



## **Seul le prononcé fait foi**

**Discours de Nora BERRA  
Secrétaire d'Etat chargée de la Santé**

à l'occasion de  
**l'Ouverture du Forum Economie Santé :  
Les Echos  
Palais des congrès  
Mercredi 16 novembre 2011**

Mesdames et Messieurs les Députés et les Sénateurs,  
Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des ARS,  
Mesdames et Messieurs les directeurs des Hôpitaux,  
Messieurs les Présidents de l'Ordre national des médecins et  
des infirmiers,  
Monsieur le Délégué Général de la FEHAP,  
Monsieur le Président de la FHP,  
Madame la Présidente de la FNEHAD,

Monsieur le Président des maisons et pôles de santé,  
Mesdames et Messieurs,

Je suis particulièrement heureuse d'être parmi vous ce matin à l'occasion de ce forum économie et santé, dont je félicite les Echos d'avoir pris l'initiative. Il intervient effectivement dans un contexte historique, alors que le Gouvernement se mobilise pour pérenniser et améliorer notre système de santé, en affrontant une crise économique sans précédent depuis 1945. Les questions dont vous allez débattre ce matin sont au cœur des préoccupations du Gouvernement :

- qu'il s'agisse des nécessaires plans d'actions globales en matière de santé,
- de l'amélioration de l'offre de soins dans les établissements de santé, tout en maîtrisant les dépenses,
- de la contribution de la médecine libérale aux objectifs de santé publique.

Comme vous le savez, la ligne directrice du Gouvernement pour le système de santé dans les années à

venir, c'est de maîtriser les dépenses tout en maintenant un haut niveau de prise en charge.

C'est un combat difficile, nous sommes arrivés à le faire ! C'est la remarquable conclusion issue des comptes de la santé : d'un côté, l'ONDAM est respecté depuis 2 ans. De l'autre, le reste à charge diminue depuis trois ans, comme le font apparaître les comptes de la santé de septembre 2011.

## ***1. Sur le champ du médicament***

Pour ce qui concerne le champ du médicament, l'approche du Gouvernement est celle précisée par le HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) dans son rapport de 2009 : **c'est viser l'amélioration de la qualité des prescriptions pour parvenir à réaliser des économies**, en s'appuyant d'ailleurs sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

C'est précisément le principe de **la démarche de la maîtrise médicalisée** qui permet entre 400M€ et 500M€ d'économie chaque année, notamment par une amélioration

des prescriptions (iatrogénie chez les personnes âgées, antibiotiques, avec les campagnes d'information médico-économiques de l'assurance maladie...etc).

La rémunération à la performance, qui a été généralisée dans la convention médicale signée en juillet dernier, s'inscrit précisément dans cette logique de **rechercher d'abord la qualité pour obtenir ensuite des économies**. C'est pour cela que cette rémunération à la performance s'appuie sur des objectifs de bonnes pratiques et de santé publique, tels que l'optimisation des prescriptions.

L'affaire Médiator a par ailleurs montré la nécessité de bases institutionnelles saines, pour pouvoir garantir la qualité de la prise en charge et pour **avoir une évaluation médicale et une évaluation médico-économique fiables, transparentes et indépendantes**. C'est ce que nous avons fait dans le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Je viens donc d'exposer le principe de la maîtrise médicalisée.

S’agissant des économies directes sur les produits de santé, l’industrie pharmaceutique est chaque année mise à contribution pour des économies supplémentaires dans le cadre de l’ONDAM. Cette année, elle contribuera pour près d’1,5Md€ sur des moindres dépenses et des recettes supplémentaires.

Nous recevons souvent la critique d’un prix élevé du médicament en France. J’estime que nous avons un mécanisme efficace : les négociations conventionnelles entre entreprises des produits de santé et le comité économique des produits de santé, le CEPS, permettent, d’une part, de maîtriser l’évolution des dépenses de produits de santé à un niveau compatible avec l’ONDAM, et d’autre part, de maintenir une économie viable pour ces entreprises en France. Et si les prix sont facialement plus élevés que dans d’autres pays, c’est parce qu’on ne prend pas en compte les remises de tarifs que négocie le CEPS, et qui représentent environ 300M€ par an, qui s’ajoutent aux baisses de prix, qui elles représenteront en 2012 près d’un milliard d’euros. C’est grâce à cette politique conventionnelle, et non unilatérale, que nous pouvons maintenir une innovation et des progrès dans la

recherche. C'est grâce à notre gestion dynamique des prix, avec des baisses de prix et des déremboursements lorsque le produit a pas un SMR insuffisant, que nous pouvons nous permettre de traiter les assurés avec les meilleures thérapeutiques, même si elles sont très coûteuses.

