

Alternatives Economiques

FÉVRIER 2022 | N° 420 | 5,90 €

Sports d'hiver : la guerre
des canons à neige

Les **taux d'intérêt** remontent,
c'est grave ?

Taxer **l'héritage** : impopulaire
mais nécessaire

HÔPITAL

ENQUÊTE SUR UN NAUFRAGE QU'ON AURAIT PU ÉVITER



L 19241 - 420 - F: 5,90 € - RD



France métropolitaine

Belux./Italie/Grèce/Portugal (cont) 6,90 € ■ Allemagne 7,40 € ■ Suisse 10,20 CHF ■ DOM/A 7,90 € ■ Maroc 69 MAD ■ Canada 12 \$ CAD ■ Tunisie 13,20 TND / CAL/A 940 XPF / POL/A : 990 XPF

HÔPITAL

ENQUÊTE SUR QU'ON AURAIT

Avant la pandémie, l'hôpital, soumis à des années de restrictions budgétaires, se portait déjà bien mal. Le tsunami du Covid lui a porté un nouveau coup. Et ce sont ses personnels surtout qui l'ont encaissé, dans l'urgence. Rien d'étonnant à ce qu'aujourd'hui, des soignants quittent en nombre les établissements hospitaliers pour retrouver une pratique professionnelle normale et un rythme de travail plus humain. D'où vient le mal ? L'application brutale de normes comptables inadaptées à un service public de soins et les privilèges concédés à la médecine de ville, telle la libre installation génératrice de trop de déserts médicaux, expliquent une bonne partie de la charge insupportable qui pèse sur l'hôpital. Et les concessions minimales du Ségur de la santé ne suffiront pas à l'alléger durablement. La pandémie l'a confirmé : la santé mérite un débat public qui sorte des cénacles professionnels, afin que chacun puisse être soigné selon ses besoins, au moindre coût pour la collectivité. ■

DOSSIER



L UN NAUFRAGE PU ÉVITER

Dossier illustré par Bénédicte Muller



LES RAVAGES DE L'HÔ

Le Covid a agi comme un révélateur des difficultés des hôpitaux. Les choix politiques faits ces dernières décennies sonnent peu à peu le glas d'un service public hospitalier de qualité.

Lorsqu'elle a vu *La fracture*, le film de Catherine Corsini qui retrace une nuit aux urgences dans un hôpital parisien, Alice ⁽¹⁾, infirmière dans un CHU d'Auvergne-Rhône-Alpes, a pleuré. « Ce film montre une réalité partagée dans tous les services : les interruptions de tâches, la nécessité de jongler entre les patients, et les oublis, car on est constamment interrompu. On devient maltraitant malgré nous. » Avec dix ans d'ancienneté et en travaillant deux week-ends et sept nuits par mois, elle touche 2 130 euros net, primes comprises. Elle est aujourd'hui à l'arrêt, dans l'attente d'un autre poste à la suite d'une agression par un patient souffrant de troubles psychiques. Alice n'est pas la seule à se poser des questions sur le sens de son métier, comme en témoignent les multiples départs de l'hôpital public.

Cette désaffection des soignants, en pleine cinquième vague de Covid-19, est le symptôme d'une double maladie qui mine l'hôpital public, selon André Grimaldi, professeur émérite de diabétologie et cofondateur du Collectif inter-hôpitaux : l'hôpital-entreprise, qui a fait progressivement entrer à l'hôpital public des logiques de gestion entrepreneuriales, et l'absence de service public de santé à la ville. L'enjeu est le maintien d'un réel service public hospitalier, qui soigne chacun selon ses besoins, au moindre coût pour la collectivité.

RENTABILITÉ

C'est dans les années 1970 que s'impose à l'hôpital public une logique gestionnaire dans un contexte de hausse des dépenses de santé et de ralentissement de la croissance économique. Au fil des décennies suivantes, plusieurs outils sont adoptés et pleinement utilisés après la crise de 2008. Trois leviers se combinent : le budget hospitalier voté chaque année au Parlement depuis 1997 (l'Ondam hospitalier, objectif national de dépenses d'assurance maladie) ; la tarification à l'activité (T2A), un système de répartition de ce budget entre hôpitaux mis en



place en 2004 puis étendu ; et une variable, le « point flottant » des tarifs associés à chaque acte, qui détermine le niveau de remboursement de l'hôpital par la Sécurité sociale. Le coût d'un acte est exprimé en points et la valeur nationale du point est obtenue en fin d'année en divisant l'Ondam hospitalier par le nombre de points liés à l'activité de l'ensemble des établissements du pays.

Pour maîtriser les dépenses, les gouvernements n'agissent donc pas sur le volume des soins, ce qui est une bonne chose, mais ajustent les tarifs à la baisse lorsque l'activité augmente. Du coup, les directeurs d'hôpitaux, qui anticipent que le point risque de baisser, incitent leur personnel à faire le maximum d'actes pour générer le maximum de points. « L'hôpital vertueux, qui ne fait que le nécessaire, est puni par la suractivité des autres qui fait baisser la valeur du point. Il peut être en déficit, même en étant au maximum de son efficacité. Le système est totalement dévoyé », analyse l'économiste Brigitte Dormont ⁽²⁾.

Face à cela, les hospitaliers n'ont eu que deux solutions, explique

André Grimaldi : soit trier les patients et les actes pour ne garder que les plus rentables (c'est possible en clinique privée, pas à l'hôpital public qui a pour obligation légale d'accueillir tout le monde) ; soit coder en activités mieux rémunérées par la Sécurité sociale des activités qui le sont moins... en évitant

75 000

C'est le nombre de lits en médecine, chirurgie et obstétrique supprimés entre 2003 et 2019 au nom du « virage ambulatoire ».

