



LE CANCER FAIT MOINS DE VICTIMES

Au cours de ces vingt dernières années, le taux de mortalité pour cause de cancer aurait eu tendance à reculer, selon une étude que vient de publier l'Institut du cancer. **LIRE PAGE 15**

numéro

330 Mutuel

L'INFORMATION NUMÉRIQUE DES MUTUELLES DE FRANCE

MÉDICAMENTS : FAILLITE D'UN SYSTÈME

Le laboratoire Servier devra rendre des comptes devant les juridictions compétentes. Ce scandale ne pourra pas rester impuni. Cependant, la tentation est grande de faire de cet industriel,

hier décoré, aujourd'hui vilipendé par les mêmes, un bouc émissaire. C'est bien un système qui s'écroule et c'est ce système qu'il faut reconstruire selon d'autres principes. **LIRE PAGE 2**

DOSSIER : De qui doit dépendre la dépendance ?

La dépendance est-elle sur le chemin de la réforme ou bien objet et otage d'une agitation pré-électorale ? **LIRE PAGES 5-10**

LE DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL ARRIVE

Toujours annoncé, jamais arrivé, 2011 sera-t-elle l'année du DMP ? Le ministre de la santé reste toutefois prudent. **LIRE PAGE 14**

ACTUS



Un scandale sanitaire qui appelle une révision de la politique du médicament.

éditorial

Cordon sanitaire

Patrice Fort



En présentant ses vœux aux acteurs de santé, le chef de l'Etat a promis d'engager « une démarche de refondation en profondeur de notre politique du médicament. » Des décisions sont attendues pour le milieu de l'année. Cette fermeté et cette célérité suffiront-elles à effacer de nos mémoires le souvenir d'un Jacques Servier élevé au rang de Grand croix de la Légion d'honneur il y a tout juste deux ans ?

Quoi qu'il en soit de ces petites manœuvres de campagne électorale, nous pensons qu'il y a lieu de reconsidérer toute la chaîne du médicament, de sa mise sur le marché jusqu'aux conditions de sa surveillance pharmacologique. En disant cela nous ne sommes pas pour jeter le bébé avec l'eau du bain. Nous savons parfaitement que l'industrie pharmaceutique installée en France emploie 300 000 personnes et que ce secteur économique, très ren-

table pour ses actionnaires, cherche malgré tout à réduire ses effectifs. Mais nous savons aussi d'expérience que la volonté politique se renforce, au fil des ans, de demander aux patients et aux complémentaires, en jouant sur les niveaux de remboursement, de payer les conséquences d'une politique du médicament non seulement incohérente mais dangereuse pour la santé publique. Rien en effet, sur le fond, n'a changé dans l'encadrement

du médicament mis en place voilà une trentaine d'années. Certes depuis la création en 1978 de la commission AMM, des institutions nouvelles sont apparues comme l'Agence française de sécurité sanitaire ou encore, plus près de nous, la Haute autorité de santé, mais sans corriger la faute originelle de notre système qui autorise les laboratoires à être juge et partie. Le moment est venu de couper ce cordon qui n'a rien de sanitaire.

L'organisation bâtie il y a trente ans est au bout du rouleau.

LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT ET LA FAILLITE DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE

Le laboratoire Servier devra rendre des comptes devant les juridictions compétentes. La tentation est grande de faire de cet industriel, hier décoré, aujourd'hui vilipendé par les mêmes, un bouc émissaire. C'est bien un système qui s'écroule.

Pour éviter sans doute que le feu se propage dans toute la maison, le Leem, la branche patronale des industries du médicament, vient de décider de mettre sur la touche les représentants du laboratoire Servier. Ces derniers n'ont pas été virés du conseil d'administration mais simplement écartés provisoirement...pour leur permettre de mieux organiser leur défense ! Si l'étendue précise des responsabilités du laboratoire Servier devront être déterminées par les juridictions compétentes, il ne faudrait pas cependant que le fabricant du Médiateur serve de bouc émissaire. C'est toute une organisation qui a failli. La crise du modèle de sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé construit tout au long

de ces trente dernières années est désormais patente. Certes après celui de l'Igas d'autres rapports, notamment ceux rédigés par les parlementaires, aideront à mieux comprendre comment une telle faillite a été possible et pourquoi cette catastrophe sanitaire, parfaitement évitable, s'est produite. Comment des centaines de personnes, peut-être des milliers, ont-elles pu mourir rien que pour avoir pris un médicament prescrit et remboursé ? Aujourd'hui bien évidemment ce n'est plus une question. C'est désormais un acte d'accusation que dressent les familles des victimes, les personnes toujours exposées, mais également la société.

QUI VA INDEMNISER LES VICTIMES ?

Des mesures rapides et justes doivent être prises pour que toutes les victimes ou leurs ayants droits obtiennent une légitime réparation en faisant payer les principaux respon-

sables privés et publics. C'est bien une organisation sanitaire chargée de notre sûreté qui s'est avérée incapable de remplir sa mission, c'est bien l'Etat qui a failli dans son devoir de protection en faisant en sorte que le principe de précaution profite aux laboratoires pharmaceutiques plutôt qu'aux malades.

Des mesures rapides et structurelles doivent être prises pour sortir de cette situation d'insécurité sanitaire en tirant les leçons du rôle de toutes ces institutions, parfois de création récente, qui repliées sur leurs certitudes expertes et technocratiques, se sont montrées incapables d'empêcher cette catastrophe annoncée. Toute la chaîne du médicament depuis sa mise sur le marché, sa surveillance périodique jusqu'aux conditions d'utilité thérapeutique de son remboursement doit être reconsidérée.

Mariano Ortiz

COURRIEL



UNE RÉFONDATION DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT



« Nous allons engager une démarche de refondation en profondeur de notre politique du médicament. Il ne s'agit pas de mettre à bas tout ce qui a été construit en France depuis 20 ans en matière de sécurité sanitaire, d'accès à l'innovation, de gouvernance et de régulation du secteur du médicament. Mais dans le même temps, nous devons ensemble poser des questions fondamentales qui touchent tous les acteurs du médicament » a dit Nicolas Sarkozy, le 20 janvier 2011, en présentant ses vœux aux acteurs de santé.

L'ensemble des acteurs du médicament seront associés à cette « refondation ». Des décisions pourraient être prises dès le milieu de l'année, selon le chef de l'Etat.

SÉCURITÉ SANITAIRE L'AMM SUR LE BANC DES ACCUSÉS ?

LA RÉGULATION DU MÉDICAMENT QUI DEPUIS PLUS DE 30 ANS S'ARTICULE AUTOUR DE LA COMMISSION D'AMM PAIE AUJOURD'HUI LES CHOIX SUR LESQUELS S'EST CONSTRUIT NOTRE SYSTÈME. LE MODÈLE FRANÇAIS CONTRAIREMENT AU SYSTÈME AMÉRICAIN N'A PAS VOULU METTRE EN PLACE UN VÉRITABLE CORPS DE CONTRÔLEURS.

Chacun pense, sans doute, que le médicament a toujours eu besoin d'une autorisation délivrée par les services de l'Etat pour trouver sa place dans une pharmacie. En vérité, la situation que nous connaissons aujourd'hui est très récente. Elle date de la fin des années soixante-dix. Avant, c'est-à-dire depuis 1941, les médicaments devaient simplement obtenir un visa délivré par l'administration après un avis rendu par une commission composée de notables médicaux exerçant cette activité de contrôle tout à fait bénévolement.

