dont l'équipe de direction a été renouvelée début 2003, bénéficie de moyens supplémentaires pour répondre à l'ambition du gouvernement d'améliorer la qualité des soins à l'hôpital et en secteur ambulatoire.

L'aménagement de la répartition du temps de travail (RTT) à l'hôpital

La réduction du temps de travail s'applique dans la fonction publique hospitalière depuis le 1^{er} janvier 2002.

Elle se traduit, pour le personnel médical, par une diminution du temps de travail égale à 11% et pour les praticiens hospitaliers, par une diminution supplémentaire de 20%, eu égard à la directive européenne sur le temps de travail qui inclut les gardes et instaure un repos de sécurité.

Les **difficultés d'application de cette réforme compte tenu de la démographie des professionnels de santé** ont conduit le ministre à prendre des **mesures transitoires** concrétisées par deux protocoles d'accord signés le 9 janvier 2003 par six sur huit des organisations syndicales représentatives de la fonction publique hospitalière, et le 12 janvier 2003, par toutes les organisations syndicales représentatives des médecins hospitaliers.

Fonction publique hospitalière, l'accord conclu prévoit :

- le report de 10 jours de RTT ni pris ni épargnés en 2002, sur l'année 2003, et la rémunération de 10 jours de RTT ni pris ni épargnés en 2003,
- le renforcement de l'attrait du compte épargne temps (CET),
- l'adaptation de la réglementation relative aux heures supplémentaires et la réduction progressive de 240 à 180 heures annuelles,
- l'amélioration de la situation des personnels travaillant de nuit et le passage progressif à 32h30.

Pour pallier la contrainte démographique, en 2003 le quota de formation dans les écoles d'infirmières a été adapté, et les voies d'accès à la profession d'infirmière ont été élargies, par l'instauration d'un dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE), notamment.

Praticiens hospitaliers, l'accord conclu rappelle la nécessité de créer les 3 500 postes prévus jusqu'en 2005 et :

- rend possible la rémunération de 10 jours de RTT non pris (sous condition),
- prévoit une bonification du CET,
- met l'accent sur le recours à l'astreinte (au lieu de garde) lorsque c'est possible, la contractualisation du temps de travail additionnel et l'organisation des soins par territoire ou bassin de santé.

Démographie à l'hôpital

Le gouvernement a mis en place des procédures de contrôle des connaissances et des compétences, afin de régulariser et de titulariser sans sacrifier à la qualité, les **médecins étrangers** qui travaillent depuis longtemps à l'hôpital.

Les dispositifs de **validation des acquis de l'expérience** (VAE) ont été développés aux côtés des cursus classiques, afin d'aider, par exemple, une aide soignante à accéder à la fonction d'infirmière en suivant une formation théorique supplémentaire.

L'hôpital local :

une place privilégiée dans l'organisation régionale des soins

Le gouvernement a acquis la conviction que le mouvement de recentralisation et de réorganisation des hôpitaux dans les grandes villes, afin de permettre aux malades les plus gravement atteints de bénéficier des meilleures équipes et des meilleurs traitements, ne pouvait se faire sans qu'une place de choix soit accordée aux 355 hôpitaux locaux qui maillent notre territoire.

Le ministre de la santé envisage la création de nouveaux hôpitaux locaux, éventuellement intercommunaux.

Par circulaire, en mai 2003, Jean-François Mattei a précisé les missions de ces établissements qui sont un exemple unique de coopération entre le secteur hospitalier et le secteur libéral, puisque 95% des personnels médicaux exerçant dans les hôpitaux locaux sont des médecins libéraux rémunérés à l'acte.

L'hôpital local n'est plus défini par son mode de fonctionnement médical, mais bien par les **missions** qu'il assure. Les instructions du ministre de la santé ont pour objectif de :

- placer l'hôpital local comme **premier niveau** de prise en charge sanitaire. L'hôpital local doit donc pouvoir disposer de moyens d'hospitalisation en médecine en court séjour, soins de suite et soins de longue durée et de consultations avancées de spécialistes,
- renforcer la **médicalisation** des prises en charge, par le biais d'un renforcement du temps médical auprès du patient, de la mutualisation des moyens médicaux entre établissements de santé, de nouvelles organisations communes.
- développer les **complémentarités** entre les secteurs sanitaire et social, entre la médecine de ville et hospitalière, comme entre établissements de santé.

