

Jean-René BRUNETIÈRE

Les lobbies et la santé

Le monde de la santé est un terrain de choix du "lobbying" : les mécanismes de fonctionnement très particuliers de ce secteur, qui met en permanence face à face la puissance publique et chaque acteur de la santé (les patients, les prestataires de soins publics ou privés, les gestionnaires hospitaliers, les producteurs de médicament ou d'équipement), n'a pour régulation finale que le rapport de forces et le jeu d'influence (sous l'œil d'ailleurs de plus en plus obsédant du juge pénal). Il s'agit ici d'observer des mécanismes à l'œuvre : cela n'a rien à voir avec la valeur et la vertu des acteurs.

Sur le terreau du lobby pousse indistinctement bon grain et ivraie, corporatisme et progrès, privilège et dévouement. Dans ce dialogue tendu entre l'État et les divers groupes de pression, la vertu comme l'aveuglement, le dynamisme comme l'immobilisme sont présents. On s'expose à n'y rien comprendre si on y cherche en permanence le "bon" et le "méchant" : les rôles s'échangent perpétuellement, dans un monde où les médias ne savent pas raconter une histoire sans la peindre en

noir et blanc. Enfin, un élément frappant est l'émiettement des lobbies dans ce secteur, et la complexité infinie des liens et des antagonismes visibles ou cachés qui les relie.

Dans le relatif silence collectif de ceux, malades ou bien portants, et en tout cas cotisants, dont la vie est en cause, le "marché de la santé", dont le financement est en majorité socialisé et mutualisé, est régulé par des mécanismes étranges. Si l'on parle de lobbies, il faut commencer donc par celui qui fait défaut : celui des sujets (les "patients", du latin "patere" : subir, souffrir : le malade est un être passif... lorsqu'il est soigné, il est même défini par sa passivité), consommateurs de soins ou de prévention, et pour cela cotisants.

S'il s'exprimait vraiment, il se découvrirait d'ailleurs traversé d'intérêts apparemment contradictoires (au moins à court terme), et fédéré par les principes fondateurs de notre système collectif. La solidarité entre riches et pauvres (le cotisant paye en fonction de ses ressources), et la non sélection des risques, entre sujets "à risque" (potentiellement coûteux) et bien portants (le bénéficiaire reçoit en fonction de son

état de santé). La fraction la plus aisée des "bénéficiaires cotisants" est d'ailleurs toujours tentée de se désolidariser du système (par un recours accru au système purement assurantiel, particulièrement à l'ordre du jour aujourd'hui et probablement dans les mois qui viennent),

PATIENTS ET ASSURÉS SOCIAUX : LE LOBBY MANQUANT

Le mouvement consumériste est faible en France d'une manière générale. Il est spécialement faible dans le domaine de la santé tant pour les soins que pour la prévention. On peut d'ailleurs le comprendre pour différentes raisons.

– Être malade n'est pas une identité qu'on revendique spontanément, surtout s'il s'agit d'une maladie brève ou qu'on espère brève. On n'imagine pas une association pérenne des opérés de l'appendicite. Seuls des malades ou parents de malades chroniques ou de longue durée s'organisent en associations spécifiques dont certaines sont

remarquablement dynamiques (malades du SIDA, familles concernées par les maladies génétiques,...) et fortement orientées vers l'accélération de la recherche de traitements spécifiques. On assimilerait difficilement ces mouvements à de mouvements de "défense du consommateur".

– Le mouvement citoyen est encore moins organisé dans le domaine de la prévention : les associations militantes qui luttent contre les fléaux sanitaires (le tabac, l'alcool ou les autres drogues, les accidents évitables, etc.) restent très faibles et leur effet médiatique est peu audible. Ceux qui portent la prévention sont le plus souvent des médecins : des producteurs, au fond, plus que des consommateurs. Pas de vrai lobby de la prévention, donc.

