

7 millions de patients à domicile

Le soin à domicile : bénéfice patient, bénéfice collectif

Introduction

Frédéric BIFFAUD
Président d'APPAMED

Chaque jour, près de 7 millions de patients sont soignés, le plus souvent à domicile, avec les produits fabriqués par les 60 membres d'APPAMED. Personnes âgées atteintes d'escarres ou d'ulcères variqueux, grands brûlés, diabétiques, traumatisés sportifs, malades sortants de l'hôpital utilisent les produits sortis de nos entreprises et distribués par les circuits spécialisés. Il s'agit des pansements, des stylos injecteurs, des produits d'orthopédie ou de contention. L'ensemble de ces dispositifs dont le caractère de première nécessité n'est plus à démontrer voient leur prise en charge par l'assurance maladie menacée par la recherche systématique d'économies. C'est donc au cœur de la tourmente que se déroule cette année notre assemblée générale. Si cette situation ne nous surprend pas, elle nous inquiète car elle annonce de nombreuses remises en question.

Tous les acteurs d'APPAMED sont concernés. Nous nous souvenons que, lors de notre dernière assemblée générale, nous avons déjà eu à réfléchir, dans l'urgence, aux réponses à apporter à une première attaque sur les compresses.

La réforme de l'assurance maladie contenue dans la loi du 13 août 2004 n'est qu'un début et nous avons pu constater rapidement qu'elle annonçait d'autres mesures. Le plan de baisse de remboursement des produits de pansement, de traitement du diabète et des escarres n'est qu'un des premiers dégâts collatéraux de cette loi.

Sans préjuger du résultat des négociations dans lesquelles nous sommes engagés, nous sommes particulièrement inquiets face à l'attaque frontale subie par le secteur du soin à domicile. Le choix de notre débat d'aujourd'hui, éclairé par des approches sociologiques, politiques, médico-économiques et professionnelles, est particulièrement prémonitoire. Il serait inconcevable qu'un concept plébiscité par les patients ainsi que par les pouvoirs publics, pour désengorger les hôpitaux, se trouve aujourd'hui relégué au rang de variable d'ajustement. Cela conduirait à créer de fausses économies et à atteindre socialement les personnes les plus fragiles en augmentant leur participation tout en baissant la qualité des soins.

Il n'est pas question de dramatiser la situation, mais nous devons faire savoir aux pouvoirs publics qu'il s'agit non seulement d'un mauvais coup porté à nos entreprises mais surtout d'une remise en cause de la reconnaissance de l'utilité sociale et sanitaire du soin à domicile, dont la prise en charge équitable doit être un objectif prioritaire.

Nous comptons sur cette rencontre pour élaborer les fondations du forum de la continuité des soins, que nous souhaitons organiser dans les prochains mois et qui rassemblera les acteurs de

ce que nous considérons comme le vecteur d'économies le plus significatif des prochaines années : le soin à domicile.

Table ronde

Participaient à la table ronde :

*Bernard ENNUYER, Docteur en sociologie et Directeur d'un service de maintien à domicile
Yannick GARCIA, Secrétaire national de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) et Directeur d'un service d'Hospitalisation à Domicile
Nadine HESNART, infirmière dans l'Eure, Présidente de la Fédération Nationale des Infirmières
Professeur Jean de KERVASDOUE, Economiste, Professeur au Conservatoire Nationale des Arts et Métiers (CNAM), ancien Directeur des Hôpitaux*

La table ronde était animée par Antoine BOULAY, Directeur Associé du cabinet Tilder

Antoine BOULAY

J'aimerais que Bernard Ennuyer pose les bases de notre débat.

Bernard ENNUYER

En matière d'hôpital, on distingue trois époques. La première est l'âge de la charité, avec les hôtels-Dieu, jusqu'au XVI^{ème} siècle. La deuxième est l'âge de la bienfaisance, avec les hospices. L'âge des soins, enfin, débute au XX^{ème} siècle. L'hôpital a toujours eu une position singulière et paradoxale, d'accueil et de mise à distance. Il a souvent été sa propre référence. Si l'on a construit les hôpitaux en dehors des villes, c'est parce qu'on souhaitait éloigner certaines catégories de personnes : les infirmes, les malades mais aussi les vagabonds qui dérangent l'ordre social. Je vous renvoie au texte de Michel Foucault sur « le grand enfermement », consacré à l'hôpital général de Louis XIV.