LES CHOIX FAITS EN 1978

Les directives européennes de 1975 et la volonté réformatrice d'une ministre, Simone Veil, vont totalement changer la donne. Ce qui va se mettre en place, pour aboutir en 1978 à la création de la Commission d'autorisation de mise sur le marché (AMM), est un modèle d'expertise très particulier qui n'a rien à voir, par exemple, avec la Food and Drug Administration mise en place sous l'administration de Franklin Roosevelt. Aux Etats-Unis les experts sont des employés à temps plein de la FDA. Ce sont des agents fédéraux qui ne dépendent ni des laboratoires ni du système de santé. En France, un choix diamétralement opposé a été fait par la puissance publique de l'époque. Quand se met en place la Commission AMM au sein de

FICHE N°1

la direction de la pharmacie et du médicament, ce sont essentiellement des cliniciens et des pharmacologues travaillant dans des services hospitaliers qui sont appelés pour la composer.

C'est donc un modèle de contrôle externe qui se structure dès l'origine là ou par



exemple les Américains mais aussi les Allemands avec le Bfarm avaient privilégié un modèle de contrôle interne. Un contrôle interne, c'est à dire assuré par un corps d'agents fédéraux ou de fonctionnaires dédiés à cette unique tâche, est un rempart plus efficace contre les conflits d'intérêts.

DES CRITÈRES TRÈS PEU EXIGEANTS

L'autre biais structurel du contrôle sanitaire construit en France à la fin des années soixante-dix tient au fait qu'il suffit à un médicament pour obtenir son autorisation de mise sur le marché d'être aussi bon que le médicament de référence déjà présent dans la pharmacopée. Ce système comparatif très peu exigeant explique pourquoi pratiquement tous les dossiers qui arrivent en Commission AMM obtiennent leur autorisation et aussi pourquoi la pharmacopée se gonfle chaque année de médicaments qui n'apportent rien de mieux mais se contentent de faire aussi bien que les autres. Dans le jargon de la profession on les appelle des « moi aussi » (« mee too » en anglais de marketing). Depuis des années, certains militent pour que l'autorisation de mise sur le marché ne soit donnée qu'aux seuls médicaments qui apportent un réel progrès thérapeutique. Une idée de simple bon sens, si on considère que le médicament n'est pas une marchandise, mais un non sens économique si on juge comment le médicament est produit et vendu par l'industrie pharmaceutique.

RÉACTIONS :

FNMF. Pour le président de la Mutualité française, Etienne Caniard, le drame du Mediator « est le fruit d'un enchaînement de dysfonctionnements. Ces défaillances peuvent se reproduire à tout moment et tout l'enjeu est désormais de ne pas se retrouver dans une situation similaire. Le second enseignement est qu'il ne faut pas jeter l'opprobre sur l'ensemble des médicaments. Cette affaire risque de discréditer l'ensemble des spécialités pharmaceutiques et donc des produits indispensables à la santé des Français. Il faut distinguer les produits efficaces de ceux qui ne le sont pas et il est donc nécessaire que les pouvoirs publics fassent preuve d'une rigueur extrême en matière d'évaluation des médicaments, de règles de remboursement, de fixation des prix, de formation des médecins et d'information du public. »

LE LEEM. Le Leem (industries du médicament) a décidé de « suspendre la participation des laboratoires Servier au Leem. Cette décision est destinée à permettre aux entreprises du médicament d'engager sereinement des discussions avec les pouvoirs publics dans le cadre du chantier de refonte annoncé le 15 janvier 2011 par Xavier Bertrand. »



SÉCURITÉ SANITAIRE

FICHE N° 2

COMMENT FONCTIONNE NOTRE RÉSEAU DE PHARMACOVIGILANCE

NORMALEMENT QUAND UN MÉDICAMENT ARRIVE CHEZ LE PHARMACIEN. IL VA ÊTRE SURVEILLÉ DE PRÈS ET PENDANT LONGTEMPS POUR S'ASSURER QU'IL NE PROVOQUE PAS CHEZ LES PATIENTS UN EFFET INDÉSIRABLE. EN THÉORIE NOTRE RÉSEAU DE PHARMACOVIGILANCE EST IMPRESSIONNANT DANS SON ORGANISATION MAIS MOINS DANS SES RÉSULTATS. SOIT L'ALERTE N'EST PAS DONNÉE ASSEZ TÔT. SOIT LES EFFETS APPARAISSENT TRÈS TARDIVEMENT COMME AVEC LE DISTILBÈNE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

La différence, pour un médicament, entre des essais cliniques et la pharmacovigilance est la même que pour un moteur mis au point en atelier et ses performances réelles en situation de course. Autrement dit, un bon médicament dans les conditions normales de prescription peut se révéler dangereux. Alors comment faire pour éviter le pire ?

Dans son organisation, le réseau français de pharmacovigilance ressemble à une pyramide avec au sommet l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et à la base les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV). Ils sont installés dans les services de pharmacologie clinique des Centres hospitaliers universitaires. Leur mission est de recueillir, d'évaluer et d'étudier les déclarations qu'ils reçoivent des médecins, dentistes ou sages femme "ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament qu'il l'ait ou non prescrit" comme le stipule le Code de santé publique.

Les professionnels de santé jouent un rôle essentiel dans ce dispositif de vigilance et les centres régionaux de pharmacovigilance sont leurs seuls interlocuteurs et non les départements de pharmacovigilance des laboratoires pharmaceutiques. Les responsables de ces départements privés sont eux aussi dans l'obligation de déclarer aux CRPV les effets indésirables graves d'un médicament.

UNE BANQUE NATIONALE

Les CRPV sont tenus, quand ils ont pu établir un lien de causalité entre une maladie et la prise d'un médicament, d'adresser leurs observations à une Banque nationale de pharmacovigilance. Cette base de données abritée par l'Afssaps et reliée à l'Organisation mondiale de la santé, existe depuis 1985. En Europe, l'action des différents centres nationaux est coordonnée depuis 1995 par l'Agence



européenne du médicament (EMA) installée à Londres. Cette agence dispose également de sa propre base de données appelée Eudravigilance. On estime à environ 25 000 le nombre des nouvelles observations faites chaque année par les CRPV.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Toutes ces informations finissent par arriver devant la Commission nationale de pharmacovigilance dans laquelle on retrouve des représentants des CRPV, de l'Inserm, de l'Afssaps, des administrations sanitaires de l'Etat, des associations de malades des experts mais également des laboratoires pharmaceutiques. Cette présence est d'autant plus problématique que la Commission a pour mission de faire des recommandations à l'Afssaps et au Ministre de la santé, des recommandations qui peuvent aller jusqu'au retrait du médicament convaincu de provoquer des effets indésirables. Certes les comptes rendus de ces réunions sont disponibles et mises en ligne sur le site internet de l'Afssaps, et chaque procès verbal de réunion précise si un conflit d'intérêts a été ou non déclaré.

C'est bien là que se trouve le problème. Actuellement, c'est vrai en France comme cela l'est aussi pour l'OMS (voir notre dossier dans le numéro 327 de Mutuel), les conflits d'intérêts sont déclaratifs et donc il suffit pour les personnes concernées de ne pas les déclarer pour que le conflit d'intérêts n'apparaisse pas.



DE QUI DOIT DÉPENDRE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE ?

**Dossier réalisé
par Camille Placier**

Après la maladie, la vieillesse, la famille et les accidents du travail, la dépendance doit-elle rejoindre le giron de la Sécurité sociale ou bien faut-il inventer pour ce nouveau risque à la frontière du social et du médical de nouveaux lieux et de nouvelles règles de prise en charge et comment faudra-t-il les financer ?

