La maladie chronique du système de santé français : diagnostic et traitement

André Grimaldi

La maladie chronique de notre système de santé se manifeste par la crise de l'hôpital public, particulièrement des Urgences, et par le développement des déserts médicaux.

Les déserts médicaux sont le résultat programmé de quatre facteurs : la diminution drastique du nombre de médecins formés depuis le début des années 1970 jusqu'à la fin des années 1990, la liberté totale du choix du lieu d'installation des médecins libéraux, leur refus de délégation de tâches aux paramédicaux, la désertification plus générale de certains territoires ruraux et périurbains où les services publics ont été supprimés et où les commerces ferment.

La crise de l'hôpital public dénoncée en vain depuis des années par les professionnels fit irruption dans l'actualité médiatique en 2019. Elle ne l'a depuis hélas pas quittée. Elle nécessita tout d'abord en septembre 2019 l'élaboration par la ministre de la Santé d'un nouveau plan pour les Urgences, puis en décembre l'adoption en catastrophe d'une rallonge du budget hospitalier alors que les députés de la majorité présidentielle avaient déjà adopté le PLFSS (projet de loi de financement de la Sécurité sociale) pour 2020. Cette crise aiguë était la conséquence de la rigueur budgétaire prolongée, année après année, depuis les crises, financière puis économique, de 2008 -2010. En 2018, le gouvernement avait encore baissé de 0,5 % le montant des tarifs (de la T2A) remboursés aux hôpitaux par la Sécurité sociale et cette nouvelle baisse suivait les baisses précédentes de 0,9 % en 2017 et de 1 % en 2016 imposées par Marisol Touraine...

En réalité, cette crise sans fin est le résultat des trois maladies historiques aux effets cumulatifs dont souffrent l'hôpital public et l'ensemble du système de santé.

1. Notre système de santé est d'abord victime de sa mixité structurelle

Cela résulte du grand compromis historique de 1945. Tout dans notre système de santé est à la fois public et privé. Le financement se fait à la fois par la Sécurité sociale et par les assurances privées dites « complémentaires » qui ont obtenu en 1946 la gestion d'un ticket « modérateur » et en 1947 l'interdiction faite à la Sécu de créer sa propre mutuelle. Résultat de ce doublon : le montant des frais de gestion de notre système de santé est le double de la moyenne des pays de l'OCDE (soit en 2024, 8,2 milliards d'euros pour les « complémentaires et 6,8 milliards pour la Sécu). Les prestations sont publiques pour les hôpitaux, les centres de santé municipaux (anciens dispensaires) et les centres de la protection maternelle et infantile, mais elles sont privées pour la médecine libérale et les cliniques appartenant anciennement à leurs chirurgiens. La gestion, elle-même, est mixte, directement par l'État pour les hôpitaux et indirectement par la Sécu pour la médecine de ville lors de négociations avec les syndicats des libéraux (le premier conventionnement national n'eut lieu qu'en 1971 et en 1980 fut créé par Raymond Barre le secteur 2 conventionné donnant droit aux dépassements d'honoraires, réservé pour l'essentiel aux spécialistes). À cela, il faut ajouter d'une part la coupure entre la médecine et le médico-social et d'autre part la marginalisation de la Santé publique reléguée par les hospitaliers au bas de la hiérarchie des disciplines médicales et mal aimée par les libéraux qui redoutent l'intervention de l'État.

Finalement, nous avons créé un système de soins plus qu'un système de santé et si la France fut pendant des années parmi les tout meilleurs pays pour le soin, nous sommes depuis longtemps mal classés en matière de