Le domicile recouvre des notions différentes : on peut être chez soi ailleurs qu'à son domicile. Au-delà du domicile, on peut s'interroger sur la place des personnes lorsqu'ils sont à l'hôpital ou en maison de retraite. Lorsqu'une personne est chez elle, elle n'est pas nécessairement sujet de sa vie. Elle peut également être le sujet du personnel qui intervient à son domicile. En outre, je considère que nous n'avons pas les moyens de permettre aux gens de choisir leur lieu de vie.

Enfin, la fonction de soin recouvre une fonction technique et une fonction éthique qu'on ne saurait séparer.

Antoine BOULAY

Nadine Hesnard, comment percevez-vous la place du domicile dans le parcours thérapeutique du patient ?

Nadine HESNART

Je représente des infirmières qui n'exercent qu'au domicile des malades. Nous soignons de nombreux patients chaque jour : nous sommes 50.000 infirmières et nous traitons en moyenne 30 patients par jour. 65 % des soins consistent en des pansements, des perfusions, des chimiothérapies et des soins de fin de vie. Nous prenons maintenant en charge des malades qui sortent des hôpitaux plus rapidement qu'auparavant. Nous utilisons quantité de produits que les membres de l'APPAMED commercialisent. Par ailleurs, si les infirmières ne prescrivent pas directement ces produits, les médecins sont sensibles à leurs préconisations.

Antoine BOULAY

Yannick Garcia, comment vous situez-vous dans cette continuité entre hôpital et domicile ?

Yannick GARCIA

L'hospitalisation à domicile est le maillon d'une chaîne de soins. Ce maillon a pour mission de coordonner l'ensemble du dispositif social, médico-social et sanitaire de façon à ce que le malade soit pris en charge dans sa globalité. Nous mettons en œuvre les moyens techniques et les équipements permettant aux malades d'être maintenus à leur domicile et nous essayons de guider les patients dans leur parcours de santé. Sans nous, les malades dont nous nous occupons resteraient à l'hôpital.

L'objectif est de permettre à l'hôpital d'optimiser l'utilisation de ses structures de façon à ce que les investissements lourds qui sont réalisés répondent aux besoins de la population. Il s'agit de répondre aux besoins existants et futurs avec les équipements sanitaires dont nous disposons. Dans cette réflexion, il nous faut prendre en compte le vieillissement de notre population et l'apparition de nouvelles pathologies et de nouveaux handicaps. Enfin, l'hospitalisation à domicile essaie de construire une prise en charge pour que le parcours de santé du malade soit organisé et qu'il n'ait pas à souffrir de la segmentation entre les services sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Antoine BOULAY

Il se dégage de vos interventions que si les soins à domicile sont essentiels, les politiques nécessaires pour en permettre le développement ne sont pas mises en œuvre.

Jean de KERVASDOUE

En effet, je me demande pourquoi les soins à domicile se développent si peu alors que les hôpitaux sont des endroits souvent dangereux, toujours chers et souvent inefficaces !

1. Les périmètres du sanitaire et du social

Le premier obstacle que rencontrent les soins à domicile est la séparation entre le sanitaire et le social. Le problème de l'assurance maladie est d'expliquer que les malades sont vieux. Celui des départements est d'expliquer que les vieux sont malades. En effet, selon que le patient est prioritairement vieux ou malade, ce n'est pas le même budget qui est sollicité. Je rappelle que la branche maladie a été créée en 1945 pour rembourser les indemnités journalières des personnes

qui travaillaient. C'est seulement en 1958 que le remboursement des indemnités journalières est devenu inférieur au remboursement des soins.

Ces réflexions conduisent à s'interroger et à débattre sur les questions suivantes : que signifie être vieux ? être dépendant ? quel est le rôle de la famille ? quel est le rôle de la collectivité ? En la matière, la réforme japonaise me semble intéressante : le Japon a mis en place un dispositif prenant en charge les personnes à domicile, en ne finançant pas les personnes elles-mêmes, mais les services. Bien entendu, ce sujet soulève des questions humaines, politiques, philosophiques et financières.

