Extrait du Rencontres Sociales

http://rencontres-sociales.org/spip/spip.php?article3660

"Quelle santé pour tous dès 2012 ?"

- Interviews et textes de références -

Date de mise en ligne : mardi 10 avril 2012

Description :

Comment une majorité de gauche pourrait parvenir à faire évoluer les services et le système de santé vers plus d'utilités et d'efficacité ? une contribution d'Omar BRIXI , Michel THOMAS et Jean-Claude SALOMON

Rencontres Sociales

Comment une majorité de gauche pourrait parvenir à faire évoluer les services et le système de santé vers plus d'utilités et d'efficacité ? une contribution d'Omar BRIXI , Michel THOMAS et Jean-Claude SALOMON

Dès les premiers mois, après l'accession de la gauche à des responsabilités dans le secteur de la santé.

- Pour entendre les attentes et les besoins des gens.
- Pour libérer les énergies dévoyées ou contenues afin de freiner les dégradations de toutes sortes.
- Pour rétablir et gagner la confiance des gens.

Et surtout redonner la conviction que d'autres possibles sont à notre portée.

Tout au long d''un quinquennat, où l'on n'a plus le droit de décevoir, pour inventer ensemble les voies et les moyens d'un autre systéme de soins et de santé.

- Un système reconstruit par et pour la société,
- Où la santé n'est pas une fin en soi ou une part juteuse d'un marché vorace, mais bien le support d'un cadre de vie solidaire, à finalité humaine et sociale.

Les propositions que nous avançons dans ce document ne sont ni finalisées, ni arrêtées.
Elles veulent juste indiquer des directions possibles, oser des propositions concrètes mais ouvertes, pour dire que des solutions palliatives et alternatives sont possibles.
Il y a un problème de ressources. Mais aussi probablement, d'affectations et d'utilisations de ces ressources.
Plus fondamentalement et c'est notre idée centrale, il est possible d'obtenir de meilleurs soins et un meilleur état de santé pour tous, si l'on réussit sortir ou à renverser les logiques du consumérisme, des surmédicalisations, des sousmédicalisations , des surdiagnostics, et des surtraitements.

Plus de soins ne produisent pas nécessairement plus de santé. Les choix doivent être socialement négociés, contrôlés et scientifiquement fondès. Les inégalités sociales de santé en sont la figure hideuse et intolérable dans ce qu'on appelle les progrès d'ensemble.

Nous partons de l'hypothèse d'une enveloppe budgétaire fermée, de 10-11% du PIB consacrée à la santé. Nous pensons qu'une démarchandisation, partielle et progressive, aussi rapide que possible, d'une part décisive des activités, libérerait des marges de choix et des ressources.
Nous admettons que le secteur de la santé comme de larges secteurs de la société puisse être, au moins au début, sur des postures de réserves, pour le moins. La gauche au pouvoir au cours des trente dernières années fut si décevante.

La force de cette politique se décidera au degré de la confiance et de la participation de la population et des professionnels, qui au fur des mesures concrètes et probantes, percevront le sens des décisions et accepteront de s'engager dans un processus de démocratie sanitaire. Bien entendu tout ne réussira pas sans effort, ni sans difficultés. Chaque occasion devra être saisie pour avoir de plus en plus l'initiative politique et sa base sociale.

Durant les 100 premiers jours, ces mesures devraient :

- ni coûter cher, peut être même, pourraient elles générer des économies,
- n'exiger qu'un minimum de modifications réglementaires,
- exprimer la détermination du pouvoir à agir,
- indiquer clairement l'orientation en matière de santé,

Copyright © Rencontres Sociales

- être prises dans un ordre et à un rythme aussi signifiants que leurs contenus,
- être aisément comprises par tous : population et professionnels, partisans et opposants,
- donner le temps d'étudier sans hâte des mesures plus sur le fond et la durée,
- être distinctes de l'abrogation des mesures prises par les gouvernements de droite ;
- être innovantes, du moins pour certaines d'entre elles.

1ére préoccupation, 1éres mesures :
Améliorer sans préalable l'accessibilité pour toutes et tous aux services essentiels rendus disponibles à tous et à toute heure

1.1 En matière d'urgences médico chirurgicales
La réorganisation de l'accès aux soins et services d'urgences est une URGENCE. A la mesure des dèsarticulations et des dispositifs actuels, illisibles et non fonctionnels et plus coûteux mais aussi des enjeux médico sanitaires et humains.
Il faut répondre aux besoins et demandes des gens, quels qu'ils soient, en tous lieux et à toute heure. Ce n'est pas les « bobos » des gens qui sont à « réaménager ou à dédaigner » mais les réponses les plus appropriées qui sont à ajuster.
Des réponses appropriées réduiraient la létalité (nombre de décès/nombre de malades) mais aussi la gravité et les complications, outre l'angoisse et les fragilités de toutes natures, celles des plus vulnérables avant tout. La sécurité de la santé des gens n'est pas à opposer à la sécurité des interventions des professionnels du secours et du 1ér recours.

Les critères suivant devront éclairer la décision publique :
- la proximité des lieux de vie et de travail, en étant attentifs aux populations et zones les plus enclavées,
- l'absence de toute barrière financière, car ce qui n'est pas contenu au 1ér recours, coûtera encore plus à d'autres niveaux de prise en charge, à la collectivité d'abord,
- la hiérarchisation des niveaux d'urgences et de leurs modes de prises en charges. On ne peut traiter de manière indiscriminée les cas de degrés de gravités et de risques différents.

Cela passe par
- le rétablissement et l'élargissement des obligations d'assurer une garde et/ou une astreinte pour tous les praticiens médicaux et paramédicaux, pour les agents techniques et administratifs, dans tous les services concernés, publics ou privés, ambulatoires ou hospitaliers.
- le renforcement du portail unique dédié aux appels (Centre 15),
- et surtout de nouvelles délégations des tâches à tous les métiers du secours pour trier, répartir et organiser les interventions à domicile ou sur les lieux concernés. Des expériences originales et peu couteuses existent dans de nombreux pays qui ont fait d'autres choix que la vieille conception libérale, administrative et hospitalo- centrée.

1.2 En matière de soins ambulatoires
L'accès des « patients » aux services de santé et aux soignants dont principalement auprès du médecin généraliste, mérite et nécessite, une autre considération et organisation que les contraintes financières et réglementaires, en vigueur. Le passage par le médecin traitant, qu'il soit dans un centre de santé, une maison médicale, de santé, un cabinet de groupe, devrait devenir attractif, utile, et accessible, pour toutes et tous, dans de larges plages horaires,
La question de l'accès aux soins de 1ér recours a à voire avec la médecine libérale telle qu'elle est organisée, avec les centres de santé tels qu'ils ont été au fur et à mesure « encadrés » et aux maisons médicales et de santé telles qu'elles tentent d'exister dans une grande diversité de formes et de fond. Cela suppose que dès les premiers jours, il faudra :
- renouer avec les médecins qui ont montré depuis des années une volonté de modifier leurs pratiques et leur statut. Ceci concerne au premier chef les généralistes qui avaient opté pour le statut de médecins référents. Mais

Copyright © Rencontres Sociales

ceci devrait être ouvert à tous les praticiens libéraux, toutes catégories confondues. Ils doivent être entendus et compris à propos des CAPI, du paiement à la performance et sur toutes les variantes statutaires conduisant à une reconnaissance du rôle central de leur métier. Ce sont des interlocuteurs prioritaires. Ce sera aussi une étape décisive pour sortir du paiement à l'acte.

