

## FRANCE ASSOS SANTÉ DANS LES MÉDIAS

### Médicaments

#### - ENJEUX AFNOR – Multiplication des pénuries de médicaments : que peut l'Europe ? (1<sup>er</sup> septembre)

De nombreuses enquêtes ont démontré que des pénuries concernant certains médicaments avaient tendance à se multiplier dans les États membres de l'Union européenne, avec à la clé des conséquences graves. Une enquête de l'association de patients France Assos Santé a confirmé que ces pénuries touchaient environ 25 % des patients dans l'Hexagone. Selon l'association, les patients en affection de longue durée, y compris ceux touchés par le cancer, sont les plus concernés.

Selon la Commission européenne, « parmi les causes des pénuries figurent problèmes de fabrication, quotas, commerce parallèle légal ou raisons économiques (prix des médicaments), qui relève de la compétence des États ».

Conformément à la législation communautaire Médicaments, les entreprises sont tenues d'assurer la fourniture continue de médicaments pour couvrir les besoins des patients une fois qu'un produit est placé sur un marché spécifique de l'Union. « Dans des circonstances spécifiques, la création délibérée de pénuries de médicaments (refus de fournir) peut constituer une infraction aux règles de concurrence européennes et nationales », rappelle Bruxelles. Commission et/ou autorités nationales peuvent mener des enquêtes supplémentaires et prendre des mesures d'exécution dans des cas individuels.

Les titulaires d'autorisations de mise sur le marché (AMM) doivent, sauf circonstances exceptionnelles, informer les États membres au moins deux mois à l'avance s'ils ont l'intention de retirer leur produit du marché, de manière permanente ou temporaire, en indiquant les motifs du retrait.

« Il existe aussi une obligation de fourniture continue pour couvrir les besoins des patients une fois qu'un médicament est placé sur un marché spécifique de l'Union et une obligation de respecter les règles de concurrence », rappelle Bruxelles. Le retrait soudain d'une AMM ne devrait donc pas être un phénomène courant. Toutefois, aucune obligation de commercialiser des médicaments dans un ou plusieurs États membres ne pèse sur les entreprises pharmaceutiques. La législation communautaire exige une autorisation de fabrication ou d'importation de médicaments et d'ingrédients actifs. L'AMM ne contient aucune disposition concernant le nombre de sites de fabrication.

#### - MEDIAPART BLOGS : [Check-List de la transparence sur les médicaments](#) (1<sup>er</sup> septembre)

#### - LE MONITEUR DES PHARMACIES : [Pénuries de médicament, le Parlement européen interpellé](#) (4 septembre)

#### - LA MONTAGNE : [L'Auvergne touchée par les pénuries de médicament](#) (4 septembre)

#### - ZOOMDICI.FR : [Pénurie de médicaments : quelle incidence en Haute-Loire ?](#) (5 septembre)

#### - L'HUMANITE DIMANCHE : [Pénuries de médicaments : les bourses... contre la vie!](#) (5 septembre)

Les pénuries de médicaments explosent depuis dix ans. En cause : les stratégies des firmes pharmaceutiques qui délaissent les molécules peu rentables et délocalisent la production. Les patients, eux, sont laissés à l'abandon. « Il y a et il y aura des morts », préviennent les médecins, pendant que les pouvoirs publics, eux, regardent passer les trains.

Il ne se souvient plus précisément combien de temps il lui a fallu pour encaisser le coup. À 70 ans, Michel Bellin a pourtant déjà affronté pas mal de chocs, à commencer par l'annonce de son cancer de la vessie, il y a trois ans.

« Là, j'étais assommé, impuissant »

Début mai, le retraité se rend à Moulins (Allier) pour suivre sa chimiothérapie, quand il reçoit un coup de fil de l'hôpital. «L'infirmière me dit: "Vous n'aurez pas de traitement, on n'a plus de médicaments. C'est une pénurie nationale, on ne sait pas combien de temps ça va durer. Il n'y en a même pas pour les patients qui viennent de se faire opérer..."» Dans toutes les pharmacies des hôpitaux de France, plus une seule dose d'Amétycine, une poudre pour solution à instiller... Le laboratoire Sanofi a arrêté de produire la molécule en mars 2017. Depuis, le japonais Kyowa Kirin a repris la main et importe en France des substituts initialement destinés à la Grande-Bretagne. Mais, régulièrement, le médicament est en rupture de stock.

Cette fois, la cause précise de la pénurie n'est pas connue. «Un problème de production», écrivait l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM) en juin. Rien de plus. Pour Michel Bellin, c'est tout simplement «scandaleux. On a tout en France: des hôpitaux de qualité, un personnel dévoué, du médecin à l'aide-soignante, des scientifiques... et on laisse des gens sans traitement!» Après deux opérations, son protocole de chimiothérapie est prévu pour trois ans, une séance par mois. «C'est trois ans, pas deux et demi! Forcément vous êtes inquiet. Au début, mon urologue me disait qu'on ne pouvait pas décaler le traitement de deux semaines, alors là...? Même si le médecin vous rassure, vous dit qu'ils feront davantage de contrôles. Psychologiquement, c'est très dur», lâche-t-il. Combien de patients sont touchés par cette pénurie? Pas de décompte national de l'ANSM, mais chaque année, près de 12 000 à 14 000 Français sont diagnostiqués d'un cancer de la vessie. Début août, les hôpitaux ont été réapprovisionnés en Amétycine... et déjà un autre traitement du cancer de la vessie, le BCG, est en tension.