– La socialisation de la prise en charge, dont on ne saurait trop se féliciter au plan social comme au plan de l'efficacité globale, annihile le jeu de la concurrence censé contribuer à la régulation et au progrès d'autres secteurs de l'économie. Le producteur trouve devant lui un interlocuteur largement captif, souvent infériorisé par la maladie, et qui paye sous forme d'un abonnement de très long terme : le malade et le cotisant sont en quelque sorte joints.

Il n'y a d'ailleurs quasiment pas trace d'un lobby des cotisants : les représentants des cotisants (au travers des organisations d'employeurs et de salariés) ont perdu leur dernière chance de légitimité avec l'abandon un peu honteux, à la fin des années 80, des élections aux conseils d'administration des caisses. Ils n'étaient déjà depuis longtemps de fait plus reconnus par leur électeurat comme les défenseurs efficaces de leurs intérêts : l'abandon des élections n'a fait qu'entériner l'échec de la démocratie sociale rêvée en 1945. Quant au patronat, prompt à dénoncer le niveau des cotisations, nous l'avons vu plus souvent défendre les intérêts financiers du secteur que ceux de la sécurité sociale.

Le marché de la santé est donc dominé par l'offre : c'est l'offre qui fait l'activité, en l'absence d'une demande en situation d'arbitrer sa consommation en fonction du coût : la loi de l'offre et de la demande n'a pas cours au niveau de la consommation globale.

Pas de régulation par le marché, donc. Pas de vraie négociation collective non plus entre "usagers-cotisants" et "pro-

ducteurs de santé". Dès lors, le système se règle uniquement par le jeu des rapports de force entre les différentes catégories de producteurs et la puissance publique, l'État s'étant de fait substitué aux représentants défaillants des consommateurs-payeurs en prenant en main les commandes essentielles de l'assurance maladie. La machine étatique n'étant pas le plus subtil et le plus souple des acteurs pour négocier les dizaines (ou centaines ?) de milliers de tarifs et de budgets de ce monde protéiforme, les rôles sont caricaturalement distribués, entre les acteurs de santé, toujours désireux de corriger les lacunes et d'améliorer le service moyennant quelques moyens supplémentaires, et l'État, qui "prélève toujours" plus, et qui ne veut pourtant pas "débloquer les crédits" qui seraient nécessaires.

Tous les paramètres financiers qui déterminent le secteur, depuis le prix de la consultation jusqu'au budget global des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux en passant par le prix des médicaments, la marge sur les médicaments ou les divers "numerus clausus" se déterminent sur le "marché politique" dans des rapports de force où les éléments objectifs versés au débat sont loin d'être déterminants. Rien en 2001 ne permettait de dire si le juste prix de la consultation du généraliste devait être 17, 19 ou 21 euros. "20 euros", chiffre rond, a sûrement fait un meilleur slogan en période électorale que "18,73 euros".

La question du "numerus clausus" en est une autre illustration : A la fin des années 80, les médecins étaient nombreux en France (on parlait beaucoup des jeunes médecins qui avaient des difficultés à s'installer, certains gagnant à peine le SMIC). Les syndicats de médecins, (suivant en cela avec 10 ans de retard les chirurgiens dentistes qui avaient ainsi préservé leur situation) ont alors fait une forte pression, relayée par les gestionnaires de la CNAMTS (qui espéraient réduire ainsi la dépense) pour diminuer le nombre de médecins formés chaque année, et en quelques années, le "numerus clausus" imposé en fin de 2^{ème} année de médecine a été divisé par deux tandis que des incitations à partir plus tôt en retraite étaient mises en place. Le nombre d'étudiants aurait diminué encore plus sans la résistance des doyens des facultés de médecine, et du monde hospitalier (qui fonctionne largement grâce aux médecins en formation). Pourtant, les

projections, au reste faciles à faire, étaient disponibles : Tout montrait qu'à échéance de 2005/2010, le nombre de médecins diminuerait, mais les syndicats de médecins joignaient leurs voix à celles des trésoriers pour faire imposer à l'Université des *numerus clausus* malthusiens. Ayant participé à ces négociations annuelles entre les ministères de la santé et de l'éducation, je subissais chaque année les remontrances des hauts responsables de l'assurance maladie pour notre prétendu "laxisme". Le problème de fond (le fait que certaines disciplines comme certaines régions sont exsangues, d'autres pléthoriques) n'est jamais sérieusement abordé, aucun des lobbies en présence n'y ayant un intérêt direct.

