Les Possibles — No. 10 Été 2016

Quel avenir du système de santé ? Le probable et le possible.

mardi 28 juin 2016, par André Grimaldi

La réponse à la question concernant l'avenir du système de santé peut se faire selon deux approches : l'approche futuriste scientiste qui voit loin et l'approche pragmatique à portée plus limitée. La première fait rêver (ou cauchemarder), spéculant sur les progrès technologiques de la génétique, de l'immunologie, des nanotechnologies, de l'informatique, de la robotique, de l'intelligence artificielle… censés permettre de tout prévenir et/ou de tout réparer et/ou de tout remplacer. Le médecin sera devenu un informaticien et/ou un ingénieur. Le patient « hyper-connecté » gérera ses consultations et ses traitements grâce aux NTIC. Les seules questions qui vaillent seront d'ordre éthique et financier : faudra-t-il remplacer le vieil homme par « l'homme augmenté », version biologique de feu « l'homme nouveau » [1] [2] ? L'accès à ces progrès sera-t-il généralisé ou devra-t-il être réservé à ceux qui pourront se les payer ?

C'est la deuxième approche, plus modeste, que nous suivrons ici. Horizon ? Fin du prochain quinquennat, soit 2022 ! Notre système de santé est confronté à un double défi : le défi des maladies chroniques touchant plus de 15 millions de personnes, dont près de 10 millions en ALD (affections de longue durée), et le défi de la soutenabilité financière de notre système solidaire, à vocation égalitaire, fondé en 1945 à l'issue de la seconde guerre mondiale.

1. Le défi de « l'épidémie » des maladies chroniques

Notre système de santé est mal adapté à la prise en charge des maladies chroniques sur quatre plans : la prévention, le modèle médical, le mode d'organisation, les modalités de financement. Si notre système de santé est un des tout meilleurs en matière de soins, nous sommes défaillants dans deux domaines : la prévention et les inégalités sociales de santé.

Mort prématurée, prévention, inégalités sociales de santé

En matière de mortalité, la France paye un lourd tribut au tabac, à l'alcool, aux accidents de la voie publique et aux suicides. Tabac et alcool sont responsables de plus de 100 000 décès par an. Pour la prévention des morts prématurées (survenant avant 65 ans) évitables, la France était classée en 2011 18e sur 35 pays de l'OCDE (22/34 pour les hommes et 16/34 pour les femmes) [3]. Malgré l'universalité de la protection maladie, la création de la CMU complémentaire et la prise en charge à 100 % des soins remboursés par la Sécurité sociale pour les affections de longue durée, les inégalités d'accès aux soins s'aggravent. Plus de 15 % des personnes adultes renoncent chaque année à des soins pour des raisons financières, et ce taux varie en réalité de 0 % à 40 % en fonction du degré de précarité [4]. Dans l'étude ENTRED de 2007 [5], 53 % des patients diabétiques déclaraient avoir des difficultés financières pour terminer le mois. Les inégalités sociales d'accès aux soins ne se résument pas à des inégalités financières, ce sont aussi des inégalités territoriales et culturelles. Promotion de la prévention et lutte contre les inégalités sociales de santé sont fondamentales pour combattre l'épidémie des maladies chroniques. Cette politique ne concerne pas que le ministère de la santé mais aussi ceux du logement, du travail, des transports, de l'environnement, de la jeunesse et des sports et prioritairement celui de l'éducation nationale.

Quel modèle médical ?

Nous souffrons également d'une inertie conceptuelle pour penser le modèle médical adapté à la prise en charge des maladies chroniques. Notre système de soins s'est fondamentalement construit autour de la maladie aiguë, qu'il s'agisse des maladies aiguës bénignes et des gestes techniques simples ou de la médecine des maladies aiguës graves et des gestes techniques complexes.

La troisième médecine en plein développement est celle de la prévention individuelle et du traitement des maladies chroniques où, pour se soigner, le patient doit adopter de nouveaux comportements. Cette médecine du troisième type ne relève ni de la médecine solitaire en cabinet, ni de la médecine de haute technicité, et encore moins de la « médecine industrielle ».

