



Xavier Bertrand

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Discours

Sous réserve du prononcé

Commission des comptes de la sécurité sociale

Jeudi 8 juin 2006

CONTACT PRESSE – Hélène Monard : Tél. 01 40 56 40 12

www.sante.gouv.fr

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Secrétaire général,
Mesdames et messieurs,

Je voudrais en votre nom remercier le secrétaire général, Monsieur François MONIER, pour la qualité de ses travaux et la clarté de son exposé. J'associe à mes remerciements le directeur de la sécurité sociale, Monsieur Dominique LIBAULT et l'ensemble des équipes de la direction de la sécurité sociale qui ont accompli, comme à l'accoutumée, un travail très important dans un délai très contraint.

1. Je voudrais revenir en premier lieu sur la situation d'ensemble des comptes du régime général de sécurité sociale que vient de nous présenter le secrétaire général.

En 2005, nous avons enrayé la dérive des déficits que connaissait le régime général de sécurité sociale depuis plusieurs années : si l'on fait une brève rétrospective des résultats du régime général sur ces dernières années, on constate en effet qu'après une croissance très rapide des dépenses entre 1998 et 2002, nous sommes parvenus à inverser cette dynamique de dégradation et à stabiliser le déficit du régime général : - 11,9 Md€ en 2004 – après avoir été, il faut le rappeler, initialement estimé à - 14 Md€ – ; et pour 2005, les résultats définitifs que vient de nous exposer le secrétaire général font ressortir un déficit de l'ensemble du régime général de -11,6 Md€ - légèrement inférieur d'ailleurs à la prévision faite lors de la Commission des comptes de septembre dernier.

2. Et pour 2006, c'est une réduction significative du déficit qui est prévue, celui-ci étant estimé comme vient là aussi de le rappeler le Secrétaire général à -10,3 Md€. Certes, c'est plus élevé que prévu par la loi de financement pour 2006 (-8,9 Md€), tout simplement parce que le redressement significatif des comptes de l'assurance maladie opéré grâce à la mise en œuvre de la réforme ne suffit pas à compenser totalement les montées en charge très dynamiques, s'agissant de la branche vieillesse, de la mesure de départs anticipés pour les carrières longues, et pour la branche famille, de la prestation d'accueil du jeune enfant – évolutions dont nous pouvons nous féliciter, car le succès de ces mesures socialement justes et utiles montre à quel point elles répondent aux besoins des Français. Nous allons revenir dans un instant sur les résultats branche par branche, mais d'un point de vue général, ce que je voulais souligner, c'est que depuis deux ans désormais, nous sommes engagés dans la voie de la réduction régulière des déficits de la sécurité sociale. Notre volonté de maîtriser les finances sociales a été réaffirmée lors de la conférence nationale des finances publiques de janvier dernier.

Enfin, je voudrais souligner que si notre volonté de rétablir l'équilibre des comptes pour garantir l'avenir de notre système de sécurité sociale justifie prioritairement un effort de maîtrise des dépenses - et notamment des dépenses d'assurance maladie, je vais y revenir dans un instant – **cela ne doit pas nous faire oublier la nécessité de préserver aussi les ressources de la sécurité sociale et leur dynamisme.**

- A cet égard, j'attache la plus grande importance à ce que les dispositifs d'exonération de charges sociales soient utilisés avec discernement et fassent systématiquement l'objet d'une compensation intégrale à la sécurité sociale.
- Par ailleurs, afin d'assurer de manière pérenne le financement de notre système de sécurité sociale, et suite au souhait exprimé par le Président de la République, une réflexion est en cours sur la réforme de l'assiette des cotisations employeurs. A de multiples occasions les partenaires sociaux ont souhaité que soit évoqué non seulement la maîtrise des dépenses mais la question du financement de la sécurité sociale.
- Le chantier est ouvert, la concertation en cours à l'initiative du président de la république. Je ne doute pas que tous les partenaires sociaux auront à cœur de saisir cette opportunité pour faire avancer ce très important chantier.

2. Si l'on procède maintenant à l'analyse des résultats branche par branche, et je m'attacherai tout particulièrement à la réforme que j'ai engagée avec Philippe DOUSTE-BLAZY, on constate que l'assurance maladie continue son net redressement grâce aux effets de la réforme d'août 2004.

