

Tempête sur les remboursements Santé : mais au fait, comment ça se passe à l'étranger pour les modèles de sécu qui fonctionnent... et ceux qui déraillent



Alors que la question du système de santé français et de la réforme de la Sécurité sociale sera au cœur de l'élection présidentielle en 2017, certains exemples à l'étranger, de réussites mais aussi d'échecs, pourraient nourrir la réflexion et le débat dans notre pays.

Avec Jacques Bichot

Avec Frédéric Pierru

Avec Laurent
Gerbaud

Atlantico : En matière de Sécurité sociale et d'assurance maladie, quel pays, sans être parfait, peut représenter un modèle de réussite ?

Jacques Bichot : En matière d'assurance maladie, la plupart des pays ont de gros problèmes.

Dans certains pays, cela marche mieux qu'en France. Ainsi, l'Allemagne a d'aussi bons résultats sanitaires que la France avec des frais moindres et un personnel médical - en particulier les médecins - mieux payé qu'en France.

La principale raison de ce succès allemand est liée au fait que l'assurance maladie allemande est organisée par des caisses très indépendantes les unes des autres, très responsables de leur gestion et pouvant proposer à leurs adhérents en même temps que l'assurance de base des suppléments qui remplacent les complémentaires santé qui existent en France.

En France, la Sécurité sociale et les complémentaires santé permettent d'obtenir une couverture satisfaisante. La Sécurité sociale fonctionne avec des frais d'intermédiation de l'ordre de 3% (c'est à dire que son fonctionnement absorbe à peu près 3% des sommes qu'elle distribue à titre de prestation) tandis que les frais d'intermédiation des complémentaires santé s'étalent, selon les cas, entre 15 et 20%. Au total, les complémentaires santé absorbent à peu près les mêmes frais d'intermédiation que la Sécurité sociale elle-même. Les caisses allemandes et nos caisses d'Alsace Moselle, qui ont conservé les formules allemandes depuis 1870 (le système introduit par Bismarck) ont par rapport à la France des frais d'intermédiation nettement inférieurs. Si le système allemand et d'Alsace Moselle était généralisé à l'ensemble de la France, cela permettrait d'économiser environ 3 milliards d'euros de frais de gestion. Ces économies permettraient de mieux payer le personnel médical ou de mieux rembourser (ou faire un mix des deux).

Deuxièmement, les hôpitaux sont mieux gérés en Allemagne qu'en France. En France, tout est réglé par l'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) qui est voté dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale et décliné par les agences nationales de santé qui imposent les solutions aux hôpitaux. Ce n'est pas seulement une décision administrative mais aussi législative. Dans les systèmes qui marchent mieux, comme celui de l'Allemagne mais aussi de la Suède ou des Pays-Bas, il y a une vraie responsabilité au niveau local et les directeurs d'hôpitaux sont de vrais gestionnaires.

Troisièmement, la fonctionnarisation du personnel hospitalier (en dehors des médecins) en France, catastrophe qui est survenue en 1982, a conduit à des taux d'absentéisme épouvantables. Par ailleurs, si en principe les 35 heures s'appliquent, c'est plutôt 32 heures voire moins dans les faits. Il y a donc une vraie gabegie au niveau du personnel, qui est à la fois malheureux et démotivé (même s'il y a bien sûr des gens d'un dévouement admirable). A cette insuffisance de performance du personnel hospitalier s'ajoute une imperfection de l'administration liée à la désresponsabilisation des directeurs d'hôpitaux. En Allemagne, le personnel hospitalier n'est pas fonctionnaire, ce sont des salariés de droit commun, ce qui permet un meilleur fonctionnement et surtout de meilleures performances.

Frédéric Pierru : J'ai quelques réserves sur la notion de "modèle" car il est impossible d'importer les systèmes de santé.

Néanmoins, les systèmes de santé les plus performants du point de vue de la maîtrise des dépenses de santé et du point de vue des indicateurs de santé publique sont ceux des pays scandinaves. Le système de santé scandinave est géré par l'Etat, financé par l'impôt et plutôt décentralisé ou déconcentré en tout cas avec un vrai pouvoir des agences régionales de santé pour mener des politiques régionalisées et territoriales de santé. Le système relève à la fois d'une solidarité nationale et d'une mise en œuvre adaptée à la spécificité des territoires régionaux. Par ailleurs, il y a dans ces pays très peu de barrières financières d'accès aux soins.