2. Une offre inégale

La loi de 1975, suivie de la loi de 1983, a conduit à une offre très inégale dans la prise en charge des personnes âgées et des handicapés. Paris est particulièrement mal loti, avec quinze fois moins de places pour les handicapés dans des structures spécialisées que le département le mieux équipé, et sept fois moins que la moyenne nationale.

En France, on rembourse systématiquement les produits et les actes, alors qu'il ne faudrait le faire que sous certaines conditions. Par exemple, il conviendrait de rembourser la vitamine C en cas de scorbut puisque, dans ce cas, c'est le seul médicament efficace. Ce n'est donc pas du remboursement de la vitamine C dont il faut débattre, mais des conditions de son remboursement. Cette question rejoint les problèmes de fraude.

3. Le paiement à l'acte

La notion de paiement à l'acte liée à l'hospitalisation à domicile est à mon avis sans avenir. De plus, c'est une des raisons pour lesquelles l'hospitalisation à domicile se développe peu. En la matière, je déplore que Messieurs Mattei et Douste-Blazy aient supprimé les rares mesures de contrôle confiées aux médecins-conseils de l'assurance-maladie : certaines organisations de soin à domicile ont une réputation sulfureuse, en raison des abus qu'elles commettent. Une des raisons pour lesquelles les hauts fonctionnaires de l'assurance maladie ne souhaitent pas que se développe l'hospitalisation à domicile est qu'ils estiment qu'elle doit s'accompagner d'un dispositif de contrôle fiable et qu'un système de forfait pour les médecins et les infirmières doit se substituer au système de paiement à l'acte.

4. La fongibilité des enveloppes

L'objectif national défendu par le Parlement se décompose en plusieurs parties. Même au sein du champ de l'hospitalisation, il existe plusieurs enveloppes. Alors qu'il faudrait harmoniser les soins médicaux et les services à la personne, on constate aujourd'hui que les logiques sont différentes et que les budgets et les responsabilités sont éclatés.

L'une des réformes dont je suis à l'origine – et dont je suis fier – a consisté à fusionner les hôpitaux et les secteurs psychiatriques. La psychiatrie est, en France, le seul domaine où des réseaux de soins existent. On comptait 1 600 malades à l'hôpital psychiatrique de Villejuif en 1985 ; ils ne sont plus que 400 aujourd'hui grâce aux systèmes de prise en charge à domicile.

J'estime que le développement de l'hospitalisation à domicile est lié à la création d'une agence nationale de santé et à l'existence d'un budget commun à l'hôpital et à la ville. Dans ces conditions, le réseau de soins s'assurera au nom du malade qu'il est bien là où il doit être.

5. L'avenir

Depuis les années 70, les populations occidentales ont gagné douze ans d'espérance de vie, alors que cette même espérance n'avait pas évolué entre l'Empire romain et Napoléon. Le vieillissement de la génération du baby-boom va entraîner une double révolution, du fait de la modification de la démographie médicale qu'elle implique. Nous allons assister à une substitution entre la profession médicale et les autres professions du secteur de la santé. Par ailleurs, nous transférerons nos déficits aux générations futures, ce que j'estime scandaleux. En effet, la réforme du Ministre Douste-Blazy a pour objet de transférer 55 milliards d'euros, c'est-à-dire une année d'impôts sur le revenu, aux personnes qui travailleront dans les années 2015 à 2024.

En matière de qualité, il est évident que les infections nosocomiales ne disparaîtront pas et l'un des moyens d'éviter ces infections est de prendre en charge les malades ailleurs qu'à l'hôpital.

Enfin, l'aspect humain et l'aspect social d'une prise en charge à domicile me semblent primordiaux pour les personnes atteintes de pathologies à long terme.

Antoine BOULAY

Votre intervention a mis en évidence que le soin à domicile ne sera promu par les pouvoirs publics que sous la triple contrainte de la démographie générale et médicale, du coût et de l'organisation sociale du soin.