UNE GESTION PAR LE RAPPORT DE FORCE POLITIQUE

La santé est un champ d'exercice pour les lobbies de toutes sortes : les sommes en jeu sur ce marché en forte croissance, la sensibilité des sujets, la complexité et l'obscurité des mécanismes institutionnels dessinent un champ de manœuvre idéal.

Le jeu de ces rapports de forces est d'une complexité extrême, compte tenu du très grand émiettement des groupes de pressions qui se subdivisent à l'infini. Chacun se définissant volontiers par opposition avec la catégorie la plus proche : les infirmières anesthésistes prennent bien soin de se distinguer des autres infirmiers diplômés d'État, parmi lesquels les puéricultrices ou les infirmiers psychiatriques forment des groupes à part, l'ensemble n'ayant rien à voir avec les autres professions paramédicales (comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens...) qu'il ne faut pas confondre avec les "professions médicales à compétence particulières" (les sages-femmes, ou les chirurgiens dentistes, que vous différenciez bien des orthodontistes ou des stomatologistes, par exemple...). Chez les biologistes, vous commettriez une gaffe en confondant un médecin-biologiste et un pharmacien-biologiste au motif qu'ils font le même travail.

Et toutes ces classifications dans lesquelles se glissent de subtiles hiérarchies non dites, opèrent à l'intérieur de l'hôpital comme, mutatis mutandis,

dans le secteur libéral. Chaque sous-catégorie est strictement encadrée par des statuts (plus de 90 statuts différents à l'hôpital public), des "décrets de compétence" qui définissent très précisément les territoires (les actes que chaque catégorie de professionnel a le droit de pratiquer) et qui font sporadiquement l'objet de guerres de frontières (guerre de l'échographie, limites entre infirmières et aides-soignantes, partage entre pharmaciens et supermarchés...) que les pouvoirs publics sont sommés d'arbitrer.

Quant aux médecins, leurs subdivisions sont infinies, d'autant plus qu'ils se singularisent de plus en plus par leurs pratiques professionnelles : homéopathes, acupuncteurs, ostéopathes..., et par leur faible consistance syndicale.

Parfois, la désunion fait la force. La faiblesse des syndicats de médecins les a longtemps rendus inaptes à apporter les contreparties collectives aux avantages que la Sécurité sociale leur concédait : je me souviens, alors que j'exerçais au ministère de cet honorable président de syndicat médical venant m'annoncer que l'accord que nous avions signé avec lui venait d'être repoussé à 92 % par son assemblée générale, mais qu'il restait président, et qu'il serait très malvenu de ne pas accorder ce que l'accord prévoyait, malgré l'absence de contreparties, que personnellement, il regrettait infiniment... Le fonctionnement de ces professions évoque moins celui de lobbies organisés qu'une mosaïque de niches particulières logées dans les failles de l'institution. Citons quelques-unes de ces particularités, pour illustrer leur diversité, et pour montrer comment elles sont à l'origine des déséquilibres structurels que chacun regrette.

– Un grand nombre d'actes font l'objet de tarifs de remboursement fixés par l'État et l'assurance maladie suivant des procédures compliquées. Certains de ces actes (la consultation, la séance de massages, la toilette d'un malade...) ne sont guère sujets à des gains de productivité. D'autres, à caractère technologique (en radiologie, biologie, etc.) demandent chaque année moins de temps, grâce au progrès technique. Mais il est toujours très difficile de diminuer les tarifs au fur et à mesure, et si on le fait, c'est avec grand retard. De là vient tout simplement que les professions utilisant des appareils (radio-

logues, biologistes, cardiologues...) connaissent des situations financières très supérieures à celles qui vivent de leur seule "main d'œuvre intellectuelle", sans aucune justification liée au service médical rendu.