En 2019, à l'image de l'Amétycine de Michel Bellin, 1 200 médicaments ou vaccins seront en rupture de stock, selon le ministère de la Santé. «Il faut bien comprendre qu'on ne parle pas de Doliprane ici, mais de médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM)», souligne le professeur André Grimaldi. Le phénomène n'est pas nouveau. Mais il explose depuis 10 ans. De 44 ruptures en 2008, on en compte 538 en 2017, 868 en 2018, soit 20 fois plus en 20 ans. Le Sénat s'est penché sur le problème en octobre 2018. Le 18 août, un collectif de 26 médecins hospitaliers, dont André Grimaldi, alertait à nouveau dans «le Journal du dimanche».

Toutes les classes de médicaments sont désormais touchées: «Les antibiotiques, les corticoïdes, les anticancéreux, les médicaments du système nerveux central», liste André Grimaldi. Quelles sont les conséquences sur les patients? «Cela dépend, mais il y en a forcément. Le Cortancyl, par exemple, un dérivé de la cortisone, est indispensable contre les maladies inflammatoires chroniques et celles du système général comme le lupus, mais aussi pour les greffes d'organes. L'arrêt soudain de ce traitement peut causer une insuffisance rénale.» Une seule certitude: «Il y a des pertes de chances pour les patients. Pour dire les choses brutalement, ce sont des décès en plus», prévient le professeur de l'AP-HP.

Ces pénuries ne concernent que «des vieilles molécules, tombées dans le domaine public, donc jugées peu rentables pour l'industrie», explique le médecin. L'Amécétine, par exemple, coûte 98 euros l'injection à un patient. Pas de quoi plomber les comptes de la Sécu. «Les traitements innovants à 40 000 euros ne sont, eux, jamais en pénurie», insiste-t-il.

Il faut dire que, entre-temps, les firmes pharmaceutiques sont devenues des Big Pharma, qui répondent à leurs actionnaires et veulent faire remonter toujours plus de cash. «On produit aujourd'hui un médicament comme on produit un smartphone», déplore Gérard Raymond, le président de France Assos Santé, qui regroupe des patients. À l'autre bout du monde, sans stocks, pour que ça coûte toujours moins cher... (lire p. 35). Le Leem, le lobby des entreprises du médicament, lui, explique que ces molécules ne sont pas assez rentables. «C'est vrai que ces médicaments n'ont pas une rentabilité énorme. Une fois qu'un médicament n'est plus sous brevet, son prix baisse beaucoup. Mais il ne faut pas oublier que les firmes, pour ces médicaments génériques, ont engrangé pendant trente ans des profits très importants», décrypte Nathalie Coutinet, économiste à l'université Paris-XIII, auteur de «l'Économie du médicament» (1).

L'argument des firmes semble en tout cas avoir déjà porté auprès de la commission d'information du Sénat sur les pénuries du médicament. Dans ses propositions, elle préconisait des augmentations du prix des médicaments et des aides fiscales pour rapatrier la production en Europe. Encore des aides fiscales quand l'hôpital, lui, est à l'os. «Leur permettre de faire encore plus de profits, c'est purement scandaleux. Pour rappel, Sanofi, le laboratoire pharmaceutique français, est dans le top 3 des entreprises qui distribuent le plus de dividendes», continue l'économiste.

La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, dit avoir pris la mesure du problème. Début juillet, elle a sorti une feuille de route. Relativement vague. 28 mesures, parmi lesquelles: «Lutter contre les pénuries de médicaments par des nouvelles actions de prévention et de gestion sur l'ensemble du circuit du médicament.» Elle indique aussi vouloir mettre en place une «coopération européenne». À France Assos Santé, Gérard Raymond aimerait «surtout de vraies sanctions, qui fassent réfléchir les firmes, sinon cette feuille de route ne restera que vœu pieux. Il faut revoir la chaîne du médicament de A à Z».

Une première réunion du comité de pilotage est prévue le 5 septembre. Le lendemain, Michel Bellin, lui, reprendra ses séances. «Au total, j'aurai eu six mois sans traitement. Je devais finir à Noël... le médecin prolonge jusqu'à Pâques. Évidemment, j'ai dit oui. Je n'ai qu'une envie: ne plus avoir cette cochonnerie dans le corps. Mettre une croix dessus. M'en sortir.»

- **LE SITE DES MEDECINS : [Les médicaments génériques et le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2019 \(8/09/2019\)](#)**

- **20 MINUTES : [Faire le ménage entre les médecines complémentaires, utiles ou dangereuses, mission impossible? \(12/09/2019\)](#)**

- SERONET - [Pénuries de médicaments : des ONG alertent](#) (14 septembre)

- LA GAZETTE DU MIDI : [L'Europe en quête de solutions contre la pénurie de médicaments](#) (9-15 septembre)

Toujours plus fréquentes dans les hôpitaux et les pharmacies, les ruptures de stock de médicaments représentent un risque considérable pour la santé des patients. Plusieurs associations de médecins et de pharmaciens s'inquiètent et demandent que des solutions soient mises en place au niveau européen.

Selon un sondage révélé en janvier 2019 par l'association de patients France Assos Santé, un Français sur quatre s'est déjà vu refuser un médicament dont il avait besoin et les conséquences sont parfois dramatiques. Pour pallier le manque, les praticiens doivent trouver des compromis et passer commande à d'autres établissements, parfois étrangers mais cela crée des ruptures de stock en cascade dans les pays voisins.

La France n'est pas le seul État concerné. Aux États-Unis et au Canada, les hôpitaux manquent régulièrement d'insuline et les patients doivent parfois parcourir des dizaines de kilomètres pour s'en procurer. En Allemagne, 225 médicaments en rupture d'approvisionnement ont été recensés par l'Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux (BfArM).