Débat

Docteur Luc TEOT

Je suis Président de plusieurs groupes qui travaillent sur le sujet de la cicatrisation. Nous faisons la promotion des soins à domicile en cherchant des solutions techniquement et socialement acceptables. Certains patients sont trop « techniques » pour pouvoir rentrer à domicile mais pas assez « rentables » pour rester à l'hôpital. J'estime qu'il faudrait réfléchir à la troisième voie que représentent les centres de cicatrisation qui existent dans de nombreux autres pays européens. Pour les professionnels de la plaie que je représente, la réflexion est essentiellement d'ordre technique. Nous disposons de solutions pour ces patients. Ces solutions sont certes onéreuses, mais moins que ne l'est le maintien à l'hôpital.

Dans le débat entre les professionnels du pansement et les politiques, deux points me paraissent importants. D'une part, l'organisation des budgets et des enveloppes manque de cohérence et est improductive. En raison de la segmentation des budgets et des caisses, un patient paraplégique ne pourra être pris en charge à domicile alors que le coût de son maintien en hôpital est globalement très supérieur. D'autre part, les techniques à domicile ont fait l'objet d'incohérences. Il existe en effet un problème de formation sur les nouvelles techniques et les nouveaux pansements disponibles.

Antoine BOULAY

J'ajoute que ces nouveaux pansements peuvent avoir un impact économique lorsque, par exemple, ils ne demandent à être changés que tous les trois jours. Il me semble que les prescripteurs aussi devraient bénéficier de formations sur ces nouveaux produits.

Nadine HESNART

Nous souhaiterions en effet que les visiteurs médicaux informent les médecins des modalités de prescription de ces nouveaux produits. En ce qui concerne les évolutions techniques, les infirmières sont, bien entendu, très demandeuses de formations. J'ajoute que l'offre pléthorique et la concurrence entre les laboratoires nuisent à la clarté des messages sur ces nouveaux produits.

Jean de KERVASDOUE

J'attire votre attention sur l'exemple allemand. En Allemagne, le système est tripartite et les caisses de médecins gèrent les honoraires des médecins. Lorsqu'un praticien prescrit un acte, il est payé en fonction d'une nomenclature contrôlée par ses confrères. En France, la crispation des syndicats médicaux sur la notion d'acte est dramatique et injuste. Qu'un médecin garde son malade dix minutes ou une demi-heure, il perçoit la même somme. Ce système français s'est en particulier avéré incapable de répondre aux besoins des malades atteints du sida, pour lesquels l'hospitalisation de jour était jugée trop coûteuse et la consultation insuffisante. Il convient donc d'inventer des nouvelles catégories qui décrivent et mesurent l'activité médicale. Il faudra également réfléchir aux procédures de contrôle associées à ces nouvelles catégories de prestations.

Christine JULIEN, *Profession pharmacien*

Je constate que vous parlez peu des pharmaciens, alors qu'il existe un lien informel entre les médecins, les infirmières et les pharmaciens. Par ailleurs, ne pensez-vous pas que les soins à domicile font peur aux professionnels qui craignent de ne pas être à la hauteur des exigences techniques de certains actes et préfèrent envoyer les malades à l'hôpital ?

Bernard ENNUYER

J'observe que les pharmaciens sont une source inépuisable de renseignements et d'informations pour les patients. Je suis très sensible à l'affrontement des cultures que vous évoquez. L'hôpital est fier de son savoir et de sa technicité, et chacun d'entre nous lui fait confiance. En revanche, l'hôpital ne fait pas confiance aux soins à domicile.

Au-delà des débats techniques et financiers, la question des soins à domicile renvoie à une vision souvent négative de la part des personnels de l'hôpital.

Jean de KERVASDOUE

Je rends hommage aux pharmaciens, qui ont un sens du rapport coût-efficacité que j'apprécie. En ce qui concerne la coordination des soins à domicile, le médecin est théoriquement le chef d'orchestre. Or on constate une complexification du dispositif et une multiplication des services qui imposeront, à terme, que le décideur soit une autre personne que le médecin.

De la salle

On considère généralement les soins à domicile sous le seul angle de leur coût, alors qu'ils constituent une source d'économie pour la société.

Antoine BOULAY

Combien estimez-vous que le transfert des actes de l'hôpital vers la ville pourrait faire économiser à la société ? Considérez-vous qu'il convient d'élargir le pouvoir de prescription des infirmières ?

