

- De la dispensation à l'accompagnement . . . p. 1
- Régulation du système de santé... . . . . p. 2
- Trois questions à... . . . . p. 3
- Infos, A lire et à voir . . . . . p. 4

**La prévention :  
des mots aux actes.**

Longtemps parent pauvre de notre système de santé, orienté soins, la prévention tel le phénix renaît de ses cendres ou plutôt pourrait renaître si, franchissant le seuil des bonnes consciences et de leurs prêchiers, on passe de la parole à l'action.

En faire la priorité de la Stratégie Nationale de Santé est une condition nécessaire, est-elle suffisante ?

C'est l'affaire de tous certes mais tous c'est d'abord l'autre et cette affirmation forte ne vaut pas stratégie. Pas plus qu'énumérer tabac, alcool, sédentarité, obésité, ou à travers une approche populationnelle petite enfance, prisonnier, malades mentaux, handicapés ou exclus ne constitue une politique.

Professionnaliser le métier d'acteur de la prévention, favoriser l'évolution des modes de pensée, passe par l'incitation d'acteurs nombreux et divers à travailler ensemble : professionnels de santé sans doute mais aussi acteurs sociaux, associations de patients, représentants de l'Etat, assurance maladie, éducation, organismes complémentaires, collectivités locales, monde du travail...

Embarquer tout ce monde dans le même bateau, suppose un élan, un cap, des étapes, des incitatifs.

Comment par ailleurs ajuster les temporalités entre un temps politique qui va nécessairement se raccourcir de mois en mois, un temps économique de retour sur investissement qui implique des actions ciblées, évaluées, généralisées, bref une « ingénierie » qui aujourd'hui n'existe pas, des acteurs pour la plupart peu sensibilisés.

Ces quelques réflexions ne visent pas à décourager avant même d'agir, mais au contraire, à éviter que ce mot devienne « valise » d'espoirs déçus.

La preuve : nous ferons de ce thème, le fil rouge de nos diners-débat au Sénat pour l'exercice 2018 afin de participer à transformer un catalogue de bonnes intentions en changement de paradigme.

Hippocrate avait deux filles : Hygie et Panacée qui a longtemps capté la lumière, laissant sa sœur dans l'ombre. Madame Agnès Buzyn pourrait les réconcilier dans l'intérêt de notre système de santé en réhabilitant le temps long.

Alain Coulomb



**De la dispensation  
à l'accompagnement !**

*Apparu au XVI<sup>ème</sup> siècle, le terme "dispensation" et non "dispensiation" comme souvent prononcé, occupe le 6 857<sup>ème</sup> rang dans la liste de ceux les plus utilisés, bien qu'il n'ait fait son apparition au dictionnaire qu'en 2012 !*

La dispensation est une opération d'analyse pharmaceutique, clinique et médico-légale complexe : vérification des indications et des objectifs de la médication, vérification d'éventuelles interactions médicamenteuses, vérification de l'identité de la personne à qui est destiné le médicament, validation/habilitation du prescripteur, et validation du document de prescription...

Elle associe à la délivrance des médicaments : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer, la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Avec ou sans ordonnance, le pharmacien dispense en s'appuyant sur les données des patients contenues dans le dossier pharmaceutique, données qu'il est tenu d'alimenter à l'occasion de son acte, sauf opposition du patient, et qui figureront dans le DMP.

Le pharmacien a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui n'exige pas de prescription médicale. Il doit par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

Cet acte du monopole pharmaceutique est donc très peu manuel et hautement intellectuel. Au comptoir comme par internet, la dispensation doit être conforme à des « bonnes pratiques »

arrêtées par le-a ministre chargé-e de la Santé Sa rémunération a été longtemps commerciale, proportionnelle au prix du médicament ou du produit de santé, prescrit ou conseillé par le pharmacien.

Avec l'avenant à la convention pharmaceutique signée le 20 juillet, elle deviendra en partie forfaitaire rémunérant l'acte pour lui-même ou pour des critères particuliers : âge du patient, médicaments spécifiques... Elle sera complétée par des honoraires liés aux missions d'accompagnement : entretiens pharmaceutiques, bilans de médication, actes de prévention et de dépistage mais aussi par des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) pour la substitution des médicaments génériques, la coordination avec les équipes de soins primaires, l'ouverture des DMP (dossier médical personnel) ou la transmission électronique des pièces justificatives...