prévention et d'inégalités sociales de santé. Cette organisation en silos, fut encore aggravée par l'instauration du plein temps hospitalier par la grande réforme de 1958 bien que le professeur Robert Debré fût contraint face à l'hostilité des syndicats libéraux, de l'Ordre des médecins et de l'Académie de médecine de concéder la création d'un secteur privé libéral au sein de l'hôpital public. Quoi qu'il en soit, la séparation entre la ville et l'hôpital était un moindre mal pour la prise en charge des maladies aiguës et des gestes techniques, les cas simples revenant à la ville, les cas graves et/ou complexes relevant de l'hôpital. Mais cette coupure devint profondément délétère pour la réponse à l'explosion de la demande de consultations sans rendez-vous qui ne trouvant pas de réponse en ville, se déversa sur l'hôpital avec 22 millions de passages aux Urgences hospitalières en 2019. Et il en va de même pour le suivi des 24 millions de personnes atteintes de maladies chroniques dont la prise en charge nécessite à la fois une graduation des soins (entre le premier recours généraliste, le second recours spécialisé et le troisième recours spécialisé référent) et une coordination entre les professionnels et entre les établissements de santé.

2. L'hôpital est ensuite victime du progrès bio-technico-médical poussant à l'hyperspécialisation

Suivant la règle qu'on ne fait bien que ce qu'on fait souvent, les médecins et les services hospitaliers sont de plus en plus surspécialisés, organisant des filières centrées sur une seule pathologie et fonctionnant essentiellement sur la base d'hospitalisations programmées ou recevant exclusivement les urgences relevant de leur spécialité. Cette surspécialisation explique la détérioration de la prise en charge globale pluridisciplinaire des patients et la crise d'une spécialité transversale, la Médecine interne, autrefois mère de toutes les spécialités et socle de formation partagé par tous les médecins hospitaliers. De même le processus de spécialisation croissante relégua dans la

formation des étudiants la médecine générale dont les représentants durent forcer la porte des CHU. Encore aujourd'hui la formation des étudiants, en particulier des futurs professionnels amenés à suivre des patients atteints de maladies chroniques, est dramatiquement insuffisant en psychologie, en communication, en pédagogie et en santé publique. Cette spécialisation hospitalière est en grande partie responsable du déséquilibre français retrouvé en ville entre le nombre de spécialistes (55 %) et le nombre des médecins généralistes (MG) en activité (45 %) soit 82 000. On comptabilise 10 000 MG en moins en 10 ans et entre 5 et 10 % des MG ont un exercice particulier. La surspécialisation participe de plus à la crise de l'aval des urgences, les spécialistes étant réticents à hospitaliser dans leur service des patients dont la pathologie ne relève pas de leur expertise et dont l'admission vient de plus perturber la planification des hospitalisations programmées. Dès 1973, Robert Debré fut conscient de cette dérive. Dans un discours prophétique, il déclarait « je n'ai fait que la moitié du travail, ce que j'ai fait avec la biologie, vous devrez le faire avec la Santé publique en faisant venir dans nos hôpitaux, pour travailler avec nous, les psychologues, les sociologues, les économistes, les statisticiens... ».

Depuis les années 1980, date de création du statut de praticien hospitalier non universitaire (PH), il aurait fallu réformer la réforme Debré. Il n'en fut rien et à la fin du siècle émergea le concept de « médecin ingénieur » avec ses corollaires de « médecine industrielle » et d'« hôpital entreprise », concepts repris par les directeurs d'hôpitaux de la FHF (Fédération hospitalière de France) et par des chirurgiens ultraspecialisés. Ainsi, les 35 heures furent appliquées dans les hôpitaux comme dans une entreprise commerciale, en associant gel de la masse salariale et « gains de productivité ». S'ensuivirent le blocage des salaires, la limitation des heures supplémentaires, le recours à l'intérim, la sous-traitance au privé de certaines activités, la mobilité des agents d'un service à l'autre,

la variabilité des horaires, la compression des temps de transmission entre équipes, la suppression des réunions de service. Il arrivait que des infirmières hospitalières, pour arrondir leur fin de mois, aillent faire des vacances en cliniques privées, voire aient une deuxième activité en dehors du secteur de la santé. Pour elles, les 35 heures entraînerent une augmentation de leur temps réel de travail !

La généralisation en 2008 de la T2A à toutes les activités de soins, jusques et y compris aux soins palliatifs, au lieu de la limiter aux activités standardisées et programmées, concrétisait la volonté politique de transformer l'hôpital public en une entreprise commerciale (vendant des séjours) soumise à la concurrence des cliniques privées. Le but ultime était de transformer l'hôpital public en ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif) tandis que les cliniques à but lucratif étaient progressivement rachetées par des chaînes commerciales internationales financiarisées.