- les conseils nationaux de l'Ordre des médecins et des dentistes seront en même temps mis en demeure d'accomplir sans défaillance la totalité de leurs missions, en agissant contre les refus de soins, les dépassements d'honoraires outranciers et les conflits d'intérêts. _ Comme ils devront corriger des contrats asymétriques dont les médecins peuvent être signataires. Les dispositions des contrats contraires à la loi et à l'intérêt des patients doivent être considérées comme nulles.
- la majoration du C, allant résolument vers l'égalité C=CS doit accompagner le retour au respect des honoraires négociés en attendant l'évolution rapide des modes de rémunérations. . Tout dépassement d'honoraires ou remboursement, partiel ou intégral, seront sera considérés comme des pratiques commerciales illégales.

1.3 En matière de soins hospitaliers (hôpitaux publics, privés, à but non lucratif et lucratif)

Les différentes manifestations de souffrances et de désaccords des personnels hospitaliers doivent être entendues et prises en compte. La phrase suivante est trop longue ; il faut la fractionner et mettre autant de verbes que nécessaires. L'encombrement des services d'urgence, l'usure, les rythmes et le turn over des personnels infirmiers, les dérives de toute l'organisation et le fonctionnement hospitalier aggravées par l'instauration inflationniste de la tarification à l'activité (T2A), la surcharge de travail des personnels infirmiers considérablement aggravée par les suppressions de postes au cours de la dernière décennie, ont atteints des niveaux qui risquent de désarticuler un édifice patiemment édifié depuis des siècles. Une phrase par idée.

- Les malades et les familles souffrent de la difficulté à dialoguer avec les médecins et du sentiment d'être un objet parfois dépersonnalisés dans une institution dont les services sont cloisonnés. Patients et soignants ressentent l'administration plus préoccupée par le respect du formalisme et par la gestion comptable que par la qualité des soins, plus fascinée par les moyens que par les résultats.

Le Mouvement de défense de l'hôpital public a clairement montré la bonne direction pour la réforme des hôpitaux publics.

Un redressement et une réorganisation doivent être construits sur les bases suivantes :

- le système hospitalier a pour vocation prioritaire la dispensation de soins, définis sur des bases rigoureuses avec les techniques appropriées. Ni les dividendes des actionnaires, ni les intérêts corporatistes des personnels ne peuvent prendre le pas sur l'intérêt général, ni sur l'intérêt de chaque patient.
- les hôpitaux, quels que soient leurs statuts, participent au service public et s'inscrivent dans l'organisation sanitaire régionale et nationale dont le schéma devra rapidement être remis à l'étude.
- en dehors des urgences, les soins hospitaliers sont dédiés aux affections et aux malades dont l'indication et l'orientation passent par le 1ér niveau. Y compris pour permettre au médecin traitant de continuer à suivre ses malades et participer à la coordination du parcours de soins. Laisser tomber le 1er niveau je ne comprends toujours ni ce que c'est, ni ce que ça apporte à ce texte.

Ces efforts passeront par

- le réexamen de la récente loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires). Certaines dispositions doivent être abrogées, d'autres conservées telles quelles ou aménagées.
- les pourvois des postes ouverts par des recrutements accompagnées non des logiques de rationnements en cours mais plutôt d'un mouvement de réduction des surdiagnostics et des surtraitements.
- et surtout le rétablissement d'un climat de dialogues et la réouverture de négociations avec toutes les catégories en présence des représentants des populations desservies pour que les arbitrages prennent en compte tous les intérêts bien compris et les fonctions d'un service public dont la réputation est à rétablir.

1.4 En matière d'accès aux investigations nécessaires

Leurs indications, une partie des risques et des coûts est occasionnée par la gabegie, le manque de rigueur et le

Copyright © Rencontres Sociales

manque de prise en compte de l'intérêt collectif.
Une révision des nomenclatures et accords de bons usages sera entreprise avec la double implication, Faut-il se préoccuper de nomenclature dès lors qu'il n'y aura plus de T2A ?

- celle des représentants de la population, mais aussi des services payeurs, d'économistes et des experts dont l'indépendance aura été vérifiée au grand jour participeront enfin à un arbitrage transparent sur ce qui est vital, nécessaire, utile ou futile...
- et celle des agences réunissant l'expertise nationale et coopérant avec l'expertise internationale, dans des rapports à redéfinir, devront réviser les contenus des référentiels et standards de bonne pratique pour encadrer, éclairer et veiller sur les prescriptions des examens et investigations de toutes natures.

1.5 En matière d'accès aux médicaments utiles
Une liste de produits à la toxicité avérée
Une 1ére mesure de sécurité sanitaire consistera à dresser une liste de produits, remboursables ou non, dont la toxicité est soupçonnée et dont le rapport risques/bénéfices est élevé. Cette liste devra être établie dans un délai de un mois par des experts reconnus pour leur indépendance et leur compétences, et les produits retirés aussitôt du marché, jusqu'à ce qu'une connaissance suffisante permette une décision définitive.
A partir de la pharmacopée existante sera dressée une liste des médicaments essentiels. Cette sera diffusée, avec pour chaque médicament les raisons scientifiques du choix et ses principales indications. Ces médicaments de prescriptions génériques ou non seront retenus pour leur rapport bénéfice/risque le plus élevé. Comme tous les produits essentiels ils devront être pris en charge à 100%. Par l'assurance maladie obligatoire.
Une étude de faisabilité pour la création d'une entreprise de l'économie sociale et solidaire, distributrice de médicaments génériques essentiels à des prix publics voisins de leur prix coutants, sera rapidement menée à terme, de préférence en collaboration avec des partenaires européens.
Une mission indépendante sera mise sur pied pour former des délégués de l'assurance maladie, comme cela a été fait dans l'Aude. Cette mission portera sur les prescriptions de quatre classes de médicaments : antihypertenseurs, statines, antibiotiques et inhibiteurs de la pompe à protons. Elle touchera quatre départements pas classes (16 départements au total). Cette mission doit être considérée comme un projet de recherche-action par extension de l'expérience réalisée dans l'Aude en 2005-2006.
L'information apportée par la publicité est pauvre, son exonération de taxes n'est pas justifiée. Etendre l'assiette de la taxe sur la promotion des produits pharmaceutiques par inclusion de la publicité dans la presse médicale est parfaitement justifiée. L'extension de l'assiette de la taxe sur la promotion des produits pharmaceutiques servira au financement de la formation continue indépendante des professionnels de santé. On envisagera simultanément de taxer les dépenses de marketing pour ces mêmes industries. Modifier cette taxe de façon à ce que son rendement ne pèse plus presque uniquement sur la première tranche, mais sur toutes les dépenses de promotions finira par s'imposer. Il se peut que certains abattements soient pertinents et qu'il convienne de les conserver. Ces mesures furent recommandées assez récemment par l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Le produit de cette taxe devra être consacré au financement des mesures destinées à desserrer l'étreinte des lobbies de santé sur l'information des professionnels.