LE RETOUR DE LA DÉPENDANCE DANS LE DÉBAT ÉLECTORAL

Le débat sur la dépendance sera lancé le 8 février prochain, en grandes pompes médiatiques, à l'occasion d'un colloque présidé par Nicolas Sarkozy. Les thèmes officiels du débat sont connus. Ils ont déjà été annoncés en décembre : « Société et vieillissement », « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance », « Accueil et accompagnement des personnes âgées », « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ». Ils seront débattus dans des groupes de travail qui commenceront à se réunir en février et au sein desquels on devrait trouver un représentant de la mutualité.

Ce n'est pas la première fois que la dépendance s'invite dans un débat présidentiel mais la troisième. Déjà en 1995, les principaux candidats avaient mis dans leur programme respectif la prise en charge de la dépendance. Et à peine élu, Jacques Chirac tint sa promesse de campagne puisqu'il chargea son Premier ministre, Alain Juppé, de mettre en place la Prestation spécifique dépendance. En juin 2001, à quelques mois de l'échéance présidentielle, l'Assemblée nationale vota la loi sur l'Allocation personnalisée d'autonomie présentée comme la quatrième grande réforme sociale de la mandature Jospin. En vérité, la question de la dépendance a fait son apparition dans le débat public il y a environ une trentaine d'années, quand en 1979 un rapport sénatorial de Maurice Arreckx utilisa pour la première fois dans le vocabulaire politique l'expression de « personne dépendante ». Et depuis trente ans, la question est remise sans cesse sur le métier de savoir si la dépendance doit être un nouveau risque logé soit dans une branche de sécurité sociale, vieillesse ou santé, soit dans une nouvelle institution de protections sociale, soit une

prestation gérée par les départements au titre de leurs compétences dans l'action sociale et la prise en charge des personnes âgées. Dans ses déclarations de campagne électorale comme dans ses propos plus récents, Nicolas Sarkozy semblait vouloir réactiver le débat sur le cinquième risque ou plutôt sur une cinquième branche de protection sociale, ce qui au passage n'est pas tout à fait la même chose. Mais en présentant ses vœux, le 20 janvier dernier, aux acteurs de santé, le Président de la République à resserrer sa préoccupation politique sur la question du financement. « Comment on finance ? Il faut des moyens supplémentaires. Est-ce que ça sera de l'assurance ? Est-ce que ça sera plus de travail ? Est-ce que ce seront des prélèvements ? »

UNE NOUVELLE BRANCHE DE SÉCURITÉ SOCIALE ...

Pour autant le débat sur le financement n'est pas étranger à celui de la gestion du risque dépendance. Au sein des collectivités territoriales ce débat reste ouvert. Ainsi pour l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas), il reste pertinent de créer un 5ème risque de sécurité sociale pour renforcer la prise en charge de la perte d'autonomie. Et l'Unccas considère que ce nouveau risque ne devant pas aggraver le déficit des quatre autres branches de la sécurité sociale, il devient pertinent d'en créer une cinquième.

En revanche, les Conseils généraux, regroupés désormais au sein de l'Assemblée des départements de France, veulent conserver la gestion de la dépendance et du handicap mais ils demandent de « véritables négociations avec le gouvernement sur le financement des trois allocations de solidarité nationale (APA, PCH, RSA) ». Du côté des caisses nationales de sécurité sociale, la MSA est toujours attachée à l'idée de créer un cinquième risque de sécurité sociale pour gérer la dépendance, mais le pragmatisme l'emportant, la MSA veut se montrer



consciente que la compétence confiée aux Conseils Généraux sur l'APA et la PCH ainsi que la création de la CNSA, ont sans doute défini un scénario de gestion du risque dépendance dont il faut désormais tenir compte.

... OU UN NOUVEAU RÔLE POUR LE CNSA

S'il devait y avoir une cinquième branche de protection sociale et non pas de sécurité sociale ce rôle pourrait être dévolu à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. C'est peu ou prou la préconisation que l'on retrouvait dans le rapport Gisserot de 2007. Toutefois ce que soutient l'Uniope est plus précis, puisqu'elle milite pour que la CNSA soit intégrée dans les institutions de la sécurité sociale.

Par ailleurs, pour la Mutualité française la dépendance est une question qui appelle des solutions innovantes. En tout état de cause, pour les Mutuelles de France cette cinquième branche doit être basée sur les mêmes principes que le reste de la sécurité sociale. Son financement doit être assis sur la totalité de la valeur ajoutée créée dans le pays. Les mutuelles doivent pouvoir intervenir en second niveau et sur une base solidaire et complémentaire du socle principal.

POURQUOI LA PRISE EN CHARGE DE L'APA EST INSUFFISANTE

L'allocation personnalisée pour l'autonomie, victime de son succès, va-t-elle conserver encore longtemps son caractère de prestation universelle ou bien les conditions de son attribution vont-elles radicalement changer pour être exclusivement réservée, à l'avenir, aux personnes les plus dépendantes ? Avec ce débat sur le devenir de l'APA se joue bien évidemment la conception de la prise en charge de la dépendance, ballotée sans cesse entre protection sociale et action sociale.

La principale aide publique universelle pour prendre en charge la dépendance est l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Mise en place en 2002, on peut aujourd'hui considérer qu'elle a terminé sa montée en charge. Elle concerne au 31 décembre 2009 selon la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 1,136 million de bénéficiaires (701 000 à domicile – 435 000 en établissement). Les dépenses totales d'APA ont dépassé les 5 milliards d'euros en 2009. La CNSA y concourt à hauteur de 1,5 mrd, mais selon une proportion qui n'a pas progressé depuis 2003, alors que les dépenses totales étaient alors à 3,3 mrd d'euros. Les départements doivent donc compenser la hausse, ce qui les a mis dans des situations financières difficiles, comme l'a expliqué le rapport Jamet sur les finances départementales en avril 2010.

DES RESTES À CHARGE ENCORE IMPORTANTS

Si la mise en place de l'APA a permis de réduire les restes à charge d'une personne dépendante, ceux-ci restent encore très importants. Les derniers chiffres disponibles sont issus du rapport Rosso Debord de juin 2010. Pour les personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile, « les coûts s'élèveraient en moyenne à 1 800 euros par mois alors que plus de la moitié des retraités touchent une pension mensuelle inférieure à 1000 euros et que le montant moyen des aides d'État est de 450 euros. »

Le prix moyen des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est plus difficile à calculer, dû aux grandes disparités territoriales et aux différents tarifs selon le niveau de dépendance. Le rapport Rosso Debord donnait les chiffres de restes à charge mensuels moyens d'un hébergement entre 2 200 euros en milieu rural et périurbain et 2 900 euros en milieu urbain, après prise en charge par l'APA et l'Assurance maladie au titre des soins. Ces coûts s'ajoutent de plus aux dépenses de santé non remboursées par l'Assurance maladie.