L'application de la loi instaurant les 35 heures avait abîmé le travail d'équipe, la loi HPST instaurant en 2009 la gouvernance d'entreprise devait officiellement supprimer les services remplacés par des « structures » facultatives au sein de « pôles » de gestion. Ce faisant, la loi dite Bachelot jetait le bébé, l'équipe soignante stable (médicale et paramédicale), avec l'eau sale du bain que représentait le mandarinat résiduel et ses abus de pouvoir. Le pouvoir médical fut remplacé par le nouveau pouvoir administratif formé au « new management » par le nombre et par la norme. Cette privatisation de la gestion hospitalière et la fin du service public hospitalier prévues par la loi HPST devaient être réalisées sous la tutelle des ARS dont les directeurs nommés en conseil des ministres et révocables à chaque nouvelle réunion du conseil étaient de véritables préfets sanitaires sans réelles compétences en santé publique

3. La troisième maladie dont est victime le système de santé est la régulation comptable

La régulation comptable est la mère de toutes les réformes depuis les années 1970. En effet, pendant les « Trente glorieuses » les dépenses de santé ont cru de 10 % par an sans aucune « régulation », c'est-à-dire sans mesure de limitation des dépenses. La première mesure qui fit consensus fut l'instauration en 1971 du *numerus clausus* sous l'argument qu'en matière de santé, c'est « l'offre qui crée la demande », c'est-à-dire que c'est le médecin qui crée, si ce n'est le malade, du moins les prescriptions et les actes inutiles. Cette diminution drastique du nombre de médecins poursuivie jusqu'en 1998, tout en maintenant la liberté totale d'installation et tout en refusant la délégation de tâches aux paramédicaux et aux pharmaciens, alors même que croissait la demande de la population vieillissante, préparait les déserts médicaux.

L'instauration et la prolongation abusive du *numerus clausus* firent l'unanimité, entre gauche et droite, libéraux et hospitaliers, gestionnaires et responsables du Conseil de l'Ordre. La Sécu paya jusqu'en 2003 des indemnités pour faciliter les départs en retraite anticipée des médecins (le MICA) afin de lutter contre la prétendue « pléthore médicale ».

Malgré les déclarations des médecins libéraux en défense du principe éthique « du juste soin pour le patient, au moindre coût pour la collectivité », leurs syndicats firent tout pour empêcher la régulation médicalisée portant sur la pertinence des prescriptions alors que selon des enquêtes convergentes environ 20 % des prescriptions et des actes sont injustifiés. C'est ainsi que les syndicats libéraux obtinrent l'annulation des références médicales opposables (RMO) mises en place en 1993. Dès lors, la régulation fut quasi exclusivement comptable utilisant conjointement deux moyens, la budgétisation et le marché. Le premier moyen, la budgétisation, fait craindre le rationnement (cf. l'Angleterre), le second moyen, le

marché, aggrave automatiquement les inégalités sociales de santé (cf. les États-Unis). Cette double régulation à la française s'est traduite en ville par la tentative de limiter l'augmentation des coûts des actes médicaux (notamment du montant des consultations en secteur 1) et par l'augmentation du reste à charge (RAC) pour les ménages, qu'il soit payé intégralement de leur poche ou remboursé en tout ou en partie par les assurances complémentaires privées, avec des dépassements d'honoraires en secteur 2, pouvant atteindre plusieurs milliers d'euros (3 000 € pour une prostatectomie ou une prothèse du genou). L'augmentation du RAC aggrave les inégalités d'accès aux soins notamment au détriment des personnes pas assez pauvres pour avoir droit à la complémentaire santé solidaire (C2S) et tout particulièrement pour les personnes âgées. Et ce, malgré la prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale des tarifs réglementés pour les patients souffrant de maladies chroniques. En effet, les assurances privées concurrentielles (mutualistes ou non) sont moins solidaires, moins égalitaires et moins efficaces que la Sécu et majorent le montant des cotisations des personnes âgées. Aujourd'hui, les assurances dites complémentaires remboursent plus de 50 % des soins courants (hors ALD et hors hospitalisations). Pour les hôpitaux, la double régulation comptable, par la budgétisation et par le marché, se traduit en 1983 à la fois par l'instauration du paiement par le patient du forfait hospitalier régulièrement augmenté au fil des ans (auquel est venu s'ajouter depuis le paiement de prestations prétendues de confort comme la chambre seule) et par le financement de l'hôpital par un budget global remplaçant l'inflationniste paiement à la journée qui avait prévalu depuis 1945 (en 2004 fut introduit la T2A).