1-6 Le rétablissement de l'indépendance absolue de la Médecine et des médecins du travail vis à vis des employeurs sera immédiatement décidé.

2émes préoccupations, 2émes séries de mesures :
Affirmer des choix politiques de santé pour tous et les mettre en oeuvre

2.1 En matière d'inégalités de santé, de solidarité et de protection sociale
15% de la population déclarait il y a quelques années avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Ces renoncements ne se concentrent plus seulement sur la santé bucco-dentaire, les lunettes et les consultations chez un spécialiste. Ils entraînent de véritables menaces sur la santé d'un nombre croissant de familles.
L'IGAS estime que les dépassements d'honoraires "constituent un recul de la solidarité nationale". Deux milliards

Copyright © Rencontres Sociales

d'euros, c'est le montant des dépassements d'honoraires qu'ont payés les Français à leurs médecins en 2007
Selon le rapport Briet sur le bouclier sanitaire, il existe actuellement un million d'assurés en ALD (affections de longue durée) (11,8% des effectifs totaux) qui supportent un reste à charge supérieur à 600 Euros par an. C'était du moins les chiffres en 2007, mais la situation n'a cessé de se dégrader depuis, principalement aux dépends des foyers les plus modestes, là où le non recours aux soins s'observe le plus souvent.
Pour la collectivité, en dehors de toute considération humanitaire, mieux vaut élargir sans plus attendre la prise en charge collective à 100% des foyers à faibles revenus et aller rattraper ceux qui pratiquent le non recours aux soins, pour éviter de les retrouver trop tardivement plus gravement malades et justiciables de soins beaucoup plus coûteux. C'est pourquoi le gouvernement devra d'urgence finaliser l'extension vers le haut de la CMU et de la CMU complémentaire.
Dès les premiers contacts avec les syndicats représentatifs des personnels de santé, seront mis sur la table l'effacement du reste à charges et l'extension de la complémentaire santé gérée par la CNAM. Cette mesure s'appliquant aux foyers dont les revenus se situent dans les 2, puis 3, puis 4 premiers déciles dans l'éventail des revenus, pour atteindre finalement le revenu médian en 3 à 4 ans. Ceci afin de donner sans tarder un coup de pouce de quelques centaines d'euros de pouvoir d'achat aux foyers les plus démunis. Financement assuré par l'application de la progressivité de la CSG aux contribuables ayant 10% des revenus les plus élevés.
Le rétablissement de l'Aide médicale de l'Etat aux normes de 2009 sera décidé, en attendant des mesures plus globales en direction des catégories les moins favorisées.

2.2 En matière de liens et conflits d'intérêts
Un texte réglementaire ou une loi de transparence, inspirée par le « Sunshine act » définira les termes des déclarations d'intérêts par ceux qui donnent et par ceux qui reçoivent. Il concernera les membres des professions de santé, les responsables politiques et administratifs et les personnes morales qui sont l'objet de dons sous les formes les plus diverses de la part des industries de santé, des entreprises de services du domaine sanitaire et des producteurs de produits alimentaires et diététiques. Ces déclarations obligatoires seront exigées sans retard. Ce sera un pas décisif contre la corruption. Que les dons proviennent d'entreprises nationales ou étrangères actives en France et/ou qu'ils s'adressent à des résidents en France ou à des personnels y travaillant.

Pour éviter le cumul des fonctions des experts et leur maintien trop longtemps dans des positions de pouvoir multiples, il conviendra de recenser l'ensemble des conseillers et consultants qui figurent, ou ont figuré, dans les réseaux d'experts du ministère de la Santé et des Affaires Sociales et des services dépendants ou sous sa tutelle, dans le courant des cinq dernières années. Un état récapitulatif de tous les comités, commissions et groupes de travail dans le domaine de la Santé et des Affaires sociales sera établi. Combien sont-ils, depuis quand participent-ils à ce réseau de fait et à quel titre. Ceux qui cumulent plusieurs positions seront, dans des conditions à définir, tenus de choisir la position qu'ils pourront conserver.
Elargir méthodiquement le nombre des membres de ces réseaux détenteurs des prérogatives attachées à des fonctions d'intérêt général, pourrait être un des éléments de la démocratisation sanitaire. Ce qui aurait aussi l'avantage de renforcer en le renouvelant l'intellectuel collectif qui étoffe, conseille et relaie l'administration publique.
La parité hommes/femmes est aussi un objectif à court terme vers la démocratie sanitaire.

2.3 En matière de formation initiale et continue des professionnels de santé
Une approche globale de ces formations sera mise en chantier et prendra du temps, car elles conditionnent l'évolution de tout le système de santé. Ce sera une remise en perspective des relations des professions entre elles, du partage des tâches et des responsabilités pour les soins, la prévention et la santé publique.
L'implantation territoriale des professionnels, aujourd'hui très inégale, le recrutement des étudiants, leurs origines sociales ; tout sera pris en considération au regard des besoins immédiats et futurs de la population, comme des moyens d'action consentis par la collectivité. L'engagement commun de la Santé et des Affaires Sociales et de l'Enseignement Supérieur ne signifie pas que tout sera décidé en haut. Des consultations longues et dans certains cas des avis contradictoires seront recueillis.
L'actuel système de sélection des étudiants en santé (médecine, pharmacie, dentaire, maïeutique) n'est pas satisfaisant, la 1° année des études de santé nécessitant un intense bachotage qui fait le miel des officines privées

Copyright © Rencontres Sociales

de préparation et abouti dans la grande majorité des cas à allonger d'un an les plus longues des études !

Un groupe d'experts sera immédiatement chargé de faire le point sur les 2 premières années d'existence de cette « première année des études de santé » afin de présenter les propositions aptes à ne pas allonger de facto les études médicales au premier chef.

Deux mesures d'application rapides seront décidées :

- en attendant que la diversification du mode de recrutement des étudiants en médecine, dont la conception actuelle trouve peu de défenseurs, un recrutement d'infirmières et de sages femmes pour une entrée directe en seconde année des études médicales, avec des bourses d'étude d'un montant équivalent au salaire. Ce recrutement viendrait en sus du quota annuel des étudiants du cursus classique. La sélection serait faite par un examen national d'admissibilité sur la base du savoir infirmier. Les candidatures seraient régionales. Chaque région pourrait recruter 15 infirmières et 5 sages femmes (520 postes dès la rentrée 2012). Les candidates devraient avoir exercé au moins cinq ans au contact direct des patients. Pour l'admissibilité il faudrait une moyenne >12/20. L'épreuve finale serait sur entretien avec des jurys composés pour 1/3 de généralistes enseignants, 1/3 de PU-PH, et 1/3 d'infirmières ou de sages femmes expérimentées.
- quant à la formation continue des généralistes, en accord avec l'Education Supérieure, nous envisageons la création de 50 postes de PU-PG (Professeurs des Universités - Praticiens Généralistes) chaque année pendant 5 ans. Considérés au même titre que les PU-PH comme bi-appartenants, ces postes seront mis au concours parmi les praticiens de moins de cinquante ans, ayant plus de 10 années de pratique généraliste. Les profils de carrière de ces médecins et leurs rémunérations étant alignées sur la grille indiciaire des PU-PH (professeurs des universités - praticiens hospitaliers). Le premier concours de recrutement sera ouvert à la rentrée 2012. Ces enseignants auront pour tâche de consolider et d'étendre la formation des généralistes et d'organiser en toute indépendance leur formation continue, comme celle des autres professionnels de santé. Il n'est pas normal que la collectivité paie trop cher les médicaments et que les producteurs industriels se trouvent seuls capables de financer la formation continue, ce qui n'est pas le meilleur moyen pour la promotion d'un savoir indépendant profitable aux malades.

