



Philippe Séguin

MEDECINE ET PROTECTION SOCIALE

Les liens entre médecine et protection sociale sont nombreux et complexes. Un constat s'impose : les Français sont attachés à la fois à un système de santé performant et à un haut degré de protection sociale. L'accès quasi gratuit à une médecine de qualité est ainsi ressenti par chacun comme un droit, peut-être même comme le premier des droits.

La vaste consultation des états généraux de la Sécurité sociale organisée en 1987 a mis en évidence le refus des Français d'équilibrer les comptes sociaux par un recul de la couverture sociale, ou par une régression de l'état sanitaire de la population. Plus précisément encore, les états généraux ont démontré que les Français voulaient concilier une protection sociale très large avec une médecine libérale fondée sur le libre accès au prescripteur et la liberté de prescription du médecin qui font, ensemble, l'originalité de notre système de santé. C'est là un particularisme français.

Et tout le problème qu'il pose peut se réduire à une question : cette double aspiration n'est-elle pas contradictoire et ne débouche-t-elle pas sur une impasse ?

La réponse n'est pas simple. Le développement de pair d'une médecine de qualité et d'une protection sociale généralisée a été assis, pendant les Trente Glorieuses, sur un taux de croissance important et sur une démographie favorable. Car si la santé n'a pas de prix, elle a néanmoins un coût. Et ce coût est plus difficile à supporter quand la croissance se ralentit. C'est ainsi que, depuis plusieurs années déjà, les conditions économiques étant devenues moins favorables, l'équilibre financier n'est plus spontanément assuré et la fuite en avant, c'est-à-dire la majoration des cotisations, n'est plus compatible avec l'exigence de compétitivité d'une économie soumise à la concurrence.

Année après année, les déficits se creusent, malgré les artifices comptables, les expédients financiers et les mesures conjoncturelles, et cela est d'autant plus difficilement supportable que les régimes de retraite connaissent une évolution analogue.

Qualité de la médecine et protection sociale

Notre système de santé s'en va, ainsi, bel et bien, à la dérive. Le voilà entraîné dans une spirale où les recettes courent indéfiniment après les dépenses. Et rien ne semble pouvoir ralentir cette course effrénée, dès lors que ce ne sont pas les mêmes acteurs qui prescrivent, qui consomment et qui dépensent, même si au bout du compte c'est tout le monde qui paye, car il faut bien trouver les ressources quelque part... C'est une dangereuse illusion que de croire que chacun peut augmenter sans cesse certaines de ses dépenses sans faire d'économies ailleurs. Cela n'est possible que dans la limite de la croissance du revenu. Au-delà, il faut bien arbitrer... En tout cas, au train où vont les choses, l'Insee prévoit que les dépenses de santé dépasseront 20 % du PIB en l'an 2000 ! Ce qui est d'autant plus grave que, dans le système actuel, ces dépenses sont financées entièrement par des prélèvements obligatoires.

Cette augmentation des dépenses est non seulement l'effet du progrès de techniques médicales de plus en plus coûteuses, ainsi que la conséquence du vieillissement de la population (avec des effets mécaniques contradictoires sur les recettes et le niveau de la consom-

LA SANTE EN QUESTIONS

Médecine et protection sociale

mation), mais aussi, et surtout, le produit d'un système où l'irresponsabilité tend à prévaloir... Face à ce problème, les réflexes idéologiques ou technocratiques ne dictent que de fausses réponses.

La première tentation est de réduire la qualité de la médecine, de l'accès aux soins et de la protection sociale pour faire des économies. Cette tentative, également partagée dans la majorité comme dans l'opposition, en variantes plus ou moins sophistiquées, doit être rejetée sous peine de voir s'instaurer une médecine à deux vitesses et bientôt une société à deux vitesses. Ce serait alors l'injustice sans la solidarité. Ce serait reconnaître et approuver le principe de l'inégalité sociale devant la maladie.