En 2010, l'Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement depuis 1996 et régulièrement dépassé ne fut plus un simple objectif dépassable. Il fut transformé en un budget contraint indépasseable. Mais suite à l'échec du plan Juppé de 1996 qui prévoyait des

sanctions financières pour les médecins libéraux en cas de dépassement de l'ONDAM de ville, il fut décidé de faire porter la régulation exclusivement sur l'hôpital. Pour cela les gouvernements successifs utilisèrent deux moyens : 1) la mise en réserve chaque année de 400 millions en début d'exercice. Censée être rendue aux hôpitaux si l'ONDAM était respecté, cette réserve ne leur fut pas restituée en raison du dépassement de l'ONDAM de ville, jusqu'à l'éclatement de la crise hospitalière en 2019 ; 2) une péréquation volume-prix entraînant automatiquement une baisse des tarifs lorsque l'activité augmente. En neuf ans (2010-2018), les tarifs baissèrent de 7 % tandis que l'activité augmentait de 15 %. Pour rester à l'équilibre, il fallait qu'un hôpital augmente son activité (ou du moins le codage de cette activité (c'est-à-dire la facture adressée à la Sécurité sociale) d'au moins 2 % par an sans augmenter le personnel dont les salaires représentent 60 % des dépenses. D'où la priorité donnée aux activités rentables (comme la dialyse rénale ou la chirurgie ambulatoire ou l'endoscopie digestive...), priorités plus faciles à mettre en œuvre pour les cliniques commerciales qui peuvent sélectionner leurs activités que pour les hôpitaux publics. D'où aussi la multiplication des activités injustifiées mais rentables (par exemple, les hôpitaux de jour pour « bilan ») et l'« optimisation » du codage (l'augmentation de la facturation). L'hôpital, contraint d'en faire toujours plus pour éviter de gagner moins, était comme le hamster sur sa roue, obligé de pédaler de plus en plus vite pour ne pas tomber. Cette régulation comptable infernale devait provoquer inévitablement la chute de l'activité hospitalière par épuisement. Celle-ci eut lieu en 2017. Mais, ce n'est qu'en 2019 que les tarifs de la T2A furent réaugmentés de 0,2 %. C'est une « première historique » déclara alors la ministre !

4. Quel traitement ?

La pandémie de Covid19 avait montré dans les faits ce que pouvait être un authentique service public de santé. Plus question de concurrence entre les professionnels et les établissements mais complémentarité et coordination entre la ville et l'hôpital, plus de travail en solitaire mais travail en équipe basée sur une hiérarchie des compétences et non de pouvoir, délégation des tâches aux paramédicaux et aux pharmaciens, soignants au service des patients et gestionnaires au service des soignants, importance de la santé publique pour le dépistage et la prévention. Fin de l'ONDAM, de la T2A et des dépassements d'honoraires, et pas de gaspillage, au moins au début, dans la mesure où on manquait de tout. L'hôpital public prit en charge 85 % des patients hospitalisés à cause du Covid. Cependant, la pandémie avait aussi montré nos faiblesses en matière de santé publique et notre carence de démocratie, notamment de démocratie sanitaire.