2.4 En matière de recherche et de développement

La recherche clinique sera promue grâce à un financement important, abondé par les taxes sur la publicité et sur le marketing des produits pharmaceutiques (sans accroissement du prix des médicaments remboursés). La mise en service quasi immédiate du registre général des essais cliniques, sera confiée à la HAS.

La recherche en santé publique aura un statut plus favorable lié à un accroissement indispensable du nombre des chercheurs et des moyens mis à leur disposition. La tutelle des banques publiques de données, qui sont des biens communs, sera partagée par la HAS, la CNAM et l'INSERM. Un projet de développement de ces banques rendues interopérables ira de pair avec la mise en oeuvre immédiate du dossier médical personnalisé (DMP). D'abord pour être rodé dans 2 ou 3 régions. Les épidémiologistes ne seront pas les seuls à tirer parti des outils de stockage et de brassage de ces données informatisées qui faciliteront l'accès à une connaissance globale de la santé. Une grande base des données sanitaires et sociales : est un outil scientifique et l'instrument irremplaçable d'une aide à la décision publique. Les conservateurs répugnent à cette approche globalisante qui facilite la connaissance systémique de la société. Les inégalités cachées ou invisibles font système avec les inégalités visibles qu'elles enracinent en profondeur. La division du savoir en spécialités et en disciplines différentes accroît l'étendue mal visible du système social. L'informatique est une version contemporaine de la langue d'Ésope. On peut la manier ou la paralyser pour le meilleur ou pour le pire.

Les chercheurs du secteur public de la santé dans les grands organismes (INSERM, CNRS, IRD etc.), dans l'université et dans les hôpitaux disposeront dans chaque région d'un guichet unique pour tout ce qui concerne toutes leurs relations avec les administrations : demandes de contrat, gestion des différents comptes, déclaration des conflits d'intérêts, relations avec les comités d'éthique et les comités et commissions scientifiques, relations avec les bases de données, relations avec la CNIL, déclaration et autorisations les plus diverses, conseils juridiques, rédactions ou supervision des contrats en partenariat avec l'industrie, dépôts de brevet et creative common licenses

Copyright © Rencontres Sociales

etc.. Ces guichets devraient fournir des services équivalents aux services offerts par les CRO (contract research organization) : aide à la rédaction et à la traduction des manuscrits, aide à l'analyse statistique des données, à la préparation des protocoles d'essais cliniques et à la constitution de réseaux d'expérimentation clinique ou épidémiologiques. C'est à dire ce qui pour le moment est offert « gratuitement » par les industriels et qui contribue à l'aliénation des chercheurs. Là aussi le financement sera assuré par les taxes sur la publicité et sur le marketing des produits pharmaceutiques. Les organismes de recherche scientifique verront une progression de leur budget pour stimuler la compétitivité des laboratoires et renforcer leur indépendance, bien plus propices à l'innovation que des liens contraints avec des industriels. Ce qui ne signifie pas le rejet de tels liens, mais leur nécessité circonstancielle dans un contexte régulier et transparent.

3éme série de préoccupations :
Renouer avec une véritable industrie du médicament
Les industries des produits de santé, le complexe médico-financier, à tort ou à raison furent mis en cause dans la corruption du système de santé. Ceci a concerné l'industrie pharmaceutique bien au-delà de l'affaire Servier et de la récente affaire des prothèses mammaires défectueuses. Il en résulté une intolérable perte de confiance des citoyens très injuste envers les industriels honnêtes qui fabriquent et distribuent des produits de qualité à des prix raisonnables. L'étendue de la corruption est mal connue, elle contamine des organes administratifs responsables de la régulation et des contrôles de qualité.
A la suite du rapport de l'IGAS, il faudra mobiliser le groupe de Prescrire et le Formindep pour diligenter un audit externe des organismes publics de régulation des médicaments. Leur indépendance exigeante et leur regard original amplement démontrés, rend leur intervention irremplaçable.
Une étude de faisabilité pour la création d'une entreprise de l'économie sociale et solidaire, distributrice de médicaments génériques essentiels à des prix publics voisins de leur prix coutants, sera rapidement menée à terme, de préférence en collaboration avec des partenaires européens.

4é ordre de préoccupation :
Revenir à une véritable régionalisation
Les agences régionales de santé ne sont pas le lieu où peut s'exercer l'arbitrage entre des directives européennes et nationales. Ce sont des centres d'initiatives où l'expérimentation sociale rigoureuse peut être développée et évaluée, sous le contrôle des Comités régionaux de l'organisation sanitaire et social, des Conférences régionales de santé, des comités régionaux d'éthique (CCPPRB) ; toutes institutions qui doivent favoriser la démocratie sanitaire dans l'application des Programmes régionaux de santé.

Une option de fond :
Libérer l'intervention sociale et la créativité des professionnels Deux directions stratégiques seront encouragées, celle de l'intervention constante, individuelle et collective, des malades, patients, consultants, usagers et citoyens :
Les dispositions de la loi de 2002 et 2004 sur les droits des patients doivent être relancés avec une vision où le contrôle social prime sur le contrôle institutionnel.
Un système vivant encouragera la participation de toutes et tous, professionnels mais aussi bénéficiaires aux différents échelons du système.

Si ces mesures rejoignent l'intérêt, l'intelligence et l'adhésion des gens, toutes les réformes voire les refontes sont possibles pour peu que soient définies les lignes d'intérêt général et acceptés les termes du compromis pour vivre et travailler ensemble. Mais agir sur le court terme ne peut avoir du sens et ouvrir sur des lendemains que si des réformes de fond sont exposées, débattues, et arbitrées.

Parmi ces réformes, là aussi, nous prenons notre part au débat avec les propositions suivantes :

Sur la durée du quinquennat

Copyright © Rencontres Sociales

En vingt ans la consommation médicale et la part des dépenses consacrées à la santé ont pratiquement doublé. L'espérance de vie à 60 ans continue à croître. En même temps l'application irrationnelle de techniques de plus en plus sensibles de recherche de signes génétiques, biologiques, morphologiques (par imagerie), a conduit à trouver de tels signes chez un nombre croissant de bien portants. Mettant ainsi un terme à leur conscience d'être en bonne santé. En tamisant avec des tamis de plus en plus fin la population des biens portants on retient dans le compartiment des malades un pourcentage croissant de la population. La pénurie de moyens risque de s'installer, entre autres de moyens humains. Un tournant semble s'amorcer. S'il est pris et compris, il redeviendra possible d'organiser l'avenir à moyen terme avec beaucoup de prudence, beaucoup d'informations pertinentes, beaucoup de rigueur et beaucoup de modestie. Dans la plupart des pays un débat public est ouvert entre les partisans de l'extension des dépistages organisés systématique à toute la population par tranches d'âge et les partisans d'un dépistage précoce limité aux groupes à risques. Ce débat pour des raisons diverses n'a pas pu avoir lieu en France. Ceci vaut pour les cancers du sein, mais pour d'autres cancers et pour des pathologies très diverses. Par exemple le dépistage de l'hypertension artérielle, du diabète de type II, de l'obésité, des dyslipidémies. Laisser les choses évoluer sans éclaircir ces questions revient à favoriser les surdiagnostics et les surtraitements avec toutes les conséquences défavorables pour les patients et les patientes qui en résultent.