Un payeur unique, un Etat qui répartit équitablement les hôpitaux et les professionnels de santé sur le territoire et un accès aux soins gratuit font des pays scandinaves un "modèle" en matière de système de santé.

Laurent Gerbaud : Chaque pays, sauf la France, est persuadé que son système de santé est le meilleur ! Si l'on prend un indicateur assez basique de coût efficacité comme l'espérance de vie rapportée à la dépense en % du PIB un pays comme la Suède (0,12% de PIB consacré à la santé par année d'espérance de vie) a de bons résultats. Le Royaume-Uni a le même résultat mais avec une espérance de vie plus médiocre. La Suède est aussi intéressante car elle a su freiner au cours des années 90 sa forte augmentation des dépenses de santé tout en gardant de bons indicateurs de santé.

Peut-on considérer qu'en Suisse, où l'assurance-maladie est concentrée sur les gros risques et où les mutuelles et assurances privées prennent en charge tout le reste le système de santé fonctionne bien ?

Frédéric Pierru : Tout d'abord, le système suisse est parmi les plus coûteux. Il me semble qu'il peut fonctionner pour les Suisses mais c'est tout.

Par ailleurs, la distinction petit risque-gros risque a été révoquée par le fondateur du plan français de la Sécurité sociale, Pierre Laroque. Un système de santé est d'autant plus solide que ceux qui le financent en profitent. Distinguer le petit risque et le gros risque, ristourner le petit risque aux assurances maladie privées, ou instaurer une franchise comme le propose François Fillon conduisent à ce qu'un jeune actif trentenaire ou quarantenaire en bonne santé ne profitera jamais du système alors qu'il le finance. C'est donc le meilleur moyen pour miner politiquement le système. Le système français de Sécurité sociale a été fondé contre l'assistance, contre la distinction entre la population d'un côté et ceux qui en ont besoin de l'autre.

La distinction petit-gros risque est également intellectuellement impossible. Ceux qui font cette distinction (François Fillon notamment), sont les mêmes qui vantent la prévention, les soins de premier recours etc. Ceux-là même qui disent qu'il faut intervenir plus en amont sur la santé pour éviter des maladies graves justifient la privatisation des soins de premier recours. Où est la cohérence ? Ces discours sont à rebours de ce qu'il faut faire. Il faut à l'inverse bien prendre en charge la prévention et les soins de premier recours pour éviter le développement de pathologies aggravées.

A l'inverse, dans quel pays le système de sécurité sociale et d'assurance maladie peut-il être considéré comme un échec ?

Laurent Gerbaud : Clairement les USA sont le contre exemple : une espérance de vie parmi les plus faibles des pays développés et la dépense de loin la plus élevée : 0,22% de PIB par année d'espérance de vie, près du double des pays européens ! Il est vrai que les USA, même après l'Obamacare, n'ont toujours pas de vrai système de santé. Il existe des segments qui marchent très bien (des soins de pointe, la veille sanitaire- d'où leur capacité à identifier les premiers le SIDA- certains systèmes de soins intégrés ou HMO- Health Maintenance Organizations,...) mais cela ne suffit pas à faire un système de santé.

Frédéric Pierru : Les Etats-Unis ont montré que la concurrence du côté du financement ne fonctionne pas. Aucune expérience ne montre que la mise en concurrence des financeurs permet un gain d'efficacité, des économies budgétaires et un gain en termes d'organisation du système de santé. Kenneth Arrow, un économiste de la santé américain, a montré que le marché ne fonctionnait pas dans la santé et il a obtenu un prix Nobel pour cela. Pour des raisons d'égalité, de solidarité mais aussi d'efficacité économique, il faut aller vers un financeur unique. Les systèmes les plus performants sont ceux qui ont un payeur unique, que cela soit une seule caisse, l'Etat etc. En santé, l'efficacité va de pair avec la solidarité.