Nadine HESNART

Les infirmières rurales sont proches des autres professionnels de santé, et des pharmaciens en particulier. Ces derniers ont une fonction de conseil et font preuve d'une disponibilité et d'une proximité que fait défaut aux prestataires mandatés par l'hôpital.

Yannick GARCIA

La réflexion économique est pour nous un exercice quotidien. Nous essayons de construire, autour du malade, un projet thérapeutique. Celui-ci couvre les champs du social, du médico-social et du sanitaire et vise à trouver les solutions les plus adaptées au malade. Ces solutions doivent aussi être les moins onéreuses, et nous constatons que les soins à domicile sont beaucoup moins coûteux qu'une hospitalisation : à l'hôpital, les coûts d'infrastructure et d'hébergement s'ajoutent aux coûts des soins eux-mêmes. De plus, au-delà de l'analyse par les coûts, le confort et la

qualité de vie du malade doivent être pris en compte. Enfin, j'estime qu'une coordination plus étroite entre les acteurs est nécessaire pour trouver les meilleures solutions pour les malades.

Bernard ENNUYER

En écho à un article de Pierre Bourdieu intitulé : « L'opinion publique n'existe pas, elle se fabrique », je considère que le rôle de nos politiques est de prévoir et d'éduquer cette opinion publique. Or je constate qu'on la fabrique pour qu'elle soit conforme à ce qu'on en attend. Par exemple, on stigmatise la consommation abusive de psychotropes chez les femmes et les personnes âgées. On rend les gens responsables de ces coûts sans s'interroger sur la façon dont la société suscite une telle consommation.

Jean de KERVASDOUE

Je suis en désaccord avec ce que vous dites. Je déplore que les acteurs du système de santé ne tiennent pas compte de la dimension économique de cette activité. Ce sont les professions médicales qui ont manipulé l'opinion publique en leur faveur. Seules les infirmières libérales ont vu leurs revenus baisser depuis vingt ans. Les médecins hospitaliers publics, alors que les revenus des Français passaient d'un indice 100 à un indice 110 entre 1980 et 2000, ont vu leurs revenus passer d'un indice 100 à un indice 165 sur la même période. Un professeur à l'hôpital est davantage rémunéré qu'un ambassadeur de France ou un professeur d'université.

Par ailleurs, le raisonnement est quelquefois budgétaire plutôt qu'économique. Il arrive, par exemple, qu'un hôpital transfère un patient dans un autre centre car il ne dispose plus des budgets nécessaires pour acheter les médicaments anticancéreux. Ce faisant, il augmente le coût de production global. A mon sens, le raisonnement doit être médico-économique : les économies potentielles sont considérables. Bien entendu, les aspects médicaux doivent primer. Mais je constate qu'une intervention chirurgicale effectuée dans le secteur privé coûte en général 50 % de moins que dans le secteur public. Il existe également des disparités considérables à l'intérieur même du secteur public, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris étant, de très loin, la moins productive.

Je crois peu au développement de l'hospitalisation à domicile. Dans une étude de marché réalisée sur ce sujet il y a sept ans, je concluais que le potentiel de l'hospitalisation à domicile était le triple de la capacité actuelle, ce qui reste limité. En revanche, je crois beaucoup au maintien à domicile et au développement de la prise en charge à domicile. En effet, certaines personnes, sans famille par exemple, demeurent à l'hôpital alors qu'elles n'ont besoin d'aucun soin. Il faut donc inventer d'autres catégories pour permettre à ces personnes de sortir de l'hôpital.

Enfin, nous sommes très loin du modèle américain où la chirurgie de jour représente 60 % de la chirurgie. En France, elle en représente 10 % dans le secteur public et 30 % dans le secteur privé. Ce type de chirurgie suppose en effet une coordination très précise des médecins, ce que les professionnels français refusent. On constate au contraire un cloisonnement étanche entre les spécialités à l'hôpital. Je déplore que les praticiens ne collaborent pas plus efficacement.

Antoine BOULAY

Il semble donc que la dimension économique n'est pas prise en compte lorsqu'il s'agit des salaires des personnels de l'hôpital ou des soins aux patients. En revanche, les industriels sont soumis à une forte pression des pouvoirs publics pour diminuer les prix.

