



**MEDICAMENT ET HOPITAL:
LA NOUVELLE DONNE**



SYNTHESE

Etude réalisée pour le Leem et le LIR

par

Claude Le Pen

**Professeur à l'Université Paris-Dauphine
Directeur scientifique de CLP-Santé**

Septembre 2003

L'hôpital public doit faire face depuis plusieurs années à une complexification croissante de ses missions, ainsi que l'a constaté le récent rapport parlementaire rédigé par M. René Couanau. Tout en devant assumer son rôle médical et social traditionnel, il est devenu le lieu quasiment monopolistique de l'expérimentation et de la mise en œuvre des techniques médicales les plus innovantes, souvent les plus efficaces et, partant, les plus coûteuses.

Cette évolution a conduit à une forte intensification du processus de production hospitalière avec une double tendance à la diminution des durées de séjour et à l'augmentation en quantité, en technicité et en qualité des soins journaliers délivrés aux personnes hospitalisées. En 15 ans, de 1985 à 2000, la durée moyenne d'hospitalisation en court séjour a ainsi baissé de plus d'un tiers (de 9 à 6 jours), avec une baisse absolue du nombre de journées (-20%). Dans le même temps le coût moyen des soins délivrés au cours d'une journée d'hospitalisation a presque doublé... L'hospitalisation est ainsi beaucoup plus courte et plus intensive qu'autrefois.

Le médicament, qui ne représente que 6% des dépenses hospitalières, a joué un rôle majeur dans ce processus.

a) Il a d'abord fortement contribué à la diminution des durées de séjour en rendant possible la poursuite en ville de traitements initiés à l'hôpital et en offrant des solutions thérapeutiques ambulatoires alternatives à des patients hospitalisés.

Les exemples ne manquent pas et certains sont développés plus en détail dans le corps du rapport. On peut évoquer les précédents historiques célèbres que constituent la découverte des antibiotiques qui a conduit à la fermeture des sanatoriums, des neuroleptiques grâce auxquels beaucoup de patients schizophrènes ont pu échapper à l'enfermement asilaire, ou des anti-ulcéreux qui ont rendu quasi obsolète, dans les pays développés, la pratique de la chirurgie gastrique (vagotomie sélective).

Plus récemment, tout le monde a en mémoire le cas du SIDA qui constitue une des victoires les plus significatives de l'histoire de la pharmacothérapie. Les patients qui, naguère encore étaient hospitalisés pour traiter des infections opportunistes dont la plupart décédaient, ont retrouvé le goût de la vie grâce à des traitements associant des molécules anti-virales puissantes. Initiés à l'hôpital, ces traitements sont aujourd'hui poursuivis en ville. Dans les trois années qui ont suivi l'arrivée des trithérapies, de 1996 à 1999, ce sont ainsi près de 300 millions d'Euros (1,8 milliards de francs) qui ont été économisés par le système hospitalier.

D'autres disciplines médicales ont également connu également de spectaculaires progrès. Les antipsychotiques dits « atypiques » ont par exemple permis à de nouvelles générations de patients schizophrènes, résistants aux traitements antérieurs, de retrouver une vie personnelle et sociale presque normale. De nombreuses études menées en France à Bordeaux, Lille ou Paris, montre que le coût croissant des médicaments pour l'hôpital est plus que compensé par la réduction de la durée de séjour. A Lille par

exemple le coût des médicaments a augmenté de 1.000 Euros par patient traité et celui des séjours diminué de 27.000 Euros.

En ophtalmologie, on a observé ces dernières années une chute spectaculaire du nombre d'opérations chirurgicales du glaucome, notamment des trabuléctomies, que rien ne peut expliquer en dehors de l'apparition concomitante d'innovations pharmaceutiques (les prostaglandines, les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, etc.) qui permettent un contrôle plus efficace et plus durable de la pression intraoculaire. Le coût évité d'une seule trabulectomie (3006,26 euros par patient pour une durée moyenne d'hospitalisation de 4,9 journées selon le PMSI¹) « paye » environ 12 années de consommation médicamenteuse avec un agent de nouvelle génération voire même davantage si on tient compte du fait que la Sécurité Sociale prend en charge 100% de coût de la chirurgie mais seulement 65% de celui du médicament !

b) En outre, le médicament a très largement contribué à l'efficacité des soins hospitaliers grâce à des molécules, souvent techniquement très sophistiquées, offrant des perspectives d'amélioration - voire de guérison - des patients hospitalisés généralement pour des pathologies lourdes.

Là encore, les exemples ne manquent pas. Les chimiothérapies anti-cancéreuses se sont imposées soit comme traitement principal soit comme traitement adjuvant de la chirurgie ou de la radiothérapie. L'adjonction d'une chimiothérapie adjuvante dans le traitement chirurgical ou radiologique dans le cas du cancer du sein en phase précoce permet de gagner en moyenne un an de vie pour un coût supplémentaire modeste, de l'ordre de 2.500 Euros.

De même, les « médicaments de l'urgence cardiologique » (thrombolytiques et antiagrégants plaquettaires) qui ont conduit à une véritable révolution dans la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde, dont la mortalité recule fortement depuis plusieurs années (-10% en 10 ans).

Plus récemment, une nouvelle famille d'anti-inflammatoires, les anti-TNF alpha, ont apporté une solution thérapeutique innovante et efficace à des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PAR), une pathologie extrêmement invalidante, dont beaucoup se trouvent en situation d'échec thérapeutique. Ces traitements, qui sont chers au regard des thérapeutiques traditionnelles, concernent une cible relativement réduite de patients (estimée entre 6.000 et 20.000 par la Commission de Transparence sur près de 300.000 patients souffrant de PAR). Compte tenu des possibilités financières des établissements, 10.000 personnes seraient actuellement traitées.