HOSPITAL-ENTREPRISE



de se faire prendre par les services d'inspection. « J'ai comme tout le monde pratiqué le surcodage, témoigne André Grimaldi dans son dernier livre [3], en multipliant les hospitalisations de jour coûteuses pour la Sécurité sociale, mais rentables pour l'hôpital. Nous avons été félicités et donnés en exemple par le directeur. »

À FLUX TENDU

Le couple infernal Ondam-T2A a un autre effet : celui d'entraîner une dégradation des soins en détériorant les conditions de travail. Comme le rappelle Pierre-Louis Bras, ancien directeur de la Sécurité sociale, le volume de soins délivrés à l'hôpital public entre 2009 et 2019 a augmenté de 19 % [4]. Les dépenses hospitalières ont crû de 24 % en valeur. Cela n'a été possible que parce que l'évolution du prix par unité de soins a été très faible, moins de 5 %, alors que dans le même temps arrivaient de nouveaux anticancéreux très onéreux.

Pour y parvenir, ce sont les personnels qui ont été mis à contribution à la fois en volume (les effectifs) et en valeur (le salaire). Alors que le volume des soins augmentait de 19 % en dix ans, les effectifs de personnels non médicaux, dont les infirmiers, n'ont crû que de 2,4 % (12,4 % pour les personnels médicaux). « La décennie 2010 est marquée par une augmentation très forte de la productivité du travail », écrit Pierre-Louis Bras. Infirmière dans un service de soins de suite en neurologie, Alice fait le même constat. « Le service a ouvert il y a douze ans. Les effectifs n'ont pas bougé. » Mais la patientèle a

évolué. « Avant, les plus de 70 ans n'étaient pas sauvés. Aujourd'hui, nous avons plus de patients dépendants qui vivent avec des pluripathologies. »

Côté rémunération, « le salaire moyen net par équivalent temps plein à l'hôpital public se situe en 2018 à -1 % par rapport au niveau atteint en 2009 », a calculé Pierre-Louis Bras. Cela, alors qu'en moyenne les salaires du privé ont augmenté de 3,4 % et que les effectifs de médecins, mieux rémunérés, ont davantage crû sur la période.

Mais le taux d'investissement (immeubles, dispositifs médicaux...), c'est-à-dire la part des recettes investies, a aussi baissé : de 11 % en 2010-2011, il n'était plus que de 5 % en 2018, trop peu pour assurer un bon entretien. De plus, à partir de 2017, le volume de soins délivrés à l'hôpital public a commencé à ralentir, alors qu'il accélère dans les cliniques privées. Serait-ce l'ébauche d'un rationnement des soins ? Celui-ci semble déjà à l'œuvre au regard de la baisse du nombre de lits en hospitalisation complète : 75 000 lits en médecine, chirurgie

[1] Le prénom a été changé.

[2] Dans « Le plan santé évite les sujets qui fâchent », *L'Economie politique* n° 80, 2018.

[3] *Manifeste pour la santé 2022*, Odile Jacob, 2021.

[4] Voir « Comment le Covid transforme le débat sur les dépenses de santé », *Terra nova*, 25 mars 2021. Voir aussi « L'Ondam et la situation des hôpitaux publics depuis 2009 », *Les tribunes de la santé* n° 59, 2019.

QUAND LES INFIRMIÈRES S'EN VONT

Agée de 23 ans, Marie Jutteau fait partie de ces infirmières qui en ont eu ras le bol. Elle était pourtant fière de travailler à l'hôpital universitaire Necker. Mais « la charge de travail était telle que nous n'avions même pas le temps de manger ». Cet été, on lui a imposé de travailler sept week-ends de suite, sans la consulter ni lui laisser la possibilité de négocier. La goutte d'eau a fait déborder le vase. Marie Jutteau a rejoint la Fondation Santé Service, un établissement privé qui propose des soins à domicile. Son salaire n'a pas changé, mais ses horaires sont désormais compatibles avec une vie de famille. Son cas n'est pas isolé. « De 7 500 postes vacants en juin 2020 dans l'ensemble des hôpitaux et cliniques, nous sommes passés à 34 000 en septembre 2020, puis à 60 000 en juin 2021 », pointe Thierry Amouroux, porte-parole du Syndicat national des professionnels infirmiers. Outre une revalorisation salariale, la profession réclame de rouvrir des lits. La France compte en effet 5,9 lits pour 1 000 habitants tous établissements confondus, contre 8 en Allemagne. Les infirmières demandent aussi de rendre leur charge de travail compatible avec des soins de qualité, en s'alignant sur les normes internationales. Soit 6 à 8 patients par infirmière. Contre 12 à 15 actuellement.

Thomas Lestavel

et obstétrique ont été supprimés entre 2003 et 2019 au nom du « virage ambulatoire ». Certes, la diminution de la durée moyenne de séjour est une tendance longue : de dix-sept jours en 1965, les séjours sont en moyenne de moins de six jours au milieu des années 1990 [5]. Pourtant, l'ambulatoire, qui consiste à rester moins d'une journée à l'hôpital, convient à certaines activités, comme la chirurgie de la cataracte, mais pas à d'autres, telle une opération de la thyroïde. Les services statistiques du ministère de la Santé considèrent en outre qu'un plafond en matière de prise en charge ambulatoire a été atteint en 2016 et qu'il sera difficile d'aller plus loin. L'ambulatoire suppose aussi une très bonne prise en charge à la ville, une implication des proches aidants et un logement décent. Aujourd'hui, selon la Fondation Abbé Pierre, 12 millions de personnes vivent dans de mauvaises conditions.

ADIEU, SERVICE PUBLIC ?

Le Covid aurait pu être l'occasion d'une prise de conscience. La santé ne fait-elle pas partie « des biens et services qui doivent être placés en dehors du marché », comme le proclamait Emmanuel Macron en mars dernier ? Pourtant, rien n'a changé dans les hôpitaux. « Après la première vague, un cadre de santé a dû se justifier devant la direction, se souvient Alice. « Comment le service de régulation du Samu [qui répartit les patients qui arrivent en Samu à l'hôpital, NDLR] s'était-il permis de commander autant de gel hydroalcoolique ? », lui a-t-on demandé. On venait de sortir du premier confinement ! » Depuis, malgré les mobilisations qui ont repris à l'automne 2021, « la réponse est toujours la même : « Vous avez eu le Ségur [une augmentation de 183 euros net par mois, NDLR], c'est merveilleux. Et 19 milliards d'euros ont été annoncés pour rénover les hôpitaux publics. » C'est toujours la même chose : il faut patienter. »