Le concept de médecine industrielle

À la fin du siècle passé, est né le concept de « médecine

industrielle ». Certains économistes de la santé et certains médecins ultraspécialisés estimaient que, grâce au développement de l'EBM et au progrès des techniques, les médecins n'auraient plus désormais qu'à appliquer des recommandations et à suivre des procédures. La médecine devenant industrielle, le médecin deviendrait un ingénieur et l'hôpital une entreprise « comme les autres » [6]. Ainsi, Claude Le Pen dans son livre « Du médecin artisan au médecin ingénieur », paru en 1999 [7], estime que « l'interrogatoire et la palpation du corps cèdent à l'analyse des chiffres », « le médecin gère une maladie dont les patients ne sont que le support, il ne les connaît pas » et prédit : « dans la médecine industrielle de demain, nul ne sera médecin, s'il n'est géomètre ». Quelle est la part de vérité de cette prophétie dont la promotion médiatisée espérait inspirer une politique auto-réalisatrice ? Elle est faible, très minoritaire y compris en chirurgie, car même pour une intervention très standardisée, connaître les particularités psychologiques ou sociales susceptibles d'interférer avec la prise en charge reste une étape fondamentale. Elle n'est cependant pas nulle pour les actes standardisés où il n'est besoin ni d'interroger, ni d'examiner le patient : en radiologie, en médecine interventionnelle ou en chirurgie simple (notamment pour certaines techniques de chirurgie cardiaque). Le médecin pourrait et devrait alors être remplacé par un technicien spécialisé. Le concept de médecine industrielle se heurte à la principale caractéristique de l'être humain, sa singularité, c'est-à-dire son extrême variabilité d'un cas à l'autre, moins sur le plan anatomique que sur le plan biologique [8]. Une des voies de recherche majeures est la réduction de cette extrême variabilité en en étudiant les déterminants, notamment génétiques. C'est pourquoi on parle de pharmacogénétique et de personnalisation des traitements, y compris en cancérologie, quand bien même il ne s'agit encore en réalité que de « thérapeutiques ciblées ». Quant à la singularité psychosociale, elle est irréductible, à moins d'une vision totalitaire de la société. C'est pourquoi, quelles que soient les avancées technologiques, la maladie chronique ne pourra jamais relever du modèle de la « médecine industrielle ».

La médecine intégrée

Le modèle adapté est celui de la « médecine intégrée » **à la fois biomédicale, pédagogique, psychologique et sociale**. Il s'agit d'une médecine personnalisée dans ses quatre composantes, d'une médecine partenariale supposant un rapport certes asymétrique, mais égalitaire, avec le patient. Grâce à l'éducation thérapeutique du patient et à l'empathie du soignant, chacun peut en partie prendre la place de l'autre, tout en gardant la sienne. Il s'agit enfin d'une médecine coordonnée entre la ville et les différents établissements de santé et entre les divers professionnels, médecins, paramédicaux et travailleurs sociaux, développant des pratiques cohérentes, agissant de façon complémentaire pour atteindre des objectifs partagés et délivrant aux patients et à leurs entourages des messages concordants.

À chacune des médecines son modèle organisationnel

À ces trois types de médecine devraient correspondre trois types de modèles organisationnels et trois modalités de financement.

- La médecine en solitaire est adaptée aux maladies aiguës bénignes (la délégation de tâches aux paramédicaux est souhaitable, sous réserve que le diagnostic reste sous responsabilité médicale, tant l'apparente banalité de symptômes peut masquer la gravité d'une pathologie sous-jacente).
- La médecine des maladies aiguës graves et des gestes techniques complexes suppose l'organisation de filières de soins où chaque intervenant agit de façon précise, quasi chronométrée, dans « la chaîne de production » de soins. Elle suppose une interaction parfaite entre intervenants et avec les malades. C'est moins une production de masse qu'un atelier high-tech.
- Quant à la médecine des maladies chroniques, elle repose sur un travail d'équipe où idéalement chaque intervenant joue sa partition mais connaît celle des autres, tels les musiciens d'un orchestre. *La personnalisation du traitement serait aux recommandations, ce que l'interprétation est à la partition*. Ce travail en équipe est en train de se développer dans les *maisons de santé pluri-professionnelles* où médecins, paramédicaux et travailleurs sociaux travaillent ensemble avec un dossier médical partagé, se réunissent pour discuter de cas difficiles, élaborer des protocoles de soins, organiser les liens avec les autres professionnels du premier et du deuxième recours exerçant sur leur territoire de santé, participer à l'enseignement et à la recherche. Cet exercice regroupé de la médecine de premier recours nécessite des tâches de coordination et d'organisation qui doivent être reconnues et rémunérées (elles peuvent être assurées par un médecin ou un paramédical expérimentés et formés). Il suppose de définir précisément les liens avec le deuxième recours en distinguant :
- le « médecin traitant » généraliste responsable de la prise en charge de premier recours,
- du « médecin référent » spécialiste organisant avec le médecin traitant un co-suivi pour les maladies rares (par exemple le diabète de type 1) ou les maladies fréquentes en situation d'échec de la prise en charge de premier recours (par exemple 25 % des diabétiques de type 2 ayant une HbA1c supérieure à 8 %).