1- Le recrutement des professionnels de santé Pour faire face à ces besoins, les professions de santé devront recruter dans toutes les couches de la société des jeunes gens très divers. Pour ce qui concerne les professions à formation longue : médecins, pharmaciens, dentistes, plusieurs tendances sont intéressantes :

- réserver dans les concours de recrutement 1/3 des places pour les étudiants des filières littéraires, humanistes et pour des praticiens issus des professions paramédicales.
- donner un coefficient suffisant aux épreuves non QCM.
- évaluer la nécessité de pérenniser les formations privées payantes, dont l'existence témoigne de la faiblesse des facultés de médecine.
- diversifier le recrutement social des étudiants pour les formations longues.
- envisager de renverser la tendance qui a régulièrement conduit à allonger le cursus universitaire.

Le problème des dèserts médicaux constitue un véritable sujet d'inquiétude, compte tenu de l'âge des médecins notamment dans les zones difficiles.
Ce catastrophisme prophétique, mérite qu'on entende, qu'on s'informe au-delà des propos souvent connotés par le corporatisme et que d'urgence on prenne le temps de la réflexion. A tout prix, éviter les grands coups de barre. Il s'agit d'action à long terme pour laquelle on doit disposer des outils analytiques maniables pour cartographier les besoins. Comment avoir de surcroît une idée approchée de la ligne de séparation entre les besoins et les dèsirs ? La collectivité publique doit concentrer ses moyens sur la satisfaction des besoins de santé. La satisfaction des dèsirs ressortit, elle, d'un choix individuel. Le service public, en continuel remaniement adaptatif, doit être fondé sur une solidarité étendue à toute la santé pour les besoins ressentis et non ressentis, pour toute la population. Ce qui implique une rigueur parcimonieuse des moyens engagés.

Revenant à la démographie des professions de santé, il convient d'énoncer quelques idées simples :

- il n'existe pas de normes de densité qui s'imposeraien1t à partir d'une relation simple avec les données de morbidité. L'évolution des besoins doit néanmoins être prise en compte.
- le suivi des populations de professionnels de santé doit être global. En tant que prestataires de services techniques la grande diversité des professions de santé ne doit pas masquer la continuité des objectifs au sein d'un ensemble commun. L'ensemble des professions doit être analysé dans ses parties et comme un continuum. Ces études doivent être coordonnées, rapprochées, puis combinées. Des études initiales moins longues et un enseignement continu plus exigeant répondent mieux à la nécessité de suivre le mouvement médical, au plus près de son activité professionnelle. La multiplication des spécialités, sous spécialités, et des médecins spécialistes aux dépends du métier de généraliste et de la médecine de premier soin pose problème. Il conviendra d'aller vers l'inversion du ratio médecins spécialistes/généralistes.
- il faut en même temps analyser
- les caractéristiques des professionnels et leurs parcours de formation initiale

Copyright © Rencontres Sociales

- les données concernant leur formation continue
- la dynamique de leurs activités et de leurs compétences.
- la collecte des données et leur mise à jour doit être permanente, afin de pouvoir faire des prévisions à moyen terme continuellement actualisées et d'avoir des indications en vue d'ajustements locaux ou régionaux au fur et à mesure. La cartographie des territoires sanitaires à différentes échelles doit être dessinée à titre expérimental sur deux ou trois aires limitées, pour apprécier si elle ajoute des détails utiles à la gestion des moyens et du système de santé. Si l'inertie du système est grande, il y a d'autant plus de possibilité de l'adapter qu'on agit par petites touches, sans décision fracassante, tout en étant capable de reconnaître et de corriger les erreurs sans nul retard.

2- En direction de praticiens de toutes les spécialités (incluant la médecine générale) et de toutes les professions de santé, Quelques tendances seront envisagées :

- Tirer vers l'enseignement supérieur la formation initiale aux métiers de la santé qui n'y sont pas encore dans les universités ou dans des écoles supérieures ;
- Raccourcir la formation initiale de façon significative, ce qui consiste à inverser la tendance actuelle, ceci conduira à des discussions au niveau des instances européennes ;
- Rééquilibrer le temps de formation au bénéfice de la formation continue obligatoire
- Confier la formation continue conjointement aux associations professionnelles à but non lucratif et à l'enseignement supérieur public. L'habilitation des organismes et des enseignants devant elle-même être continuellement évaluée pour sa pertinence et la qualité formative. Le financement des institutions et le salaire des enseignants habilités seront publics (Etat ou collectivités locales) pour ne pas dépendre du marché ;
- Tous ces efforts doivent être de façon durable convenablement financés, sous peine de rester lettre morte. Il n'est pas normal que la collectivité paie trop cher les médicaments et que les producteurs industriels se trouvent seuls capables de financer la formation continue, ce qui n'est pas le meilleur moyen pour la promotion d'un savoir indépendant profitable aux malades.

3- A l'hôpital et en ville, lors des soins ou des actions de prévention : Les surdiagnostics et les surtraitements sont des pratiques en extension continuelle, en liaison entre autres avec des dépistages infondès. Les prescriptions médicamenteuses ne sont pas seules en cause. Des interventions chirurgicales et radiothérapiques inutiles n'induisant aucun bénéfice sanitaire, sont régulièrement mise en évidence. Elles exposent des personnes bien portantes aux effets secondaires néfastes, parfois mortels des surtraitements. Ces pathologies et ces décès sont évidemment évitables. Cela veut-il dire que tous les dépistages systématiques sont à remettre en cause ? Bien entendu non. Mais ils doivent être fondès sur des preuves épidémiologiques avant d'être appliqués à toute une population de bien portants. Le dépistage précoce des maladies évolutives reste justifié, à condition que le rapport bénéfice/risque soit suffisant. Ceci vaut pour toutes les actions de prévention dont la mise en oeuvre doit reposer sur des preuves. De surcroît les surdiagnostics et les surtraitements entrainent à terme une asphyxie de toute assurance maladie obligatoire, de toute organisation collective et solidaire. La preuve américaine est là pour nous convaincre, le largage progressif de la population pauvre, puis par approches successives des couches moyennes de bas en haut est une réalité aux Etats Unis et l'on peut en apprécier les résultats déplorables.

Moins soucieuse de la multiplication sans fin des actes techniques, la médecine aujourd'hui doit être parcimonieuse, beaucoup moins dans un souci budgétaire, que parce que la plupart des techniques comportent des risques pour la santé des patients, est source de multiplication des erreurs et que la surabondance de données finit par se perdre dans un bruit de fond confus qui dégrade la pratique médicale.