Selon une enquête réalisée par l'Association européenne des pharmaciens hospitaliers (EAHP) dans une trentaine de pays européens l'an dernier, 91% des praticiens interrogés sont régulièrement confrontés à ces manques. Si les innovations thérapeutiques menées par les laboratoires sont épargnées, les médicaments anciens, tombés dans le domaine public, sont les plus touchés.

Un manque de rentabilité a incité de nombreuses entreprises pharmaceutiques à délocaliser leur production en dehors de l'Europe. Aujourd'hui, 80% des principes actifs comme l'ibuprofène ou le paracétamol sont fabriqués dans des pays asiatiques, contre seulement 20 % il y a 30 ans.

Les praticiens demandent de rapatrier la fabrication des principes actifs et de la mise en boîte en Europe, ou encore d'imposer aux principaux laboratoires pharmaceutiques la constitution de stocks de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM). Face à une situation économique complexe guidée par le profit des laboratoires, la vice-présidente de l'EAHP prône la création d'une plateforme internationale pour suivre en temps réel les stocks et les manques de médicaments. Pour cela, un collectif de médecins et professeurs hospitaliers propose la création d'un établissement pharmaceutique à but non lucratif européen. Un modèle qui existe déjà aux États-Unis, au sein duquel plus de 500 établissements hospitaliers se sont réunis pour fonder une organisation achetant et produisant des médicaments passés dans le domaine public.

- ALTERNATIVES ECONOMIQUES : [Pénurie de médicaments - La faute à la mondialisation](#) (16 septembre)



La liste des médicaments en rupture de stock s'allonge en France. L'organisation de la production éclatée aux quatre coins du monde et les acteurs qui pensent plus à leur rentabilité qu'au service public en sont les principaux responsables.

Vaccin contre l'hépatite (<https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Ruptures-de-stock-des-medicaments/VACCINS-ANTI-HEPATITE-B-Remise-a-disposition-Rupture-d-approvisionnement>) B en rupture d'approvisionnement, l'anticancéreux Hexastat en rupture de stock, tout comme le Proleukin (<https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Ruptures-de-stock-des-medicaments/PROLEUKIN-18-millions-U.I.-poudre-pour-solution-injectable-Rupture-de-stock>), les pénuries de médicaments ne cessent de progresser en France. « En septembre, cette année j'en suis déjà à plus de 70 médicaments pour lesquels j'ai signalé une rupture, indique Ahmet Ercelik, pharmacien parisien, il y a quelques années, c'était uniquement 10 à 20 produits par an ». Les chiffres de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) témoignent de cette envolée du nombre de pénuries ; alors qu'en 2008, on comptabilisait seulement 44 signalements de rupture de stock ou d'approvisionnement, ce chiffre est monté à 871 en 2018, et pourrait bien encore augmenter cette année.

Si les causes de ces pénuries sont multiples, elles sont surtout d'ordre industrielle et économique. La mondialisation de la production du médicament et sa concentration tend à vider certains tiroirs de pharmacies. « *Dans de nombreux cas de figure, les phénomènes de pénuries résultent d'une priorisation des objectifs économiques face aux enjeux de santé publique* », résumant deux parlementaires dans un rapport sénatorial (<https://www.senat.fr/rap/r17-737/r17-7371.pdf>) sur le sujet. Cette évolution du marché n'est évidemment pas sans conséquences sur les patients.

### « Perte de chance pour le patient »

En effet, les répercussions de ces pénuries peuvent rapidement être graves. Si on parle de rupture dès qu'un médicament n'est pas disponible dans un délai de 72 heures, la durée médiane de rupture est, elle, de 7,5 semaines. Surtout, ces chiffres ne concernent que les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM), c'est-à-dire pour lesquels un arrêt de traitement peut entraîner une « *perte de chance pour le patient* » de guérir, voire mettre en jeu son pronostic vital. Des médicaments qui n'ont pas d'alternatives.

Concrètement quand ces cas se présentent, le patient rappelle son médecin pour tenter de trouver un substitut, « mais parfois la solution n'est pas très adéquate et pour certains patient le changement de traitement ne convainc pas », indique un pharmacien parisien voulant garder l'anonymat. Le substitut peut présenter un rapport bénéfices/risques moins avantageux que le médicament initialement recommandé. « *De plus, le substitut devient davantage demandé et se retrouve parfois également en rupture. La pénurie entraîne la pénurie* », résume le pharmacien.

« *Il est possible que des pertes de chances, des progressions, des effets indésirables, voire des décès soient aujourd'hui liés directement ou indirectement à ces tensions [d'approvisionnement] ou ruptures* », note par ailleurs l'Institut national du cancer (InCa). Ces conséquences individuelles peuvent déboucher en outre sur des risques collectifs en mettant en jeu la santé publique avec notamment des craintes de résurgence de certaines maladies.

### Des pénuries qui coûtent à la Sécurité

Les conséquences sont aussi financières, puisque les substituts peuvent être plus onéreux pour la Sécurité sociale. En outre, pour faire face aux pénuries, la France importe des médicaments de l'étranger mais à des conditions tarifaires moins avantageuses. La gestion des pénuries est également chronophage pour les pharmacies mais aussi pour les hôpitaux qui sont tout aussi touchés par les ruptures. Pour les établissements parisiens de l'AP-HP (Assistance publique – Hôpitaux de Paris), la seule gestion des pénuries occupe 16 équivalents temps plein.