Le médicament innovant a en outre la capacité d'induire de nouvelles activités hospitalières. La greffe d'organes n'existerait pas sans les médicaments immunosuppresseurs qui permettent de contrôler le phénomène de rejet par lequel

¹ GHM 54 : trabéculéctomies seules ou combinées avec une cataracte

l'organisme se défend contre l'implantation d'un organe étranger, fut-ce un organe utile. Or, elle constitue souvent le dernier recours pour des patients au stade terminal de leur pathologie. Dans l'insuffisance rénale terminale, la greffe de rein a libéré les patients des contraintes physiques et psychologiques de la dialyse tout en diminuant le coût de la prise en charge à long terme. Le médicament ne représente que 17% du coût de la greffe et même si les patients doivent poursuivre leur traitement en ville, la greffe reste une stratégie dominante : sur 4 ans elle est deux fois moins chère que la dialyse à domicile et 7 fois moins chère que la dialyse réalisée en centre hospitalier « lourd ».

Ainsi, le médicament a-t-il joué un rôle très actif, mais souvent méconnu, dans la transformation de l'hôpital public français.

Naguère parent pauvre d'une médecine hospitalière davantage préoccupée de diagnostic que de thérapeutique, le médicament est aujourd'hui devenu un facteur essentiel de la « production » d'un hôpital et occupe une place croissante dans l'arsenal des techniques qu'il met en œuvre, au même titre que les outils diagnostics lourds ou la chirurgie.

Compte tenu de cette évolution, l'alourdissement du poste médicament dans les dépenses hospitalières n'est pas illogique.

Mais, comme le note une série de rapports officiels appelés récemment à se pencher sur la problématique des dépenses hospitalières, la croissance de ces dernières relève essentiellement d'un « effet structure », c'est-à-dire de l'arrivée chaque année de traitements innovants qui se substituent, au moins partiellement, à des traitements antérieurs.

Les exemples cités précédemment ont donné des illustrations concrètes de cet « effet structure ». En revanche, l'augmentation des dépenses ne s'explique ni par un « effet volume » ni par un « effet prix ». L'indice annuel des prix des médicaments à l'hôpital (qui reflète le coût des médicaments datant de plus d'un an) ne cesse en réalité de baisser depuis plus de 10 ans, sous l'effet conjoint de la concurrence, des génériques et des procédures d'appels d'offre.

C'est donc essentiellement - pour ne pas dire exclusivement - le coût de l'innovation qui « pousse » les dépenses de médicaments à l'hôpital. Il est vrai que les coûts de ces molécules innovantes peuvent paraître élevés au regard du passé, mais il faut aujourd'hui les apprécier en fonction de la longueur croissante des processus de recherche et développement, des difficultés de l'expérimentation, de l'étroitesse des cibles thérapeutiques de plus en plus précises, de la nécessité de protéger au maximum les patients avant et après la mise sur le marché et des conditions très délicates de leur production, s'agissant notamment des produits de biotechnologies. Le médicament moderne est « cher » au même titre que toutes les autres techniques médicales innovantes.

Face à l'augmentation des coûts médicamenteux, les rapports précités ont invoqué certaines « carences » de leur mode de régulation.

Rappelons que les médicaments hospitaliers bénéficient d'un statut particulier. Pour la plupart ils font l'objet d'appels d'offre en application des règles des marchés publics. Les établissements retiennent alors les fournisseurs le mieux disant. Pour ce qui concerne les molécules innovantes, elles font l'objet d'accords de prix entre les établissements et les fournisseurs. Une enquête récente de la Fédération Hospitalière de France (FHF) montre que, contrairement à une idée reçue, les prix sont très homogènes d'un établissement à l'autre, quelque soit sa taille et son statut. Comme tous les biens de technologie avancée, ces médicaments innovants bénéficient en fait de prix internationaux très peu sensibles aux différences inter établissements en France.

D'autres dispositifs administratifs, comme la « réserve hospitalière » qui limite à l'hôpital l'usage de médicaments complexes nécessitant un suivi particulier des patients, complètent le mode régulation.

Récemment, la pratique consistant pour l'hôpital à dispenser des médicaments à des patients non hospitalisés s'est fortement développée (pratique dite de « rétrocession »). Près de soixante pour cent en valeur des médicaments achetés par l'Assistance Publique de Paris (AP-HP) sont ainsi dispensés à des patients non hospitalisés ! Souvent décrié, ce système, qui peut paraître paradoxal, est cependant significatif du rôle nouveau de l'hôpital public dans la diffusion du progrès médical. Si la nouveauté et la complexité des nouvelles molécules justifient souvent une initiation des traitements par une équipe hospitalière, il n'est en effet pas toujours nécessaire d'héberger des patients à grand frais, à seule fin de leur administrer leur thérapeutique.

Aucun système n'est parfait et ce mode de régulation peut certainement être amélioré, s'agissant notamment de la prescription et de la dispensation nominative des médicaments, de l'évaluation des innovations, de la transparence des décisions.

Mais il importe que d'éventuelles réformes ne mettent pas en péril la capacité du système hospitalier français à faire bénéficier les patients - hospitalisés ou non - des innovations pharmaceutiques qui obéissent aujourd'hui - et obéiront de plus en plus dans le futur - à une logique internationale.