Les urgences :

un plan global de l'amont à l'aval de l'hôpital

Le ministre de la santé a présenté en septembre 2003, la première partie du plan gouvernemental pour les urgences, inspiré par les travaux du groupe de travail «urgences» installé en septembre 2002.

En tenant compte des enseignements du drame de la canicule de l'été 2003, le ministère de la santé travaille à l'élaboration d'un système de veille, d'anticipation et d'alerte en temps réel. Il participe, aux côtés du secrétariat d'Etat aux personnes âgées, à la préparation d'un plan spécifique dans le cadre des groupes du plan vieillissement solidarité coordonnés par François Fillon.

Un **plan global** pour toute la chaîne des urgences, traitant de l'amont – le premier recours aux soins, la place et le fonctionnement des urgences au sein de l'hôpital – et de l'aval – services de soins de suite et retour à domicile – a été présenté par le ministre de la santé afin de permettre à notre système d'urgences de répondre avec efficacité à une demande de soins de plus en plus importante.

1. En amont

Les médecins généralistes, qui étaient en grève depuis sept mois avant la nomination du gouvernement de Jean-Pierre Raffarin en mai 2002, mettaient en avant parmi leurs revendications, la réorganisation de la **permanence des soins**.

Les conclusions du groupe de travail animé par Charles Descours, sénateur honoraire, ont permis au ministre de réorganiser le dispositif.

Deux décrets, publiés le 15 septembre 2003 – suivis par une circulaire d'application le 15 décembre dernier – ont d'une part, précisé les **conditions de participation** des médecins libéraux à la permanence des soins et d'autre part modifié le code de déontologie médicale. Les responsabilités de chacun sont clarifiées dans l'organisation et la mise en place du dispositif.

L'obligation médicale de garde s'organise désormais sur la base du **volontariat**, le tableau de permanence est élaboré sous l'égide du Conseil départemental de l'Ordre, et le préfet ne procède à des réquisitions qu'en cas d'insuffisance manifeste du nombre de médecins ou de solutions alternatives ou complémentaires, tels les maisons médicales (34 maisons sont ouvertes sur le territoire et 80 projets de création sont recensés) ou les hôpitaux locaux, dont le développement est fortement soutenu par le gouvernement.

Une politique active pour moderniser le système de santé

Une **régulation unique** est instituée pour assurer une coordination ville-hôpital. Le CODAMU, est chargé de définir les territoires de permanence et une régulation unique sera assurée à partir du centre 15 par les urgentistes et les médecins généralistes. Cette co-régulation s'ouvrira aux réseaux d'urgentistes locaux.

Les équipes des **SAMU-SMUR** seront consolidées par un renfort des effectifs de permanenciers (100 postes), dont le métier est reconnu et revalorisé, et de praticiens hospitaliers (20 postes) pour les SAMU.

Les effectifs des infirmières seront renforcés (600 postes sur 3 ans) pour les SMUR.

Soit un **effort budgétaire de 19 millions d'euros en 2004 et de 20 millions d'euros sur trois ans**.

2. Aux urgences

Un **diplôme d'études spécialisées complémentaire** de médecine d'urgence est créé. Dès la rentrée 2004, les heures de formation consacrées à la prise en charge de l'urgence seront augmentées pour tous les étudiants en médecine.

Les équipes logistiques seront renforcées dès 2004 (9 millions d'euros en 2004, 17 millions d'euros en année pleine y seront consacrés). Les urgences auront aussi les moyens financiers de **renforcer les équipes médicales** en remplaçant les personnels absents ou en payant des heures supplémentaires : 14 millions d'euros en 2004, 28 millions d'euros en année pleine seront alloués à ce poste budgétaire. Une autre enveloppe de 24 millions d'euros en 2004, soit 48 millions d'euros en année pleine, sera consacrée à la création de «**lits portes**», zones de surveillance de très courte durée, dans les hôpitaux qui en sont dépourvus.