– Les fonctionnaires sont tenus à la "réserve", et n'ont pas le droit de critiquer publiquement leur institution, à l'exception des universitaires, dont la liberté de pensée et d'expression est spécialement protégée. Les professeurs de médecine sont à la fois praticiens et universitaires, ce qui leur donne dans notre société un pouvoir considérable. C'est la langue d'Ésope : à la fois un puissant facteur de progrès (qui entendrait-on défendre la prévention contre les lobbies de l'alcool, du tabac, ou de la vitesse en voiture sans eux, parfois contre des pouvoirs publics un peu timorés ?) et l'assise de privilèges minoritaires tout à fait anormaux (on pense au secteur privé à l'hôpital) qu'aucun gouvernement n'a réussi à déraciner à cause de la capacité médiatique des principaux intéressés (qui ont un jour ou l'autre soigné tel ou tel grand de ce monde).

– En revanche, les domaines où n'est à l'œuvre aucun avantage particulier, et qui de plus ont par nature des contraintes particulières, sont l'objet itératif de délaissement dans les arbitrages internes à l'hôpital : les urgences, la gériatrie, la psychiatrie hospitalière. Des poussées de fièvre nous le rappellent parfois... Ce ne sont pourtant pas les moins utiles dans notre société moderne.

LES VRAIS LOBBIES

Beaucoup trop anarchique, trop individualiste pour mériter le nom de "lobby"... Le monde des professions de santé est de fait fédéré par l'extérieur, par l'industrie pharmaceutique (et biomédicale). C'est autour de ces industries que se constituent de vrais lobbies, capables d'influence déterminante sur la politique de santé. L'industrie tient la majorité de la formation des médecins, et l'essentiel de leur information, la presse médicale vivant (à une seule exception remarquable près) de la publicité pharmaceutique. La tradition de "petits cadeaux qui entretiennent l'amitié", dont certains excès ont été heureusement réduits, contribue à cette intégration.

L'assurance maladie, dès 1990, a mis en place par convention avec les syndicats de médecins des fonds importants pour créer une formation médicale continue indépendante. On a pu y fonder l'espoir de sortir de cette situation malsaine, mais la discorde entre les syndicats de médecins, dans un système institutionnel où rien n'est jamais simple, a provoqué panne sur panne, de sorte que le diagnostic d'inféodation n'a guère évolué. Au total, et malgré les efforts de l'assurance maladie et de l'État, le praticien trouve dans son information courante une minorité de données qu'il puisse accepter comme indépendantes. Comment s'étonner de la consommation excessive de nombreux médicaments en France ?

Des principes d'éthique bornent le lobbying : dans un pays traumatisé par les crises sanitaires, le "primum non nocere" est intégré par chacun, et la figure du juge pénal est présente dans toutes les consciences.

L'organisation moderne de la sécurité sanitaire en France, avec la mise en place d'agences bien structurées, n'a pas été sans conflits. Dans les années 90, on a vu certains laboratoires jouer de toute leur influence pour éviter le retrait de produits qui avaient manifesté des effets indésirables graves. On le verrait sans doute moins aujourd'hui : Personne n'a plus trop envie de jouer avec la sécurité sanitaire, et l'industrie en est consciente, même lorsque des sommes considérables sont en jeu.

En revanche, la question de l'indépendance des experts qui travaillent auprès des pouvoirs publics à l'évaluation des médicaments nouveaux restera toujours délicate : tous les meilleurs travaillent pour la recherche des laboratoires. Se priver de leurs services augmenteraient énormément le risque d'erreur et mettrait les agences en situation d'infériorité vis à vis des laboratoires. Dès lors, on cherche à résoudre la question par la transparence des intérêts (chaque expert a l'obligation de déclarer annuellement l'ensemble des liens qu'il a eu avec des laboratoires), et par des règles d'incompatibilité, de procédure et de collégialité qui apportent le maximum de garanties. Mais aucune règle ne donne une garantie à 100 % et la plus grande vigilance est en permanence nécessaire dans l'intérêt de tous.