Quel parcours de soins ? Quel mode de financement ?

L'expression de « parcours de soins » est à la mode. Encore faudrait-il distinguer le parcours conçu comme une succession de prestations formatées et organisées par le financeur, du

parcours de soins intégré et individualisé géré par le médecin traitant, coordonnateur d'une équipe de professionnels qui se connaissent, ont l'habitude de travailler ensemble, peuvent se joindre par téléphone portable et disposent d'un dossier médical partagé. Les modalités de financement et des rémunérations pour la prise en charge des maladies chroniques doivent être revues : ni le paiement à l'acte, ni le financement à la T2A ne sont adaptés, véritables carcans entravant la personnalisation de la prise en charge. Ainsi, les médecins généralistes voient en moyenne les diabétiques de type 2 non compliqués neuf fois par an, pendant en moyenne 15 minutes, pour 23 euros par consultation. Le fait de passer le tarif de la consultation à 25 ou même à 30 euros ne changerait rien pour les patients, alors qu'une dotation annuelle de 200 euros par patient permettrait de voir les patients à une fréquence variable adaptée à leurs besoins (1 an, 6 mois, 3 mois ou 1 mois), à charge au médecin de réaliser le bilan annuel de dépistage des complications et d'en relever les résultats dans un dossier médical partagé.

L'hôpital face aux maladies chroniques

De même, la prise en charge hospitalière est formatée par les tarifs de la T2A poussant à « alourdir » les hôpitaux de jour pour répondre aux exigences de la circulaire dite « Frontière » et éviter un redressement ! Il faudrait envisager un financement mixte :

- à l'acte et à la T2A pour des actes techniques bien définis ou pour des actes ponctuels tels qu'une consultation longue d'expertise,
- à la structure prenant en compte la taille et l'ancienneté du bâti (rien de commun entre un hôpital ancien comportant 1500 lits dans 33 bâtiments répartis sur 80 hectares comme la Pitié Salpêtrière et un hôpital de 800 lits, neuf, monobloc.)
- à l'activité globale grâce à une dotation annuelle correspondant au nombre de patients pris en charge et à l'évolution de ce nombre d'une année sur l'autre,
- et enfin à des missions de santé publique spécifiques (formation, prévention primaire, éducation pour la santé, relevé informatique de données de santé pertinentes…).

La dotation « globale » est le mode de rémunération le mieux adapté à la prise en charge « globale ». Elle laisse une grande liberté aux soignants pour définir avec les gestionnaires les modalités d'application du « *juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité* ». Jamais l'éducation thérapeutique n'aurait pu se développer avec le carcan de la T2A. Le développement de la télémédecine (du téléphone à SKYPE en passant par le mail) pour la prise en charge des maladies chroniques va de la même façon être entravé par le dogme de la tarification à l'acte.

Force est de constater que les médecins, en particulier hospitalo-universitaires, ont une responsabilité dans ce retard conceptuel. Ils ont été incapables (à part quelques exceptions notables, comme les professeurs François Grémy et Joël Ménard [9], de penser globalement l'évolution du système de santé et de promouvoir sa réforme. C'étaient pourtant des médecins qui, historiquement, avaient conceptualisé d'abord le modèle anatomo-clinique développé dans les hôpitaux-hospices, puis, à partir des années 1950, le modèle biologico-clinique débouchant sur la création des CHU, chaque paradigme n'effaçant pas le précédent mais s'y superposant. Ces modèles furent portés par le développement d'une discipline transversale (l'anatomie, puis la biologie) et supportés par les spécialités les plus impliquées. La troisième ère de la médecine scientifique que nous vivons aurait dû être portée par la Santé publique, mais celle-ci est faible, fragmentée, dominée par l'épidémiologie produisant plus de démonstrations d'associations que de causalité. Une vision réductrice de *l'evidence based medecine* (EBM) a tendance à s'installer, la détournant de son objectif initial : la diffusion d'un raisonnement médical pour la prise en charge personnalisée des patients, en utilisant une série d'outils de niveaux de preuves variables (études de cas, études cas-contrôles, enquêtes prospectives, registres, essais randomisés d'intervention, méta-analyses, auxquels sont venus s'ajoutés les *big data*). Pas étonnant qu'elle n'ait joué aucun rôle dans le développement de l'éducation thérapeutique, qu'elle a depuis récupérée en la dénaturant. Elle s'est avérée incapable de regrouper médecins cliniciens et paramédicaux, spécialistes et généralistes, gestionnaires, économistes, sociologues, anthropologues, psychologues et philosophes, pour penser l'évolution de la médecine et, en conséquence, promouvoir de façon indépendante les réformes du système de soins. Ce sont donc les « manageurs »qui ont imposé leurs vues largement influencées par l'économisme utilitariste anglo-saxon. La majorité des médecins hospitalo-universitaires ont accompagné le mouvement, en traînant plus ou moins des pieds, tandis que les représentants des associations de patients apportaient leur soutien en échange d'avancées sur l'éducation thérapeutique et la démocratie sanitaire.