On ne fait pourtant rien d'autre quand on accepte l'idée d'un taux directeur des dépenses de santé. L' "objectif quantifié de dépense", tellement à la mode aujourd'hui, repose sur la confusion entre dépenses de santé et de Sécurité sociale. Comment peut-on fixer une enveloppe *a priori*, sans lien avec les pathologies à survenir ? Et comment, en l'absence de prise en compte du vieillissement de la population et en l'absence de maîtrise de la démographie médicale, cette enveloppe fixe ne conduirait-elle pas à une réduction de la protection sociale accompagnée d'une paupérisation des professions de santé ?

L'autre tentation, tout aussi dangereuse, c'est la faiblesse, le laxisme, l'acceptation fataliste de la croissance des dépenses. C'est elle qui conduit à décider des prélèvements supplémentaires sans qu'il y ait, en même temps, de réel plan de réforme, sans réflexion d'ensemble ni concertation, sans étudier à la fois l'offre et la demande de soins et donc sans aucune chance de remédier aux causes des déséquilibres. Comme le RMI, la CSG aura été une bonne idée dénaturée...

Les vraies réponses ne sont ni dans le rationnement, ni dans le laxisme, ni dans une subtile combinaison des deux. Pour améliorer réellement les choses, il faut une prise de conscience du fait - incontournable - que la santé est non seulement un enjeu moral, mais aussi un enjeu économique et qu'aucune réforme durable n'est possible sans le partenariat des assurés, des professionnels de santé et de la mutualité.

Ce n'est pas ici le lieu d'évoquer les prestations familiales, la retraite et les accidents de travail. Concernant la seule assurance maladie, on ne saurait évidemment s'interdire d'abord des économies de gestion, qui peuvent être importantes même s'il ne faut pas

en exagérer le poids relatif, ni surestimer les gains de productivité possibles.

Considérablement plus importantes sont les économies à attendre d'une poursuite de la réforme hospitalière. L'hospitalisation publique représente près de la moitié des dépenses de santé ; le budget global qui partait d'une bonne idée est devenue aujourd'hui un carcan. Il est absurde de chercher à étendre cette contrainte aux cliniques privées pour harmoniser la concurrence, au lieu de chercher à moderniser la gestion des établissements publics alors que dans leur répartition géographique, comme dans leur affectation, les lits actuels ne répondent plus depuis longtemps aux besoins.

Des objectifs majeurs

Orienter l'hôpital vers le concept de "plateau technique", favoriser la médecine de jour, diminuer la fonction d'hébergement et l'associer au développement de la médecine ambulatoire pour être plus efficace et moins cher. Voilà quelques objectifs majeurs vers lesquels il faut progresser. Mais cela ne peut se faire dans la planification centralisée qui caractérise le système actuel.

Au contraire de ce qui se passe aujourd'hui, où chaque économie se traduit par une diminution du "budget global", il faut que le système d'incitations et de sanctions pousse les acteurs locaux à aller dans ce sens, à innover, à imaginer, à faire toujours mieux. C'est à cela qu'il faut réfléchir si l'on veut enfin faire une vraie réforme de l'hôpital, au lieu de continuer à faire semblant de tenir les directeurs d'hôpitaux pour des chefs d'entreprise comme les autres, alors qu'ils vivent dans un univers purement administratif dans lequel la notion d'efficacité de gestion est indéfinie et se confond en général avec la compression des coûts sans égard pour la qualité des services.

La mise en jeu de la responsabilité des intervenants dans la politique de santé est, en effet, la condition de tout équilibre durable. La Sécurité sociale a su progressivement couvrir la quasi-totalité de la population et l'essentiel des risques, et même un peu au-delà ; elle n'a su créer ni un sentiment de responsabilité collective, ni les moyens de la mise en jeu de la responsabilité indi-

LA SANTE EN QUESTIONS

Médecine
et protection
sociale

viduelle. Malgré son mode de gestion qui devait pourtant y contribuer. En tout état de cause, cette mise en jeu de la responsabilité des acteurs passe par une action sur les motivations plutôt que par une politique autoritaire et arbitraire de coercition.