La reconstruction de l'hôpital public suppose une refondation de l'ensemble de notre système de santé. Les principes de cette refondation pourraient être, selon nous, les suivants :

1) Les 4 médecines

La médecine des maladies aiguës bénignes et des gestes techniques simples (la première médecine) et celle des maladies aiguës graves des gestes techniques complexes (la 2^e médecine) sont fondamentalement centrées sur le traitement. La 3^e médecine est celle des maladies chroniques nécessitant une approche holistique, bio-technico-médicale, mais aussi sociale, psychologique, culturelle et pédagogique. C'est la médecine de la personne. Enfin la Santé publique est la 4^e médecine centrée sur le maintien en bonne santé des populations grâce à la prévention individuelle et collective et œuvrant à la réduction des inégalités sociales de santé. La santé publique n'est donc pas qu'une discipline médicale, elle inclut divers

spécialistes concernés par les multiples déterminants de la santé des populations. La prévention et la démocratie sanitaire tiennent une place essentielle dans la 3^e et la 4^e médecine.

La relation soignant/soigné, médecins et paramédicaux, soignants et travailleurs sociaux, soignants et élus locaux ou représentants associatifs diffère d'une médecine à l'autre. La forme d'organisation et les modes de financement devraient être adaptés à chaque type d'activité médicale. La T2A est adaptée aux soins standardisés et programmés réalisés à l'hôpital, comme le paiement à l'acte ou à l'épisode de soin est adapté à la prise en charge en ville des maladies aiguës bénignes. Mais c'est le prix de journée qui convient le mieux pour financer les soins palliatifs et c'est le budget global ou le forfait/patient annuel (« capitation ») qui est adapté au suivi des patients atteints de maladies chroniques. Quant au budget de la prévention, il doit être porté à 10 % des dépenses de santé grâce notamment à la taxation de la publicité et de la production des « nuisibles pour la santé » comme les sodas, les aliments trop gras - trop sucrés, le tabac, l'alcool, les pesticides et autres polluants.

2) La démocratie sanitaire

Elle doit s'articuler avec la démocratie sociale et la démocratie politique. Le développement de la démocratie sanitaire devrait aller jusqu'à une cogestion de l'Assurance maladie et des agences de l'État ainsi que des établissements publics de santé entre les représentants de l'État, les responsables syndicaux, les représentants des professionnels et les représentants des usagers, appliquant la règle d'or de l'équilibre des comptes entre les recettes et les dépenses. L'exercice de la démocratie sanitaire appliquant le principe de coconstruction doit impérativement précéder les prises de décisions par les pouvoirs publics. La politique de santé devrait faire partie du champ du référendum d'initiative partagée (RIP) et d'initiative citoyenne (RIC) aux niveaux national, régional ou local, dans

le respect impératif du respect de l'équilibre des comptes.

Par ailleurs, la démocratie sanitaire impliquant patients, usagers et professionnels de santé devrait jouer un rôle essentiel pour l'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins en participant à leur évaluation. Les indicateurs de qualité recueillis sur des bases de données (par exemple, le taux de ré-hospitalisation dans le mois qui suit la sortie des malades après une première hospitalisation) peuvent être utiles pour apprécier les différences d'un établissement à l'autre et éventuellement sonner l'alerte, mais le « financement à la qualité » sur la base de ces indicateurs pousse les professionnels à soigner les indicateurs plutôt que les malades et n'améliore pas la qualité dans la durée, quand il ne s'accompagne pas d'une détérioration des indicateurs de qualité ne donnant pas lieu à un financement. L'évaluation de la qualité devrait se faire anonymement et de façon simple par les patients et les professionnels travaillant en amont et en aval du professionnel (ou de l'équipe professionnelle) évalué. Cette évaluation doit être rendue publique. Elle peut donner lieu à des classements, le rôle de l'État n'étant pas de classer mais d'assurer l'équitable répartition des moyens sur le territoire, d'exiger de chaque professionnel et de chaque équipe une auto-évaluation de la qualité et un plan de mesures d'amélioration et de prendre les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des patients (et des soignants).

3) La planification sanitaire

Elle doit se décliner également à tous les niveaux. Au niveau national, elle implique l'adoption par le Parlement d'un plan quinquennal programmant les objectifs et fixant les moyens, réévalués et adaptés chaque année avec l'adoption de l'ONDAM. La régulation de l'ONDAM doit avoir lieu non plus *a priori* mais *a posteriori* sur la base de l'évaluation ciblée de la pertinence des soins, mettant fin aux coups de rabot budgétaires indifférenciés. Au niveau

territorial un projet de santé doit être élaboré par les différents acteurs concernés avec les élus locaux et les délégations décentralisées des ARS, fixant les objectifs (prévention, permanence des soins, éducation thérapeutique, parcours de santé...) et les moyens financiers et humains pour les atteindre. Ceci suppose une authentique décentralisation de la gestion et du financement avec la participation accrue des collectivités territoriales.