2. Le deuxième défi est celui de la soutenabilité financière de notre système de santé solidaire

Dépenses de santé : quelques chiffres

Il convient d'abord de rappeler quelques chiffres (3) : en 2013, les dépenses de santé représentaient 17 % du PIB aux USA (soit 8713 dollars par habitant), la France étant en troisième position avec 11,6 % du PIB (et 4124 dollars par habitant), derrière les Pays –Bas : 11,8 % du PIB (et 5131dollars par habitant), et devant l'Allemagne : 11,3 % du PIB (et 4819 dollars par habitant). En effet, si nous sommes en troisième position en pourcentage de PIB consacré à la santé, nous sommes en onzième position en dollars dépensés par habitant (valeur brute sans ajustement, le calcul des dépenses globales de santé variant quelque peu d'un pays à l'autre). En réalité, nous sommes dans le peloton des pays riches qui consacrent entre et 11 et 12 % de leur PIB à la santé (Suède, Norvège, Pays-Bas, Belgique, Allemagne, Autriche, Suisse, Danemark, Canada). C'est beaucoup (loin devant

l'Angleterre avec 9,3 %), mais cela ne fait pas de la France, comme on l'entend dire, « le cancre » des pays de l'OCDE.

La part des médicaments et des « autres bien médicaux » est importante respectivement en 2014 de 34 milliards € et de 14 milliards € en médecine extra-hospitamière (selon le rapport de la DRESS 2015) [10] auxquels il faut ajouter 7,5 milliards € de médicaments et 5.5 milliards € d'« autres bien médicaux » à l'hôpital (selon le rapport de la FHF 2015) [11], soit un total 61 milliards € , c'est-à-dire un peu moins du tiers des 190 milliards € de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM 2014) répartis entre 88 Mds € pour l'hôpital public et privé et 102 Mds € pour la médecine extra-hospitalière.

La politique des prix des médicaments très coûteux

L'inquiétude vient du décalage entre les prix exorbitants demandés par les industriels pour les nouveaux médicaments très innovants en virologie ou en cancérologie et leur coût réel de production, de recherche et de développement. Ainsi le sofosbuvir (Sovaldi ®) a un prix « officiel » de 41000 € pour une cure de trois mois, alors que le coût de production est estimé à moins de 100 €. En réalité, le laboratoire Gilead adapte ses tarifs à ce qu'il estime être la disposition des pays à payer : 91 000 € aux USA et seulement 700 € en Egypte où on dénombre 9 millions de patients atteints d'hépatite C. L'argument avancé en général par les laboratoires est que le coût élevé demandé est compensé par des économies importantes permises grâce à l'amélioration apportée par le médicament. Et pour le Sovaldi® l'amélioration est majeure : plus de cirrhoses, plus d'hépato-carcinome, plus de greffe du foie. À ce compte, la Sécurité sociale aurait-elle eu les moyens de payer le coût des antituberculeux ou du vaccin contre la poliomyélite ? Et si, comme l'estiment les économistes utilitaristes, une année de vie en bonne santé vaut 50 000 €, on peut estimer que l'insuline est vendue bon marché pour les diabétiques insulino-dépendants ! Quoi qu'il en soit, ce problème du coût des nouveaux médicaments à plus de 100 000 € par an est devant nous, mais n'explique pas le déficit structurel de la Sécurité sociale.