La dispensation devient ainsi, de fait, comme en droit, un accompagnement des patients, surtout les plus fragiles, les plus âgés et il inscrit pleinement la pharmacie dans le parcours de santé de sa patientèle.

Dans une évolution de la santé largement dominée par les nouvelles technologies la pharmacie très informatisée fait aussi sa révolution économique. Toujours dans l'intérêt de la population. ●

Marie Josée Augé-Caumon

**LE SAVIEZ-VOUS ?**

Le 30 septembre 1975, l'Assurance maladie et les syndicats de pharmaciens d'officine concluaient le premier protocole d'accord national organisant la dispense (autre sens du mot « dispensation ») de l'avance de frais pharmaceutiques au bénéfice des assurés sociaux. Il faudra attendre 2006 pour signer une convention pharmaceutique qui reflète les différents aspects de l'activité quotidienne du pharmacien d'officine : métier, tiers payant, permanence pharmaceutique, rémunération.

**Protection légale du patient**

La responsabilité de la personne dispensant le médicament est engagée au niveau civil ou pénal, même si la dispensation est effectuée sur ordonnance médicale. En effet, le dispensateur ne doit pas délivrer le médicament s'il estime que celui-ci n'est pas dans l'intérêt du patient.

# RÉGULATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : UN CORSET À RESSERER OU UN RESPIRATION À ASSURER

*Apparue dans les années 1990 et mis en œuvre dans nombre de services publics, la régulation est aujourd'hui assez largement admise comme une nécessité dans le secteur de la santé.*

## LES JUSTIFICATIFS EN SONT MULTIPLES ET NOTAMMENT :

- la fameuse asymétrie d'information entre professionnels de santé et malades qui ne permet pas à ces derniers d'apprécier le prix de l'action conduite par les premiers ;
- les difficultés à mesurer les résultats du traitement au regard de la qualité et des moyens employés ;
- l'éviction de certains soins pour certains malades en raison de considérations diverses : financières, territoriales ou organisationnelles ;
- la coexistence d'actes utiles mais non réalisés et d'actes non pertinents ou inadéquats présentés au remboursement ;
- enfin le poids relatif des dépenses de santé dans le PIB -plus de 11%- est tel qu'aucun Etat ne peut se désintéresser de son évolution, cela d'autant plus que les tendances passées- épidémiologiques, démographiques, chronicisation croissante...sont appelées à se poursuivre entraînant un recours accru et justifié au système de soins.

## DÈS LORS, LA VRAIE QUESTION N'EST PAS D'ÊTRE POUR OU CONTRE LA RÉGULATION MAIS DE SAVOIR LAQUELLE ADOPTER.

Il n'existe en réalité que deux modes de régulation, le mode tutélaire et le mode autonome.

Dans le premier, le régulateur détermine les choix de production pour les offreurs et de consommation pour les patients. Un système d'information de plus en plus pesant lui permet de connaître les besoins et les coûts. L'interventionnisme est permanent sur les orientations d'activité et la tarification et les ajustements se multiplient au fur et à mesure que les réactions s'expriment.

Dans le second, les choix de production et de consommation sont orientés par les offreurs et les patients, les règles sont impersonnelles et conservent une certaine permanence, le cadre des obligations une fois fixé, le régulateur n'intervient qu'en cas de défaillance des offreurs. Il encourage à l'autonomie et contrôle la pertinence des actions conduites.

Dans les faits, on peut comprendre que les modalités empruntent aux deux systèmes, mais celui que nous connaissons en France apparaît comme particulièrement confus, écartelé entre un dis-



cours et quelques dispositifs de déconcentration apparents et, dans la pratique, un double mouvement de centralisation et, plus récemment, de territorialisation.

Ce mouvement de centralisation croissante de l'Etat et, en parallèle de l'Assurance Maladie, ne laisse aux agences régionales de santé qu'une très faible marge de manœuvre alors même

que leurs champs d'intervention ne cessent de s'accroître.

Notre système a certes permis d'aboutir, au prix de quelques contorsions, au respect de l'ONDAM, mais à quel coût social et politique !