Aujourd'hui, le risque est celui d'un transfert de l'hôpital public vers le privé. « Au lieu de tirer la conclusion que l'hôpital public a soigné 85 % des patients Covid et que le privé a été réquisitionné et a fonctionné comme un service public soignant tous les patients, on nous parle de la faillite du modèle de 1945 », déplore André Grimaldi. Or, contrairement au public, les cliniques privées (25 % des lits et des places) trient les patients. En matière de soins critiques, par exemple, « le secteur privé lucratif réalise principalement une activité post-opératoire dans un cadre programmé avec des patients moins critiques », tandis que le public prend en charge les séjours non programmés avec un niveau de sévérité plus important, relève la Cour des comptes [6]. Les cliniques maintiennent ainsi leur rentabilité (+ 0,6 % entre 2015 et 2016) et les médecins qui y exercent peuvent augmenter leurs dépassements d'honoraires (+ 31 % entre 2012 et 2017) malgré



Aujourd'hui,
le risque est
celui d'un
transfert de
l'hôpital public
vers le privé

une baisse des tarifs pour les établissements, note encore la Cour des comptes [7].

Autre moyen de tri : la concentration géographique dans les zones urbaines, où les patients-clients sont plus solvables et plus consommateurs de soins. Globalement, le privé est spécialisé dans la chirurgie ambulatoire, tandis que l'hôpital public se charge des chirurgies complexes (traumatisme, neurochirurgie...), ainsi que des maladies infectieuses, du VIH ou de la toxicologie. Un transfert vers la logique du privé consiste donc à renoncer à soigner une partie de la population. Quant au privé non lucratif – les hôpitaux gérés par des mutuelles –, il représente 15 % des lits et des places, son principal inconvénient étant de pouvoir être facilement racheté par le privé lucratif.

En santé pourtant, le prix de l'acte ne fait pas la qualité. Ce qui fait dire à André Grimaldi qu'« un système de santé égalitaire et solidaire est une chance pour que les riches soient soignés aussi bien que les pauvres ». Mais pour le défendre, il faut un rapport de force politique, comme ce fut le cas au moment de toutes les grandes conquêtes sociales. ■ Céline Mouzon

[5] Voir *La santé au XXI^e siècle. A l'épreuve des crises*, par Emmanuel Vigneron, Berger-Levrault, 2020.

[6] « Constats issus des premiers contrôles des cliniques privées », 2019.

[7] « Les soins critiques. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat », juillet 2021.

UNE APPROCHE FINANCIÈRE DÉLÉTÈRE

Les dépenses de santé ne doivent pas être réduites à tout prix. Elles répondent à des besoins, dont il faut pouvoir débattre démocratiquement.

La santé n'a pas de prix. Le gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour (...) sauver des vies. Quoi qu'il en coûte », déclarait Emmanuel Macron au début de la pandémie. Le budget de la santé (Ondam, pour objectif national de dépenses d'assurance maladie) a augmenté en 2020 (+ 9,4 %) et 2021 (+ 7,4 %). Mais il doit diminuer (- 0,6 %) dès 2022, avant de retrouver son régime de croisière à partir de 2023, à + 2,3 %. La séquence Covid a donc été considérée par le gouvernement comme un moment exceptionnel, avant un retour à la normale ou, plutôt, à l'anormal.

Les dépenses de santé augmentent d'une année sur l'autre. C'est logique : la population s'accroît, l'aspiration au mieux-être aussi. Les progrès thérapeutiques génèrent des dépenses supplémentaires, ils permettent de soigner plus de maladies et plus de patients. En 2019, les dépenses de santé, publiques et privées, représentaient 11 % du produit intérieur brut (PIB) français, soit 270 milliards d'euros. Entre 1950 et 2018, elles ont été multipliées par 35 ; le PIB ne l'a été que par 8^[1]. Le problème est donc un problème de recettes, plus peut-être que de dépenses.

Depuis les chocs pétroliers des années 1970, les gouvernements y ont répondu en contenant la croissance des dépenses publiques de santé. Une tendance qui s'est accrue depuis la dernière crise financière. Entre 2009 et 2019,

le PIB nominal a augmenté de 24 %, l'Ondam, de 26 %. Si cette approche se comprend du point de vue des finances publiques, elle n'a aucune justification sanitaire, relève le haut fonctionnaire Pierre-Louis Bras^[2]. Le carcan budgétaire qu'est l'Ondam a pesé lourdement sur l'hôpital : par le biais de mises en réserve « prudentielles » en début d'année, le budget hospitalier a financé les dépassements du budget de la ville, moins facile à réguler tant en volume (nombre de consultations) qu'en prix (contrairement aux tarifs de l'hôpital qui varient chaque année pour rester dans l'enveloppe de l'Ondam, ceux des consultations restent identiques d'une année sur l'autre).

ANTICORPS DÉMOCRATIQUES

L'Ondam actuel n'est ainsi rien d'autre qu'« une fiction délétère », estime Pierre-Louis Bras : il donne une onction démocratique à une politique de maîtrise des dépenses publiques. Chaque année depuis 2010, il augmente en moyenne de 2,3 % alors que l'augmentation « tendancielle », celle qu'auraient les dépenses si on répondait aux besoins de santé de la population, serait de 4,5 %, selon la commission des

Le problème des dépenses de santé est davantage un problème de recettes que de dépenses

comptes de la Sécurité sociale. Une tendance dont le calcul est cependant lui-même sujet à caution, relèvent la Cour des comptes et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas).

Alors que faire ? D'abord, s'outiller pour débattre des besoins de santé, en prenant appui sur les travaux de l'Assurance maladie relatifs à l'évolution de la population, son vieillissement et la prévalence des principales pathologies. Ces discussions devraient faire l'objet de débats publics, y compris locaux, pour alimenter ceux du Parlement qui n'est aujourd'hui qu'une chambre d'enregistrement. Les principales questions doivent être : délivrera-t-on des soins en rapport avec ce qu'exigeraient l'évolution de notre démographie et les progrès thérapeutiques ? et quelles dépenses de santé doivent être prises en charge par la collectivité ? Y répondre implique de considérer les recettes : veut-on allouer un nouvel impôt à la santé, mieux lutter contre la fraude fiscale (la TVA représentait 20 % des recettes de la branche maladie en 2019) ? Mais le débat sur le prix des vaccins ou des tests anti-Covid l'a montré, celui sur la « Grande Sécu » aussi : des pistes d'économies existent, qui impliquent de se confronter à l'industrie pharmaceutique ou aux complémentaires. De leur fait, la France fait partie des pays européens où les frais de gestion sont très élevés. La santé mérite un débat démocratique. ■ C. M.