Le système de santé américain pose des problèmes de non-couverture ou de non-assurance pour des millions d'Américains, ce qu'"Obamacare" a cherché à résoudre, sans le résoudre totalement, et au prix d'une solvabilisation sur fonds publics d'un marché privé de l'assurance maladie. Les Américains sont parfaitement conscients que leur système est dysfonctionnel. Il y a d'un côté Medicaid et Medicare, c'est-à-dire les programmes publics pour les plus vieux et les plus pauvres, et de l'autre l'assurance maladie privée.

Enfin, les indicateurs de santé sont globalement médiocres, et très inégalitaires. Entre les ghettos et les quartiers riches, on passe d'indicateurs de santé proches de l'Afrique à des indicateurs proches de la Scandinavie.

Jacques Bichot : Les Etats-Unis sont le pire exemple en matière de système de santé : c'est le pays où les frais médicaux sont les plus élevés, la couverture la moins étendue (des dizaines de millions d'Américains ne sont pas ou peu couverts), et le système le plus cher du monde. Le système français est de loin préférable au système américain.

L'hospitalisation américaine est quasiment uniquement privée. Par ailleurs, en dépit de la réforme d'Obama, il n'y a pas de véritable assurance maladie aux Etats-Unis car tout est morcelé et beaucoup d'Américains passent par les assurances privées.

Aux Etats-Unis, le système des organisations de santé permet d'être couvert par une assurance mais dirige vers un réseau de soins coordonnés. Il y a 20 ans, j'étais assez partisan de ces réseaux de soins coordonnés, mais au vu de la façon dont il a évolué, notamment aux Etats-Unis, et des travaux de certains collègues, j'ai été assez refroidi. Le fonctionnement de ce système est a priori logique, puisqu'il promet d'orienter au mieux les personnes au sein d'un système et de les faire passer automatiquement du généraliste au spécialiste voulu. Mais, en réalité, dans le fonctionnement que l'on observe, et particulièrement aux Etats-Unis, cette formule n'a pas augmenté l'efficacité, ni réduit leurs coûts.

Les Etats-Unis ont certes des résultats de pointe extraordinaires avec des soins médicaux "de grand luxe", mais il est préférable, lorsque l'on est un petit salarié et que l'on a un problème de santé, d'être en Allemagne, au Pays-Bas, en France, et même en Grande-Bretagne – si le NHS n'est pas la septième merveille du monde, cela vaut mieux que le système américain... – Les Etats-Unis sont, dans le monde développé, l'exemple le plus abouti d'un système de santé à deux vitesses.

Au regard de ces exemples, et alors que la réforme de la sécurité sociale et de l'assurance maladie sera au cœur de la prochaine présidentielle, quels enseignements peut-on en tirer pour la France ?

Jacques Bichot : Les résultats à la fois techniques (c'est-à-dire en matière de santé), et en matière de coût dépendent de la fonctionnarisation de la fonction hospitalière. Si la France s'orientait, que ce soit dans les hôpitaux, dans la fonction publique territoriale, la fonction publique d'Etat vers un passage au salariat ordinaire, les gains de productivité seraient importants.

Deuxièmement, il faudrait une plus grande responsabilisation des directeurs d'hôpitaux. Je suis partisan d'une suppression de l'Ondam et, de manière générale, des lois de financement de la Sécurité sociale. Ceux qui décident et votent le financement de la Sécurité sociale s'y connaissent moins que ceux qui sont sur le terrain. Si on laissait une franche responsabilité aux acteurs mais avec des impératifs, en matière notamment d'équilibre budgétaire, ce serait plus efficace.

Enfin, il y a un secteur qui ne dépend pas vraiment de l'assurance maladie, mais qui est d'une importance vitale, non pas pour les six mois à venir, mais pour le lointain avenir : la prévention. De ce point de vue-là en France, le bilan est mauvais et de nombreux efforts sont à faire. La prévention, c'est de l'investissement à long terme. On connaît le coût effarant du tabagisme et de l'alcoolisme. Le fait de lutter contre ces deux fléaux ne va pas du jour au lendemain porter ses fruits : les personnes qui sont alcoolisées depuis trente ans continueront à avoir des cirrhoses du foie même si les plus grands efforts sont faits pour inciter les jeunes à ne pas suivre la voie de leurs anciens. Mais si les résultats ne sont pas immédiats, dans 30-40 ans cela aura des effets considérables. Les décideurs d'aujourd'hui, qui ne seront plus là pour voir les fruits de leurs mesures de prévention doivent travailler pour la postérité et voir au-delà des échéances de leur mandat.