Face à ce qui représente donc un enjeu de santé publique et d'accès à la santé, la ministre concernée, Agnès Buzyn, s'est saisie du problème. Elle a déroulé au début de l'été une feuille de route (<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/lutter-contre-les-penuries-et-ameliorer-la-disponibilite-des-medicaments-en>) pour « *lutter contre les pénuries et améliorer la disponibilité des médicaments* ». Au programme : transparence et partage de l'information entre les différents acteurs, renforcement de la coordination nationale et européenne, mise en place d'un comité de pilotage associant tous les acteurs.

### Des causes à chercher du côté de la production

S'attaquer au problème des pénuries nécessite de comprendre quelles en sont les causes. Si ces dernières sont d'évidence multifactorielles, elles proviennent principalement du côté de la production du médicament. Que ce soit un défaut de production, un manque de matière première ou une capacité de production insuffisante, cette partie est responsable de 65 % des cas de rupture de stock (<http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Ruptures-de-stock-des-medicaments/Risque-de-rupture-de-stock-et-ruptures-de-stock-des-medicaments-d-interet-majeur>).

Globalement, la demande de médicament connaît une augmentation mondiale, tirée par les pays émergents comme la Chine. « L'augmentation de la demande, doublée d'une imprévisibilité du marché, participe à créer des tensions sur la chaîne de production », confirme Thomas Borel, directeur des affaires scientifiques du Leem (Les entreprises du médicament), syndicat professionnel regroupant les principaux industriels. Autrement dit, les capacités de production peinent à suivre l'évolution de la demande, de telle manière qu'il y a par moment une inadéquation entre l'ordre et la demande.

Cette dernière est cependant aussi le résultat d'un secteur qui s'est largement mondialisé au cours de la dernière décennie. La France est ainsi loin d'être le seul pays touché par les pénuries, les Etats-Unis ou la plupart des pays européens le sont également.

De plus, la production d'un médicament est d'un niveau de technicité très élevé et demande beaucoup de temps, de six mois pour un produit classique à trois ans pour certains vaccins. « *Un simple problème électrique sur un site de production ou la détection d'une substance non prévue dans le processus peut entraîner un arrêt de la production pour un moment* », résume Thomas Borel du Leem. Ainsi un grain de sable dans la chaîne de production, au sens propre comme figuré, peut provoquer un arrêt.

### « Une perte progressive d'indépendance sanitaire »

Comme dans d'autres secteurs, cette mondialisation s'est accompagnée d'une délocalisation de la production, qui a quitté les pays industriels, principaux consommateurs de médicaments, vers des pays à plus bas coûts et aux normes plus souples. C'est particulièrement vrai pour la fabrication du principe actif, la molécule, qui constitue la matière première. Alors que dans les années 1990, la molécule des médicaments vendus sur le marché européens était presque uniquement produite sur le Vieux Continent, aujourd'hui 80 % provient de pays tiers, principalement la Chine et l'Inde. « *L'industrie chimique, qui produit ces principes actifs, a eu des politiques de délocalisation vers des zones à moindres normes environnementales* », confirme Thomas Borel. La Chine et l'Inde concentrent à eux seuls 61 % des sites de production de molécules inscrits auprès des agences européennes.

Pour la production du médicament, la proportion est moindre mais tout de même importante, puisque 40 % des médicaments finis commercialisés en Europe proviennent de pays tiers, indique l'Agence européenne du médicament ([https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/european-us-regulators-agree-mutual-recognition-inspections-medicines-manufacturers\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/european-us-regulators-agree-mutual-recognition-inspections-medicines-manufacturers_en.pdf)). Les sénateurs parlent ainsi d'une « *perte progressive d'indépendance sanitaire* » pour notre pays.

### **Le marché mondial dépend d'une poignée d'usines**

En parallèle des délocalisations, le secteur s'est fortement concentré. « *Pour doper leur rentabilité, les firmes ont concentré leur production sur un même site pour augmenter le volume et ainsi réaliser des économies d'échelle* », explique Nathalie Coutinet, économiste à Paris 13e. Si bien que pour certains principes actifs et médicaments, le marché mondial dépend de quelques sites de fabrication, voire d'un seul. « *Pour certains vaccins, le marché européen est ainsi approvisionné à partir d'un seul site de production* », regrette Yann Mazens, chargé de mission à France Assos Santé.

Cette concentration se retrouve également auprès des entreprises qui ont multiplié les fusions et rachats ces dernières années, à l'image de la fusion cet été entre les américains

Pfizer et Mylan. Le français Sanofi n'est pas en reste, en 2018, il a acquis pour plus de 10 milliards de dollars l'américain Bioverativ et le belge Ablynx pour près de 4 milliards d'euros.

La chaîne de production se retrouve très éclatée entre la fabrication de la matière première, celle du médicament, son conditionnement et sa distribution, qui peuvent se faire dans des pays et continents différents. « *Or comme tout fonctionne à flux tendu, cela renforce les risques sur la chaîne d'approvisionnement* », ajoute Nathalie Coutinet, également auteure de l'ouvrage Economie du médicament. Fragmentation, éloignement, concentration, l'organisation de la production de médicaments conduit en réalité à maximiser les risques d'approvisionnement. Or quand un site de production, qui alimente une grande partie du marché mondial, connaît un arrêt de production, la concurrence est vive pour la gestion de stocks restants.