[1] *La santé au XXI^e siècle. A l'épreuve des crises*, par Emmanuel Vigneron, Berger-Levrault, 2020.
[2] « Comment le Covid transforme le débat sur les dépenses de santé », par Pierre-Louis Bras, Terra nova, 25 mars 2021.

EN FINIR AVEC LES DÉSERTS MÉDICAUX

La médecine de ville ne parvient pas à assurer une vraie permanence des soins et produit des inégalités sociales et territoriales. Comment y remédier ?

La crise sanitaire a rappelé l'importance de l'échelon de proximité. Or, selon la Drees, au ministère de la Santé, entre 8 et 12 millions de personnes vivent dans un désert médical. Imprécise, la notion désigne un territoire où l'accès aux soins est d'une qualité inférieure à la moyenne des territoires français, que ce soit pour des raisons géographiques, financières (dépassements d'honoraires) ou les deux. Les déserts médicaux font partie du paysage. Chacun y sait qu'il lui faudra s'armer de patience pour voir l'ophtalmologue ou le dermatologue, voire pour trouver un médecin traitant. C'est

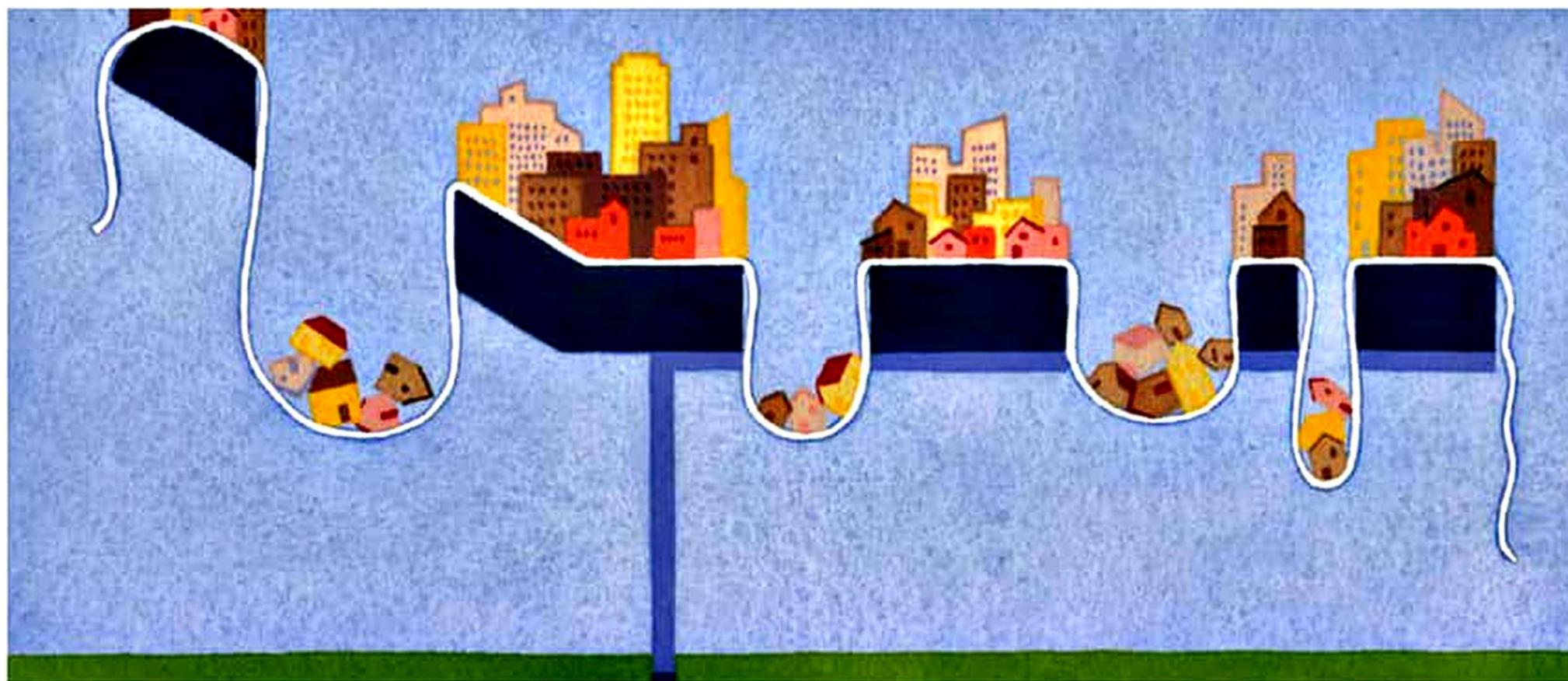
aussi un casse-tête pour de nombreux élus. Les uns mettent une annonce sur Leboncoin pour trouver un praticien, tel autre fait appel pour 16 000 euros à un chasseur de têtes, tel autre enfin crée un centre de santé départemental, un dispositif qui devrait être légalisé a posteriori par la loi 3DS en cours de discussion début 2022.

La densité de médecins généralistes a diminué ces dix dernières années, passant de 153 pour 100 000 habitants en 2012 à 140 en 2021, selon la Drees ^[1]. Leurs effectifs ont baissé tandis que la population augmentait. Et les inégalités médicales entre territoires se sont accrues. Du côté des spécialistes, à l'inverse, les effectifs progressent ainsi que la densité médicale. Mais ils restent concentrés en région parisienne et dans le Sud. De plus, 45 % d'entre eux pratiquent des dépassements d'honoraires, contre 7 % des généralistes libéraux, ce qui freine l'accès aux soins. Résultat de ces différentes réalités, les urgences hospitalières sont devenues le premier recours médical. 21 millions de personnes s'y rendent chaque année. Elles étaient 10 millions en 1996.

