



Club Inter Pharmaceutique

20^{EMES} RENCONTRES DU CIP

MAISON DES ARTS ET METIERS, PARIS

12 MARS 2009

Réforme Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) : les changements pour la chaîne du médicament

Alain CORVEZ – Ministère de la Santé et des Sports

Le médicament est un point central dans la politique de santé. Il est au cœur d'une stratégie coût/bénéfice qui permet de diminuer le nombre d'hospitalisations et de favoriser les soins en ambulatoire.

La loi HPST a été votée mercredi matin 11 mars mais doit encore être présentée au Sénat. Elle comporte quatre grands titres : l'amélioration de l'efficacité hospitalière, l'amélioration de l'accès aux soins, la politique de prévention et le pilotage du système avec la mise en place de la décentralisation.

L'arrivée des ARS répond à un besoin de maintien des acquis solidaires. Notre système de soins se dégrade car il n'est plus en capacité d'être accessible à tous. Même si 80% de la population vivent sur 20% du territoire, nous devons répondre à des problématiques géographiques particulières et apporter à la fois plus de proximité et plus de technicité par la concentration des compétences.

L'efficacité n'est pas dans la culture des soignants. Ils ont pour habitude de soigner au mieux, sans forcément prendre en compte les contraintes économiques. L'informatisation nous renseigne sur l'efficacité et nous permet de mesurer des ratios économiques.

Le défi démocratique instauré avec les ARS nécessite d'impliquer tous les acteurs. Jusqu'à présent, cela n'était pas fait en France. La santé communautaire apporte d'excellents résultats, comme on le voit au Canada. Nous souffrons encore de ne pas avoir la culture de l'évaluation.

Quatre principes directeurs encadrent la création des ARS :

- Transversaliser : ce besoin est directement lié à l'augmentation des pathologies chroniques.
- Territorialiser : nécessaire car la politique nationale ne se décline pas partout de manière identique.
- Responsabiliser : autoriser les décisions, contrôler voire sanctionner.
- Unir : l'Etat et l'Assurance Maladie afin qu'ils partagent leurs compétences et connaissances.

Pour ce qui relève du médicament, nous savons qu'il représente une part importante et croissante des dépenses de santé. Les Français restent de gros consommateurs mais il ne faut pas négliger son apport au système général. Il est de plus en plus sous contrôle et le bon usage s'inscrit dans les stratégies thérapeutiques. A la traçabilité des actes répond le contrôle des bonnes prescriptions via le contrat de bon usage. Il n'y a pas d'obligation de réaliser des économies mais plutôt nécessité de dégager des budgets pour garantir l'accès à l'innovation.

Pour finir, la loi HPST a réaffirmé le rôle du pharmacien officinal comme acteur du système de santé. L'article 14bis prévoit huit items qui définissent le rôle du pharmacien, acteur de proximité.

Enfin, la loi a également clarifié les relations entre l'industrie pharmaceutique et les autres acteurs de santé. Elle prévoit un code de bonne conduite pour la transparence des subventions versées aux associations et interdit tout contact direct entre les laboratoires et les patients.

Questions – Réponses

Question de la salle : quel sera le niveau d'initiative des ARS par rapport au projet national ?

Alain CORVEZ : le débat entre le poids de l'échelon local et la politique nationale est ancien. La santé publique s'inscrit dans des cadres nationaux. Cependant, la CNAMTS et la DSS disposent de données pour savoir ce qui est fait au niveau local. Dans ce cadre, comment définir les priorités ? La prévalence nationale est déclinée au niveau local et les éléments des problématiques locales sont à inscrire dans les programmes régionaux.

Question de la salle : combien y aura-t-il d'ARS ?

Alain CORVEZ : pour le moment le projet de M. BALLADUR semble ajourné. Nous avons donc vingt-deux régions administratives soient vingt-deux ARS.

Question de la salle : prévoyez-vous des accords avec les industriels, sous la forme prix / volume ?

Alain CORVEZ : le niveau régional ne peut pas être coupé de la politique nationale. Nous pouvons faire preuve de pragmatisme au niveau local car nous sommes au plus près du concret mais nous devons tenir compte de la politique nationale. Sur un autre sujet, je voudrais insister sur la nécessité de travailler sur l'organisation avant de refondre les systèmes d'information à l'hôpital. En ville, il y a encore du travail à faire sur la visite médicale.

Question de la salle : quel sera le rôle des ARS dans le maillage sanitaire ? Quelle sera leur capacité de décision ?

Alain CORVEZ : la capacité décisionnaire des ARS est prévue dans les textes. La logique est celle des schémas SROS qui prévoient un maillage médico-social. Il y a bien sûr un débat qualitatif versus nombre de structures pour les hôpitaux. En médecine libérale, le principe retenu est celui de la liberté d'installation. Nous avons constaté que les mesures incitatives ne fonctionnent pas bien. Les infirmières ont fait un pas en acceptant des mesures « désincitatives ». Pour jouer la densification du territoire il faut opter pour la logique des réseaux, mais les médecins libéraux n'y sont pas prêts. Il faut donc travailler en projets plutôt qu'en organisations : favoriser la télémédecine et la pluridisciplinarité. C'est une qualité d'exercice moderne qui est à mettre en œuvre.