Enfin, dans la logique de la nouvelle gouvernance de l'hôpital découlant du plan «Hôpital 2007», une **contractualisation interne** avec tous les services sera encouragée, pour mettre en place des **consultations non programmées** permettant aux patients de ne pas passer par les urgences ou d'être réorientés dès l'accueil.

3. En aval

L'accréditation des services d'urgence (SAU) sera désormais conditionnée à leur engagement dans un **réseau associant les établissements sanitaires, médico-sociaux et les médecins libéraux**.

D'ici à la fin 2004, le programme lancé par le ministre de la santé visant à individualiser des **lits de court séjour gériatrique** dans chacun des 207 établissements dotés d'un SAU sera arrivé à son terme. 10 millions d'euros pour le développement de **50 équipes mobiles gériatriques** seront dégagés en 2004 dans la perspective d'une création de 160 équipes sur trois ans.

Enfin, grâce à l'ordonnance de simplification sanitaire et au plan «Hôpital 2007», le plan de développement de l'**hospitalisation à domicile** (HAD) va se déployer pour atteindre le nombre de **8 000 places d'ici 2005**.

Médecine de ville :

le dialogue renoué

En mai 2002, le malaise des professionnels libéraux était profond. Une grève des gardes et de la permanence des soins sévissait parmi les médecins généralistes depuis 7 mois. Ils revendiquaient une revalorisation substantielle de leurs honoraires, un aménagement de la permanence des soins et des solutions à la pénurie de médecins en milieu rural rendant leurs conditions de travail de plus en plus pénibles. De leur côté, les médecins spécialistes pâtissaient d'une rupture du dialogue conventionnel depuis près de sept ans.

En permettant l'accord du 5 juin 2002 entre les médecins généralistes et les caisses, Jean-François Mattei a été l'artisan de la reprise du dialogue avec les représentants des médecins de ville.

1. L'accord du 5 juin 2002 : nouvel esprit et responsabilité partagée

La revalorisation des actes de consultation des médecins généralistes a été rendue effective par l'accord du 5 juin 2002, dont la teneur a été le déclencheur d'un nouvel esprit de dialogue et de responsabilité.

Cet accord prévoyait la revalorisation du tarif de la consultation au cabinet de 18,50 à 20 euros et celle du tarif de la visite, qui devient un «acte de soins hors cabinet», de 16,77 à 20 euros. Une réforme des indemnités de déplacement a également été initiée.

Depuis le 1^{er} octobre 2002, les visites sont remboursées 30 euros, 20 euros au titre de la visite et 10 au titre du déplacement, si ce dernier est **médicalement justifié**.

En contrepartie de cette revalorisation tarifaire, les médecins se sont engagés à établir leurs **prescriptions médicaments en DC (dénomination commune) ou en générique, avec un objectif en moyenne nationale de 25% des prescriptions en DC dont 12,5% en génériques**.

Cet engagement est en passe d'être atteint.

L'accord contenait également la reconnaissance longtemps attendue de **la permanence des soins** (rémunération de l'astreinte, organisation des secteurs de garde, rémunération de l'intervention des généralistes libéraux pour la régulation des appels téléphoniques en liaison avec le centre 15).

Une fois encore, la reconnaissance de ces tâches s'est concrétisée ou est en voie de l'être, par l'élaboration au niveau national ou régional, **d'accords de bon usage des soins (ACBUS), de contrats de bonne pratique professionnelle (CPP) ou de contrats de santé publique (CSP)**, portant sur les prescriptions de médicaments, notamment l'usage des **antibiotiques** – avec le développement des tests de diagnostic rapide de l'angine – sur la prescription d'examens biologiques dans le cadre de l'exploration thyroïdienne, les prescriptions de transports, les vaccinations, la prise en charge des lombalgies ou la prescription des médicaments aux personnes âgées.