Pour y remédier, les pouvoirs publics ont multiplié les incitations financières : contrat d'engagement de service public, contrat de praticien territorial de médecine générale... Sans effet réel. En 2017, la Cour des comptes pointait « une forme de fuite en avant [depuis le début des années 2000, NDLR], sans évaluation ni de l'efficacité globale ni du rapport coût/avantage qui en résulte ». Elle chiffrait le coût de l'ensemble des incitations financières à 87 millions d'euros en 2015 ^[2].

LE PASSE-DROIT DE LA LIBERTÉ D'INSTALLATION

Les gouvernements se sont toujours refusés à revenir sur la liberté d'installation des médecins, concédée en 1971. Pourtant, « le droit des médecins à la liberté d'installation signifie en pratique le droit aux déserts médicaux », tranche le médecin André Grimaldi, défenseur de la santé publique ^[3]. « Le



principe de liberté d'installation est insuffisamment mis en regard du principe d'égal accès aux soins et de la notion d'intérêt général », affirme, plus diplomate, un rapport du Sénat ^[4].

Les médecins sont les seuls professionnels de santé à bénéficier d'une telle latitude. Sages-femmes libérales, infirmiers libéraux ou, dans un autre genre, pharmaciens font face à des contraintes bien plus strictes. Les réglementations distinguent souvent entre zones surdotées et sous-dotées. Pourquoi ne pas appliquer ce modèle du conventionnement sélectif aux médecins ? L'assurance maladie pourrait refuser de conventionner des médecins s'installant dans des zones surdotées, où la densité médicale est déjà supérieure de 20 % à la moyenne nationale. Ils exerceraient alors en « secteur 3 », c'est-à-dire sans prise en charge de la Sécurité sociale.

A l'inverse, pour renforcer l'attractivité des zones sous-dotées, le tarif de base pourrait être fortement revalorisé, conduisant à une disparition du « secteur 2 » (celui qui combine tarif Sécu et dépassements d'honoraires), instauré en 1980. Cette revalorisation devrait s'accompagner d'aides concrètes en matière de secrétariat, de local ou d'accompagnement pour l'emploi du conjoint. Cela suppose aussi des territoires dotés de services publics. Serait ainsi prise à bras-le-corps la double problématique de l'accès financier et géographique aux soins. Une telle réforme impliquerait bien sûr d'affronter les syndicats de médecins libéraux, vent debout contre une telle idée.

LE RÔLE DES AUTRES SOIGNANTS

Pourtant, cela ne suffira pas. Ce n'est en effet qu'en 2036 que la densité de médecins généralistes devrait retrouver son niveau de 2021, en tenant compte du vieillissement de la population ^[1]. D'où la nécessité de permettre à d'autres professionnels de santé de pratiquer certains actes, comme la vaccination par les pharmaciens. Déjà, depuis 2019, ces derniers peuvent vacciner contre la grippe, et maintenant le Covid. Il faut aussi former des assistants médicaux

ET LA COORDINATION DES SOINS ?

C'est le serpent de mer depuis des années. Comment faire en sorte que les professionnels d'un même territoire se parlent et travaillent ensemble ? Une nécessité de plus en plus pressante à l'heure où les patients sortent toujours plus vite de l'hôpital. Le Covid en a montré l'impérieuse nécessité en cas de crise. Cette coordination doit se faire « à l'échelle de territoires qui ne soient pas trop vastes », indique le géographe Emmanuel Vigneron ^[1]. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), instituées en 2016, relèvent d'une telle logique de proximité, mais elles reposent sur le volontariat. Il peut donc y avoir des angles morts entre territoires. De fait, au nombre de 173, elles couvrent aujourd'hui moins d'un quart de la population. Les agences régionales de santé (ARS) ne réalisent pas de pilotage de l'offre de soins. Et comment articuler CPTS et groupements hospitaliers de territoires (GHT) ? Les défis restent nombreux.

[1] Dans *La santé au XXI^e siècle. A l'épreuve des crises*, Berger-Levrault, 2020.

et des infirmières de pratique avancée. Celles-ci reçoivent une formation spécifique et exercent depuis 2018 des missions jusque-là réservées aux médecins (renouveler ou adapter des prescriptions...). Mais leur pouvoir de prescription reste trop faible, tout comme leur rémunération, autour de 1 000 euros net par mois en moyenne pour le suivi des patients délégués par un médecin, pointe l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) ^[5]. Quant aux sages-femmes libérales, elles devraient être clairement identifiées comme les référentes des consultations gynécologiques de base. A terme, relève l'Igas, on ne pourra faire l'économie d'une refonte du système des professions de santé, dont le Covid a montré l'obsolescence. La télé-

médecine peut constituer une partie de la réponse, à condition de ne pas y voir une solution miracle.

Ces changements impliquent une vraie remise en cause de la tarification à l'acte et une obligation de participation à la permanence des soins la nuit et les week-ends, afin qu'elle ne repose plus principalement sur l'hôpital. Elle implique aussi une meilleure reconnaissance des métiers du soin aujourd'hui peu considérés (sages-femmes, infirmières, etc.), et une meilleure coordination entre les professionnels. Cela, dans le but d'assurer à tous un accès aux soins aux tarifs remboursés par la Sécurité sociale quel que soit le statut des professionnels, partout sur le territoire. ■ C. M.

Entre 8 et 12 millions de personnes vivent dans un désert médical



[1] « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », *Les dossiers de la Drees* n° 76, mars 2021.
[2] Cour des comptes, « L'avenir de l'assurance maladie », 2017.
[3] *Manifeste pour la santé 2022*, Odile Jacob, 2021.
[4] *Rapport d'information* n° 282, par Hervé Maurey et Jean-François Longeot, Sénat, 2020.
[5] « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », Igas, novembre 2021.



BIG PHARMA PROFITE DE LA LOI DU MARCHÉ

Les prix des médicaments peuvent être faramineux. Ils résultent d'un rapport de force pour l'heure favorable aux laboratoires pharmaceutiques.

La consultation d'un médecin débouche quasi systématiquement sur un passage en pharmacie où le patient ne règle rien. Ou seulement une petite part du prix des médicaments. Ce qui n'est évidemment pas le cas de l'Assurance maladie. La Sécurité sociale consacre aux médicaments près de 25 milliards d'euros par an pour la seule médecine de ville, soit un quart des dépenses pour cette partie du système de soins.