Jean de KERVASDOUE

Les magistrats de la Cour des Comptes, qui ne sont pas des économistes mais des analystes budgétaires, examinent l'évolution des postes sans s'interroger sur leur bien-fondé. Je suis, par exemple, scandalisé de l'évolution du poste « ambulanciers », mais j'estime que les remarques qui ont été faites sur l'évolution des coûts relatifs à la prise en charge à domicile ne sont pas pertinentes. En l'espèce, l'augmentation de ces postes me semble aller dans le bon sens.

Nadine HESNART

Je constate qu'il existe des différences considérables entre les prix d'une même prestation selon qu'elle est effectuée par les services d'hospitalisation à domicile, par les services de soins à domicile ou par les infirmiers libéraux. L'hospitalisation à domicile, qui est supposée répondre à des pathologies traitées à l'hôpital, est la plus coûteuse. J'ai par exemple rencontré le cas d'une personne qui, trois ans après avoir été amputée d'un orteil, continuait de bénéficier de l'hospitalisation à domicile pour son pansement. Ce soin, qui coûtait alors 800 francs, n'aurait coûté que 200 francs s'il avait été effectué par un service de soin à domicile et 55 francs par une infirmière libérale. J'estime que les caisses d'assurance maladie devraient s'attacher à ce problème.

Docteur Luc TEOT

Les professionnels de la plaie ont constitué un réseau et, en tant que chirurgien hospitalier, je suis à l'écoute des infirmières, des médecins et des pharmaciens. Nous avons mis en œuvre un dispositif de collaboration dans les prises de décisions. Il convient d'abord de définir le problème rencontré par le patient à domicile. Nous disposons de photos et d'un acteur de terrain plus ou moins apte à définir la situation. Nous décidons ensuite des moyens à mettre en œuvre, qu'il s'agisse de machines ou de soins infirmiers. Cette organisation en réseau fonctionne bien.

A mon sens, l'hospitalisation à domicile n'est pas une structure qui permet de faire des économies importantes. Toutefois, sur une certaine catégorie de patients, elle permet de se passer des moyens lourds de l'hôpital. A Montpellier, nous appliquons la règle des 30-30-30 : 30 kilomètres, 30 minutes pour s'y rendre, 30 minutes pour soigner. Cette règle est incompatible avec la plupart des situations. En revanche, un réseau bien équipé, avec des professionnels capables de définir leurs stratégies ou de référer à d'autres intervenants, devrait permettre de résoudre une partie des problèmes que nous évoquons aujourd'hui.

Antoine BOULAY

Des questions ont été posées sur les conséquences d'éventuelles hausses des coûts qui seraient supportées par les patients. Le comportement du patient peut-il être modifié ? Quelles stratégies vont adopter les industriels si, sur une partie du territoire européen, il n'est pas économiquement possible de mettre sur le marché les produits de la cicatrisation ? Par ailleurs, que penser d'un pouvoir de prescription élargi des infirmières ?

Nadine HESNART

En France, le pouvoir de prescription de l'infirmière est nul. Les actes que nous effectuons sans prescription médicale relèvent du bénévolat. Aujourd'hui, il est prévu que l'on nous délègue des tâches mais non des compétences. Mais dans le cadre de la recherche d'efficacité économique, il

me semble intéressant d'examiner l'expérience anglaise, où les infirmières sont salariées des médecins et prescrivent sous leur contrôle.

Quant à la modification du comportement du patient, on peut se référer à ce qui s'est passé lorsque les pouvoirs publics ont supprimé le remboursement intégral de certains actes de kinésithérapie prescrits après les interventions chirurgicales. Les patients n'ayant pas les moyens de financer ces soins n'en ont pas bénéficié ou ont fait appel aux centres de rééducation.

Jean de KERVASDOUE

L'économie de la santé nous a appris que l'argent n'est jamais un bon arbitre des soins. En effet, à cause de la dissymétrie de l'information, le choix en matière de soins n'est pas comparable à celui que l'agent économique opère dans le cadre des consommations courantes. C'est pourquoi je n'ai jamais cru à l'efficacité du ticket modérateur, et je doute que la participation d'un euro demandée au patient pour chaque patient soit plus efficace. Le paradoxe apparent des systèmes de santé mondiaux est que plus les patients paient, plus les soins sont chers. En effet, les personnes qui peuvent être assurées sont les actifs de la tranche 20-60 ans, auxquelles les assurances privées proposent les meilleurs prix. Je vous fais grâce de la démonstration mais, dans ce contexte, il se produit un effet-prix et non un effet qualité. Il est clair que le fait de faire payer les patients au moment où ils bénéficient du service n'est pas un bon système pour orienter les malades.