Cette reprise du dialogue conventionnel rompu depuis sept ans, a été rendue possible entre les caisses et les organisations représentatives des médecins spécialistes grâce à l'action du ministre de la santé qui a supprimé, dans la loi de financement de la sécurité sociale 2003, les derniers instruments de la **maîtrise comptable** : lettres-clefs flottantes, comités médicaux régionaux. Durant la période de négociation – du 1^{er} juillet 2002 au 31 mars 2003 – médecins généralistes et spécialistes ont été mis à parité en matière de prise en charge des cotisations sociales. Les honoraires des spécialistes dont les revenus sont les plus bas (pédiatres) et ceux des professionnels de la naissance comme des anesthésistes ont été **sensiblement augmentés**, mais le dialogue conventionnel n'a pas abouti.

Le ministre s'est également employé à ce qu'un **règlement conventionnel minimal** (RCM) de transition, qui revalorise les honoraires des médecins spécialistes du premier secteur conventionnel, soit signé sur proposition des syndicats médicaux et des caisses d'assurance maladie, dans l'attente de la signature d'une nouvelle convention.

2. Responsabilité civile des médecins

Le ministre a par ailleurs entendu les arguments des médecins spécialistes, des cliniques privées et de certains hôpitaux publics qui étaient menacés, au 1^{er} janvier 2003, d'être privés **d'assurance en responsabilité civile** du fait du retrait de plusieurs compagnies d'assurance alors que la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, en faisait une obligation légale.

Une proposition de loi, déposée par le sénateur About, adoptée le 30 décembre 2002, a visé à rétablir le bon fonctionnement du marché tout en préservant le droit des malades, notamment des victimes d'infections nosocomiales.

Un **Groupement temporaire d'assurance** (GTAM) a été mis en place pour accueillir les professionnels privés d'assurance, auquel a succédé le **Bureau central de tarification** (BCT), autorité administrative indépendante, chargée de faire respecter l'obligation qu'ont les assureurs d'assurer le risque médical.

3. Démographie médicale

Sujet pendant de l'organisation de la **permanence des soins**, dont la remise en ordre garantit le bon fonctionnement du plan global sur les urgences, le ministre de la santé a décidé d'améliorer l'offre de soins sur notre territoire pour faire face aux difficultés démographiques prévisibles des professions médicales et des pharmaciens. Cette politique vise également à lutter contre la désertification médicale constatée dans certaines parties de notre territoire.

- ▶ Un **Observatoire national de la démographie** des professions médicales a été créé en juillet 2003, doté de comités régionaux dont 26 sont déjà au travail.
- ▶ Une **augmentation raisonnée des effectifs** des étudiants s'engageant en formation initiale a été décidée conjointement par les ministres de la jeunesse, de l'éducation et de la recherche, et de la santé, de la famille et des personnes handicapées. En 2004, les **numerus clausus** des médecins ont été majorés de 500 places (5 600), dont 50 pour les passerelles ouvertes aux étudiants diplômés d'autres secteurs, ceux des pharmaciens de 150 places (2 600), ceux des odontologues de 80 places (930) et ceux des sages-femmes de 35 places (975).

Par ailleurs, un ensemble de mesures a été arrêté, destiné à aider à l'installation ou au maintien des professionnels dans les zones où les conditions d'exercice s'avèrent difficiles :

- le projet de loi en faveur du développement des territoires ruraux prévoit la possibilité **d'aides des collectivités territoriales** aux professionnels de santé dans les zones menacées,
- des dispositions conventionnelles, notamment des **Contrats de pratique professionnelle (CPP)**, peuvent s'appliquer en cas de conditions d'exercice spécifiques,
- une **exonération de la taxe professionnelle** pour les professionnels de santé qui s'installent dans les zones de revitalisation rurale a été prévue lors de la réunion au CIADT de septembre 2003, ainsi qu'une **aide financière de l'Etat** à l'installation ou au regroupement des médecins en zone sous-médicalisée.