2.1 En 2005, le déficit de l'assurance maladie aura finalement été de 8 Md€, légèrement inférieur aux 8,3 Md€ initialement prévus, contre un déficit de 11,6 Md€ en 2004.

Le redressement de la branche maladie a donc contribué de manière très importante à l'amélioration de la situation d'ensemble. Et ce qui est le plus important, c'est que ce redressement est essentiellement dû à l'infléchissement du rythme de progression des dépenses : en 2005, sur l'ensemble des régimes, la progression des dépenses d'assurance maladie par rapport aux résultats comptables 2004 a été de 3,9 %, alors que cette progression était encore de 4,9 % en 2004 et 6,4 % en 2003. Et pour la première fois depuis 1997, le niveau de l'ONDAM voté par le Parlement pour 2005 a été respecté, à 135 Md€.

Ce ralentissement de la progression des dépenses est l'élément le plus décisif et le plus encourageant, au delà de l'apport que vous avez rappelé de recettes décidées dans le cadre du plan de redressement – recettes qui ont d'ailleurs partiellement été compensées par une moins value de cotisations sociales due une progression de la masse salariale moindre que prévu. Je rappelle en effet que le plan de redressement conçu à l'été 2004 avait en effet été bâti sur des hypothèses de croissance de la masse salariale de 4,7 %, alors que les chiffres dont vous venez de faire état M le Secrétaire général montrent que celle-ci n'a en fait été que de 3,4 %. Or cette différence de plus d'un point fait perdre près d'un milliard d'euros de recettes à la branche maladie. Si la croissance de la masse salariale avait été au rendez-vous, le déficit aurait été proche de 7 Md€ au lieu de 8.

L'inflexion de la tendance est particulièrement significative s'agissant des dépenses de soins de ville dont la croissance, alors qu'elle atteignait des rythmes supérieurs à 7 % en 2002 et 2003, a été limitée à 3,1 % en 2005. Sur certains postes, les inversions de tendance sont encore plus spectaculaires, en particulier s'agissant des arrêts de travail : après des années de hausse galopante, les dépenses d'indemnités journalières ont en effet décliné en 2005 de 1,4 %.

Tout cela nous montre que la réforme de l'assurance maladie porte ses fruits, et qu'elle les porte dans la durée puisque ces tendances à la modération des dépenses se confirment sur les premiers mois de 2006. En particulier sur les soins de ville pour lesquels, de janvier à avril, la croissance des dépenses reste très modérée (-1,4 % par rapport à la même période de 2005). Les IJ poursuivent également leur baisse (- 3,5 %). Et ce qui est très encourageant, c'est que l'on assiste sur ces premiers mois à un ralentissement des dépenses de prescription, qui n'ont crû que de 2 % en avril 2006 par rapport à avril 2005.

Pour 2006, les estimations que vous nous avez présentées, Monsieur le Secrétaire général, font état d'un déficit prévisionnel de l'ordre de 6,3 Md€ à la fin de l'année 2006, ce qui correspond quasiment à l'objectif que le Gouvernement s'est fixé dans le cadre du plan de redressement de l'assurance maladie. Cette prévision de solde réactualisé résulte du jeu de plusieurs facteurs qui pour partie se compensent entre eux – [*si F. Monier en parle : vous avez évoqué, M. le Secrétaire général, le fait que le poids du régime salarié a augmenté plus vite que prévu dans l'ensemble des dépenses d'assurance maladie (ce qui est neutre pour la progression des dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes, il faut le rappeler), et, en sens inverse, une amélioration significative des rentrées de recettes de CSG*]. Mais au sein de ces facteurs, il y en a un qui doit retenir toute notre attention et requérir toute notre vigilance : c'est le risque de dépassement de l'ONDAM que vous avez évalué, M le Secrétaire général, comme l'avait déjà fait le comité d'alerte la semaine dernière, à 600 M€. Ce risque provient pour beaucoup, comme j'aurai l'occasion d'y revenir dans un instant, de délais de mise en œuvre d'un certain nombre de mesures prévues par la LFSS dans le secteur du médicament, et reste cantonné à un niveau modéré. 600 M€ représentent en effet 0,4 point sur un total de dépenses qui se montent à 150 Md€, ce qui reste inférieur au seuil de 0,75 point au-delà duquel la procédure d'alerte doit être mise en œuvre.