A l'hôpital ou en ville, les événements indèsirables graves sont une réalité qu'il ne faut pas esquiver. Chaque année 500 millions d'actes médicaux sont remboursés par les caisses d'assurance maladie. Et chaque année surviennent environ 500.000 événements indèsirables graves, dont 40 à 50 % sont évitables. Il s'agit de défaillances humaines moins souvent dues à des défauts de connaissances qu'à des conditions de travail dégradées, ou à une supervision insuffisante des collaborateurs, ou à une mauvaise organisation, à ou un déficit de communication entre professionnels. Les causes immédiates sont multiples : défaut ou erreur de prescription, erreurs et défaillances

Copyright © Rencontres Sociales

humaines, infections nosocomiales ou mauvaise coordination entre professionnels de santé et entre établissements de santé. Fin 2010 un décret rendit obligatoire l'enregistrement de toutes les erreurs survenant dans les établissements publics. L'impératif n'est pas de sanctionner, mais d'agir positivement dans l'intérêt des malades. Le recours à la justice doit demeurer exceptionnel. La recherche de « coupables » induit des comportements contre productifs. +

4- La recherche La recherche biomédicale ne peut être valorisée en l'absence d'une avancée simultanée du travail clinique. Cette avancée de la clinique ne doit être ni une transposition insignifiante des résultats des laboratoires de recherche biomédicale, ni un discours imprécis sur le passage de la science fondamentale à des applications cliniques. Ceci ne va pas de soi. La réflexion sur les limites continuellement changeantes du Normal et du Pathologique progresse dans le monde anglo-saxon dans un mouvement de la science médicale dont les français sont quasiment absents.

En 2004 François Jacob et Pierre Sonigo écrivaient dans Le Monde « La biologie est en crise après un demi-siècle de succès éclatants. La découverte de la structure en double hélice de la molécule d'ADN et, avec elle, celle du code génétique et des lois de l'hérédité, le décryptage progressif de l'intimité de la machinerie moléculaire des cellules, le séquençage du génome de l'espèce humaine tout comme la création d'organismes végétaux ou animaux génétiquement modifiés n'ont pas permis de véritablement saisir l'essence même du vivant. De la même manière, cette compréhension de plus en plus fine des mécanismes qui président à la vie n'a pas permis de forger les outils thérapeutiques contre le cancer ou les maladies infectieuses que semblait promettre le développement de la biologie moléculaire. En découvrant l'ADN, le code génétique et les manipulations des génomes, la biologie a atteint des frontières qu'elle ne parvient pas à franchir. Le pourra-t-elle et, si oui, de quelle manière, avec quels concepts et quels outils ? ».

Depuis une dizaine d'années on tente de présenter la « recherche translationnelle en santé » comme un nouveau paradigme. C'est tout au plus un habit neuf sur des idées usagées. La régulation bureaucratique de la recherche demeure aveugle à la fausse science qui a envahi méthodiquement la presque totalité de l'information des médecins, des autres professionnels de santé et du grand public. Les chercheurs du secteur public auront pour devoir, s'ils veulent travailler pour la santé, de s'en informer mieux. En échange de quoi le budget de la santé leur apportera, au moins un complément de ressources, pour leur rendre une liberté scientifique, qu'ils ont en partie perdue pour survivre, lorsqu'on les a rendus dépendants, dans des partenariats dont ils n'avaient pas la maîtrise.

Bien faire entendre au public que le financement public de la recherche clinique, essentiellement représenté par les Progammes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) est aujourd'hui très insuffisant en France. En créant un financement public substantiel, on ajoute de l'argent dans la corbeille, mais surtout on crée un référentiel comparatif vis à vis de la recherche sous contrôle exclusif des firmes pharmaceutiques ou de ses sous-traitants. On se donne enfin les moyens de faire de la recherche clinique destinée à d'autres objectifs que de mettre de nouvelles molécules sur le marché. Actuellement des travaux de recherche clinique sont réalisés en France, mais habituellement ils font partie de pools de travaux menés simultanément dans des pays différents, par de nombreuses équipes qui communiquent seulement par le canal des firmes promotrices. C'est la situation la plus propice à la manipulation des résultats, surtout lors des essais de phase III qui constituent la base des dossiers de demande de mise sur le marché. Les clauses de confidentialité empêchent les participants de communiquer entre eux, sinon sous le regard vigilant du promoteur. Cette situation dénoncée depuis une dizaine d'années, perdure et perdurera aussi longtemps que l'autorité de régulation laissera faire. Ceci n'explique toujours pas pourquoi nous préférons des financements indépendants. L'obligation, presque toujours mise en avant pour les rares chercheurs qui ont des miettes de financement public pour la recherche clinique, d'obtenir un double financement simultané public et privé repose sur le postulat que les vrais experts pour la recherche clinique sont les chercheurs de l'industrie. C'est une imposture qui condamne au mépris les cliniciens rigoureux du secteur public. Surtout la mixité du financement impose l'embargo sur toutes les données des essais cliniques, au nom de la protection de la propriété industrielle. C'est ce qui justifie que les financements soient séparés. Ce qui est financé par la collectivité ne doit plus être soumis à cet embargo, qui

Copyright © Rencontres Sociales

est préjudiciable aux patients qui consentent à entrer dans ces essais. Enfin, la coexistence d'un financement public et d'un financement privé bien individualisés mettra en lumière la légende qui veut que la recherche et le développement de chaque médicament mis sur le marché coûterait un milliard d'euros. Ce chiffre énorme et fantaisiste est le principal argument pour justifier le prix de vente au public, sans cesse plus élevé, des nouveaux médicaments. Tous les résultats des essais cliniques réalisés, même partiellement, en France et les résultats des essais cliniques réalisés hors de France avec des participants français ou avec un financement public, ou avec des fonds collectés par des associations reconnues d'utilité publique ou par des chercheurs payés sur des fonds publics, appartiendront, comme aujourd'hui aux promoteurs des essais, mais ils seront aussi la copropriété de la collectivité nationale et/ou de l'Union Européenne, car il s'agit de biens communs inaliénables. Ils seront protégés par les « Creative Commons licenses » ou par un système équivalent. Les professionnels qui auront réalisé les essais en auront évidemment la propriété morale. Par résultats on entend non seulement le résultat des analyses, mais aussi les résultats bruts protégés pour ce qui concerne le caractère nominatif des données. Si les produits dérivés de ces essais étaient susceptibles d'être exploités commercialement, ceci devrait l'être dans le cadre de contrats types négociés entre partenaires avec le souci prioritaire de l'intérêt commun

Les comités d'éthique : Désormais ces comités devront prendre en compte les aspects scientifiques, éthiques et sociaux pour délivrer des autorisations d'expérimentation. De plus ils auront la charge de suivre au fil du temps les projets approuvés, tout au long de leur réalisation. L'indépendance des membres de ces comités doit être totale. Chaque projet devra comporter l'énoncé des questions soumises à l'étude, de sorte que les patients puissent comprendre le sens, l'objet et la justification des risques consentis, autant que la légitimité des moyens humains et financiers accordès aux chercheurs. Au terme de la réalisation de chaque recherche clinique, les patients qui y furent inclus devront être suivis de façon espacée pendant une période suffisante ou jusqu'à leur décès selon les projets. Cette disposition facilitée par les bases de données donnera une validité renforcée aux résultats obtenus.