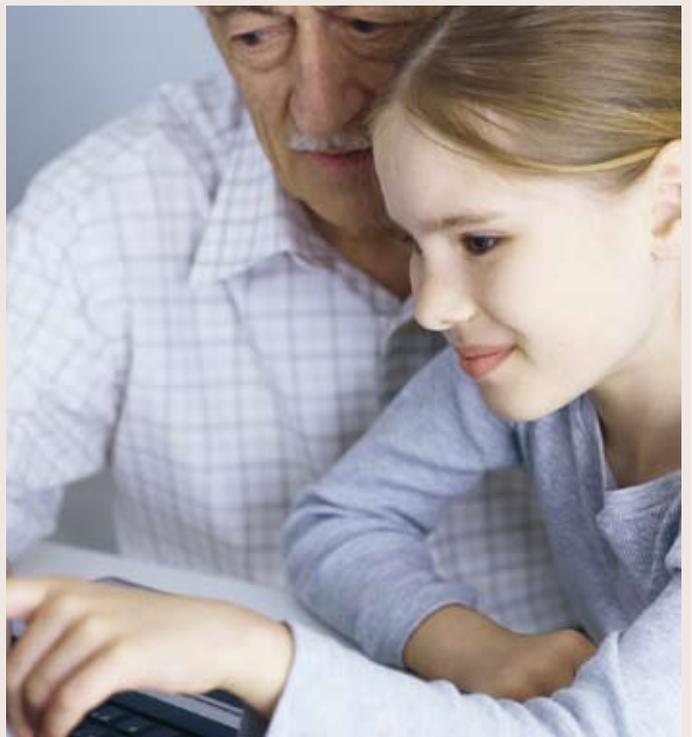
Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans son avis

d'avril 2010, estime à plus de 1 000 euros par an la dépense moyenne de frais de santé non couverte par l'assurance maladie des personnes de plus de 80 ans. Plus d'une personne sur deux de cet âge est pourtant prise en charge à 100 % au titre d'une ALD.

DES AIDES FISCALES QUI NE PROFITENT PAS AUX CLASSES MOYENNES

Bien que l'APA soit une prestation universelle, elle est indexée sur les niveaux de revenus. Elle est en moyenne de plus de 450 euros pour les personnes gagnant moins d'un Smic, et tombe à 50 euros pour les personnes gagnant plus de deux Smic et demi, selon le rapport Gisserot.

Elle est complétée par des réductions d'impôts et de taux de TVA sur certains équipements. Les personnes seules qui sont bénéficiaires de l'APA invalide peuvent ajouter une demi-part invalidité sur leurs fiches d'impôts. Ainsi au final, démontre le rapport Gisserot, « dans certains cas, les montants de l'aide globale accordée sont plus importantes pour les personnes de revenus élevés que pour les bas revenus. » L'aide globale se profile selon une courbe en U qui « est donc en défaveur des classes moyennes. »



MONTANT DE L'APA SELON LE DEGRÉ DE DÉPENDANCE (À DOMICILE, EN EUROS)

	Montant moyen	Montant maximal	Participation financière à la charge de la personne âgée
GIR 1	1 009	1 224	179
GIR 2	785	1 049	151
GIR 3	585	787	104
GIR 4	348	524	59
Ensemble	494	-	88

SOURCE : DREES JUIN 2009

POURQUOI L'ASSURANCE PRIVÉE DÉPENDANCE NE DÉCOLLE TOUJOURS PAS EN FRANCE

Si les assureurs aiment dire que la France est le deuxième marché mondial pour les contrats dépendance derrière les Etats-Unis, les montants collectés et les personnes bénéficiaires restent dérisoires comparés à ce que représente l'APA. Les contrats dépendance restent pour l'essentiel des produits qui sont beaucoup moins intéressants que des produits d'épargne comme l'assurance vie. C'est sans doute la raison pour laquelle certains groupes de pression pensent qu'il faudrait rendre obligatoire l'assurance dépendance.

Depuis la création du premier contrat dépendance en 1985 (« Saphir » d'Ag2r), le marché n'a pas connu de progression exponentielle. Si l'on ne prend que les contrats à garantie principale et complémentaire dépendance, dont on connaît les chiffres précis fournis par la FFSA et le Gema, 2,02 millions de personnes auraient souscrit un contrat dépendance en 2009 auprès d'un assureur privé. Elles étaient tout juste un million en 1999. Les chiffres seraient plus élevés si l'on ajoute les contrats santé-prévoyance auxquels a été ajoutée une garantie dépendance par des mutuelles ou des institutions de prévoyance, comme l'a fait la MGEN au 1er janvier 2010. On atteindrait alors environ 5 millions de personnes couvertes par une garantie dépendance, mais selon des contrats très variés.



En termes de prestations versées, toujours selon les chiffres de la FFSA, 14 300 personnes recevraient aujourd'hui une rente dépendance versée par un assureur, allant de 120 euros (pour la garantie de la MGEN), jusqu'à 1 942 euros pour les garanties les plus élevées. La FFSA établirait une moyenne des rentes versées de 522 euros. Par comparaison, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) concerne 1,136 million de bénéficiaires, pour un versement moyen de 494 euros en 2009 pour une personne dépendante à domicile. Ses dépenses totales ont dépassé les 5 milliards d'euros en 2009, tandis que les assureurs ont eux collecté 400 millions d'euros de primes au titre des garanties dépendance, et versé 127,7 millions d'euros de prestations.

DES PRODUITS MOINS ATTRACTIFS QUE L'ÉPARGNE

Le marché a connu la hausse la plus conséquente entre 2004 et 2005 (+14 %), qui serait attribuable selon la FFSA à une prise de conscience suite à la canicule. Mais depuis il ne progresserait que de 1 % par an en moyenne. Selon le rapport Gisserot (Igas, 2007) sur les perspectives financières de la dépendance, le marché ne s'est pas vraiment développé, car vu les caractéristiques actuelles des contrats dépendance, « l'intérêt pour les ménages d'une couverture assurantielle du risque est réduit par rapport à un mécanisme d'épargne ». En effet, les rentes moyennes versées ne permettent pas de couvrir la totalité des besoins en nature et aucun contrat dépendance ne propose

de prendre en charge directement les coûts de l'aide à domicile. Les produits classiques d'épargne et de prévoyance sont donc préférés par les ménages, en premier l'assurance vie. 41,8% des ménages possèdent en effet une assurance-vie, selon l'Insee. Ce taux passe à plus de 47% pour les 50-69 ans. Les flux de placement en assurance-vie ont eux dépassé les 100 milliards d'euros en 2006.

ET QUE FAIT LA CAISSE

D'ASSURANCE VIEILLESSE

Depuis sa création en 1967, la Cnav assure également des prestations d'action sociale, qui s'adressent actuellement à 350 000 retraités « en situation de fragilité économique ou sociale ». Les bénéficiaires sont ceux qui ne sont pas pris en charge par l'APA et les conseils généraux.

Le budget total de l'action sociale de la branche retraite était de 377 millions d'euros en 2008. L'essentiel de ses prestations (82 %) est constitué par l'aide ménagère à domicile. Les retraités bénéficiaires de l'action sociale peuvent recevoir jusqu'à 3 000 euros annuels de prestations, en échange d'une contribution financière proportionnelle aux revenus, allant de 10 à 40 % de l'aide.

TAXER LE PATRIMOINE : UN FINANCEMENT ÉQUITABLE ?

Mobiliser le patrimoine pour financer la dépendance est une idée défendue ici et là au prétexte que faire appel à la solidarité nationale pour payer les dépenses de la dépendance aussi bien des riches qui transmettent un patrimoine que des pauvres qui n'ont rien à léguer à leur descendance ne serait pas équitable. Mais quand on parle de patrimoine de quoi et de qui parle-t-on ?