Quant à l'innovation, la France représente 5 % du marché mondial de l'industrie pharmaceutique. Un grand patron français du secteur interrogé sur le sujet déclarait qu'il s'était pendant longtemps intéressé au marché français et avait fini par ne lui consacrer que 5 % de son temps ! En ce qui concerne le financement et les autorisations administratives pour les innovations, je doute qu'une mesure prise par le gouvernement français soit pénalisante pour l'industrie, sauf pour les PME françaises et pour les patients. Ceci nous conduit à évoquer la question du rationnement passif. En Angleterre, il existe un rationnement actif, avec le refus de prendre en dialyse des patients de plus de 65 ans. En France, le rationnement est passif et s'opère par des mesures administratives et cachées. Aucun gouvernement n'est prêt à assumer ce type de restrictions, inacceptables pour la population française. Lorsqu'on met en évidence ce rationnement passif et qu'on explique qu'on empêche ainsi les patients d'avoir accès à des services dont ils devraient bénéficier, l'opinion publique s'émeut et le gouvernement recule.

Bernard ENNUYER

Ce débat montre l'opportunité de travailler sur la représentation sociale des soins à domicile et sur la notion de réseau. Cette notion renvoie à l'auto-organisation et à un système qui ne se mobilise que quand cela est nécessaire. Lorsque les pouvoirs publics s'emparent des réseaux, il en font des coordinations, c'est-à-dire des machines pesantes et coûteuses car mobilisées en permanence. Il me semble que la représentation sociale et le réseau sont des pistes de réflexion à explorer.

Jean de KERVASDOUE

Un ouvrage intitulé *Santé, médecine, économie et territoires* paraîtra dans un mois ; il devrait vous intéresser. On y trouve en particulier un long développement sur la réglementation des pharmaciens, qui a été inventée par le gouvernement de Vichy. Cet ouvrage montre que soixante années n'ont pas réussi à réduire les inégalités de cette réglementation.

Frédéric BIFFAUD

Les mesures de diminution des remboursements envisagées par le gouvernement auront des conséquences sur l'innovation et, dès lors, sur la qualité des produits disponibles sur le marché français. En effet, les produits représentés par l'APPAMED sont des produits pour lesquels les tarifs de prise en charge sont les plus bas d'Europe. Par conséquent, certains produits ne sont pas disponibles en France.

Par ailleurs, j'ai été sensible à l'exposé de Bernard Ennuyer et je pense qu'il y a une réflexion à mener sur l'affrontement des cultures de l'hôpital et de l'extrahospitalier. Une des solutions au problème que nous avons évoqué aujourd'hui est une meilleure coordination entre l'univers de l'hôpital et celui du maintien à domicile.

Quant à la non-fongibilité des enveloppes qu'évoquait Jean de Kervasdoué, je considère également qu'il s'agit d'un obstacle majeur. Je crains que la mise en œuvre des agences de santé que nous appelons de nos vœux ne soit pas d'actualité.

Les intervenants ont insisté sur le manque de cohérence des soins à domicile, qui sont pratiqués par une multitude de professionnels de santé, avec des modes de prise en charge également très divers. Le réseau de soins semble constituer une solution, mais les pouvoirs publics sont réticents par rapport à ces dispositifs, en raison des difficultés de mise en œuvre qu'ils posent. Nous avons la preuve que de tels réseaux fonctionnent. A mon sens, il convient de faire preuve de pragmatisme sur ce sujet et de raisonner sur des périmètres bien identifiés, comme la cicatrisation. J'ajoute que la formation et la notion de protocole sont indispensables au succès de ces réseaux pour permettre de limiter le gaspillage et de répondre aux enjeux économiques.

Je remercie les intervenants pour leurs éclairages intéressants sur ce sujet complexe.