4) L'unification/intégration du système de santé

Elle devrait entraîner d'une part la création de la Grande Sécu 100 % intégrant les mutuelles et supprimant le doublon actuel AMO/AMC et d'autre part la création d'un Service de santé d'intérêt général territorialisé organisant la coopération entre les établissements publics, les établissements privés à but non lucratif et les professionnels installés en secteur 1 sans dépassement d'honoraires. Le secteur 2 devrait être mis en extinction parallèlement à la revalorisation du secteur 1 (dans un premier temps, le secteur 2 conventionné doit être limité à l'option modérée négociée avec la Sécu, dite OPTAM). Tous les professionnels de santé devraient participer d'une façon ou d'une autre à la permanence des soins. Qu'il s'agisse d'une participation au Service d'accueil des Urgences, à des maisons de garde, à la régulation téléphonique, à l'organisation de consultations sans rdv en concertation avec le Service d'accès aux soins (SAS).

À l'hôpital, pour en finir avec les séjours prolongés de patients sur des brancards aux Urgences, il faut agrandir ou créer des services de médecine polyvalente post-urgence cogérée par des internistes et des urgentistes, véritables têtes de pont de filières de soin dans et hors l'hôpital. Deux spécialités sinistrées, la pédiatrie et la psychiatrie, nécessitent des plans spécifiques avec le doublement de leurs moyens.

5) *Le travail en équipe*

Il doit progressivement devenir la norme en ville comme à l'hôpital. En ville, il faut favoriser la création de Maisons médicales pluriprofessionnelles (professionnels libéraux) et de Centres de santé (salariés) où collaborent médecins et paramédicaux avec l'aide d'assistants médicaux. Dans les déserts médicaux, en concertation avec les collectivités territoriales, il faut créer des centres de santé reliés aux hôpitaux publics avec pour les professionnels des statuts d'hospitaliers détachés et la possibilité de poursuivre ultérieurement une carrière hospitalière. À l'hôpital, il faut embaucher et former 100 000 infirmières pour assurer des équipes de soins stables en nombre suffisant respectant des ratios de patients par infirmière. Ces ratios doivent être fixés par unité de soins sur la base de données internationales et de comparaisons nationales en prenant en compte la charge réelle de travail. Les salaires doivent être revalorisés au niveau de ceux des pays européens voisins. Il est urgent d'accroître le nombre d'infirmières de pratique avancée (IPA) dans quasiment toutes les spécialités sur la base d'au moins cinq ans de pratique dans une spécialité et de la validation d'acquis d'expériences et de formation.

Enfin, si la base de l'hôpital doit redevenir le service et non le pôle de gestion, il ne saurait être question de revenir au mandarinat. Un chef ou une cheffe de service devrait avoir systématiquement un adjoint ou une adjointe et être nommé pour un mandat de 5 ans renouvelable une fois. Et il faut appliquer une dissociation entre les titres et les fonctions. Les 5 missions de l'hôpital public (soin, enseignement, recherche, santé publique, gestion) doivent être assumées par une équipe médicale, chaque médecin pouvant avoir une ou deux missions, évaluées régulièrement et susceptibles de changer avec le temps. Enfin, en ce qui concerne la recherche médicale, il faut mettre en œuvre les préconisations du professeur Alain Fischer proposant de regrouper les différents types de recherche médicale au sein de l'INSERM en respectant leur

spécificité (recherche fondamentale, recherche translationnelle, recherche clinique, recherche en soins infirmiers, recherche en santé publique).