### **Les grossistes jouent des différences de prix**

Autre conséquence de la mondialisation du marché : « En cas de rupture d'approvisionnement, au moment de réassortir, les différents pays les acteurs ont tendance à privilégier les marchés les plus rémunérateurs », explique Marie-Christine Belleville, auteure d'un rapport ([https://www.acadpharm.org/dos\\_public/2018\\_06\\_20\\_AnP\\_RAPPORT\\_INDISPONIBILITE\\_MED\\_VF1.pdf](https://www.acadpharm.org/dos_public/2018_06_20_AnP_RAPPORT_INDISPONIBILITE_MED_VF1.pdf)) sur le sujet pour l'Académie nationale de Pharmacie. Les grossistes jouent aussi des différences de prix d'achat des médicaments entre les pays européens, en revendant dans un Etat, proposant un prix élevé, un produit obtenu dans un autre à bas prix. A ce sujet, le gendarme du secteur, l'ANSM (l'Agence nationale de sécurité du médicament), a présenté en mai (<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Grossistes-repartiteurs-l-ANSM-prend-des-mesures-a-l-encontre-des-short-liners-Point-d-Information>) cinq injonctions contre des grossistes pour défaut de service public.

Au-delà des problèmes sur la chaîne de production, les pénuries s'expliquent parfois simplement par la décision des industriels d'arrêter la production. Ces derniers mettent notamment en avant la non-rentabilité de certains médicaments et évoquent un effet ciseaux entre des coûts de production qui augmentent avec des normes de sécurité et de qualité croissante, et un prix qui tend à baisser pour certains produits.

### **Bonne santé financière du secteur**

« *La non-rentabilité pour la production d'un produit est peut-être réelle à un instant T, mais pour juger de la rentabilité d'un médicament il faut prendre en compte tout son cycle de vie, c'est-à-dire également le moment où il n'était pas encore dans le domaine public et protégé par un brevet et donc vendu à un prix supérieur* », estime l'économiste Nathalie Coutinet. Toutes ces informations ne sont pourtant ni connues, ni publiques, tant l'industrie pharmaceutique est caractérisée par une opacité. Impossible par exemple de connaître le coût de production d'un médicament.

Le secteur témoigne cependant d'une très bonne santé financière : son taux de profitabilité ([https://www.leem.org/sites/default/files/2018-07/020718-BilanEco2018-BD\\_7.pdf](https://www.leem.org/sites/default/files/2018-07/020718-BilanEco2018-BD_7.pdf)) en France est de 8,5 %. Sanofi a par exemple été en 2018 la seconde entreprise du CAC 40 la plus généreuse en versant près de 5 milliards d'euros de dividendes.

### **Besoin de transparence**

Introduire un minima de transparence dans tout le circuit du médicament serait un premier pas pour s'attaquer aux pénuries. Mais il s'agit surtout de s'atteler aux problématiques industrielles. Une relocalisation de la production en Europe, en multipliant le nombre de sites pour diminuer les risques, apparaît à ce titre comme une partie de la réponse. Pour ce faire, les industriels du médicament demandent des exonérations fiscales ciblées pour permettre les relocalisations. « *Un peu facile, personne ne les a forcés à délocaliser* », ironise Nathalie Coutinet, également membre des Economistes atterrés.

Quelques pistes de solutions pour faire face aux pénuries sont aujourd'hui sur la table comme attribuer une partie de la production à des acteurs publics (à l'image de la pharmacie centrale des armées) sur certains médicaments jugés essentiels. Donner davantage de moyens à l'ANSM. Cette dernière ne semble en effet pas suffisamment armée pour traiter le problème, que ce soit en matière de moyens humains pour traiter les pénuries, mais aussi de sanctions contre les acteurs responsables. « *Il s'agit tout de même de pointer les responsabilités*, rappelle Yann Mazens, de France Assos Santé, *et notamment les stratégies industrielles ayant débouché sur les pénuries.* »

### **Dans les médias internationaux :**

- EAHPEU : [EAHP and others call on European Parliament to address concerns about medicines shortages](#) (9 septembre)

## Télé médecine

- TIC SANTE - [Télé médecine: les lauréats du concours lancé par le ministère sont...](#) (4 septembre)
- WHAT'S UP DOC : [Concours « Parlez-nous télé médecine » - 6 vidéos récompensés](#) (12 septembre)
- BANQUE DES TERRITOIRES : [Accès aux soins : très loin des attentes, la télé médecine peine encore à décoller](#) (12 septembre)

## Prise en charge des frais de santé

- FEMME ACTUELLE - [Prise en charge des frais de transport sanitaires : gare aux surprises !](#) (10 septembre)
- BFM TV – [Santé pas cher : les Français en abusent ?](#) (11 septembre)

## Hôpital

- LE FIGARO : [Urgences - face aux délais d'attente, les fortunes diverses des patients](#) (9 septembre)

REPORTAGE - À l'hôpital Saint-Antoine, à Paris (XIe), d'où est parti le mouvement de grève du personnel des urgences, le 18 mars dernier, les personnes venues se faire soigner prennent leur mal en patience.

Ils sont une poignée, plutôt sereins, en ce lundi après-midi dans la salle d'attente des urgences de l'hôpital Saint-Antoine à Paris (XIe). Comme dans la plupart des hôpitaux, la majorité des passages se situent davantage le soir. Nathalie (\*), une habituée, a pris un roman en prévision: «Je sais qu'il faut compter environ trois heures d'attente.» Plus âgé, Joseph, malade du cœur, n'a pu obtenir un rendez-vous avec son cardiologue. Lui aussi est rassuré sur sa future prise en charge: «Quand votre maladie est réelle et ne peut être prise en charge en médecine de ville, les médecins s'occupent bien de vous.»