**Le meilleur soin accessible à tous, c'est le credo que nous entendons faire perdurer.**

## ***2. Sur le champ des établissements de santé***

Cette même logique de maîtrise des dépenses pour maintenir un haut niveau de prise en charge, et cette philosophie de qualité des soins doivent également valoir dans le champ de nos établissements de santé. Vous le savez, Mesdames et Messieurs : étant donné l'inévitable complexité de l'offre de soins hospitalière, qui est l'illustration du progrès, les établissements de santé sont des paquebots, qui ont beaucoup d'inertie, et qui ont besoin d'être manœuvrés avec beaucoup de progressivité, de continuité, et de lisibilité.

Améliorer leur efficience, à la fois dans leur prise en charge et dans leur organisation, est un impératif pour la soutenabilité de notre système de soins. C'est précisément ce qu'a entrepris le Gouvernement depuis quelques années :

- la loi HPST a entrepris de réformer la gouvernance de l'hôpital pour pouvoir piloter au sein des établissements de santé ces changements,

- elle est également à l'origine de la création de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et médico-sociaux (ANAP), qui, sur la base de ses contrats de performance, intervient sur l'ensemble du champ de ces établissements : en matière d'organisation, d'achats, de personnels.

**Pour ce qui concerne l'organisation** proprement dite, je citerais l'initiative du gouvernement dans le projet de loi actuellement débattu d'introduire progressivement l'efficience dans le pilotage des établissements. Ainsi, il est proposé de fixer dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), des objectifs sur des indicateurs de performance qui concernent le taux d'occupation des salles d'IRM, des

scanners, des blocs opératoires, mais aussi la durée moyenne des séjours, avec un mécanisme incitatif, pour atteindre les objectifs fixés de manière contractuelle avec l'ARS.

**Pour ce qui concerne les achats**, qui représentent une dépense annuelle de 18Md€, soit le deuxième poste de dépenses de l'hôpital après le personnel, les contrats de performance de l'ANAP vont permettre également une mutualisation et une optimisation des achats. Ainsi, pour 2012, ce sont 150 millions d'euros d'économie que nous prévoyons déjà !

**C'est donc beaucoup par l'accompagnement continu de l'hôpital qu'on parvient à améliorer son efficience.** Mais il nous faut pour cela de la patience, de la persévérence, et du courage politique.

**Enfin, des efforts plus structurels** sont faits **par le biais de la tarification à l'activité et de la convergence intersectorielle entre établissements de santé publics et privés.** C'est un facteur d'émulation sur des champs d'activités comparables entre les acteurs publics et les acteurs

privés. Il nous faut poursuivre ces efforts avec progressivité et parcimonie.

### *3. Avec les professionnels de santé*

D'ici 2017, nous devrons enfin relever le défi démographique, question que vous allez aborder dans la troisième table ronde de cette matinée.

S'agissant des médecins, il s'agit d'un problème de déficit de l'offre dans certaines zones sous-denses. Le Gouvernement privilégie l'approche incitative.

Comme vous le savez, les partenaires conventionnels sont parvenus à des propositions concrètes (« option démographie », « option santé solidarité » de la convention de juillet dernier).

Et le gouvernement développe de nouveaux dispositifs, comme les contrats d'engagement de service public notamment, que j'ai soutenus personnellement, pour fidéliser les étudiants en médecine à leur région de formation.

S’agissant des autres professions de santé, les problèmes démographiques sont davantage liés à une surdensité de l’offre dans certains territoires : il s’agit par exemple des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes, dont la surdensité se traduit par une surconsommation de soins, nuisible à la performance du système de santé.

Là encore, le gouvernement privilégie la voie conventionnelle. Tous s’y sont engagés: les infirmiers libéraux ont été les premiers à le faire, suivis par les masseurs kinésithérapeutes récemment.

**Surtout, d’ici à 2017, nous aurons réalisé une évolution majeure des modes d’exercices :**

- qu’il s’agisse d’exercices pluridisciplinaires basées sur les maisons de santé pluriprofessionnelles, pour la médecine de premier recours ;
- qu’il s’agisse de rémunérations forfaitaires à l’acte pour le pharmacien, pour le suivi des

- patients chroniques ou du calendrier de vaccination ;
- des compétences accrues pour les infirmières qui mettent en œuvre pleinement le fruit de leurs études.

\* \* \*

Mesdames et Messieurs,

Nous savons aujourd’hui que le seul moyen de maintenir les fondamentaux de notre système de santé solidaire, issus de la Libération en 1945, c'est, comme je vous l'ai dit, **de maîtriser les dépenses, en améliorant la qualité.**

C'est ainsi, et seulement ainsi, que nous assurerons la soutenabilité, et donc la pérennité de notre système de santé, avec un haut niveau de prise en charge. Je vous souhaite de fructueux débats, et attends avec attention votre contribution, qui intervient à un moment historique pour notre pays.