En outre, **14 expérimentations** se mettent en place en 2004, destinées à tester les **transferts de tâches et de compétences** entre les professionnels de santé, médecins et paramédicaux. Le ministère de la santé entend par ces expérimentations, s'assurer de la possibilité de création d'une **profession intermédiaire** entre ces professionnels, qui permettrait aux médecins de se décharger des actes de routine et d'économiser ainsi du temps médical.

4. Formation initiale et formation continue

Le système français de formation des professionnels de santé est reconnu et bien souvent envié. Néanmoins, comme dans de nombreux domaines, il est indispensable de l'adapter afin de permettre l'acquisition des dernières connaissances et de mieux répondre aux besoins des patients.

En ce qui concerne la formation initiale, il a été prévu :

- la mise en place d'une **année de formation commune** à l'ensemble des futurs professionnels de santé à court terme,
- dans le domaine médical, la **fin du second cycle** qui fera très prochainement l'objet d'une validation spécifique sanctionnée par l'attribution d'un diplôme facilitant l'accès au master,
- la **médecine générale devient une spécialité à part entière dès la rentrée 2004**. Les principes d'organisation de l'examen national, qui permettra à chaque étudiant le choix de sa future spécialité, sont arrêtés,
- l'organisation des **formations spécialisées est aménagée** : après la création d'une filière de gynécologie médicale en 2003, suivra celle d'une formation à la médecine d'urgence en 2004, et la révision du diplôme d'hématologie-cancérologie pour répondre aux impératifs du Plan cancer,
- les **spécialités les plus en difficulté démographique**, comme l'anesthésie, la chirurgie, l'obstétrique et la pédiatrie sont privilégiées dès l'internat.

En ce qui concerne la formation continue, il a été prévu que le dispositif prévu par la loi du 4 mars 2002 soit désormais **opérationnel**. Selon les vœux du ministre de la santé, la Formation médicale continue (FMC), qui est **obligatoire**, demeure **incitative et non sanctionnable**.

Le décret en Conseil d'Etat instituant la FMC a été publié le 16 novembre 2003. La politique d'amélioration continue de la qualité des soins voulue par le gouvernement pourra désormais s'appuyer d'une part, sur le dispositif de FMC et d'autre part, sur les programmes d'**évaluation des pratiques professionnelles** (EPP) encouragés par les instances professionnelles et soutenus par l'ANAES.

Trois conseils de FMC sont institués – médecins libéraux, médecins hospitaliers, médecins salariés non hospitaliers – et les conditions d'agrément des organismes intervenants dans la FMC sont précisées. Ces trois conseils seront placés sous la surveillance **d'un Comité de coordination**, veillant à l'harmonisation du fonctionnement et à la cohérence des procédures mises en œuvre.

Le dispositif de FMC installé par le décret sera complété par l'application des dispositions incluses dans le **projet de loi de santé publique**, en cours d'examen au Parlement.

Rénover une Sécurité sociale en crise

En mai 2002, le gouvernement a trouvé la Sécurité sociale dans une crise sans précédent : crise institutionnelle, liée au départ des organisations patronales de ses instances de direction, crise matérielle et morale de ses acteurs, crise financière.

Le déficit récurrent de l'assurance maladie est un des signes manifestes de cette crise. Si rien n'est fait, le déficit de l'assurance maladie dépassera les 100 milliards d'euros en 2020 soit l'équivalent de 5,5 points de CSG.

En presque soixante ans, la donne humaine, technique, économique s'est profondément modifiée. Nous sommes aujourd'hui confrontés à un profond bouleversement de tout l'environnement de l'assurance maladie.

Le vieillissement de notre population. L'espérance de vie atteint désormais à la naissance 79 ans ; elle était de 70 ans en 1960. En 2020, 27% de la population aura plus de 60 ans, soit une augmentation de 70%. Les attentes et les besoins en matière de santé des Français du fait de ce vieillissement changent et changeront dans les prochaines années.