De nombreuses affiches scotchées sur les murs verdâtres rappellent que le mouvement national de grève des personnels des urgences est parti d'ici, le 18 mars dernier, après un nouvel acte de violence envers les soignants. Depuis, ces derniers ont comptabilisé «neuf agressions physiques», est-il indiqué, tandis qu'une autre affiche fustige: «Des primes pour la direction, une déprime pour les soignants!» Cette grève n'affecte cependant pas réellement les patients, estime Alexis Vervialle, chargé de mission national pour France Assos Santé, fédération regroupant 80 associations d'usagers du système de santé. Bon an mal an, le numéro de conseil juridique de la fédération traite 10.000 à 12.000 appels ou mails, mais ne connaît pas d'augmentation depuis la grève.

«Nous réclamons toutefois plus de moyens et une meilleure organisation, car une partie des soins devraient être traités en ambulatoire», insiste Alexis Vervialle. Les plaintes sont toujours les mêmes: des délais d'attente excessifs, la qualité insuffisante des soins et de l'accueil. Comme Anne, 45 ans, «opérée de toute urgence le 5 juillet d'une hernie discale partiellement paralysante à l'hôpital Foch de Suresnes». Malgré l'urgence et la douleur, «les médecins m'ont fait attendre sept heures dans les couloirs avec des phrases du genre: on va tout de suite s'occuper de vous, mais le personnel est à la cantine», raconte-t-elle. Stéphanie a été renversée de son vélo par une voiture en infraction, fin juillet, en plein Paris, près de l'église Saint-Sulpice. Elle a attendu «deux heures sur le trottoir» avec une fracture ouverte à la jambe, intransportable, avant qu'un médecin urgentiste lui fasse une piqûre de morphine. «Impossible de trouver qui que ce soit. Je tenais ma jambe, une dame tenait mon pied, raconte-t-elle. Et c'est un cow-boy méprisante et désinvolte qui a fini par arriver.» Encore quarante-cinq minutes d'attente sur le trottoir. À Cochin, l'interne de garde devra s'y reprendre à «trois fois» avant de parvenir à réduire sa fracture. Depuis, elle a dû être réopérée dans un autre hôpital. Le manque de personnel est «flagrant», constate-t-elle, avec en mémoire l'image de cette «petite dame dans un fauteuil roulant en larmes pendant des heures».

### Un réseau de santé dense

Thierry, lui, qui a eu un «pépin de santé pendant un week-end» dans le Nord, n'a même pas pu accéder aux urgences de l'hôpital régional, «submergé». La maison de santé qui lui a donné rendez-vous s'est déclarée «complète» à son arrivée. Il a ensuite attendu vainement, deux heures, dans une clinique. C'est la pharmacie de garde qui l'a sauvé avec «une dame adorable qui nous a donné des médicaments, en dépit de l'absence d'ordonnance, mais sur la base des symptômes décrits. Nous en sommes à nous demander si nous ne pourrions pas nous payer une assurance en plus qui donnerait droit à une prise en charge privée et spécifique, en partant du principe que la cotisation Sécurité sociale, ponction financière qui alimente plein de trucs inconnus, ne sert à rien pour l'assuré».

À l'inverse de ces témoignages, de nombreux usagers des urgences s'en disent satisfaits. Comme Bérengère, 40 ans, qui a expérimenté les urgences de Paray-le-Monial, le 13 juillet au soir, pour son fils de 4 ans, avec une «super prise en charge en environ deux heures». Expérience identique début août aux urgences de Cherbourg, en moins de trois heures. «Quant à mon mari, ajoute-t-elle, samedi dernier, il a été rapidement soigné aux urgences de Villefranche-sur-Saône.» Avant l'été, Xavier, lui, 50 ans, est arrivé au CHU de Rennes à 15h30 pour en ressortir à 18h30. «Un délai qui ne me semble pas choquant du tout, juge-t-il. J'ai en revanche pu voir qu'ils récupèrent toute la misère du monde...»

Avec un réseau de santé dense, les Parisiens ne sont pas les plus mal lotis. Ainsi de Rodolphe qui, avec son bébé de 8 semaines, n'a

«pas du tout attendu à Necker», «les moins de 3 mois étant prioritaires». De ses trois expériences récentes aux urgences pour ses enfants, en Belgique, en Espagne et en France, Léa, Française résidente en Belgique, a toujours été assez impressionnée «par les docteurs et soignants compétents, même s'il faut parfois attendre assez longtemps. Je trouve aussi que les parents ont trop tendance à aller aux urgences dès que leurs enfants ont un peu de fièvre. Il me semble que, certes, les bébés ne viennent pas avec un mode d'emploi, mais que les parents devraient lire quelques livres de premiers soins ou avoir une initiation sur ce qui est grave et ce qui est moins grave».

(\*) La plupart des prénoms ont été modifiés à la demande des intéressés.

par Marie-Estelle Pech

- LE QUOTIDIEN DU MEDECIN - [Hôtels hospitaliers : un essai à transformer](#) (12 septembre)
- L'HUMANITE – [Hôpitaux à traiter en urgence](#) (15 septembre)
- FHP-MCO – [Interview d'Alexis Vervialle, chargé de mission offre de soins à France Assos Santé](#) (15 septembre)

## Accès aux soins

### - L'EXPRESS HORS-SERIE – Recherche médecin désespérément (12 septembre)

Dénicher, dans sa nouvelle région, un bon généraliste, un pédiatre, un dermato ou un gynéco, ce n'est pas toujours simple. Mais pas impossible, à condition d'anticiper.