Laurent Gerbaud : Premièrement l'extraordinaire complexité de notre système administratif, que ce soit en termes d'assurance maladie ou de gestion de la santé. Il faut que les efforts de simplification administrative partent du fond des problèmes et que les coûts de structure et de gestion soient clairement identifiés, côté assurance maladie comme du côté de l'offre de soins. Un exemple simple, parmi beaucoup d'autres : toute structure de soins vit de l'assurance maladie qui la finance. Mais, elle va quand même payer des cotisations d'assurance maladie (ce qui revient à rendre ce que l'on vient de lui donner) et, quand il s'agit d'un centre de santé, il va pouvoir demander qu'on lui rende la part patronale de ses cotisations. Autrement dit : on lui rend ce qu'on lui a repris après le lui avoir donné. Quelle perte de temps, d'énergie et de moyens ! Il serait tellement plus simple d'exonérer d'emblée de cotisation maladie ! Il va falloir donc remettre à sa place le génie administratif français- une vraie révolution culturelle.

Deuxièmement, il faut repositionner les différents acteurs des soins sur leurs missions et sortir d'une logique comptable qui amène à privilégier la productivité (le nombre d'actes produits en un temps donné) sur l'efficacité (la capacité des moyens mobilisés à atteindre des résultats). Par exemple, un médecin peut être productif (faire beaucoup de consultations en peu de temps) sans être efficace (s'il fait des consultations peu utiles ou remplace le manque de temps accordé au patient par une multiplication d'exams ou de traitements peu utiles, voire inutiles). Il est impératif que l'on demande avant tout aux médecins de faire de la médecine !

Troisièmement, il y a un réel problème d'opportunité des soins. Par exemple, le taux de recours à certains actes de soins comme l'angiographie varie de 1 à 6 suivant le territoire de santé (en tenant compte de l'âge et du sexe), 54% des plus de 75 ans ont au moins un médicament prescrit inapproprié et 34% en ont au moins quatre, 43% des hommes de plus de 75 ans ayant une affection de longue durée insuffisance cardiaque ont un dépistage annuel du cancer de la prostate,... Les exemples sont nombreux et appellent une vraie politique.

Enfin, il faut reconsidérer la place de la prévention, réduire les très nombreuses incohérences politiques en ce domaine (on pourrait en faire une chronique à elle toute seule, en commençant par ce qui se passe autour de la politique vaccinale) et développer les mesures d'impact en santé des politiques publiques, comme on le fait pour l'environnement ou la croissance économique.

Frédéric Pierru : Je tiens à remercier François Fillon. C'est la première fois depuis que je m'investis dans le débat public que l'on parle ouvertement de la santé et de la protection sociale dans le débat politique pré-électoral. Pour la première fois, ont lieu des débats politiques de fond sur le modèle que nous voulons pour notre système de santé.

François Fillon prône une évolution – même s'il fait une marche-arrière -, vers une privatisation de la Sécurité sociale. Il faut aller à rebours des propositions de François Fillon, c'est-à-dire non pas vers un partage du risque et une mise en concurrence du petit risque mais vers un système universel et solidaire.

D'un point de vue strictement scientifique, la régulation par le marché que prône François Fillon ne fonctionne pas. On en a les preuves, y compris en France avec la lunetterie et le dentaire, qui sont des secteurs où il y a une inflation des coûts et où les inégalités sont les plus grandes. Ce qui est vrai pour l'optique et le dentaire en France est vrai pour les systèmes où il y a une mise en concurrence des assurances maladie.

François Fillon a par ailleurs des propositions intéressantes : créer une agence nationale de santé, une vraie déconcentration au profit des agences régionales de santé mais il est dommage que tout son programme soit éclipsé par le partage petit risque-gros risque.