Le poids de l'immobilier explique que le patrimoine des Français ait augmenté en moyenne de 7,6 % par an entre 1997 et 2007, d'après le rapport du Conseil des prélèvements obligatoires (Cour des Comptes 2009). Cette hausse, plus importante que lors de la décennie précédente où elle avait été de 2,3 %, vient d'abord de la montée du prix de la pierre. La résidence principale représente environ 40 % du patrimoine net privé des Français. 58 % des ménages sont propriétaires et le poids de la résidence principale est important pour toutes les catégories professionnelles, sauf les indépendants, et pour toutes les classes d'âge, sauf les moins de 25 ans. La seule exception se trouve chez les 1 % de redevables les plus aisés soumis à l'impôt sur la fortune pour qui, selon les chiffres de l'ISF, la part de leur résidence principale constitue moins de 5 % de leur patrimoine total.

Si la propriété de la résidence principale est pourtant plus importante dans d'autres pays, en Espagne par exemple, la société française se singularise davantage par sa tradition d'épargne que par sa propension à s'endetter.

Ainsi les Français sont dans le peloton de tête des épargnants selon l'OCDE, avec un

taux d'épargne égale à 10,7 % du revenu disponible en 2004 (voire plus de 16 %, selon un mode de calcul différent de

l'Insee), contre 5,6 en Grande Bretagne et 1,2 aux Etats-Unis. Cette épargne française est de plus restée majoritairement celle du « bon père de famille », constituée par des placements sécurisés (livrets, plan d'épargne...). Les valeurs mobilières (actions, compte-titres...) ne sont détenues que par un cinquième des ménages, en baisse depuis 2004 et la chute des indices boursiers. L'assurance vie a quant à elle progressé depuis dix ans : 41,8 % des Français en possèdent une en 2010, contre 34,6 % en 2004. Elle reste le produit le plus intéressant pour transmettre sa succession, avec une exonération de droits sur 150 000 euros. 60 % de ses détenteurs n'ont que des contrats d'assurance vie en euros, moins risqués que les contrats multisupports investis en partie en actions.

LES DISPARITÉS DU PATRIMOINE AUGMENTENT

Le rapport Gisserot sur les projections financières de la dépendance en 2025 concluait que « les générations qui seront dépendantes dans les 20 prochaines années sont globalement mieux dotées en patrimoine que les générations qui les ont précédées ou qui vont leur succéder. » Le patrimoine moyen des 50-54 ans (246 000 euros) d'aujourd'hui est deux fois plus élevé que celui des 85 ans et plus (119 000 euros).



EVOLUTION DU PATRIMOINE EN %

	1998	2004	2010
LIVRET D'ÉPARGNE	82,5	82,6	84,7
VALEURS MOBILIÈRES	21,2	24,2	19,3
ASSURANCE VIE	34,6	35,3	41,6
ÉPARGNE SALARIALE	12,7	16,7	15,1
RÉSIDENCE	53,3	55,7	58
PATRIMOINE IMMOBILIER	58,5	60,5	61,9

SOURCE INSEE

Mais si le patrimoine moyen des Français a augmenté, il est encore plus inégalement réparti que les revenus. 10 % des ménages les plus riches concentrent près de la moitié du patrimoine brut total des ménages. Ainsi, un plus grand nombre de personnes pourraient se retrouver en situation d'insolvabilité, particulièrement les femmes seules isolées, dit le rapport Gisserot.

LES DROITS DE SUCCESSION

Les successions et donations sont aujourd'hui faiblement taxées voire pas du tout. La dernière loi qui a allégé les droits de succession était la loi TEPA de 2007, dite « paquet fiscal », qui a supprimé les taxes lors de la succession au conjoint survivant et porté la défiscalisation de 50 000 à 150 000 euros par enfant. Or la succession moyenne en France s'élève à environ 100 000 euros. Avant la loi TEPA déjà, « seul un petit quart des successions donneraient lieu à perception de droits et près de 90 % des transmissions entre époux et 80 % en ligne directe ne donnent pas lieu à perception de droits », selon un rapport du Sénat de 2002. Les objectifs de la loi TEPA étaient que 95 % des ménages puissent bénéficier d'exonération sur les droits de succession, ce qui aurait coûté 2 milliards d'euros en 2008.

LA BRANCHE DÉPENDANCE ALLEMANDE : ÉTAT DES LIEUX

L'Allemagne a créé une cinquième branche de la sécurité sociale pour assurer le risque dépendance. 79 millions de personnes sont aujourd'hui couvertes, en grande majorité par les caisses publiques. Cette branche de la sécurité sociale est financée principalement par les employeurs, les salariés et les retraités. Elle verse des allocations aux personnes dépendantes, et offre un statut et un soutien aux aidants. Le système a toutefois déjà été plusieurs années déficitaire et la réforme de son financement fait toujours débat.

Souvent citée en exemple, l'Allemagne a en effet été le premier pays européen à créer en 1995 une branche de la sécurité sociale spécifique pour la dépendance. La « Pflegeversicherung », littéralement « l'assurance-soin » (une terminologie proche du « Care » anglo-saxon) est obligatoire et financée par une cotisation fixée en 2010 à 1,95 % du salaire brut, payée à part égal par le salarié et l'employeur et par la suppression d'un jour férié. Les retraités cotisent également, ce qui s'est traduit par une baisse de 1,95 % de leur pension. Les étudiants paient une cotisation forfaitaire de 9,98 euros par mois. Aucune barrière d'âge n'a été instaurée, mais une durée minimum de cotisation de deux ans pour bénéficier de prestations. La branche dépendance a été construite par une extension de la branche maladie. Les personnes affiliées à une caisse publique d'assurance maladie ont été inscrites d'office dans la branche dépendance de leur caisse. Les personnes ayant une assurance maladie privée ont l'obligation de souscrire une assurance dépendance. L'Allemagne a en effet la particularité de ne pas obliger les travailleurs indépendants et les personnes gagnant plus de 4 000 euros brut par mois à s'affilier au régime général. Actuellement 79 millions d'Allemands sont

assurés en dépendance, dont 70 millions par une caisse publique, sur une population de 82 millions d'habitants. 9 millions ont souscrit une couverture maladie et dépendance au premier euro chez un assureur.

DES PRESTATIONS QUI COUVRENT LA MOITIÉ DES DEPENSES

2,25 millions d'Allemands ont bénéficié en 2007 des prestations de l'assurance dépendance. Ils ont pu choisir de les recevoir soit en espèces soit en nature (les personnels de soins sont alors payés directement) ou de combiner les deux. Toutefois, même les prestations en nature sont limitées par plafond et donc assorties d'un reste à charge. L'assurance dépendance en Allemagne n'est donc pas une assurance intégrale. Elle continue d'être complétée par l'action sociale des collectivités locales pour les personnes les plus démunies et par des assurances complémentaires privées volontaires, qu'1,5 million d'Allemands auraient souscrit. Les montants de l'assurance dépendance allemande sont légèrement plus élevés que l'APA française. Les prestations sous forme de soins et de service ont été fixées en 2010 de 440 à 1 918 euros pour une personne à domicile, selon son état de dépendance, et de 1 023 à 1 825 euros pour une prise en charge en établissement.