Mais c'est un risque qu'il faut prendre avec le plus grand sérieux. Cette commission des comptes de printemps est précisément l'occasion de faire le point et d'y voir plus clair sur l'évolution des dépenses. Tout cela nous montre que même avec des bonnes tendances qui se confirment mois après mois, et ce depuis le début de la réforme, rien n'est acquis, et que l'atteinte des objectifs ambitieux que s'est fixé le Gouvernement nécessite un travail de longue haleine et un vrai suivi de la réforme. Il ne faut pas relâcher nos efforts, mais au contraire poursuivre avec persévérance et constance la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie, dans toutes ses dimensions : cette réforme qui repose sur les changements de comportements des acteurs suppose en effet des évolutions qu'il faut ancrer dans la durée et poursuivre sans relâche. C'est pourquoi j'ai décidé de réunir depuis le début du printemps un comité de suivi de la réforme de l'assurance maladie et de pilotage de l'ONDAM qui réunit les directeurs de la sécurité sociale, des hôpitaux et de santé ainsi que le président du comité économique du médicament et le directeur général de l'UNCAM. Je continuerai à réunir très régulièrement ce comité de pilotage de l'ONDAM pour faire le point de tous les volets de

la réforme sur le suivi de la réforme et procéder, le cas échéant, aux ajustements éventuellement nécessaires.

2.2 La réforme de l'assurance maladie, je viens de le rappeler, est en effet une réforme structurelle qui vise à faire évoluer les comportements des médecins et des patients afin de soigner mieux en dépensant mieux et en organisant mieux notre système de santé. Son succès dépend de l'appropriation par tous les acteurs des nouveaux dispositifs qu'elle propose.

Les résultats que nous commençons à engranger et qui nous permettent de réduire aussi significativement les déficits nous montrent que les acteurs du système de santé, patients comme médecins, établissements de santé comme industriels du médicament et pharmaciens, ont compris cette nécessité de faire évoluer les comportements pour sauvegarder et améliorer notre système de santé. Il convient d'approfondir et de pérenniser encore cette prise de conscience.

A) Les assurés sociaux adhèrent massivement au parcours de soins coordonné. Ce dispositif fait désormais partie intégrante de notre système de santé, et la meilleure coordination des soins qui en résulte ouvre la voie à une modification des comportements des acteurs et au développement d'une plus grande efficacité du système de santé. Plus de 39 M d'assurés sociaux ont désormais choisi leur médecin traitant, soit plus de 3 sur 4, ce qui démontre que les Français se sont bien appropriés ce dispositif. 78 % des consultations, soit une très grande majorité, s'effectuent dans le cadre du parcours de soins, et si l'on analyse les 22% restant, on observe qu'il s'agit essentiellement de personnes qui n'ont pas choisi de médecin traitant ; c'est-à-dire qu'au total moins de **2% seulement des consultations sont des consultations réellement « hors parcours de soins », la personne ayant consulté directement un spécialiste hors parcours alors qu'elle a un médecin traitant.**

Par ailleurs, nous ne pouvons que nous féliciter de l'intensification de la lutte contre les fraudes et les abus. Chacun doit se sentir responsable de la gestion de ce patrimoine commun que constitue la sécurité sociale, et nous ne pouvons ni moralement ni financièrement nous permettre de tolérer des fraudes ou des abus. Je salue à cet égard l'important effort réalisé par l'assurance maladie, qui a fait passer le nombre de ses contrôles d'arrêts de travail de 450 000 en 2003 à 600 000 en 2004 et à 750 000 en 2005. Ceux-ci portent leurs fruits, comme en témoigne l'inversion de tendance des dépenses d'IJ que j'ai évoquée. Il faut relever que sur les 750 000 contrôles d'arrêts de travail effectués en 2005, 15 % étaient médicalement injustifiés, et que 17,5 % des arrêts maladie de longue durée n'ont pas été reconduits après le contrôle médical. Je rappelle que la loi de financement pour 2006 a également introduit plusieurs mesures pour renforcer le dispositif de lutte contre la fraude existant et les moyens à la disposition des caisses, avec notamment l'obligation pour celles-ci d'engager des poursuites, le renforcement de la coopération entre organismes de sécurité sociale et le meilleur contrôle des ressources perçues à l'étranger. Nous poursuivrons résolument dans cette voie car pour permettre une juste solidarité nationale, il faut éviter les abus et concentrer nos efforts sur ceux qui en ont besoin.