Il a exclu progressivement les élus locaux comme les partenaires sociaux et les représentants des malades comme les autres partenaires de santé tout en multipliant les institutions d'Etat de façon foisonnante et parfois confuse sans « dégraisser » les services centraux des ministères.

Il n'a pas permis pour autant de combler l'éclatement structurel entre l'Etat régulateur des hôpitaux et des produits de santé et l'Assurance Maladie régulatrice de l'offre libérale, laissant en jachère le secteur médicosocial. Il n'a ni encouragé ni organisé la remontée des initiatives locales porteuses d'avenir faute pour l'essentiel de les connaître.

Il n'a pas su mettre en œuvre le « virage ambulatoire » recommandé par une « stratégie nationale de santé » pourtant largement acceptée par les acteurs.

Il n'a pas davantage clarifié les relations entre régimes de base et complémentaires.

Il a, par contre réussi à faire l'unanimité des acteurs-hospitaliers, libéraux, industriels- contre lui sans réduire les inégalités d'accès aux soins, ni accroître l'efficacité du système.

N'en rajoutons pas, la coupe est pleine ! Il est temps de sortir des dispositifs redondants, des injonctions contradictoires, des finalités sans terme. Choisissons de faire confiance aux acteurs pour mettre en œuvre une politique claire et concertée et à eux de s'y impliquer. Souvenons-nous que, dans les combats de gladiateurs, le réticulaire l'emportait sur le glaive et, dans notre monde moderne, les réseaux ont déjà vaincu les pyramides institutionnelles. ●

Alain Coulomb & Christian Saout

## 3 QUESTIONS À...

## ... Marc de Garidel, Président du G 5 Santé

Le 18 octobre dernier, le G5 Santé, dont vous êtes le Président, a organisé ses 6èmes rencontres sur le thème « Industries françaises de Santé : quelles ambitions pour les 5 prochaines années ? ». Vous y avez rassemblé de nombreux acteurs publics et privés en vue d'une compréhension partagée des enjeux dans un contexte de profondes transformations de notre système de soins.



### Quelles sont les idées force qui se sont dégagées des débats ?

► Le G5 santé est une association dont les membres sont les 8 principales entreprises françaises de la santé et des sciences du vivant qui ont choisi la France comme plateforme de leur développement international et font de l'effort R&D leur priorité : bioMérieux, Guerbet, Ipsen, LFB, Pierre Fabre, Sanofi, Servier et Théa. Elles ont une volonté partagée de continuer à investir et à produire en France et de tenir une place stratégique parmi les entreprises mondiales du secteur. Les dirigeants de ces entreprises s'y investissent fortement afin de dialoguer avec les pouvoirs publics, les acteurs de santé, les patients ...en vue d'une meilleure prise en compte de l'innovation, permettant d'améliorer la situation de l'industrie en France et de préparer la révolution médicale à laquelle la médecine est aujourd'hui confrontée.

L'objectif de ces rencontres était donc tout d'abord de partager deux constats :

- la dégradation d'un certain nombre d'indicateurs, tel par exemple la chute significative des essais cliniques réalisés : alors qu'en 2008 la France participait à 42% des études cliniques réalisées en Europe, ce chiffre est tombé à seulement 20% en 2016. Sur les aspects industriels également, la production et l'export stagnent, les délais d'obtention des prix s'allongent...

Il s'en dégage l'idée qu'il n'y a plus en France de reconnaissance de l'innovation.

- l'irruption des nouvelles technologies numériques, de l'intelligence artificielle auront des conséquences majeures : la pratique des différents acteurs de santé ainsi que le parcours de santé de chacun de nous vont être modifiés. Ces technologies permettent aussi, par le gisement de données qu'elles génèrent, de renseigner sur l'efficacité des produits en vie réelle, ce qui permet une

régulation facilitée et surtout plus économique.

Développer l'accès des patients aux solutions de santé innovantes se traduit par une vision renouvelée des politiques d'évaluation, d'accès au marché et de régulation.