ALLOCATION ET STATUT DE L'AIDANT

L'assurance dépendance allemande peut verser également des allocations aux aidants de 205 à 665 euros. Il est possible de combiner versement à l'aidant et à professionnel accompagnant. Un aidant bénéficie de formations gratuites et peut demander à être remplacé 4 semaines par an par un professionnel qui sera alors payé directement par l'assurance dépendance. Un « congé dépendance », jusqu'à 6 mois pour aider un proche, garantit aux salariés de retrouver leur emploi après. Enfin un



statut de l'aidant bénévole a été créé, qui leur fait bénéficier automatiquement d'une assurance vieillesse-invalidité et accident du travail. Le système a été construit pour encourager le maintien à domicile. Sur les 1,5 millions de personnes dépendantes suivies à domicile, 1 million le sont exclusivement par des aidants, qui ne touchent que l'allocation aidant, soit une économie importante pour la sécurité sociale. 700 000 personnes sont suivies en établissement, dont 55 % en Allemagne sont à but non lucratif et 6 % sont publics.

Cinq ans après sa création, la branche dépendance était déjà déficitaire. Plusieurs réformes ont été menées qui ont relevé le taux de cotisation pour la remettre à l'équilibre. Une majoration de 0,25 point à la charge des salariés sans enfant a également été introduite en 2005. Les dépenses de la branche dépendance ont dépassé les 20 milliards d'euros en 2008. Selon les prévisions démographiques, le taux de cotisation devrait passer à 3,4 % en 2030 et 5 % en 2045. Le débat sur le financement n'est pas clos en Allemagne, puisque des commissions parlementaires préconisent que la branche dépendance soit désormais financée par l'impôt, tandis que d'autres commissions proposent d'introduire une part de capitalisation.

QUELLE EST AUJOURD'HUI LA DOCTRINE DU MEDEF EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE ? ON SAIT QUE POUR LA PRÉSIDENTE DES PATRONS FRANÇAIS, LAURENCE PARISOT, UNE RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE EST URGENTE. ON SAIT ÉGALEMENT, APRÈS LA MISE EN LIGNE DE CE DOCUMENT PAR LE SITE MEDIAPART, QU'UN GROUPE DE TRAVAIL CONDUIT PAR JEAN-FRANÇOIS PILLIARD, A PRODUIT UNE SÉRIE DE PROPOSITIONS RASSEMBLÉES SOUS LE TITRE « CONFORTONS NOTRE SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE ».

Elles se résument à deux séries d'orientations parmi lesquelles aucune ne présente un caractère de nouveauté doctrinale. Les premières s'articulent autour de l'idée de confier aux complémentaires la gestion au premier euro des risques réputés « petits » ou « modérés ». En proposant cela, le groupe du Medef ne pense pas uniquement à la prise en charge de l'optique ou du dentaire, mais plutôt de « déplacer une partie des opérations de prévention et de suivi des facteurs de risque, notamment lorsque cela concerne des actifs, de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire ». Il s'agit pour les complémentaires de proposer à leurs adhérents davantage de services et de nouvelles prestations dans le champ de l'information, de la prévention, l'accompagnement voire l'aide à domicile.

LE CARE ET LE CURE

Selon la terminologie anglo-saxonne actuellement en vogue, il s'agirait que

CE QUE PROPOSE LE MEDEF POUR L'ASSURANCE MALADIE



l'assurance maladie se recentre sur le « cure », le traitement, tandis que les complémentaires se spécialiseraient dans le « care », c'est-à-dire dans l'accompagnement des personnes. Les secondes proposent plus traditionnellement de stabiliser voire même de réduire la contribution des employeurs et des salariés au financement de l'assurance maladie. La note du Medef recommande d'augmenter les prélèvements sur les retraités, d'augmenter la CSG, voire de créer une TVA sociale ou encore d'aligner les

cotisations des fonctionnaires sur celle des salariés.

RÉFLEXION GLOBALE

Dans cette note, et c'est peut-être un élément de nouveauté, le Medef reprend à son compte la crise de solidarité à laquelle se trouve confronté le pacte républicain fondateur du système de 1945. L'assurance maladie obligatoire « est aujourd'hui financée, lit-on dans ce document, à 90 % par les actifs et 10 % par les retraites alors que les prestations concernent 60 % des actifs et 40 % des retraites. Le

problème de la solidarité intergénérationnelle doit être analysé sous cet angle nouveau et en tenant compte des tendances à 10 ans (baisse des ressources des retraités, augmentation des dépenses de santé : RAC + mutuelle). C'est donc parce que l'évolution des prestations dans le temps corrobore la tendance à un fonctionnement solidaire qu'il faut en tirer les conséquences et engager une réflexion globale sur notre protection sociale.

VOIR LE SITE MEDIAPART

PAYS-BAS : QUI A FAIT LES FRAIS DE LA RÉFORME ?

LA MISE EN CONCURRENCE DES ASSUREURS PEUT-ELLE RÉGULER LE SYSTÈME DE SANTÉ, C'EST-À-DIRE PEUT-ELLE FAVORISER UNE RÉDUCTION DES DÉPENSES ? CEUX QUI LE PENSENT, COMME LE MEDEF À EN JUGER PAR LES DERNIÈRES PROPOSITIONS DE L'ORGANISATION PATRONALE, (VOIR EN PAGE 11) NOUS DONNENT SOUVENT EN EXEMPLE LES RÉFORMES INTRODUITES AUX PAYS BAS PRINCIPALEMENT DEPUIS 2006.

Quatre ans après, le bilan de ces réformes montre que ce sont les assurés qui ont porté l'essentiel de l'effort financier avec des contrats d'assurance dont le coût a été multiplié par trois et des frais de santé sur lesquels s'applique une franchise de 150 euros.

LA PRIVATISATION DE 2006

C'est en janvier 2006 que les Pays Bas confient entièrement aux assureurs privés l'assurance maladie, hormis la partie sur les soins les plus lourds (ALD, dépendance, handicap) avec l'objectif de réunir en un seul système la gestion des soins courants, jusqu'ici confiée à des caisses publiques et des assureurs privés selon des seuils de revenus, et surtout de freiner la progression des dépenses de santé.

Il est vrai que l'architecture

du système hollandais se prêtait bien à cette mise en concurrence des organismes gestionnaires. Le système d'assurance maladie est une fusée à trois étages.

Le premier, obligatoire, prend en charge le "risque lourd" (maladies chroniques, handicap, dépendance). Il est géré par une caisse spéciale de l'assurance publique (AWBZ) et les droits sont ouverts sans condition de revenus. Le deuxième étage, lui aussi obligatoire, s'occupe des soins courants. Les assurés qui ne dépassent pas un plafond de ressources (33 000 euros par an en 2005) sont pris en charge par l'équivalent de nos caisses d'assurance maladie et tous les autres, environ un tiers des Néerlandais, par des assureurs privés. Enfin le troisième étage est facultatif. Il prend en charge les dépenses de santé hors panier de soin (optique, dentaire, kiné...).

La réforme de 2006 s'est intéressée exclusivement au deuxième étage. Elle a supprimé la distinction entre gestionnaires publics et privés. Les Pays Bas avaient depuis longtemps le projet de réunir les deux systèmes, mais le consensus des partis politiques s'est fait autour de la privatisation de la partie publique, plutôt que de la nationalisation de la partie privée (après un lobby certain des assureurs qui refusaient cette solution).



Le projet dit Dekker avait proposé dès 1986 de supprimer la barrière entre caisses publiques et assureurs privés pour permettre aux personnes de choisir librement leur d'assureur. Si la réforme de 2006 n'est pas la réforme Dekker, elle s'en est largement inspirée. Les artisans de cette réforme ont quand même pris soin de mettre en place un système très régulé de primes et de prestations, afin que la concurrence entre assureurs ne conduise pas au dumping et au moins-disant

UNE LIBERTÉ ENCADRÉE

Les assureurs ne peuvent pas non plus sélectionner les risques ni refuser un adhérent. Un système complexe de péréquation des risques a donc été mis en place entre assureurs privés selon les caractéristiques sociales des personnes couvertes.