5- Les produits de santé et le complexe médico-financier

On est fondé à poser la question suivante à propos de l'innovation en santé : Où l'innovation survient-elle ? Que coûte-t-elle ? Qui paie ? Aux États Unis en 2002, la National Institute for Health Care Management Foundation. a fait une enquête sur la réalité de l'innovation pharmaceutique. En 2006, les seuls laboratoires américains ont investi 55 milliards de dollars en R & D (recherche et développement), soit trois fois plus qu'en 1995 pour deux fois moins de médicaments commercialisés. Les industriels partaient de l'idée que la génétique moléculaire permettrait d'identifier entre 3.000 et 10.000 cibles biologiques nouvelles. Alors que la pharmacopée existante n'exploitait pas plus de 500 cibles. Il y aurait donc un potentiel de création de quelques milliers de médicaments supplémentaires. Ce raisonnement a peut être convaincu une partie du monde financier. Cette démarche intellectuelle courte, naïve et largement irrationnelle aussi, était un des fondements de l'espoir placé dans les thérapies géniques. En France le Conseil stratégique des industries de santé avait été créé par le Gouvernement en 2004, dans le but d'établir un dialogue entre l'État et les industriels de la santé. Le conseil stratégique d'avril 2005 avait notamment reconnu la nécessité de créer des centres de gestion des essais cliniques à promotion industrielle (Cegeps). Autant qu'on sache, ce conseil et ces centres n'ont en rien contribué à doper l'innovation. Leur maintien sera mis en discussion. Scientifiques et cliniciens vont devoir se réapproprier une réflexion collective indépendante. Ils en ont la capacité intellectuelle. Pourvu qu'on leur en laisse la liberté et que ce gros effort soit valorisé. Seuls les responsables ouverts et imaginatifs, capables d'écouter, de comprendre, d'innover ou de laisser innover pourront conduire cette remise en cause du cadre de pensée de la science biomédicale.

Le complexe médico-financier est l'objet d'un remaniement continuel, du fait de sa propre dynamique, en réaction à toutes interventions, parfois par anticipation. Il faut que nous sachions le comprendre, connaître sa structure changeante, les réseaux d'interactions qui structurent son existence dans le monde réel et dans le monde virtuel. Pour ce Kriegspiel il faut avoir un outil adapté et dissymétrique. Nous devons multiplier les sources de données, disposer d'instruments de recoupement et d'analyse en temps réel, et acquérir sans délai la capacité d'exploiter au fil de l'eau tout ce qui surgira dans notre champ de perception. Il faudra aussi que nous sachions être imprévisibles. Sinon nous serons toujours débordès par le lobbying. Comme nous le disions plus haut, les industriels ont une connaissance, régulièrement mise à jour par l'étude du marché, des besoins solvables de la population et par une

Copyright © Rencontres Sociales

action continue sur les prescripteurs, ils exploitent de façon efficace tous les moyens d'obtenir le meilleurs rendement des capitaux investis.

Précisément à propos des médicaments, il faut privilégier les décisions positives pour rompre avec la pratique des déremboursements à la petite semaine. Nous devons réfléchir à la nécessité d'un objectif clair, autour duquel on parviendrait à un certain niveau de consensus, au moins parmi les prescripteurs, les patients et une partie des entreprises pharmaceutiques. Cet objectif de décroissance de la consommation de médicaments doit être fondé sans aucune ambigüité sur des données scientifiques constamment remaniées dans un souci d'efficacité thérapeutique.

Les objectifs sont clairs : les médicaments essentiels sont ceux dont on ne peut se passer pour les soins et la prévention. Ils peuvent être protégés par des brevets ou être des génériques (plus souvent ils sont génériques). Ils sont stratégiques dans la thérapeutique. Ils doivent donc avoir un statut particulier. Leur nombre est limité, probablement entre 100 et 300. Leurs vente doit être régulée et leur prix de vente proche du prix de revient rendu en pharmacie par des circuits commerciaux courts. Ils doivent être proposés en première ligne par le logiciel d'aide à la prescription, validé et mis à jour régulièrement, dont disposeront tous les prescripteurs. L'indépendance et la compétence des experts qui en établiront la liste et qui la tiendront à jour ne s'accommode pas des mauvaises pratiques encore en vigueur.

Une coopérative de médicaments essentiels et génériques sera mise sur pied avec l'appui des pouvoirs publics, au besoin avec son propre circuit de distribution. Cette proposition sera l'objet d'une offre de coopération renforcée à nos partenaires européens. Une première liste de trente médicaments essentiels pourrait être disponible dans un délai de six mois. Elle concernerait au premier chef les affections pour lesquelles les prescriptions sont les plus nombreuses et des produits génériques disponibles. Les médecins prescripteurs seraient incités à utiliser les produits de la liste en priorité, mais garderaient la liberté de prescrire tous les médicaments disponibles sur le marché. Pour les médicaments essentiels le remboursement sera à 100%. Pour les autres il resterait inchangé.

Le parlement sera saisi du projet de confier les Laboratoires Servier à l'économie sociale et d'en faire une entreprise sans but lucratif, mieux disposée à appliquer une politique de médicaments à prix proches du prix de revient. Dans le groupe Servier il y a une filiale : Biogaran qui est un générique bien implanté sur le marché. Il pourrait compléter l'ensemble des moyens disponibles pour orienter le marché vers la baisse des prix de vente de sorte que leur remboursement à 100% par l'assurance maladie obligatoire devienne une opération gagnante pour les patients et pour la collectivité.

6- L'assurance maladie

Il faut, si l'on décide de maintenir l'autonomie administrative de la sécurité sociale, que l'on procède à des élections des caisses régionales d'assurance maladie. C'est par la démocratie régionale que se trouvera l'équilibre avec la bureaucratie des ARS. Dès lors que la totalité de la population est assurée à l'assurance maladie, il faut repenser la représentation de tous les bénéficiaires de l'assurance maladie.

Il n'est pas satisfaisant que l'organisme public de l'assurance obligatoire participe à l'élaboration de la politique de santé. Son rôle de gestionnaire de l'assurance ne le qualifie nullement pour décider des choix politiques, sauf à être dans une situation de conflit d'intérêt, entretenant l'idée malsaine que ces choix sont en priorité définis par les gestionnaires. Les gestionnaires de l'UNCAM, pas plus que les assureurs privés, les industriels ou les financiers n'ont compétence pour les choix politiques. Il est vraisemblable que dans chaque région en dehors des élus des caisses régionales d'assurance maladie, une autre structure représentative des citoyens et des professionnels pourrait exister et contribuer à la démocratie sanitaire. Ce pourrait être par exemple une fonction des conférences régionales de santé.

Une enquête de la Cour des comptes de 2008 a montré que les frais de gestion des complémentaires atteignent

Copyright © Rencontres Sociales

25% pour les mutuelles et les assurances privées, ne coûtent que 5% quand la gestion est confiée à l'assurance-maladie. Ce coup de pied dans la fourmilière obligera les mutuelles à redevenir les organismes à vocation sociale prioritaire. Leur véritable vocation n'est pas de mettre des rustines partout ou le système de santé malmené se met à fuir. L'assurance obligatoire doit totalement couvrir les risques sanitaires et la prévention grâce à un financement équitable qui ne laisse plus de reste à charge pour aucun résident permanent sur le territoire national.