Et d'ailleurs, les Français ont bien compris que si nous leur demandons quelques efforts, ces efforts sont payés de retour, car si les déficits se réduisent, cela nous permet de dégager des marges de manœuvre pour améliorer la qualité du système de santé et renforcer l'accès aux soins.

- *L'accès aux soins* : Vous le savez bien, si nous avons replacé la responsabilité au cœur du dispositif de la réforme, c'est pour que la solidarité ne soit pas remise en cause, et qu'au contraire elle soit renforcée. A cette fin, la réforme de l'assurance maladie a institué un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé destinée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de ressources de la CMU complémentaire. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, vous le savez, nous avons très fortement revalorisé les montants de cette aide. Ainsi, les personnes de plus de 60 ans peuvent bénéficier d'une aide de 400€ par an, soit une hausse de 60% par rapport à 2005. Ce dispositif monte régulièrement en charge, mais, il faut en convenir, pas assez rapidement selon moi au regard des 2 millions de personnes potentiellement concernées. C'est pourquoi j'ai demandé à la CNAMTS et aux organismes complémentaires de réfléchir aux moyens d'améliorer la promotion de ce dispositif pour que l'ensemble des personnes éligibles puissent y avoir effectivement recours. C'est pourquoi également, vendredi dernier, a été publié un arrêté qui procède à une revalorisation substantielle des tarifs de prise en charge des soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire. Chacun s'accordait en effet à reconnaître que le niveau de prise en charge était insuffisant. J'ai voulu mettre un terme à cette situation de façon à garantir l'accès aux soins pour les ménages les plus modestes.

- *Moderniser notre système de santé, c'est aussi l'améliorer. Les économies réalisées nous permettent également d'améliorer notre système de santé avec la prise en charge de traitements innovants ou de l'ostéodensitométrie, avec une plus grande valorisation par les établissements de santé de la prise en charge de la douleur, avec le renforcement de la prévention ou encore avec la mise en œuvre du Plan de démographie médicale. Je signale à cet égard qu'un décret vient d'aligner la durée du congé de maternité des professionnelles de santé libérales sur celle des salariées : c'est de ce fait lever un obstacle au choix par les jeunes femmes d'un exercice professionnel libéral.*

B) Je veux également saluer l'implication des professionnels de santé dans la réforme

Le ralentissement du rythme d'évolution des soins de ville que nous constatons est le fruit d'une attention plus grande des professionnels aux conditions de prescription, des médicaments comme des indemnités journalières. L'engagement de maîtrise médicalisée conclu en 2005 dans le cadre de la convention médicale a produit des résultats favorables et permis aussi une revalorisation des honoraires et des économies importantes pour l'assurance maladie. La dynamique est bien engagée, et l'avenant n°12 à la convention qui a été signé cette année inscrit ce mouvement dans la durée. Il approfondit l'effort de maîtrise médicalisée en fixant de nouveaux objectifs, non seulement pour 2006 à hauteur de 800 M€, mais aussi pour 2007 à hauteur de 600 M€.

Le parcours de soins se met également progressivement en place, même si ses règles doivent être encore mieux expliquées, aux patients comme aux professionnels.

A la suite des récentes élections aux URML, je veux dire mon attachement à poursuivre l'application de la réforme et de la convention médicale. Car les choix fondamentaux sur lesquels elles reposent, qui sont ceux qui avaient fait consensus à Jouy en Josas fin 2004, permettent de garantir l'avenir de notre système de sécurité sociale.

Vous le savez, j'ai toujours été attaché au dialogue avec les partenaires syndicaux et je recevrai donc dans les prochains jours les présidents des syndicats médicaux pour évoquer ces sujets, pour qu'ils m'expriment leurs positions comme leurs propositions. Je sais que la définition d'un nouveau projet pour la médecine générale est une priorité qui pourra s'appuyer sur la valorisation déjà entamée de la médecine de premier recours.