Le mode de financement du système de santé néerlandais continue de reposer sur trois sources : l'impôt, les cotisations sur le travail et les primes individuelles. Financièrement, la réforme de 2006 s'est traduite, pour la plupart des Néerlandais par une hausse importante de

leur prime individuelle, alors que les niveaux de l'impôt et des cotisations n'ont pas évolué. Selon les chiffres du Ministère de la Santé néerlandais, la prime moyenne annuelle par personne était de 1 100 € en 2006 contre 390 € pour les assurés qui, avant la réforme, relevaient d'une caisse publique d'assurance maladie.

L'EXPLOSION DES PRIMES

Les primes individuelles d'assurances privées sont en effet désormais forfaitaires et déconnectées du revenu. Pour aider les ménages modestes à payer ces primes devenues exorbitantes, des compensations fiscales ont été mises en place. Près d'un tiers des ménages néerlandais bénéficient d'une sorte de chèque santé.

Enfin, cette réforme a créé un nouveau problème de santé publique, car 250 000 personnes, soit 1,5 % de la population des Pays Bas n'a pas souscrit d'assurance santé, malgré l'obligation légale. Cette proportion pourrait à l'avenir augmenter avec la hausse annoncée des primes de santé.

+ SUR NOTRE SITE



REPÈRES

DROITS À LA SANTÉ L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT ET LA CMU DANS LE MÊME SAC ?

UNE PERSONNE IMMIGRÉE. SELON QU'ELLE RÉSIDE EN FRANCE AVEC UN TITRE DE SÉJOUR RÉGULIER OU NON. RELÈVERA AVEC LES MÊMES RESSOURCES. TANTÔT DE LA CMUC TANTÔT DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT. LA LOI EN INSTAURANT POUR L'AME UN TICKET D'ENTRÉE ANNUEL DE 30 EUROS RELANCE LE DÉBAT SUR L'OPPORTUNITÉ DE FONDRE LES DEUX DISPOSITIFS EN UN SEUL. MAIS QUI PAIERA ?

Toutes les associations étaient vent debout contre la réforme de l'Aide médicale d'État instaurant, dès le 1er janvier 2011, un droit d'entrée annuel de 30 euros. Le rapport de l'Igas*, établi par Alain Cordier et Frédéric Salas, considère que cette disposition ferait courir des risques sanitaires et en définitive coûterait plus chère qu'elle ne rapporterait. Cette position a bien évidemment réactivé une polémique qui, à dire vrai, ne s'était jamais éteinte.

TOUT POUR LE FONDS CMU ?

Les arguments donnés par les rapporteurs vont certainement encourager la revendication des associations qui réclament que l'AME soit gérée comme la CMUC. Le problème c'est que le Fonds CMU est désormais exclusivement financé par les complémentaires puisque l'Etat intervient uniquement comme garant. Sa participation financière n'ayant pas été supprimée mais ramenée, au terme d'une subtilité budgétaire, à zéro euro. On voit bien que la tentation est grande de faire prendre en charge par les formes privées de solidarité, assises essentiellement sur des prélèvements volontaires, ce qui relève traditionnellement de la solidarité nationale. Les populations visées sont non seulement les attributaires de l'AME mais également les millions de personnes allocataires des minimas sociaux. Pour ce qui est de la réforme de l'Aide médicale

d'Etat, les motivations poursuivies par les députés de la majorité sont en premier lieu idéologiques. Elles surfent sur l'idée fantasmagorique que des immigrés clandestins profiteraient de la générosité de notre système de protection sociale pour venir se faire soigner gratuitement en France. De ce point de vue, les rapporteurs de l'Igas ont fait un travail utile en rappelant les faits permettant de mesurer la distance qui sépare la réalité et le fantasme pour ne pas dire le préjugé xénophobe.

RAPPEL DE QUELQUES FAITS

En premier lieu, les bénéficiaires de l'AME sont dans huit cas sur dix des personnes qui n'ouvrent des droits que pour elles-mêmes. Les familles de six personnes et plus représentent moins de 0,5 % des ouvrants droits.

La consommation moyenne annuelle des 267 918 bénéficiaires de l'AME était de 2 014 euros en 2009 et de 1 803 euros en 2008, soit selon l'Igas une dépense de soins nettement inférieure à celle de la population générale.

L'évolution constatée des dépenses entre 2008 et 2009 (+13 %) ne s'explique pas par la seule croissance massive du nombre des bénéficiaires. Ainsi à Paris, où sont recensés avec la Seine-Saint-Denis la majorité des bénéficiaires de l'AME, le nombre des consommateurs était supérieur de 1 047 personnes au 2ème trimestre 2010 à ce qu'il était au 4ème trimestre 2009. Mais la dépense, quant à elle, avait diminué de 800 000 euros. En fait, comme on raisonne sur des effectifs relativement modestes, l'évolution des coûts, à la baisse ou à la hausse, est souvent heurtée. Ainsi pour les années 2008 et 2009, la progression des dépenses s'est concentrée sur un nombre restreint de patients. Pour reprendre une nouvelle fois l'exemple de Paris, 0,3 % des bénéficiaires ont engendré 18 % des dépenses annuelles engagées par la caisse primaire d'assurance maladie de la capitale. Pour l'Igas, cette évolution constatée des dépenses reflète également l'effort d'amélioration du contrôle des droits par les hôpitaux permettant une meilleure mise en recouvrement.

*Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'AME.

[TÉLÉCHARGER LE RAPPORT DE L'IGAS](#)

DÉPENSES ANNUELLES DE L'AME EN MILLIONS D'EUROS

ANNÉE	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BÉNÉFICIAIRES	154 971	189 284	202 396	194 615	202 503	215 763
DÉPENSE	422,5	377	458,8	469,7	476,5	540
ÉVOLUTION		-11 %	22 %	2 %	1 %	13 %

SOURCE DSS

A partir d'avril 2011, les patients pourront avoir accès à leur Dossier médical personnel sur Internet. Pour l'instant, seules les 5 régions expérimentatrices (Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie, Rhône-Alpes) pourront transformer leurs dossiers régionaux en DMP. Cette amorce est désormais possible parce que les réticences, voire les blocages qui jusqu'ici empêchaient le développement du Dossier médical personnel, sont tombés. C'est du moins le sentiment que les participants à la conférence annuelle de l'ASIP (Agence des systèmes d'information partagés) Santé, du 5 janvier dernier, ont cherché à donner.

Ainsi, le Collectif interassociatif sur la santé n'est plus contre le DMP. Son président, Christian Saout, considère que ses revendications ont été entendues. Il a en effet été arrêté que le DMP sera facultatif et non plus obligatoire. Les garanties d'un numéro d'identifiant national de santé (INS) différent du numéro Insee et du numéro de sécurité sociale ont également

L'ANNÉE DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

été obtenues. L'utilisateur contrôlera la totalité de son DMP. Il pourra le fermer définitivement, masquer des informations (résultats d'examen, imagerie médicale, suivi de posologie...) et surtout c'est lui qui désignera les professionnels de santé autorisés à consulter son DMP. Pour le moment, il semblerait que des problèmes techniques empêchent un assuré de désigner plus qu'un médecin « DMP traitant ». Ces données, conservées par un hébergeur de données de santé, seront, semble-t-il, suffisamment protégées. La Cnil, qui avait soulevé les insuffisances du dispositif en 2007, a désormais donné son autorisation en décembre 2010 pour sa généralisation. La question devra être néanmoins être reposée chaque fois qu'une nouvelle société sera choisie pour héberger le DMP.