Retour sur l'histoire de la sécurité sociale

À l'origine

Pour cela, il faut revenir aux origines de notre système de santé résultant du « compromis historique » de 1945 entre le programme du Conseil national de la résistance (CNR) d'inspiration « beveridgienne » c'est-à-dire plutôt étatiste et trois forces sociales organisées [12]. D'abord, la médecine libérale, historiquement hostile à toute régulation et ayant une peur panique de l'étatisation depuis la création en 1789 des officiers de santé, ensuite la mutualité divisée mais qui ne se rallia à la Sécurité sociale qu'en 1946 en échange du ticket modérateur de 20 %, qui n'a en réalité jamais rien modéré puisque les mutuelles en assurent le remboursement, et enfin les centrales syndicales ouvrières favorables à un système « bismarckien » financé par une cotisation liée à l'emploi, véritable « salaire différé » dont elles souhaitaient assurer la gestion. Tant que le pays était proche du plein emploi, que la valeur ajoutée n'était pas trop disparate entre les entreprises et que les dépenses de santé consistaient prioritairement en indemnités journalières, le lien entre l'emploi et les revenus de l'assurance maladie avait sa cohérence. Celle-ci s'est délitée dès lors que le chômage s'est développé et que les entreprises à fort taux de main-d'œuvre et à faible valeur ajoutée se sont trouvées pénalisées. Dans le même temps, la gestion syndicale de l'assurance maladie perdait de sa légitimité face au développement des coûts de santé induits par le progrès médical. Il fallut trouver d'autres ressources que les cotisations sociales, on multiplia les taxes et on créa un impôt spécifique, la CSG, si bien qu'en 2014 les cotisations ne représentaient plus que 60 % des ressources de la Sécurité sociale [13].

Des Trente Glorieuses à la crise économique

Pendant les Trente Glorieuses, de 1945 au milieu des années 1970, le système de santé n'était pas régulé et les dépenses ont progressé d'environ 2,5 à 3 % du PIB en 1945 à 7,5 % du PIB en 1980, année où le taux de remboursement par l'assurance maladie atteint son maximum de 80 % (contre 76,5 % aujourd'hui). Mais, à la fin des Trente Glorieuses, quand les dépenses de santé ont crû plus vite que le PIB, il fallut contenir les dépenses en mettant en place une régulation. Deux possibilités s'offraient aux gouvernements, soit une régulation portant sur l'offre (régulation « publique ») soit une régulation portant sur la demande (régulation « privée »). La régulation dite publique (comme le budget global hospitalier, l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie – ONDAM –, la carte sanitaire, le panier de soins) assure l'égalité mais fait craindre le rationnement. La régulation dite privée (forfait hospitalier, franchises, augmentation du reste à charge, mise en concurrence du public et du privé) n'entraîne pas de rationnement mais augmente les inégalités et donne un rôle accru aux assurances maladie privées dites complémentaires (AMC), mutualistes ou non. Ce transfert vers les assurances complémentaires se fait au prix d'une perte d'efficience, puisque les frais de gestion représentent 15 à 30 % du chiffre d'affaires des AMC contre moins de 5 % pour l'assurance maladie obligatoire (AMO), soit environ 7 M^{ds} pour les AMC et 7 M^{ds} pour l'AMO.

En pratique, qu'ont fait les différents gouvernements ? Ils ont utilisé conjointement ou successivement les deux modes de régulation [14]. C'est Robert Boulin, ministre de Georges Pompidou, qui a créé le service public hospitalier et décidé de la carte sanitaire qui sera mise en place en 1974. En 1980, Raymond Barre crée, contre l'avis de la confédération des syndicats médicaux français(CSMF), le secteur 2 donnant droit aux dépassements d'honoraires, avec l'idée de limiter ainsi la dépense publique du secteur 1, sans se mettre à dos tous les médecins. Combiné au *numerus clausus* trop restrictif et trop longtemps maintenu, la création du secteur à honoraires libres contribua à aggraver les inégalités territoriales et financières d'accès aux soins. En 1983, Pierre Bérégovoy met en place le

budget global hospitalier et crée le forfait hospitalier. En 1987, Philippe Seguin révise la liste des affections de longue durée et limite la prise en charge à 100 % à la prise en charge de la pathologie exonérant du ticket modérateur (ordonnance bizone). En 1996, Alain Juppé institue l'ONDAM, voté chaque année par l'Assemblée nationale. Désormais, les réformes du système de santé seront découplées des modalités de financement. En 2000, création de la CMU et de la CMUc par Martine Aubry et déremboursement d'un certain nombre de médicaments dits de confort. En 2004, création de la première franchise médicale par consultation par Philippe Douste-Blazy ; en 2008, extension des franchises par Nicolas Sarkozy (deux études du CREDOC et de l'IRDES montrent que les franchises n'ont entrainé de diminution des consultations et de l'achat des médicaments que chez respectivement 8 % et 12 % des personnes interrogées, essentiellement chez les personnes à faible revenu et en mauvaise santé, contribuant à aggraver les inégalités sociales de santé) et généralisation de la T2A avec pour objectif la convergence tarifaire entre le public et le privé. Et, plus récemment, réouverture du secteur 2 par Marisol Touraine en contrepartie d'une limitation des dépassements d'honoraires et surtout création de l'AMC privée obligatoire d'entreprise incluse dans l'accord national interprofessionnel (ANI).