Le coût du médicament récent est un coût d'investissement, pour l'essentiel : recherche, investissement industriel. La recette, elle, est proportionnelle à la quantité vendue. Un "comité économique" est chargé au vu de dossiers techniques volumineux de fixer un tarif, qui va donc se fonder sur une prévision de vente. Ces prévisions se fondent, pour simplifier, sur le nombre de malades de l'affection traitée. Dès que le tarif est fixé, le jeu est donc pour le laboratoire de déborder de son champ de prescription via une communication bien conçue auprès des médecins. Le traitement (coûteux) des dépressions sévères va donc déborder vers l'euphorisation des dépressions mineures (pour lesquelles des traitements bien meilleur marché existent), idem pour l'hypercholestérolémie et bien d'autres pathologies.

On voit se constituer des communautés d'intérêt verticales, autour d'un type de pathologie, laboratoire spécialisé, services hospitaliers, spécialistes de ville et finalement patients, avec leur rôle positif (notamment pour la recherche scientifique et l'information des patients) et le rôle dangereux lorsque l'intérêt économique prend de fait le pouvoir (ce

phénomène a joué un rôle évident dans l'affaire du sang contaminé). Selon les pathologies, les rapports de forces entre les composantes de cette "communauté d'influence" ne sont d'ailleurs pas les mêmes.

Ces descriptions pointent évidemment les défauts de notre système, mais il faut aussitôt resituer les choses. Chassons de notre esprit l'utopie selon laquelle un bon système serait un système sans conflit et sans tensions. Par comparaison avec les systèmes d'autres pays développés, notre système de soins reste très performant, sinon "le meilleur du monde" comme un classement un peu rapide le proclamait. Car dans tous les pays, le problème est par nature extrêmement complexe, et personne n'a de solution miracle. Sa force tient pour beaucoup dans ses principes fondateurs, qui assurent un accès de presque tous aux soins même les plus lourds, et par la même un financement aussi large que possible de ce secteur économique.

Il connaît aujourd'hui une crise de financement : la demande de santé augmente plus vite que l'assiette des prélèvements. Aujourd'hui, où le déficit de l'assurance maladie est "abyssal",

selon son ministre en charge (il s'est creusé de 150 euros par français en 2003, et se creusera de 220 supplémentaires en 2004) la probabilité est grande que ce fonctionnement "État versus tous lobbies" aboutisse à la rupture du pacte fondamental (la solidarité et la non sélection des risques). Alors que les secteurs qui peuvent être gérés par négociation entre patronat et syndicats (ASSEDIC, retraites complémentaires...) savent ajuster années après années leurs ressources et leurs dépenses sans drame excessif, et que dans un pays comme l'Allemagne, c'est sur ce mode que se gère l'assurance maladie, l'assurance maladie française, faute de représentation organisée et autonome des assurés, devient vulnérable à l'idéologie des "prélèvements obligatoires" et s'apprête à ébrécher son premier principe fondateur (la solidarité) ouvrant la voie à la mise en cause du second (la non sélection des risques).

Les formes que prend le débat sur la réforme de l'assurance maladie ne semblent malheureusement pas devoir susciter l'émergence d'un "lobby des assurés".

Jean-René BRUNETIÈRE

Fédération Internationale des Droits de l'Homme

Si vous souhaitez être informé de la situation des droits de l'homme dans le monde lisez,

« la lettre de la F.I.D.H. » et ses « rapports de mission »

Abonnement annuel à « la Lettre » (24 numéros)

Simple : 45 € - Étranger : 53 €

Abonnement annuel à « la Lettre » (24 numéros) et aux « rapports de mission » (30 rapports)

Simple : 90 € - Étranger : 106 €

Abonnements par chèque bancaire ou postal à la Fédération Internationale des Droits de l'Homme

17, passage de la Main-d'Or, 75011 PARIS - Tél. 01 43 55 25 18