EN ATTENDANT LES LOGICIELS

Actuellement, c'est le consortium Atos Worldline-Extelia-Santeos qui le 10 novembre 2010 a reçu l'agrément du ministère de la Santé pour une durée minimale de quatre ans. Selon le cahier des charges, le groupement dispose d'un délai de deux ans (2012) pour exécuter « la construction, la maintenance et l'exploitation d'un système national de gestion et d'hébergement » avec une capacité minimale de cinq millions de DMP dès son ouverture.

Les blocages techniques, soulevés principalement par les professionnels de santé, semblent aussi être en passe d'être levés,

grâce à la mise en compatibilité du DMP avec les logiciels métiers qui évitera une double saisie des informations. Ces logiciels « DMP compatibles » ne seront pas disponibles avant plusieurs mois en médecine de ville. Xavier Bertrand a ainsi promis que le DMP permettrait de « dégager du temps médical pour les professionnels ». Il faudra pour cela que notre système de santé soit capable de produire des documents numériques que tous les acteurs puissent s'échanger et consulter. Ce qui est loin d'être le cas actuellement.

LE SYNDROME DE LA COQUILLE VIDE

Selon plusieurs intervenants de cette conférence, notamment Christian Jacquinet, directeur général de l'ARS de Picardie, ce sont surtout les professionnels libéraux qu'il faudra convaincre de l'utilité du DMP. L'effort de pédagogie devra lever les doutes qu'il ne sera pas un outil de surveillance de la prescription médicale, même si le DMP ne sera pas censé contenir toutes les informations d'une consultation, mais seulement celles nécessaires à la coordination.

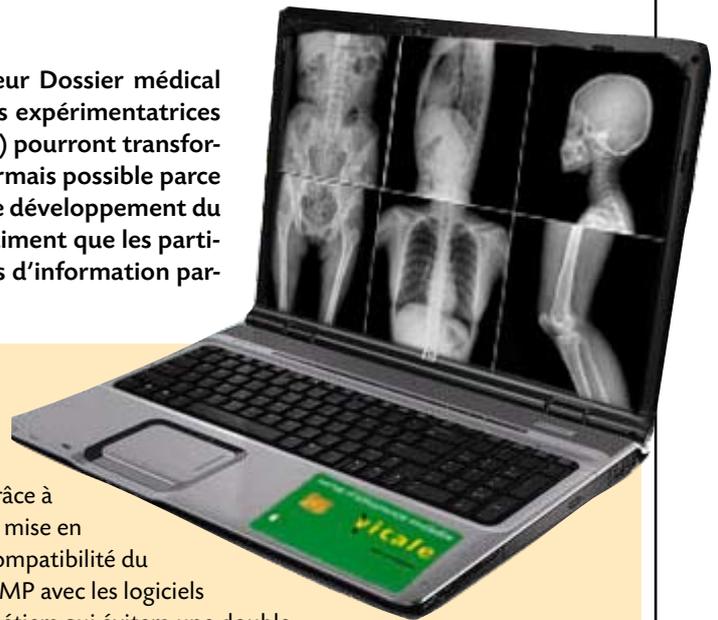
Mais plutôt que de pédagogie, il faudra être en mesure de remplir ce DMP, faute de quoi le dossier médical ne sera rien d'autre qu'une coquille numérique vide.

UN EURO PAR AN ET PAR DOSSIER

Son déploiement dépendra surtout de la mise en compatibilité des logiciels métiers des professionnels de santé. Actuellement trois logiciels sont déjà compatibles, et une centaine d'éditeurs devraient suivre.

Les professionnels de santé seront « accompagnés et sensibilisés pour faire évoluer leurs outils », a indiqué le Ministre de la Santé, sans préciser si un soutien financier serait mis en place, ni combien le projet coûterait au total.

Cependant lors du lancement de l'appel d'offre, en octobre 2009, la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, avait parlé d'un budget « de l'ordre de 90 millions d'euros » pour la montée en puissance du DMP. En vitesse de croisière le Consortium considère que le coût d'hébergement d'un DMP ne devrait pas dépasser 1 euro par an.





L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Selon les données de l'état de santé recueillies en 2009-2010, la situation de la population vivant en France reste globalement favorable. Cependant, des disparités sociales importantes sont notées pour de nombreux indicateurs de santé et ce, dès le plus jeune âge. Chez les adultes, les inégalités se maintiennent au cours de leur vie, témoignant d'un effet de long terme des conditions de vie associées aux catégories professionnelles sur la santé. On peut toutefois souligner l'intérêt de certains dispositifs, incitatifs ou réglementaires, pour la réduction des inégalités de santé. Etude disponible sur sante.gouv.fr

L'ÉTUDE DE LA DREES

INCA : LE CANCER FAIT MOINS DE VICTIMES

En moyenne, 147 851 décès par cancer dont 88 188 chez l'homme et 59 663 chez la femme ont été enregistrés chaque année en France au cours de la période 2003-2007. Le cancer représente ainsi la première cause de décès en France chez l'homme (32,9 % de l'ensemble des décès masculins) et la deuxième chez la femme (23,4 % de l'ensemble des décès féminins). Environ 71 % des décès par cancer enregistrés sur la période 2003-2007 surviennent chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les moins de 65 ans, les cancers responsables du plus grand nombre de décès sont les cancers du poumon chez l'homme (31,9 % des décès prématurés masculins) et les cancers du sein et du poumon chez la femme (respectivement 26,8 % et 15,4 % des décès prématurés féminins). Cependant, selon un rapport publié par l'INCA, la mortalité par cancer a connu d'importantes évolutions au cours des 20 dernières années, avec notamment un recul qui s'accroît dans la période



récente. Le taux de mortalité par cancer tous âges et toutes localisations confondus a diminué si l'on compare les périodes 1983-87 et 2003-07. Le taux masculin a ainsi baissé de 22 % passant de 208,7 à 162,6 décès pour 100 000 hommes avec une accélération de la baisse sur les dix dernières années. Le taux féminin a diminué de manière moins importante (-14 %) passant de 92,8 à 79,9 décès pour 100 000 femmes.

Rapport disponible sur e-cancer.fr

LE RAPPORT EN LIGNE

LES HÔPITAUX PUBLICS TRÈS ENDETTÉS

Selon la DREES, La situation économique et financière des hôpitaux publics s'améliore en 2008. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 486 millions d'euros en 2007 à 345 millions d'euros en 2008 grâce à une progression des produits (+5,4 %) plus forte que celle des charges (+5,1 %). Le déficit représente 0,6 % des produits perçus par les établissements publics de santé. D'après les premières estimations, le déficit continuerait de diminuer en 2009 pour s'établir à 200 millions d'euros, soit 0,3 % des produits. Toutefois, bien que la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé progresse en 2008, l'endettement continue de croître à un rythme régulier. Le niveau d'endettement atteint 43 % en 2008. Etude disponible sur sante.gouv.fr

L'ÉTUDE EN LIGNE



Mutuel l'Opinion Mutualiste.
3-5, rue de Vincennes.
93108 Montreuil Cedex.
Édité par la FMF
Rédacteur en chef :
Mariano Ortiz.
Rédaction :
Camille Placier.
Conception : Mariano Ortiz.
Commission paritaire : n° 52544.

abonnez-vous
par e-mail
← click ici →