Ainsi, les médecins, et de façon générale les prescripteurs et les professionnels de la santé, exercent un rôle économique, et l'Etat, plutôt que d'en faire des boucs émissaires, doit les y former.

Le simple blocage des honoraires et des tarifs ne saurait tenir lieu de politique, alors que celle-ci doit être globale et cohérente, du côté de l'offre comme du côté de la demande. Il est temps d'admettre qu'une action en profondeur sur l'usage rationnel des soins, avec des indicateurs chiffrés, respectueuse malgré tout des principes de la médecine libérale, ne pourra pas longtemps être éludée.

De même, le gouvernement ne saurait-il rien résoudre en maintenant des prix bas pour les médicaments français, sous peine d'affecter gravement les capacités de production et de recherche du secteur pharmaceutique français.

Etant entendu que la contrepartie de prix de marché en France doit assurément être l'exigence d'un niveau de consommation strictement fonction du "bon usage des médicaments", lequel doit être le seul objet des campagnes promotionnelles de l'industrie pharmaceutique.

Bref, il faut mettre chacun devant ses responsabilités et compter davantage sur la rationalité des comportements. Comment alors ne pas songer à l'expérience américaine des systèmes de soins coordonnés dans lesquels les assurés payent une prime en échange de laquelle ils sont soignés gratuitement à condition de se plier à un suivi médical permanent. Ce système est compatible avec la médecine libérale et incite en même temps les prescripteurs à renoncer à la facilité de l'hospitalisation systématique et à soigner le mieux possible pour attirer des clients.

Dans ce contexte, il y a une autorégulation du système du seul fait que chacun trouve un intérêt évident et immédiat à œuvrer dans le même sens qui est celui des meilleurs soins au moindre coût et qui est le seul réaliste.

Il serait, dès lors, très utile de transposer ce système en France, où les réseaux de soins coordonnés pourraient réunir des services hospitaliers offrant leur "plateau technique", des médecins de ville ain-

si que d'autres professions de santé. Les caisses d'assurance maladie pourraient verser un forfait annuel à chaque réseau, en fonction du nombre de ses assurés et de leur répartition dans les différentes classes de risque. Une prime complémentaire pourrait être laissée directement à la charge des assurés et permettre, notamment, de pénaliser ceux qui prennent trop de risques. La concurrence des réseaux porterait donc, d'abord, sur la qualité, et la prévention en serait renforcée. Or, le dépistage et la prévention représentent certainement les seuls véritables gisements d'économies en matière de santé car plus on soigne tôt, moins cela coûte cher, même si l'on allonge aussi l'espérance de vie. On ne fera jamais assez d'efforts pour infléchir les comportements dans ce sens.

Dans le même ordre d'idées, d'ailleurs, il convient de rappeler que le tabac ou l'alcool, et plus encore la sécurité routière, sont des enjeux bien plus décisifs pour nos dépenses de santé que les dérapages dans la prescription médicale : il y a chaque année 10 000 morts sur nos routes et 300 000 blessés !

Bien sûr, même si le système d'incitation et de sanctions s'améliore assez pour nous permettre de dépenser beaucoup mieux, les dépenses de santé n'en continueront pas moins d'être considérables et de croître avec le progrès des techniques et le vieillissement. Ne serait-ce que parce que, fort heureusement, nous continuerons de tout faire pour essayer de sauver une vie qui est en danger quel qu'en soit le coût, même si ce coût augmente rapidement au fur et à mesure que l'on repousse un peu plus loin les limites de notre savoir médical.

Il y a incontestablement beaucoup à faire pour être plus efficace, mais l'équilibre de notre système de santé et de protection sociale dépend aussi de ce que l'on fait pour stimuler la croissance économique et pour améliorer le rapport actifs-inactifs. Car c'est un fait que la santé se marchande mal, même s'il est clair que chacun doit comprendre qu'il a sa part de responsabilité dans la survie d'un système dont il est le bénéficiaire et dans lequel personne ne doit se voir interdire un jour l'accès à une médecine de qualité à cause de l'insuffisance de son revenu.