La France est l'un des pays au monde où l'on est le mieux soigné, et pas seulement à Paris. L'accès égal au soin est même un droit inscrit dans la Constitution. De fait, 84% d'entre nous résident dans une commune où exerce un médecin généraliste. Malheureusement, les déserts médicaux écornent le principe constitutionnel. D'après le ministère de la Santé, 8% de la population (soit environ 9000 communes et 5,3 millions d'habitants) souffre d'une faible accessibilité aux soins et ce chiffre pourrait grimper à 12%, compte tenu des prochains départs à la retraite de nombreux praticiens. Si l'Île-de-France n'est pas épargnée, l'Auvergne-Rhône-Alpes, la Bourgogne-Franche-Comté et la Corse sont les plus touchées, selon un rapport du Conseil économique social et environnemental (Cese) publié en 2017. C'est aussi le cas pour une partie du Grand-Est et du Centre-Val de Loire, selon les données, plus récentes, du Conseil National de l'Ordre des Médecins (voir carte). Une chose est sûre : en montagne et dans les zones rurales, on est moins bien servi que sur le littoral et dans les grandes villes. Autant le savoir avant de déménager. Se créer un nouveau réseau de médecins peut donc s'avérer plus difficile dans certains cas. Mais pas de panique, beaucoup de régions sont bien dotées et devraient l'être de mieux en mieux grâce aux initiatives du plan gouvernemental Ma Santé 2022. Gérard Raymond, président de France Assos Santé, qui regroupe l'ensemble des associations d'usagers du système de santé, et le Pr Sylvie Castaigne, hématologue et membre du CESE, co-auteur d'un rapport sur les déserts médicaux\*, nous livrent quelques clés pour dénicher les praticiens adéquats quand on débarque dans une nouvelle région.

### INTERROGER SON PHARMACIEN

« C'est la première chose à faire en arrivant, sans attendre une rage de dents ou les premiers maux de l'hiver pour se renseigner », préconise Gérard Raymond. Le pharmacien possède son réseau et cela permet de gagner du temps. C'est aussi l'occasion de faire connaissance avec lui, car il joue un rôle de plus en plus important pour le suivi de notre santé, dans le cadre de la récente réforme du métier. « Et si vous avez ouvert un dossier médical partagé auquel il peut avoir accès, il sera d'autant plus à même de vous accompagner dans vos démarches et le suivi éventuel des traitements. On y pense donc en amont », renchérit le Pr Castaigne.

### CONSULTER LES ANNUAIRES EN LIGNE

Envie d'anticiper en faisant votre propre recherche avant le départ ? Les Pages jaunes ne sont pas les seules à lister les médecins en exercice sur un territoire donné. « Il y a également l'annuaire santé de l'Assurance maladie sur ameli.fr, qui renseigne sur les secteurs conventionnés 1 ou 2 (niveaux d'honoraires) et les actes proposés », rappelle Gérard Raymond. Utiles aussi, les annuaires des fédérations ou sociétés savantes qui répertorient les praticiens recommandés, à l'instar des sites de La Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (sofcot.fr), de la Fédération française de psychiatrie (psycom.org) et de la Société française d'hypertension artérielle (sfhta.eu). Les associations de patients peuvent aussi aider à identifier un médecin adapté à une pathologie précise (liste sur france-assos-sante.org). Quant aux nouvelles plateformes internet de prise de rendez-vous, tel Doctolib, elles facilitent la mise en contact. « L'essentiel est de commencer par trouver un médecin traitant qui saura vous orienter vers les spécialistes à proximité en cas de nécessité », souligne le Pr Castaigne.

### PENSER AUX CENTRES DE SOINS POLYVALENTS

Au-delà des cabinets individuels, les centres de santé mono ou pluri-professionnels et les maisons de santé pluridisciplinaires regroupant des médecins libéraux se développent pour pallier les déserts médicaux. Leur nombre a fortement augmenté depuis 2017 pour dépasser les 3000 en activité à la mi-2019. C'est donc vers ces établissements qu'il faut penser à se tourner. Ils sont localisables sur les sites ma-msp.com (maisons de santé) oufnscs.org (Fédération nationale des centres de santé). Cela permet de se faire une idée avant de partir, mais n'empêche pas de se renseigner à la mairie une fois arrivé sur place.

## CIBLER LE BON HÔPITAL

En situation d'urgence, on a rarement le choix de l'hôpital où l'on sera pris en charge. Avant de déménager, on peut néanmoins repérer le maillage hospitalier d'un territoire pour élire domicile à proximité des établissements de qualité. Les classements des hôpitaux peuvent fournir de précieuses indications ; il en existe même à l'échelle internationale, comme celui proposé par Newsweek. Selon le magazine américain, 11 hôpitaux français font partie du top 100 mondial des meilleurs établissements hospitaliers. Parmi eux, implantés en région, le Groupe hospitalier Pellegrin de Bordeaux, le Centre hospitalier Lyon Sud Pierre-Bénite, l'Hôpital européen de Marseille, l'hôpital de Purpan et la clinique Pasteur à Toulouse, ou encore le CHU ClaudeHuriez à Lille, sont tous répertoriés sur le site [reseau-chu.org](http://reseau-chu.org). Mais il faudra aussi naviguer entre des structures au statut évolutif : les futurs « hôpitaux de proximité » destinés à dispenser les premiers soins et la médecine générale ; les « hôpitaux généraux » pour la chirurgie, la maternité, la cancérologie, parfois, et la plupart des spécialités médicales ; et, enfin, les « hôpitaux de recours », principalement des CHU, pour des soins de pointe (neurochirurgie, chirurgie cardiaque...) ou des traitements anti-cancéreux. Tout change, et ce sont encore le médecin traitant et le pharmacien sur place qui renseigneront au mieux les nouveaux arrivants.