Une part non négligeable qui questionne la manière dont est fixé le prix de nos médicaments et ce qu'il est censé couvrir. A minima, ce prix devrait comprendre le coût de fabrication, de recherche et développement et couvrir ceux des nombreuses

recherches n'ayant pas abouti. « En réalité, le prix des médicaments n'est plus basé en France sur les coûts de production depuis au moins les années 1990, note Etienne Nouguez, sociologue spécialiste de la santé. Il est le produit d'une négociation entre les industriels et un organisme interministériel, le Comité économique des produits de santé, le CEPS. » En somme, c'est un marché où le prix se fixe selon le rapport de force entre le payeur, représenté par ce comité où siègent des représentants de la Sécurité sociale, des ministères de l'Economie ou encore de la Santé, et les vendeurs, qui sont les laboratoires pharmaceutiques à dimension souvent multinationale.

Concrètement, dès qu'un laboratoire se voit attribuer une autorisation de mise sur le marché pour un nouveau traitement, il entre en négociation avec le CEPS pour déterminer un tarif. Mais en vertu des règles internationales sur la propriété intellectuelle, l'industriel jouit d'un brevet sur son produit, qui lui confère un monopole mondial pendant vingt ans. « Ce qui va se jouer dans la négociation est donc la confrontation entre le désir des pouvoirs publics de

*pouvoir utiliser le médicament en France et le désir du laboratoire d'accéder au marché français », ajoute Etienne Nouguez, également auteur de l'ouvrage *Des médicaments à tout prix*.*

DES PRIX DÉCONNECTÉS DU COÛT DE LA RECHERCHE

L'un des facteurs qui va encadrer cette négociation est la détermination par la Haute Autorité de santé de l'amélioration du service rendu par le médicament. Si cette instance indépendante estime que la nouvelle molécule n'est pas plus efficace que celles qui existent déjà sur le marché, le prix sera très proche des traitements similaires. A l'inverse, plus l'amélioration est significative, plus le laboratoire est en position de force dans la négociation et le prix élevé.

C'est donc principalement sur les traitements innovants que l'addition a tendance à flamber. Un exemple souvent cité est celui du laboratoire Gilead qui est parvenu en 2014 à un prix de 41 000 euros pour son Sovaldi®, un traitement très efficace de trois mois permettant de venir à bout de l'hépatite C sans effet secondaire, alors même que son coût de production (hors recherche) est estimé à une centaine d'euros. Devant la facture, les autorités françaises ont restreint l'accès aux « personnes les plus gravement atteintes ».

On citera aussi certains anticancéreux, comme Opdivo® ou Keytruda®, dont les prix ont atteint un tarif par an et par patient de plus de 50 000 euros, faisant monter la facture à plusieurs centaines de millions d'euros pour la Sécurité sociale pour ces deux seuls médicaments. Les arguments avancés par les fabricants pour justifier les prix évoluent également, notamment avec celui des coûts évités : Gilead a mis en avant les économies que son Sovaldi® permet à l'Assurance maladie de réaliser, grâce aux cirrhoses ou hospitalisations évitées.

Ces prix faramineux illustrent aussi une évolution de l'industrie pharmaceutique : les grands laboratoires ont tendance à faire eux-mêmes moins de recherche et préfèrent racheter des *start-up* innovantes. C'est le cas de Gilead, qui a acquis en 2011 pour 11 milliards de dollars Pharmasset, l'entreprise qui a développé le Sovaldi®. Le laboratoire américain a donc cherché à amortir son investissement sur le prix de vente du traitement. Il ne s'agit pas là de dépenses de recherche proprement dites, mais de valorisation d'une entreprise, qui traduit sa rentabilité future ou espérée. « *Le prix est donc totalement déconnecté de l'effort financier dans la recherche, qui était plutôt de l'ordre de quelques dizaines de millions de dollars* », tranche le professeur Jean-Paul Vernant, hématologue à la Pitié-Salpêtrière et vice-président de La ligue contre le cancer. Le développement des vaccins contre le

Covid-19 le démontre également. L'innovation vient de jeunes *start-up* qui n'avaient jusqu'ici commercialisé aucun traitement, que ce soit l'américain Moderna ou l'allemand BioNTech, ce dernier s'étant allié à Pfizer pour la partie production et marketing.

UNE « ARCHITECTURE BIPOLAIRE »

« *Nous avons une architecture des prix vraiment bipolaire, avec une poignée de médicaments qui coûtent très cher et d'autres qui se rapprochent davantage des coûts de production* », pointe Etienne Nouguez. Par exemple, sur les plus de 15 000 références de médicaments remboursés dans les pharmacies de villes, les 60 les plus chers concentrent 33 % du montant remboursé. Schématiquement, certains traitements innovants obtiennent un prix très élevé et poussent à la baisse celui des génériques, dont les fabricants sont en concurrence entre eux, ce qui crée un rapport de force plus favorable à la puissance publique sur de telles molécules.

La crise du Covid-19 a été encore une fois révélatrice de cette situation. Alors que l'ensemble des systèmes de soins est sous pression, les laboratoires producteurs des vaccins se sont très largement enrichis. Les coûts de recherche et développement de Moderna, par exemple, se chiffraient à quelques centaines de millions de dollars chaque année avant le Covid, alors que ses bénéfices se sont élevés à près de 10 milliards en 2021. Les doses des vaccins contre le coronavirus ont été vendues en Europe aux alentours de 20 euros pour un coût de production (hors recherche) estimé à peine à quelques euros. Appelant à un nécessaire rééquilibrage qui peut, entre autres, passer par une mise en commun par les pays européens de la compétence de fixation du prix des médicaments afin de davantage peser face aux laboratoires.

■ Justin Delépine

C'est
principalement
sur les
traitements
innovants
que l'addition
a tendance
à flamber

UNE PERTE DE SOUVERAINETÉ INDUSTRIELLE ?