La connaissance approfondie des données du marché des produits de santé est une nécessité pour la prise de décisions rationnelles. C'était une capacité jusque là réservée aux multinationales. La tutelle publique sur l'Agence européenne des médicaments doit être exigeante, comme doit l'être la rédaction en cours de la révision des European Clinical Trials. Enfin la mise en chantier d'une Coopération renforcée pour les produits de santé ne doit pas être laissée entre les mains des lobbyistes, pas plus que le choix des premiers partenaires pour en débattre.

Rappelons que la dépense pharmaceutique est en France d'environ de 24 milliards Euros/an (HT - 2010), si on ne prend en compte que les médicaments remboursables. Les économies sur les médicaments
1/ autoriseront des augmentations de revenus des professionnels ;
2/ permettront la suppression progressive des charges non remboursées sur les produits et les services de santé : franchises diverses, le remboursement à 100% des médicaments essentiels. D'abord pour les foyers non imposables à l'impôt sur le revenu et par étapes à l'ensemble de la population ;
3/ faciliteront le remboursement progressivement amélioré des lunettes, des soins dentaires et des prothèses auditives.

Ce qui sera clairement compté comme une augmentation du pouvoir d'achat au bénéfice des catégories à petit revenu. Une étude descriptive de l'industrie pharmaceutique en France, indépendante des organismes représentatifs de la branche, est un outil de régulation indispensable. Bien en connaître la structure industrielle et commerciale, les flux des produits et des services et les points où se situent les plus values les plus fortes. La tendance relativement récente à externaliser au maximum les activités multiples de la filière pharmaceutique invite à préciser les taux de retour sur investissement qui sont peut être très différents selon la position de chacun des partenaires dans la filière.

Nous essaierons parallèlement de connaître les structures des lobbies européens, en commençant par la partie émergée ; de savoir si des arguments sonnants et trébuchants sont utilisés, les moyens disponibles dont usent les lobbyistes pour convaincre leurs cibles, l'implication des fonctionnaires européens, l'histoire récente du lobbyisme sanitaire pour lui même et par comparaison avec les autres domaines.
Nous nous efforcerons de faire de la corruption sanitaire un délit pénal, en traitant sérieusement les corrompus et les corrupteurs. Le parquet aura des instructions générales pour qualifier les délits et poursuivre, pour sanctionner les corrompus de façon modérée au début, et progressivement plus forte avec le temps et les récidives. La plus grande sévérité allant aux corrupteurs. A l'échelon européen, pour casser le lobbying installé, et redonner la prééminence à la politique de santé, nous n'exclurons pas d'envisager la relocalisation progressive des industries de produits actifs les plus stratégiques. l'AGEPS (Agence Générale des Equipements et Produits de Santé) qui agit comme une centrale d'achats au bénéfice de l'Assistance Publique (AP-HP) sera intéressée à cette démarche.

En conclusion
Bref le chemin politique doit être jalonné par des faits, des preuves, des expériences, des négociations, des résultats. Les bonnes idées, l'indignation, peuvent conduire à mobiliser l'opinion publique. Mais quand il s'agit de dépenser l'argent des citoyens, il ne suffit pas d'afficher de bonnes intentions. Il faut dépenser au plus près. Ce qui ne signifie pas nécessairement réduire les dépenses de santé, mais les réaffecter pour que le rapport coût/efficacité soit le plus satisfaisant possible.
Ces propositions sont, comme nous le disons plus haut, incomplètes et ouvertes. Chacun y trouvera des manques. Nous n'avons pas abordé des problèmes importants :
l'impact de l'environnement sur la santé,

Copyright © Rencontres Sociales

la santé mentale,
la santé au travail
le rôle des associations dans le système de santé, etc.

Nombre de rapports garnissent les étagères, prennent la poussière en dormant. Il y a là du bon et du moins bon. Il convient de passer en revue toute cette production de moins de dix ans, dans l'espoir de dénicher des idées utiles, des analyses bien faites. Ce tri étant fait, on s'efforcera d'identifier qui, parmi les auteurs de ces textes, avait eu la paternité des bonnes recommandations. Entendez par là, des recommandations bien argumentées, fondées sur des faits ou des études et susceptibles d'élargir et nourrir le débat organisé autour du bien le plus cher aux sociétés et aux personnes, la santé, pour tous. ***

Annexe
A propos des inégalités sociales de santé : elles existent dans tous les pays. Mais la France est le seul qui affiche depuis plus de deux siècles sa volonté égalitaire sur le fronton de tous ses édifices publics. Depuis le recensement de 1954 si toutes les catégories sociales ont gagné des années d'espérance de vie, l'écart entre catégories sociales persiste inchangé, malgré soixante années de sécurité sociale. C'est un échec pour notre population. L'opinion très répandue que ces inégalités dépendaient peu du système de santé, que ses déterminants étaient ailleurs et que tant que les autres inégalités (éducation, culture, aliénation au travail...) persisteraient, il n'y aurait rien à faire. Sinon se résigner. Renvoyant ainsi à la grande révolution sociale la réduction des inégalités de santé. Position idéaliste et confortable que Wilkinson nous invitent à remettre en cause.
" En Grande Bretagne, où les soins sont gratuits, les habitants les plus pauvres recourent plus souvent que d'autres au service public de santé. La question n'est donc pas de savoir si leur état de santé est moins bon parce qu'ils auraient plus difficilement accès aux soins... ". Les améliorations du système de santé lui même, comme l'accroissement de son budget, ne peuvent presque rien sur la santé si les inégalités sociales demeurent inchangées. Le remplacement de l'égalité de fait par l'égalité des chances dans les discours et les programmes politiques exprime simplement le choix du droit du plus fort. Le débat ne peut se cantonner à une opposition des intuitions personnelles. L'approche plus rigoureuse de Wilkinson montre des relations causales entre la domination vécue et la dégradation de la santé.

Il apparaît clairement que les inégalités sociales sont non seulement préjudiciables à la santé des personnes situées dans les catégories défavorisées, mais qu'elles entraînent une dégradation de la santé de toutes les classes de la population. Ceci vaut pour tous les pays à partir d'un certain niveau de développement, au terme de la transition épidémiologique. Il est probable que beaucoup d'étatsuniens ne sont pas prêts à comprendre que dans la réforme du financement de l'assurance maladie que leur propose Obama, la solidarité serait aussi favorable à la santé des citoyens appartenant aux couches moyennes de leur société qu'elle pourrait l'être pour les bénéficiaires directs de la répartition générale de la charge de cette assurance maladie pour les citoyens non assurés.

Wilkinson explique que la compétition, moteur principal de la politique libérale, en creusant les inégalités sociales, détériore aussi la santé des couches moyennes aisées de notre société. La solidarité profite immédiatement aux pauvres quand la coopération l'emporte sur la compétition, mais elle profite également aux catégories plus aisées qui se portent mieux quand l'éventail des disparités est réduit.

Copyright © Rencontres Sociales