Je souhaite engager également aborder avec eux une question trop négligée jusqu'à présent dans les relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, celle de la simplification. Les caisses d'assurance maladie doivent s'engager plus encore vis à vis de professionnels dans une démarche de service, évaluée grâce à des indicateurs de qualité. Cette démarche doit englober tous les aspects de la relation entre caisses et professionnels et, notamment, les relations informatiques ou télématiques et l'établissement des formulaires. Il est par exemple indispensable que les professionnels de santé qui sont les premiers utilisateurs de ces formulaires soient systématiquement associés à leur conception. Il convient également d'être attentif au sentiment de complexité qu'a pu induire la réforme, notamment le parcours de soins ou le changement de nomenclature tarifaire. Est il normal par exemple, de devoir refaire la procédure de choix du médecin traitant quand une personne change seulement de régime de couverture sociale ? C'est pour moi **un champ de travail prioritaire**. La prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'Etat comportera des engagements forts et précis dans ce domaine. Je souhaite que les professionnels de santé puissent se consacrer à leurs patients et à leur pratique médicale plus qu'à remplir des formulaires.

C/ Le secteur du médicament est également appelé à s'impliquer dans la réforme de l'assurance maladie.

Les options prises pour rééquilibrer les dépenses de médicaments ont commencé à montrer leur efficacité en 2005, elles se poursuivent et se renforcent en 2006.

C - 1- La politique du générique tout d'abord : l'augmentation de la pénétration des génériques dans le répertoire a été à l'origine dès 2005 d'une économie de 170 M€. Avec les différentes mesures mises en œuvre sur le générique, ce sont au total 234 M€ supplémentaires qui ont été économisés en 2005 sur les génériques.

En 2006, une forte impulsion a été donnée à la substitution, grâce à l'accord signé entre l'UNCAM et les syndicats de pharmaciens. Cet accord prévoit une progression régulière de la substitution avec un objectif de 70% de pénétration en décembre 2006. Ces engagements sont à ce jour tenus, avec une pénétration des génériques dans le répertoire de 66,9% au 15 mai. L'arrivée à échéance de nombreux brevets en 2007 ainsi que l'accord tripartite qui engage les médecins à prescrire au sein du répertoire, devraient accentuer l'impact des économies attendues sur ce poste.

C - 2- la politique des prix ensuite : les baisses de prix de certains médicaments sous brevet, ainsi que l'encadrement des prix des médicaments rétrocedés et des spécialités inscrites sur la liste hors T2A, ont permis de dégager en 2005 365 M€ supplémentaires. Les baisses de prix se sont poursuivies en 2006, mais leur délai de mise en œuvre a été impacté par les contraintes techniques liées au revignettage des stocks, quand bien même les textes et les décisions nécessaires ont été pris rapidement. Et si ces délais ont un impact sur 2006, il faut noter qu'en 2007 les mesures produiront leurs effets en année pleine.

C- 3 - D'autres mesures vont produire progressivement leurs effets. Les grands conditionnements en particulier : plus de 20 médicaments sont désormais disponibles en conditionnement de 3 mois. Leur délivrance produira ses effets à partir du 2ème semestre 2006.

Au total, les économies prévues sur les produits de santé seraient selon les dernières estimations établies par la Commission des comptes, d'environ 1,6Md€, soit 480M€ de moins par rapport à ce qui était prévu lors de la construction de l'ONDAM. Cet écart s'explique notamment par les contraintes techniques et les délais de mise en œuvre que je viens d'évoquer. Il s'explique également en partie par la non-réalisation du TFR généralisé initialement envisagé, puisque nous avons fait le choix de renoncer à cette mesure qui nous aurait procuré un gain immédiat mais qui risquait de casser la dynamique du générique, au bénéfice d'une approche plus structurante donnant une forte impulsion à la substitution, productrice d'économies plus pérennes ; et ce choix, nous l'assumons, puisque comme je viens de l'évoquer, les premiers résultats de la substitution sont au rendez-vous.