Au-delà du prix, l'enjeu de l'approvisionnement se pose. Les pénuries ou tensions d'approvisionnement sur les médicaments se multiplient en effet depuis une décennie. Elles sont parfois le fait de stratégies des laboratoires pour faire jouer le rapport de force en leur faveur, comme dans le cas du sud-africain Aspen épinglé par la Commission européenne sur plusieurs traitements, mais aussi par une tension sur la chaîne de production. Au fil des ans, le secteur a eu tendance à concentrer et externaliser la production, si bien qu'aujourd'hui 80 % des principes actifs (la matière première des médicaments) consommés en Europe sont fabriqués en Asie. L'approvisionnement de certains médicaments pour le marché mondial dépend parfois d'une seule usine. Un rééquilibrage du rapport de force vis-à-vis des laboratoires implique également une relocalisation de la production sur le continent européen, pour pouvoir notamment davantage la maîtriser.

ENTRETIEN

« LA SANTÉ PUBLIQUE EST IN AVEC LA LOGIQUE CAPITALISTE

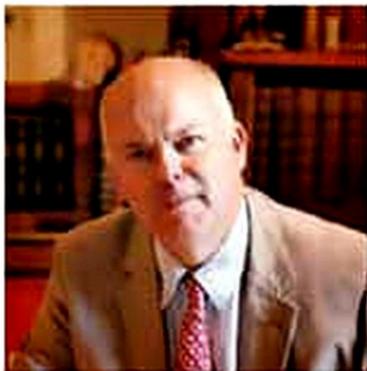
Le Covid touche inégalement les populations selon leurs conditions de vie et leur état de santé. Voilà qui justifie de mettre la santé publique au cœur de nos politiques.

Comment définir la santé publique ?

La santé publique est l'ensemble des actions qui permettent d'éviter de tomber malade. Elle repose sur une forte dimension collective : ces actions s'adressent à l'individu par le biais d'un groupe auquel il appartient. C'est par exemple une politique de prévention du saturnisme infantile [intoxication au plomb, NDLR], en ciblant les familles habitant des logements insalubres.

Elle est historiquement faible en France. Comment l'expliquer ?

La santé publique est considérée comme une branche de la médecine. Mais historiquement, elle a été à la fois absorbée et rejetée par la médecine. Lors de la deuxième moitié du XIX^e siècle, la médecine achève de quitter le statut d'art au service des aristocrates faisant l'objet de discussions en latin. Elle se constitue peu à peu en discipline scientifique à une époque où la science s'affirme comme un puissant moyen de progrès du genre humain. Elle se met à pouvoir réellement soigner, et de plus en plus souvent à guérir. A mesure que le monde bourgeois et capitaliste s'installe, les médecins deviennent des acteurs économiques comme les autres. En 1900, on compte 10 000 médecins en France, toutes spécialités confondues. Mais dans les débats publics s'impose l'idée qu'il y a une « pléthore médicale ». Et un trop grand nombre de médecins serait une menace pour les revenus de la profession. A l'époque, de fait, de nombreux médecins n'ont pas de quoi vivre. Pour protéger leur marché, alors que la Sécurité sociale n'existe pas, les médecins défendent l'idée d'une relation individuelle avec leurs patients. Ils souhaitent percevoir des honoraires librement consentis plutôt que fixer des tarifs.



Emmanuel Vigneron
Géographe, auteur notamment de *La santé au XXI^e siècle. A l'épreuve des crises* (Berger-Levrault, 2020)

Ils sont à la recherche de clientèles aisées et préfèrent les beaux quartiers aux banlieues ouvrières, la ville à la campagne, la France douce du Sud et de l'Ouest à la France industrielle du Nord et de l'Est.

Cette transformation de la médecine va de pair avec la marchandisation de l'acte médical et une préférence donnée au soin, par opposition à l'éducation et à la prévention. Le soin est aisément tarifable. Il profite aussi d'une inflation liée à sa technicisation continue. Une logique qui s'accroîtra au cours du XX^e siècle : les patients demandent toujours plus de techniques nouvelles et l'industrie du matériel médical est très agressive. C'est le triomphe du modèle biomédical au détriment de la santé publique.

Pourtant, c'est aussi à cette époque qu'émerge la santé publique. Dans quel contexte ?

Tous les médecins ne parviennent pas à s'adresser à une clientèle aisée. Et avec l'apparition des syndicats, au cours du XIX^e siècle, ainsi que l'essor progressif du salariat se développent des caisses de secours mutuel. Chacun sent bien qu'à moins d'être très fortuné, il a intérêt à mutualiser ses dépenses de santé. Nombre de médecins français ont aussi une franche hostilité, voire de la haine, pour les médecins étrangers, juifs ou « levantins », qu'ils perçoivent comme des concurrents. Ces médecins « métèques », comme on dit à l'époque, ne peuvent pas acheter de cabinets dans les beaux quartiers. Ils s'établissent dans les banlieues et exercent souvent comme salariés dans des centres de santé ouverts par des municipalités communistes. C'est là qu'éclot la santé publique dans les années 1920-1930, à l'initiative de ces praticiens confrontés au spectacle effroyable de la misère et des maladies infectieuses dans les banlieues, mais aussi dans les campagnes.

La santé publique et la médecine sociale sont vécues comme une menace par les médecins en place. La charte de la médecine libérale est adoptée en 1927. Elle affirme la liberté de choix du médecin par le malade, le respect absolu du secret médical et la liberté de prescription du médecin, sa liberté tarifaire (supprimée en 1945) et sa liberté d'installation. Cette médecine se méfie de la santé publique qui, si elle réussissait, lui couperait l'herbe sous le pied : avec une bonne politique de santé publique, on

COMPATIBLE E »

a beaucoup moins besoin de soins, ce qui se traduit par une baisse du nombre d'années de vie perdues.

En 1945, la Sécurité sociale, tout juste créée, a besoin des médecins pour se déployer tandis que les assurés demandent de plus en plus de soins. La médecine collective, la santé publique, est taxée de « soviétique ». Pour faire accepter la « Sécu » par les médecins libéraux, la puissance publique restreint le développement de la médecine sociale. Ainsi, la médecine prétend s'occuper de la santé publique, mais la tient en lisière et l'étouffe. Cette évolution rencontre les aspirations des patients-consommateurs dans un contexte où les progrès matériels entraînent une volonté de confort (on ne veut plus des grandes salles anonymes des hôpitaux). « C'est mon médecin, il va s'occuper de moi » est une exigence partagée. Au total, la dimension individuelle est privilégiée aussi bien par les médecins que par les patients et les pouvoirs publics.