Et aujourd'hui ?

Finalement, la Sécurité sociale ne rembourse plus aujourd'hui que 50 % des soins courants (hors ALD et hors hospitalisation) (13). Et le système est devenu totalement illisible : ainsi, nous avons la CMU pour ceux qui gagnent moins de 8653 € par an et l'aide à la complémentaire santé (ACS) pour ceux qui gagnent plus que le plafond de la CMU mais moins de 11682 € par an. Et comme plus de la moitié des ayants droit n'utilisent pas l'ACS, des caisses ont créé « l'aide à l'aide à la complémentaire santé ». Et comme plus personne n'y comprend rien, des employés de l'assurance maladie ont pour mission à plein temps d'aider les assurés à connaître et à utiliser leurs droits. De même, la création de l'assurance complémentaire d'entreprise, qui a bénéficié à 4 millions de personnes qui n'en disposaient pas jusque-là, a eu deux effets collatéraux délétères : une moins bonne couverture pour les cadres qui disposaient d'une mutuelle d'entreprise haut de gamme et qui aujourd'hui souscrivent à une assurance « supplémentaire » (ils ont donc l'AMO, une AMC et une AS), et surtout une augmentation du montant des primes des assurances individuelles pour les personnes hors de l'emploi, par définition plus à risque, en particulier les retraités et chômeurs. Si bien que le gouvernement a créé une aide à la souscription à un contrat d'assurance complémentaire individuel « responsable » pour les personnes de plus de 65 ans. Cette mesure segmentant les risques va à l'encontre du principe de solidarité de la Sécurité sociale où les bien-portants paient pour les malades, les jeunes pour les vieux et les riches pour les pauvres.

3. Quel avenir ?

Certes, chacun sait qu'il est difficile de faire des prévisions, surtout quand il s'agit de l'avenir. Mais deux réponses semblent possibles, celle qui semble inscrite dans le cours naturel des événements suivant la plus grande pente du système, et celle qui suppose d'aller contre le courant pour réformer le financement du système de santé, en s'appuyant à la fois sur les valeurs de l'éthique médicale et sur les valeurs de la République, que l'on évoque peut-être d'autant plus qu'on les sent dépérir. « Pessimisme de la raison et optimisme de la volonté » disait Antonio Gramsci [15].

Le scénario réaliste pessimiste : privatiser

Le scénario « réaliste », pessimiste donc, consiste à contenir la dépense publique de santé en la privatisant. Il est en effet notable que la dépense publique de santé correspond à 8 % du PIB aux États-Unis, 9 % en France et au Royaume-Uni, tandis que la dépense privée est de 9 % du PIB aux États-Unis, 3 % en France et 0,5 % au Royaume-Uni. Qui dit limitation de la dépense publique dit moindre remboursement des soins courants, restriction des ALD, réduction voire suppression de l'aide médicale d'État (AME), bref « un recentrage de la Sécurité sociale sur les maladies graves et les patients très pauvres ». La contrepartie sera l'augmentation de la dépense privée, assurée soit directement par le « reste à charge » (RAC), soit indirectement par l'intermédiaire des assurances privées, mutualistes ou non, regroupées depuis 2004 dans l'UNOCAM (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires), censée être le pendant de l'UNCAM (union nationale des caisses d'assurance maladie). Les mutuelles et autres assureurs privés (moins solidaires, moins égalitaires et à la gestion moins efficiente que celle de la Sécurité sociale) n'auront de cesse que d'obtenir la constitution de réseaux de soins grâce à un conventionnement sélectif des professionnels de santé qui y perdront une part de leur indépendance, tandis que les patients y perdront une part de leur liberté. Ces réseaux « mutualistes » auront cependant l'appui de certaines associations de patients transformées pour l'occasion en association de consommateurs. On peut par ailleurs s'attendre soit à une limitation des ALD (les diabétiques de type 2 non compliqués traités par ADO n'auraient plus droit à l'ALD (comme les hypertendus, y compris malheureusement les hypertendus sévères), soit à ce que les ALD soient remplacées, au nom de l'équité, par un « bouclier sanitaire », c'est-à-dire par une franchise généralisée modulée en fonction des revenus [16].