Les progrès techniques, ces quarante dernières années, ont été dans le domaine médical très importants mais ont un coût. Il n'est donc par surprenant qu'en quarante ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB ait été multipliée par 2,5. Le volume de médicaments a été, de son côté, multiplié par 30.

Compte tenu de l'évolution constatée ces dernières années, d'ici 2020, la part des dépenses de santé augmentera de 3 points de PIB soit plus que le montant de l'impôt sur le revenu. Elle devrait représenter 12,6% du PIB.

L'absence de réforme depuis celle menée par Alain Juppé explique en grande partie la situation de crise dans laquelle la Sécurité sociale et l'assurance maladie se trouvent plongées.

La grande réforme annoncée par le Chef de l'Etat pour 2004 visera à doter la branche maladie du régime général d'une organisation efficace tendant vers la qualité des soins et l'optimisation des dépenses. Elle doit également donner au gouvernement les moyens de déterminer avec précision ce qu'il incombe à la solidarité nationale de financer. Ce grand chantier a nécessité de la part du gouvernement, une **approche par étapes**.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 a constitué l'une de ses étapes en traçant les orientations de la réforme. Cette loi instaure :

- ▶ la compensation intégrale par l'Etat de ses charges et la fixation d'un ONDAM crédible, en hausse de 5,3% par rapport à 2002,
- ▶ la suppression de la maîtrise comptable et des CMR. La signature d'un avenant à la convention d'objectif et de gestion avec la caisse nationale d'assurance maladie accompagne cette mesure,
- ▶ le lancement du plan «Hôpital 2007» et le financement des actions d'évaluation proposées par les unions régionales de médecins libéraux,
- ▶ la mise en place de la politique du gouvernement en matière de médicaments : accès à l'innovation, médicaments génériques, réévaluation des médicaments selon leur SMR,
- ▶ la mise en place d'un forfait de remboursement pour les médicaments appartenant à un groupe générique.

Le ministre a également lancé des expériences **d'accès individualisé aux données électroniques de santé**, en lien étroit avec l'assurance maladie, de manière à favoriser des systèmes d'information centrés sur le patient qui permettent le partage des données de santé entre les divers acteurs du secteur sanitaire.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 s'inscrit dans la même logique. Cette loi :

- ▶ supprime le FOREC, le fonds créé par le précédent gouvernement afin de financer les exonérations de charges sociales,
- ▶ appuie la montée en charge de la tarification à l'activité à l'hôpital,
- ▶ stabilise les déficits en initiant de nouveaux instruments de maîtrise médicalisée,
- ▶ met en place des outils de contrôle vis-à-vis des arrêts de travail non justifiés,
- ▶ augmente la taxe sur la promotion pharmaceutique.

Des décrets, en appui de cette loi, réévaluent le prix des forfaits journaliers, qui diminuent à 9 euros/jour pour les hospitalisations psychiatriques et augmentent de 10,67 à 13 euros/jour pour les autres séjours. Le taux de remboursement des médicaments homéopathiques passe de 65 à 35%. Les règles d'exonération du ticket modérateur sont clarifiées.

Une politique active pour moderniser le système de santé

Par ailleurs, une réflexion large et approfondie a été organisée par le ministre de la santé. La Commission des comptes de la Sécurité sociale a constitué trois groupes de travail : «Etat des lieux partagé des relations entre l'Etat et l'assurance maladie», «Répartition des rôles entre régimes obligatoires et organismes complémentaires», «Moyens de médicaliser l'Ondam».

Un appel à propositions a également été lancé par le ministre de la santé à l'ensemble des acteurs.

Enfin, le **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** a été installé par le **Premier ministre** le 13 octobre 2003. Ses 53 membres ont pour tâche de dresser, dans un premier temps, un diagnostic partagé des failles de notre système de santé.

Telles sont les voies tracées par le Premier ministre, qui entend chasser les gaspillages et parvenir à un meilleur équilibre entre la solidarité collective et la responsabilité individuelle, afin de moderniser ensemble l'Assurance maladie et lui assurer un avenir pérenne.

Un système, à la française, juste et solidaire.