Quel avenir pour le système de Santé ?

André Grimaldi

► To cite this version:

André Grimaldi. Quel avenir pour le système de Santé ?. Médecine des Maladies Métaboliques, 2016, 10 (3), pp.231-237. 10.1016/S1957-2557(16)30055-4 . hal-01346131

HAL Id: hal-01346131

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-01346131>

Submitted on 31 Aug 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Quel avenir pour le système de santé ?

André Grimaldi

Pr émérite CHU Pitié Salpêtrière

La réponse à cette question peut se faire selon deux approches : l'approche futuriste scientifique ou plutôt scientiste qui voit loin et l'approche pragmatique à portée plus limitée. La première fait rêver (ou cauchemarder) spéculant sur les progrès de la génétique, de l'immunologie, des nanotechnologies, de l'informatique, de la robotique, de l'intelligence artificielle... sensées 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 » gèrera ses consultations et ses traitements grâce aux NTIC. Les seules questions qui vailtent 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 (qu'on peut soigner mais non guérir et qui supposent l'adoption de nouveaux comportements pour vivre avec la maladie) 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.

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 tous meilleurs en matière de soins,

nous sommes défaillants dans deux domaines : **la prévention et les inégalités sociales de santé.**

1. 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 18^{ème} 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 (ALD), 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.

2. 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 comme pour prévenir la maladie et/ou ses complications, le patient doit adopter de nouveaux comportements. Cette médecine du 3^{ème} 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

A 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 est restée 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 imagerie médicale, 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 majeure est la réduction de cette variabilité en étudiant les déterminants notamment génétiques. C'est pourquoi on parle pharmacogénétique et de personnalisation des traitements y compris en cancérologie, quand bien même il ne s'agit encore en réalité que de « thérapies 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 aux maladies chroniques 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 au sein d'un territoire entre la médecine de proximité 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.

3. A chacune des médecines son modèle organisationnel

A 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 la 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 des cas complexes, 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 2^{ème} recours en distinguant

- le « **médecin traitant** » généraliste responsable de la prise en charge de 1^{er} recours, qu'on pourrait toujours appeler « médecin de famille ».
- 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 1^{er} recours (par exemple 25 % des diabétiques de type 2 ayant une HbA1c supérieure à 8%) .

4. 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 ou les hypertendus 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), 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, à leur gravité 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 conceptualisés d'abord le modèle anatomo-clinique développé dans les hôpitaux-hospices, puis à partir des années cinquante 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 3^{ème} ère de la médecine scientifique que nous vivons, aurait dû être portée par la Santé publique, mais celle-ci est faible, fragmentée, insuffisamment ouverte aux professions non médicales, dominée par l'épidémiologie produisant plus de démonstrations d'associations que de causalité

Une vision réductrice de l'evidence based medicine (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 que la Santé publique n'ait joué aucun rôle dans le développement de l'éducation thérapeutique, qu'elle a depuis récupérée en la dénaturant. Notre système de santé s'est avéré 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 les réformes du système de soins de façon indépendante des lobbys auxquels chacun appartient plus ou moins consciemment. Ce sont donc les financeurs »qui ont imposé des techniques managériales influencées par l'économisme utilitariste anglo-saxon. La majorité des médecins hospitalo-universitaires ont subi 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.

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

1. 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 3^{ème} position en pourcentage de PIB consacré à la santé nous sommes en 11^{ème} position en dollars dépensés par habitant (valeur brut 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-hospitalière (selon le rapport de la DRESS 2015) (10) auxquels il faut ajouter respectivement 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 88Mds € pour l'hôpital public et privé et 102Mds € pour la médecine extra-hospitalière.

2. 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 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 industriels du médicament 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 : fin des cirrhoses, des hépato-carcinomes, des greffes du foie, voire éradication de l'hépatite C. A 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.

3. Retour sur l'histoire de la sécurité sociale

- **A 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 1793 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 « bismarkien » 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 Michel Rocard créa en 1991 un impôt spécifique la CSG si bien qu'en 2014 les cotisations ne représentaient plus que 60% des revenus 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 cru 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 soin) 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'efficacité 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 Mds pour les AMC et 7 Mds 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 de secteur 1, sans se mettre à dos les médecins spécialistes. 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 révisé 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 bizonale). 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 généralisation de la T2A avec pour objectif la convergence tarifaire entre le public et le privé et extension des franchises par Nicolas Sarkozy (deux études du CREDOC et de l'IRDES montrent que les franchises n'ont entraîné de diminution des consultations et de l'achat des médicaments que chez respectivement 8% et 12% des personnes interrogées, essentiellement chez les personnes à faibles revenus et en mauvaise santé, contribuant à aggraver les inégalités sociales de santé). 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 ?**

Enfin 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 droits 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 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.

En conclusion : 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 : 1° celle qui semble inscrite dans le cours naturel des événements suivant la plus grande pente du système 2° 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 déperir. « Pessimisme de la raison et optimisme de la volonté » disait Antonio Gramsci (15).

1. 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 corresponde à 8% du PIB aux USA, 9% en France et en Angleterre tandis que la dépense privée est de 9% du PIB aux USA, 3% en France et 0.5% en Angleterre. Qui dit limitation de la dépense publique dit moindre remboursement des soins courants, restriction des ALD, réduction voire suppression de l'aide médicale d'Etat (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) sensée 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) viseront à 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 la généralisation d' une franchise modulée en fonction des revenus dont l'assiette est à définir (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 soustrait 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 proposent 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.

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

La version optimiste de l'avenir du système de soin 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 ce 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) (10), 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), ... 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.

3. 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 Alsace Moselle (12). Gageons qu'une très grande majorité d'assurés choisiraient la Sécurité sociale comme complémentaire ? Ce qui permettrait d'économiser quelques milliards de frais de gestion.

Le bien commun de la Sécurité sociale devrait être refondé sur trois critères

- a. **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.
- b. Elle devrait **relever d'une cogestion** entre l'Etat, 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.
- c. **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.

4. Plus de big data

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). La récente loi de santé jette les bases d'un Institut national des données 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 lobbys 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 leurs familles. 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.

André Grimaldi

Pr émérite CHU Pitié Salpêtrière Université Paris 6

Références bibliographiques

- 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 : <http://www.oecd.org/sante/basedonnees>
- 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. Que sais-je ? L'HÔPITAL Edit PUF, Paris, 2004
- 7 C. Le Pen . Les Habits neufs d'Hippocrate, Du médecin artisan au médecin ingénieur.
Edit CALMANN-LEVY Paris 2009
- 8 L. Degos. Santé : sortir des crises ? Edit LE POMMIER ! Paris, 2011

9 F. Grémy. La réforme Debré, un tiers de siècle après (actes du colloque de Caen) Editions ENSP Rennes 1999

10 DREES Les dépenses de santé en 2014 . Etudes et résultats, 2005 n° 0935

11 JY Fagon. Rapport sur les produits de santé à l'hôpital FHF 2015

12 PL Bras , D Tabuteau . Les Assurances maladie Edit PUF Paris, 2012

13 D Tabuteau. Démocratie sanitaire. Edit 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. Edit LA FABRIQUE, Paris, 2012

16 T Debrand, C Sorasith. Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité

IRDES 2010 ,DT n°32

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

18 NK Chouldhry, J Avorn, RJ Glynn et all. Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. N Eng J Med 2011; 365: 2088-97

19 François Fillon. Vers un système de santé fondé sur la liberté et la responsabilité.
<http://www.fillon2017.fr>