C - 4 - De plus, ce qu'il faut souligner, c'est que nous sommes engagés dans une réforme au long cours qui vise à faire évoluer les choses en profondeur et dans la durée. Il y a certes des délais et on pourrait souhaiter que les choses aillent plus vite, mais il faut relever qu'à ce stade, en dépit de ces effets calendaires, les tendances observées sur le début de l'année sont bonnes, et que les dépenses de médicaments connaissent un infléchissement indéniable : les dernières données en date de remboursement de la CNAMTS font état d'un taux d'évolution pour le mois d'avril de seulement 2,2 % par rapport à la même période en 2005, alors que ce taux était de 3,9 % en mars, de 4,6 % en février et de 5,7 % en janvier. C'est cela la tendance de fond, et c'est cela qui importe le plus.

2.3. Enfin, nos efforts devront également porter sur le volet hospitalier de la réforme.

La montée en charge de la tarification à l'activité a conduit les établissements de santé publics et privés, en 2005, à mettre en œuvre un recueil d'activité qui soit le plus exhaustif possible. Cet effort s'est traduit par un accroissement sensible des versements de l'assurance maladie et par la prise en compte, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, d'un dépassement de l'objectif des dépenses hospitalières de 670 M€, dont 625 M€ ont été rebasés.

Pour 2006 cet objectif progressera de 3,44 % (soit plus de 2 Md€). Ce taux prend en compte les augmentations des salaires et des prix, les plans de santé publique mais aussi la participation des établissements de santé au plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie. Cette participation se traduit par la réalisation d'économies de gestion, en particulier sur les achats, mais aussi par des mesures de réorganisation pour une meilleure utilisation des plateaux techniques, par exemple.

Les hypothèses d'activité retenues pour 2006 (+ 2,6 %), qui tiennent compte de l'amélioration de la qualité du codage, ont conduit à une baisse moyenne des tarifs de - 1 %. Par ailleurs la totalité des crédits accordés aux établissements sous forme de dotation n'ont pas encore été délégués dès le début de la campagne budgétaire.

La mise en œuvre, pour la première fois, des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) permettra une plus grande transparence des résultats des établissements en mettant fin à la pratique des reports de charge. Cela peut conduire, ainsi que l'a souligné le comité d'alerte, à la constatation de déficits.

Les établissements concernés s'engagent, avec l'appui des agences régionales de l'hospitalisation, dans des contrats de retour à l'équilibre sur une période de trois à cinq ans.

Depuis le mois de janvier 2006 l'assurance maladie, dans le cadre de plans de contrôle arrêtés par les ARH, a engagé des contrôles systématiques du codage lié à la T2A afin de prévenir toute dérive.

Les pouvoirs publics disposent donc des moyens de s'assurer que l'objectif des dépenses hospitalières saura être respecté.

J'organiserai dans la première quinzaine de juillet une conférence nationale tarifaire réunissant tous les partenaires concernés afin de faire le point de la situation à mi-année et de leur donner toute la lisibilité souhaitée sur la poursuite de l'exercice 2006.

En conclusion, le déficit de l'assurance maladie, qui aurait atteint 16 Md€ en 2005 sans la réforme, a été réduit à 8 Md€. Cette diminution a été réalisée grâce une inflexion de la tendance des dépenses qui se confirme mois après mois depuis le début de la mise en œuvre de la réforme et qui nous permettra de réduire le déficit à moins de 4 Md€ en 2007. Nous manions beaucoup de chiffres dans une commission des comptes, c'est normal, et veux rappeler que la réduction des déficits n'est pas un objectif en soi. Encore un chiffre, un dernier : la part des dépenses de soins de ville prise en charge par l'assurance maladie est passée de 77,7% en 1994 à 79,8% fin 2004. Ce que je veux dire clairement à travers cette progression de la prise en charge par l'assurance maladie, c'est que ce n'est pas une démarche quantitative qui nous anime, mais bien une démarche qualitative : la qualité est en effet un puissant moteur de modernisation de notre système de santé. Ce que nous voulons en revenant à l'équilibre financier, c'est sauvegarder, pour nous et nos enfants, notre système de sécurité sociale, c'est mieux le gérer pour améliorer l'accès aux soins, permettre le remboursement de nouveaux actes et de nouveaux médicaments. Je ne m'écarterai pas de ce souci permanent.