### La situation est-elle la même dans les autres pays européens ?

► Non, chacun connaît les performances du système allemand en matière de reconnaissance de l'innovation. Mais l'exemple récent italien apparaît très pertinent : le gouvernement souhaitait que l'industrie cesse de délocaliser les unités de recherche et de production et développe son activité en Italie, les industriels souhaitaient un cadre de fiscalité favorisant l'investissement, un système de régulation plus souple, en particulier un processus de fixation des prix plus adapté à un accès rapide des innovations sur le marché. Un accord est intervenu et désormais l'Italie produit plus de médicaments que la France, est devenue le deuxième exportateur européen de médicament voire très prochainement le premier devant l'Allemagne, et a réduit de façon drastique les délais permettant la mise sur le marché à des prix « faciaux » comparables à la réalité allemande.

### Quelles pistes d'efficience pour la France ont été identifiées lors des débats ?

► Des améliorations dans certains domaines ont déjà eu lieu : par exemple, pour les essais cliniques la formalisation d'une convention type entre les hôpitaux et les industriels permet de disposer d'un cadre juridique unique et donc de diminuer le temps de mise en place des essais. Mais il reste des progrès à faire en matière d'organisation et de délais de certains Comités de Protection des Personnes.

Quelques autres pistes :

- redonner des moyens à l'ANSM et valoriser notre expertise scientifique afin de rétablir la crédibilité de la France en Europe,
- développer la médecine ambulatoire, qui, accompagnée d'une réelle coordination des soins permet de ne plus faire d'exams inutiles, et de limiter le recours au service des urgences,
- mettre en place des véritables parcours de soins, réaliser des soins pertinents, utiliser

les innovations digitales et, pour les pathologies bénignes, donner un rôle accru aux pharmaciens,

- faciliter l'adaptation de l'hôpital aux nouveaux traitements, qui parfois remettent en cause l'organisation de l'établissement. Ces innovations peuvent entraîner la création de nouveaux actes, ce qui peut prendre 2 à 5 ans. Il est donc indispensable d'accélérer le processus d'évaluation et de prise en charge des nouveaux traitements.

Le Comité stratégique de filière des Industries et Technologies de Santé (CSF Santé) s'est saisi de ce sujet : Jean Yves Fagon, le délégué ministériel à l'innovation, réalise en effet un travail de fond sur cette question d'adaptation dans le but de permettre la levée des blocages,

- recueillir et exploiter des données et des résultats en vie réelle, permettant des réévaluations et générant des économies,

- rattacher le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) au Premier Ministre, ce qui permettrait d'avoir une vision macro-économique des enjeux, à la fois industriels et budgétaires, des industries de santé. A bien des égards, il serait souhaitable que le Ministère chargé de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation soit membre à part entière du CEPS et dispose d'un droit de vote. De même et au regard de l'importance du secteur pharmaceutique dans la balance commerciale française et de sa contribution aux exportations, il serait également souhaitable que le Ministère chargé du commerce extérieur soit représenté au sein du CEPS et dispose également d'un droit de vote plein et entier.

Au final, le G5 Santé se réjouit de l'organisation d'un Comité Stratégique des Industries de Santé (CSIS) vers la mi-2018 qui devrait être en mesure de faire des propositions.

Le G5 Santé appelle à une réforme en profondeur du système de santé français, afin d'en améliorer l'efficience, d'accueillir et de diffuser au mieux l'innovation médicale, en cohérence avec la volonté politique d'égalité d'accès aux soins, de maîtrise des dépenses de santé et de qualité des soins. ●

Propos recueillis par Gérard Mathieu

## LES MARDIS DE COOPERATION SANTE

En 2018, le fil rouge des Mardis de Coopération Santé sera « la Prévention, la promotion de la santé : des mots aux actes ». Inscrivez dans vos agendas les dates de ces dîners débats qui auront lieu au Sénat les :

- 13 février 2018
- 10 avril 2018
- 26 juin 2018
- 25 septembre 2018
- 27 novembre 2018



## À LIRE ET À VOIR

### « La disparition de Menguele » Olivier Guez

Il a fallu presque trois ans à Olivier Guez pour venir à bout de ce livre tout juste récompensé par le prix Renaudot 2017. Trois ans passés à trier, étudier les archives relatives à l'un des personnages les plus abjects et monstrueux du XXème siècle...trois ans à voyager pour retrouver les lieux où il vécut...trois ans à se dire chaque matin au réveil que la journée se passerait en compagnie de celui qui fut « l'ange de la mort » d'Auschwitz. Olivier Guez confessa, au cours de d'une interview, qu'il avait eu beaucoup de mal à vivre cette période !