Ces contre- réformes sont d'autant moins justifiées que le surcoût dû aux dix millions de patients en ALD représente « seulement » 7 % des remboursements de la Sécurité sociale, soit environ 13 milliards d'euros (une fois soustraits la part de leurs prescriptions hors ALD et le montant des remboursements dont auraient bénéficié ces patients s'ils ne bénéficiaient pas du 100 % de l'ALD) [17]. De plus, une étude randomisée bien conduite [18] montre que la prise en charge gratuite des patients après

infarctus du myocarde est plutôt moins coûteuse pour l'assureur que celle comportant un reste à charge significatif pour les patients, en raison de l'amélioration de l'observance entraînée par la gratuité. Les plus libéraux, comme l'ancien « gaulliste social » François Fillon, propose également de revenir à la convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques commerciales [19]. Pour que la concurrence soit « plus loyale et moins faussée », il propose de permettre aux hôpitaux d'abandonner le statut public pour se transformer en ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif). Ce statut permet en effet une « plus grande souplesse pour l'emploi et les rémunérations » et autorise également si nécessaire le dépôt de bilan pour être racheté et restructuré.

Le scénario optimiste volontariste : redonner tout son sens à « Sécurité sociale »

La version optimiste de l'avenir du système de soins part du principe fondamental que la santé n'est pas une marchandise ou une prestation comme les autres, mais doit être considérée comme un « bien commun », et ce, pour trois raisons :

1. *L'égalité face à la maladie* est une valeur à la fois humaniste hippocratique et républicaine incluse dans le contrat social.
2. *La prévention* nécessite une politique de santé publique
3. Le patient n'est pas une « consommateur éclairé » mais une personne anxieuse cherchant de l'aide. C'est pourquoi le médecin prête serment de ne pas abuser de sa position dans une relation par nature asymétrique. Si la santé est un « bien commun supérieur » (ce n'est pas un hasard si lors des vœux de nouvel an, chacun souhaite « d'abord la santé ! »), elle ne doit être *ni privatisée, ni étatisée*. Cela suppose de définir la part des soins qui relève de la solidarité générale de celle qui relève de choix personnels. On devrait donc définir un « panier de soins solidaire » remboursé au minimum à 80 % dont seraient exclus les médicaments actuellement remboursés à 15 % ou à 35 % , l'homéopathie (150 millions d'euros), les cures thermales (380 millions d'euros) [20], le surcoût dû au refus systématique des génériques, les bilans de santé systématiques non justifiés, les transports sanitaires non justifiés (les transports sanitaires coûtent chaque année plus de 4 milliards à la Sécurité sociale), voire les conséquences traumatiques relevant de la pratique de sports à haut risque… Le contenu de ce panier sanitaire devrait être arrêté après un débat organisé de « *démocratie sanitaire* » impliquant les usagers et les professionnels. Les prestations hors panier solidaire seraient prises en charge par les assurances privées (à but lucratif ou non) supplémentaires et non plus complémentaires.

Une sécurité sociale comme complémentaire ?

Une position intermédiaire transitoire pourrait être que les assurés qui le souhaitent, puissent choisir la Sécurité sociale comme assurance complémentaire (en sus de l'assurance obligatoire, AMO, qu'elle est pour tous). Comme cela est déjà le cas pour la CMUc et pour le régime spécifique en Alsace-Moselle [21]. Gageons qu'une très grande majorité d'assurés choisiraient la Sécurité sociale comme complémentaire. Ce qui au passage permettrait d'économiser quelques milliards de frais de gestion. Le bien commun de la Sécurité sociale devrait être refondé sur trois critères.

- *Des revenus dédiés.* S'il est concevable que les indemnités journalières, les accidents de travail et les retraites soient financés par des cotisations liées au travail, la maladie devrait être financée par un impôt spécifique en l'occurrence une CSG rendue plus progressive. Ainsi, le chômage ne mettrait plus automatiquement l'assurance maladie en déficit.
- Elle devrait *relever d'une cogestion* entre l'État, les représentants des usagers, qui ne peuvent être réduits aux seules associations de patients, et les représentants des professionnels qui ne peuvent être réduits aux seuls représentants syndicaux.
- *L'équilibre budgétaire devrait être une règle d'or* impliquant en cas de déficit un rééquilibrage automatique l'année suivante, soit par diminution des dépenses soit par augmentation des recettes (1 point de CSG rapporte environ 12 milliards €). Soit enfin un peu des deux.