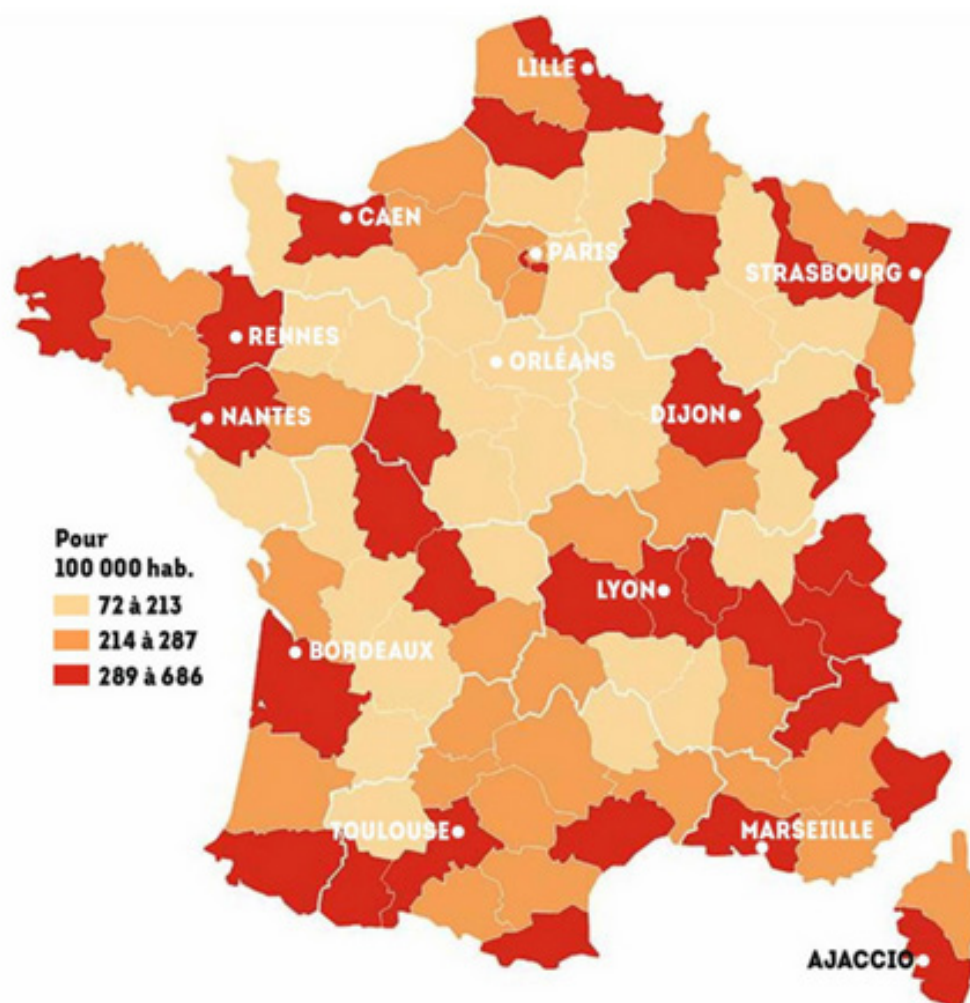
## EXPÉRIMENTER LA TÉLÉMÉDECINE

« C'est une ressource en développement, qui élargit l'offre médicale et peut dépanner dans une zone difficile d'accès, notamment pour le suivi de pathologies chroniques », explique Gérard Raymond. Concrètement, la télémédecine s'inscrit dans un parcours de soins et elle doit passer par le médecin traitant (il faut donc déjà en trouver un qui soit équipé du dispositif, ce qui est encore rare), sauf pour les jeunes patients de moins de 16 ans et les spécialités en accès direct (gynécologues, pédiatres...). On peut identifier un spécialiste qui consulte en ligne sur des plateformes internet, comme Qare, ou encore Doctolib. Quand toutes les conditions sont remplies, la prise de rendez-vous peut se faire et la téléconsultation se déroule en visioconférence. Les cabines de téléconsultation pour approfondir l'examen se développent aussi, petit à petit, dans les pharmacies et les maisons de santé, mais ne sont pas encore référencées. Le tarif de la consultation, qui reste à 25 euros, comme en présentiel, est pris en charge par l'Assurance maladie. Et si quitter Paris, c'était faire un pas vers la médecine du futur ?

\*Les déserts médicaux, avis du Cese, décembre 2017.

## DENSITÉ DES MÉDECINS INSCRITS AU TABLEAU DE L'ORDRE, TOUS MODES D'EXERCICE, EN ACTIVITÉ RÉGULIÈRE, 2019

Source : Insee, Cnom





## En région

### - HAUTS-DE-FRANCE

TIC SANTE : [Numérique en santé: le programme «Prédice» comme rampe d'accélération dans les Hauts-de-France](#) (9 septembre)

## LES ACTUALITÉS SANTÉ DANS LES MÉDIAS

- LES ECHOS : [Les dépassements d'honoraires médicaux demeurent maîtrisés](#) (11 septembre)
- LE MONDE : [Urgences : un plan à marche forcée](#) (12 septembre)
- LIBERATION : [Téléconsultation médicale : un démarrage timide, des espoirs entiers](#) (12 septembre)
- SLATE.FR : [Pourquoi les allergies alimentaires sont de plus en plus nombreuses](#) (15 septembre)