Les politiques de santé publique sont aujourd'hui réduites à la portion congrue. En quoi consistent-elles ?

Les dépenses de santé publique, pour l'essentiel des dépenses de prévention et d'éducation en santé, représentent moins de 2 % des dépenses totales de santé. C'est très très peu. Il y a 7 000 infirmières scolaires et 1 000 médecins scolaires pour 60 000 établissements. Quant aux services de protection maternelle et infantile (PMI), la portée de leur action est très limitée, elle concerne surtout les quartiers, communes ou départements les plus défavorisés. La médecine du travail, elle, a une place historiquement plus ambiguë : elle a été créée à l'initiative du CNPF, l'ancêtre du Medef, pour contrôler la réalité des maladies des salariés. Les syndicats s'en sont emparés dans les années 1970, mais son pouvoir reste faible.

Nos représentations ne sont pas étrangères au peu de place accordé à la santé publique. On se félicite des progrès de la médecine qui contribuent au rayonnement de la France. Les séries qui mettent à l'honneur le monde médical sont innombrables,

2 %

C'est, dans le total des dépenses de santé, la part consacrée à la santé publique, en France.



Urgences, Dr House, Grey's Anatomy... Il y est toujours question de sauver des vies *in extremis* au bloc opératoire, jamais de santé publique ni de prévention. On sait que les enseignants ont un rôle très important à jouer en matière de santé publique. Mais on a bien du mal à quantifier, et on ne cherche d'ailleurs pas à le faire, les bénéfices – le « retour sur investissement » – de leur travail ni de celui des infirmières scolaires. Les uns et les autres sont très mal rémunérés. Les évaluations des bénéfices en matière de « coût évité » sont complexes à mesurer et, de fait, rarement réalisées.

Que faudrait-il faire ?

Prendre au sérieux la santé publique est un changement de perspective radical. Cela remet en cause les fondements de notre monde économique et mental. Une approche en santé publique est incompatible avec la logique capitaliste. Pour commencer, il faudrait la soustraire à la médecine. Car la santé



publique est dans la rue, à l'école, dans l'air que nous respirons, dans le logement que nous habitons, dans l'alimentation. On ne doit pas tant l'augmentation de l'espérance de vie à la médecine qu'aux progrès plus précoces de l'alimentation et de l'agronomie. L'espérance de vie a commencé à augmenter à la fin du XVIII^e siècle, un siècle avant que la médecine ne se mette à guérir.

Le Nutri-Score relève d'une telle approche. Mais l'industrie agroalimentaire fait tout pour le vider de sa substance. L'État a lancé de belles campagnes « Mangez cinq fruits et légumes par jour », mais il s'arrête au milieu du gué. Il pourrait aller plus loin, et à peu de frais, acheter en gros des fruits et des légumes aux agriculteurs, ainsi les solvabiliser comme on le fait pour les soins médicaux à travers l'assurance maladie, et organiser des distributions gratuites dans les lycées, au pied des immeubles, etc. L'agriculture, les fédérations sportives mais aussi les institutions culturelles devraient être conviées à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique de santé publique. La culture donne en effet de la joie de vivre et contribue à la bonne santé. On se souvient de la création des maisons des jeunes et de la culture (MJC) avec André Malraux. Quand il y a une soirée Bertolt Brecht à la MJC, ça sort des estaminets, c'est de la santé publique.

A l'heure de Netflix, cela risque d'être difficile...

Bien sûr, c'est très ambitieux et facile à dire. On voit néanmoins l'importance du spectacle vivant. Faire venir des troupes de théâtre un peu

partout en province relève de la santé publique. A l'université, il y a beaucoup d'enfants des classes populaires. Des consultations médicales et psychologiques – il ne faut pas oublier la santé mentale – devraient y être organisées. En matière d'activité physique, la loi Touraine de 2016 a autorisé le « sport sur ordonnance » [le sport prescrit par le médecin et remboursé par la Sécurité sociale, NDLR] pour les patients en affection longue durée et, depuis 2021, ceux souffrant de maladies chroniques. C'est une bonne chose. Mais les modalités de remboursement par la Sécurité sociale ne sont toujours pas prévues. Pour l'instant, de l'aveu même du ministère, on manque de données médico-économiques sur les avantages coût/bénéfice, ce qui fait que la Sécurité sociale est réticente à mettre la main à la poche.

Pour impulser un tel changement, il faudrait créer un département interministériel puissant et rattaché au Premier ministre, comme le fut la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (Datar) en son temps [créée en 1963, NDLR]. Le ministère de la Santé devrait lui être subordonné. Elle rassemblerait des représentants de tous les domaines concernés.

Les pouvoirs publics ont-ils tiré de la crise du Covid des enseignements en la matière ?

La pandémie montre l'importance de l'éducation à la santé. Les moins vaccinés se trouvent dans les territoires où la distance géographique, culturelle et économique est la plus grande avec les centres institutionnels du pouvoir. Depuis deux ans, il aurait fallu mener des enquêtes sociologiques et géographiques pour non pas stigmatiser mais comprendre et aller vers tous ceux qui, par exemple, ne se vaccinent pas. Quand on regarde les programmes présidentiels, on a du mal à trouver des réflexions sur ce que signifierait mettre en œuvre une vraie politique de santé publique.

“ Prendre au sérieux la santé publique est un changement de perspective radical ”

EMMANUEL VIGNERON

L'un des écueils d'une approche en santé publique n'est-il pas sa dimension de contrôle des populations ?

Comme toute politique publique, une telle approche peut être dévoyée et utilisée à des fins d'eugénisme, d'expérimentation, de contrôle, d'établissement de normes sociales qui conduisent à la relégation de certaines parties de la population, comme le montrent les chirurgies d'assignation de genre à des enfants intersexes. Quant au contrôle des données personnelles, par le biais d'applications comme StopCovid ou par un pass vaccinal, je ne crois pas qu'il y ait de volonté de la part des gouvernants aujourd'hui de faire de nous, encore davantage que nous ne le sommes, des consommateurs.

■ Propos recueillis par C. M.