6) *Exiger la transparence des industries de la santé*

Si la santé est un bien commun supérieur devant être placé « hors des lois du marché » pour reprendre le propos du Président Emmanuel Macron, il faut donc définir des règles spécifiques avec les industriels privés de la santé, à commencer par l'industrie pharmaceutique. Le calcul des coûts des nouveaux médicaments devrait dépendre exclusivement des coûts réels de recherche et développement et d'un profit « raisonnable » pour l'entreprise et ses actionnaires. La recherche initiale est aujourd'hui le plus souvent le fait de la recherche publique donnant lieu à un dépôt de brevet et à la création d'une start-up éventuellement rachetée à prix d'or par une Big Pharma qui réalisera seulement les études cliniques (coûteuses) évaluant le rapport bénéfice/risque nécessaires pour obtenir l'autorisation de la mise sur le marché et fixer le prix de vente officiel dit « facial » (différent du prix réel). Il convient donc à l'autorité publique d'encadrer le dépôt de brevet en fixant ce qui revient à la recherche publique et la rétribution personnelle des chercheurs. Les contrats passés avec l'industrie devraient contenir une clause de transparence des coûts et de « prix raisonnable du médicament » (contrairement à ce qui s'est passé entre la Commission européenne et les producteurs des vaccins contre la Covid). Compte tenu des rapports de force avec les multinationales, cette politique ne peut s'appliquer qu'à l'échelle européenne. Par contre, il est possible de créer à l'échelle nationale ou plurinationales des établissements à but non lucratif assurant la production des médicaments génériques essentiels, qui restent la plus grande part de la pharmacopée utile. Ceci suppose de relocaliser en Europe la production qui a été délocalisée en Chine et en Inde par les Big Pharma pour maximiser leurs profits. Pour

stopper les pénuries de plus en plus fréquentes de ces médicaments génériques d'intérêt thérapeutique majeur mais jugés pas assez rentables par l'industrie, il faut imposer aux industriels détenteurs historiques du brevet de disposer de 4 à 6 mois de stocks.

7) Bloquer la financiarisation en cours du système de santé

Historiquement, les cliniques et les laboratoires devaient obligatoirement appartenir à des professionnels de santé, chirurgiens ou biologistes. La production de normes de plus en plus contraignantes, l'augmentation considérable du coût des investissements nécessaires pour moderniser les équipements et satisfaire aux normes exigées, l'application de règles européennes du commerce permettant à des non-professionnels de posséder des établissements sanitaires, ont permis de contourner la loi française grâce à des montages financiers complexes. Le directeur de la CNAM s'en est inquiété et a sonné l'alerte dans son rapport annuel « charge et produits ».

C'est ainsi que quatre chaînes internationales (Elsan, Ramsay, Vivalto et Almaviva) réalisent plus de 50 % de la chirurgie privée et sont en train de créer des centres de santé de soins primaires qui serviront de porte d'entrée dans leur filière. De même six chaînes de laboratoires de biologie réalisent plus de 70 % des examens. Un scénario identique est en train de se développer pour la radiologie avec le rachat aux radiologues partant en retraite de leurs équipements. Ces chaînes internationales, possédées notamment par des fonds d'investissements divers ou dépendant du capital-investissement, procèdent à des « restructurations », « modernisent » la gestion séparant le soin de l'immobilier, écartent les professionnels de santé de la gouvernance, développent les activités techniques rentables et en viennent à imposer leurs tarifs aux États consentants. Au-delà de la fermeture de centres dentaires ou d'optiques décidée par la Sécurité sociale en raison d'activité frauduleuses, l'État avec les

ARS et la Caisse des dépôts a la possibilité de stopper cette privatisation/financiarisation du système de santé. C'est d'abord une question de volonté politique.

André Grimaldi est Professeur émérite au CHU Pitié Salpêtrière.

Références

A. Grimaldi. *L'hôpital nous a sauvé, sauvons le*, Paris, Odile Jacob, 2023.

A. Grimaldi, F. Bourdillon. *Notre Santé : 7 questions, 7 réponses*, Paris, Odile Jacob, 2024

A. Fischer, « La recherche médicale en France, bilan et propositions », Rapport Terra Nova, 2023.

O. Milleron, *Guide des intoxications sur notre système de santé*, Paris, Textuel 2024.