« Menguele », donc, ou plus exactement sa vie après la guerre et sa fuite en Amérique du sud où il trouva refuge et passa le reste de ses jours entre Argentine, Paraguay et Brésil où il fut enterré sous un faux nom en 1979.

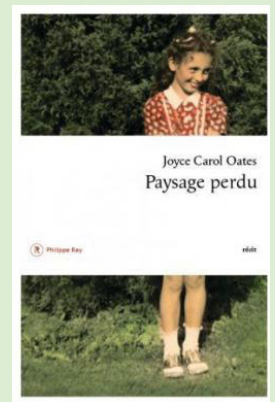
Le livre est remarquable, l'écriture est au scalpel, dénuée de toute afféterie ou pathos... le récit est parfaitement maîtrisé, tout ou presque s'appuie sur des sources identifiées. Quant au personnage, lui-même, il nous apparaît dans toute son horreur et sa médiocrité : pas un remords, alors qu'il vivait terré et avait tout le temps de penser, seulement la peur d'être reconnu dès lors qu'il sut qu'il était recherché. Terrifiant mais à lire !



### « Paysage perdu » Joyce Carol Oates

Joyce-Carol Oates est certainement l'un des auteurs américains les plus prolifiques de sa génération. Née en 1938 dans une petite ville de l'état de New-York, elle a publié une cinquantaine de romans, presque autant de recueils de nouvelles, des pièces de théâtre, des poèmes, un journal, de nombreux essais sur les sujets divers et une douzaine de romans policiers sous le nom de Rosamund Smith et Lauren Kelly. Elle a, par ailleurs enseigné la littérature à Princeton de 1974 à 2014.

Jusqu'à présent, à l'exception d'un très court récit, « J'ai réussi à survivre », édité après le décès de son mari, JC Oates n'avait rien publié qui permette de débusquer la personne derrière l'auteur. « Paysage perdu » n'est pas, stricto sensu, une autobiographie, mais plutôt une « auto fiction » qui restitue ses souvenirs, dont certains ont été notés au fil du temps et d'autres « recomposés » au moment de l'écriture de l'ouvrage. On y apprend comment celle qui a deux reprises a frôlé le Nobel de littérature s'est constituée dans un milieu très modeste, peu cultivé dont elle parle avec amour et émotion. Elle découvre la littérature, petite fille, lorsque l'une de ses grand-mères lui offre « Alice au pays des merveilles »...tout commence là pour JCO, ses études pendant lesquelles elle découvre la solitude et le doute, sa vie d'écrivain au cours de laquelle elle exploite tous les registres, y compris l'horreur (cf notamment : « La princesse Maïs et autres cauchemars ») avec un talent qui enchante.



## INFOS

### Colloques organisés par Coopération Santé et ses Adhérents :

**Mercredi 6 décembre – Institut Imagine - Paris** • « Les nouveaux habits d'Hippocrate : une mutation des métiers des acteurs de la santé »

**Jeu 14 décembre – Toulouse Business School** • « Vaccination, Soignants, Patients : tous concernés »

**A venir** : • La Stratégie Nationale de Santé dans les réalités locales.

- Santé mentale : Un vrai sujet de santé publique enfin reconnu
- Inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins dans les maladies vasculaires
- Pertinence des soins : Que faire ?
- Antibiotiques : Que faire ?
- Comment notre système de soins doit-il s'adapter à la révolution annoncée de l'Intelligence Artificielle ?

## LA NEWSLETTER COOPÉRATION SANTÉ

**Editeur** : Association Coopération Santé  
88 rue de la Roquette - 75011 Paris  
courriel : [cooperation-sante@wanadoo.fr](mailto:cooperation-sante@wanadoo.fr)

**Directeur de la publication** :  
Alain Coulomb

**Rédacteur en chef** : Gérard Mathieu  
**Comité de Rédaction** : Odile Corbin,  
Anne de Boismenu, Marie Josée Augé-  
Caumon et Christian Saout

**Réalisation graphique** :  
Trait de marque Paris

**Copyright** : Association Coopération  
Santé, tous droits réservés

[www.cooperation-sante.fr](http://www.cooperation-sante.fr)