Plus de *big data*

Enfin il est indispensable pour développer une réelle politique de santé de disposer des « big data », tels que ceux apportées aujourd'hui par le SNIIRAM (programme informatique de l'Assurance maladie) et le PMSI (programme informatique médicalisé) hospitalier dont on peut croiser les données. Manque un PMSI adapté à la ville. Cette tâche majeure de santé publique pourrait être incluse dans les ROSP (revenus sur objectifs de santé publique, soit plus de 6000 euros par an pour les médecins généralistes). Ces sommes consacrées au ROSP pour inciter les médecins à faire leur métier pourraient être dédiées à cette tâche majeure de santé publique. La récente loi de santé jette les bases d'un Institut national des données de de santé. Il faut permettre le développement de la recherche pour la santé publique et veiller à ce que les données de santé ne soient pas utilisées par des entreprises privées (industrielles ou assurantielles) à des fins lucratives.

Une telle orientation suppose, il est vrai, une véritable volonté politique et sûrement un affrontement avec quelques lobbies, mais il faut être conscient qu'on s'approche d'un moment de rupture où les classes moyennes bien portantes en auront assez de payer deux fois pour la santé : une première fois la « Sécu » pour la solidarité avec les pauvres et avec les malades graves et une deuxième fois, et de plus en plus cher, leur mutuelle pour eux et leur famille. Déjà il n'y a plus vraiment de forces organisées sociales ou politiques pour défendre la Sécurité sociale, qui est pourtant la meilleure chance pour les patients,

mais aussi pour les médecins. Les uns et les autres devraient la défendre, en demandant à participer à sa gestion.

Notes

[1] 1 E. Che Guevara . Le Socialisme et l'homme. Edit ADEN, Bruxelles, 2006

[2] B. Claverie . L'homme augmenté . Edit L'HARMATTAN, Paris, 2010

[3] Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014

[4] C. Desprès, P. Dourgnon, R. Fantin, F. Jusot, « Le renoncement aux soins pour raisons financières ». Questions d'économie de la santé, IRDES n°170 nov. 2011

[5] A. Fagot-Campagna, S. Fosse, C . Roudier et coll. « Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : évolutions entre ENTRED 2001 et ENTRED 2007 ». *Bull Epidémio Heb* 2009 ; 42-43 :450-455

[6] J. de Kervasdoué, *L'hôpital*, Que sais-je ?, PUF, Paris, 2004.

[7] C. Le Pen, *Les Habits neufs d'Hippocrate, Du médecin artisan au médecin ingénieur*, Calmann-Lévy, Paris 2009.

[8] L. Degos, *Santé : sortir des crises ?* Le Pommier, Paris, 2011.

[9] F. Grémy, *La réforme Debré, un tiers de siècle après*, actes du colloque de Caen, Éditions ENSP, Rennes, 1999.

[10] DREES, « Les dépenses de santé en 2014 », *Études et résultats*, n° 0935, 2005.

[11] J.Y. Fagon, « Rapport sur les produits de santé à l'hôpital », FHF, 2015.

[12] P.L. Bras, D Tabuteau, *Les assurances maladie*, PUF, Paris, 2012.

[13] D. Tabuteau, *Démocratie sanitaire*, Odile Jacob, Paris, 2013.

[14] N. Missegue, N. Pereira, « Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé », *Dossiers Solidarité et santé,* DREES, 2005 ; 1 : 61-83.

[15] A. Gramsci. *Cahiers de prison*. La Fabrique, Paris, 2012.

[16] T. Debrand, C. Sorasith, « Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité », IRDES, DT n°32, 2010.

[17] D. Caby, A. Eidelman, « Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) », Trésor-Eco, n° 145, 2015.

[18] N.K. Chouldhry, J. Avorn, R.J. Glynn et all., « Full coverage for preventive medications after myocardial infarction », N Eng J Med, 2011 ; 365 : 2088-97.

[19] F.Fillon, « Vers un système de santé fondé sur la liberté et la responsabilité ».

[20] DREES, « Les dépenses de santé en 2014 », *Études et résultats*, n° 0935, 2005.

[21] P.L. Bras, D Tabuteau, *Les assurances maladie*, PUF, Paris, 2012.