

QUEL SYSTÈME DE SANTÉ DEMAIN ?

Andrée MIZRAHI¹ et Arié MIZRAHI¹, Simone SANDIER¹

Il est courant d'entendre et de lire que le système de santé français est coûteux, qu'il se développe de façon incontrôlée en menaçant le développement économique du pays et qu'il est inefficace. Ce diagnostic rend-il vraiment compte de la situation actuelle et les responsables des politiques de santé peuvent-ils s'appuyer sur lui pour décider des mesures à appliquer qui engagent le futur, proche comme lointain ?

Indicateurs de santé, équité, coûts...il n'existe pas de normes absolues pour juger qu'un système de santé est performant ou au contraire inefficace. Du moins, peut-on porter un jugement relatif, apprécier les progrès accomplis ou mesurer les lacunes à combler à partir de comparaisons dans le temps et dans l'espace.

des dépenses de santé élevées qui augmentent à un rythme incontrôlé ?

Avec 12 600 Francs en moyenne par personne en 1997, dont 13,3 % à la charge directe des malades, peut-on dire que la France dépense beaucoup pour les soins médicaux ? Oui si l'on considère que la dépense moyenne des pays de l'OCDE est plus faible, mais non si on note que les Etats-Unis sont deux fois plus dépensiers ou si l'on se réfère à l'Allemagne, la Suisse, le Luxembourg, le Canada qui dépensent autant ou plus que la France.

En 1950 les dépenses de soins médicaux représentaient 3 % du Produit Intérieur Brut et, en 1997, elles en représentent 8,8 %. Le triplement de la part de la richesse nationale consacrée à la consommation médicale en quarante-sept ans, traduit de fait la place élevée que la santé occupe dans les priorités de la société, en France, comme dans les autres pays de l'OCDE.

Pourtant, qu'on ne s'y trompe pas, cette progression n'a pas empêché les autres activités économiques de se développer. La croissance économique générale bénéficie de la valeur ajoutée générée par le secteur de la santé ; l'augmentation, même rapide des dépenses médicales n'entame pas la croissance de l'ensemble des autres activités, qui reste très proche de celle du Produit Intérieur Brut. Entre 1950 et 1997, en termes réels, le PIB a progressé de 3,5 % en moyenne par an, les activités autres que la santé de 3,3 % et les dépenses de consommation médicale de 6,9 % . Sur la période plus récente, 1990-1997, où la croissance économique s'est ralentie, la progression annuelle a été respectivement de 1,2 % pour le PIB, de 1,1 % pour les activités autres que la santé et de 2,4 % pour les dépenses de consommation médicale.

Le paiement des soins médicaux pose, il est vrai, des problèmes, aux ménages pour la part qu'ils gardent à leur charge et aux organismes de financement collectif pour celle qu'ils couvrent. Dans un contexte de faible croissance économique, lorsque le chômage augmente, ces problèmes sont exacerbés pour les deux parties. Pour les ménages, cela se traduit par un recours accru à des couvertures complémentaires et pour les plus défavorisés d'entre eux par des difficultés d'accès aux soins. Quant à l'Assurance maladie, elle doit faire face à une diminution de ses recettes.

¹ ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

D'un côté, les inégalités sociales, si contraires aux valeurs de solidarité en matière de santé, s'accroissent et de l'autre, des plans de sauvetage, redressement, maîtrise, rationalisation, présentés avec une certaine emphase, se succèdent au rythme de l'arrivée de nouveaux ministres.

Il est coutumier de dire que ces plans n'ont « qu'un effet instantané suivi de la reprise rapide des tendances antérieures ». Ce n'est pas tout à fait exact ; à un effet de ralentissement immédiat, souvent prononcé et suivi, de façon mécanique, par une croissance plus forte, s'ajoutent des effets plus subtils qui se propagent, masqués, dans le moyen terme et contribuent à ralentir la progression des dépenses de santé. Ainsi, un décrochement mécanique brutal des dépenses de soins couvertes par l'assurance maladie intervient lorsque des mesures contribuent à réduire la prise en charge par l'assurance maladie ; l'année suivante, l'effet purement mécanique a disparu, l'effet psychologique aussi, et l'accroissement, calculé par rapport à un point bas, est relativement fort. Corrélativement, les malades doivent faire face à des prix plus élevés et à moyen terme, cette hausse des prix pour le consommateur demeure et contribue, à élasticité prix constante, à un ralentissement de la progression de la demande. Il est probable que l'effet de chaque plan s'atténue avec le temps, mais qu'il ne disparaît pas totalement et qu'il se cumule, bien qu'amoindri, avec l'effet du plan suivant.

L'évolution des dépenses de santé au cours des vingt dernières années a été marquée par une très nette décélération comme le montre le graphique 1.

Les mesures prises dans les plans y ont probablement contribué à côté d'autres facteurs comme l'efficacité de l'encadrement des prix des biens et services médicaux par l'Assurance maladie et le gouvernement, l'atténuation de l'effet de la diffusion de l'accès aux soins qui a suivi l'extension de la protection sociale et l'accroissement de la productivité dans certains secteurs du système de santé.

Quelques chiffres illustrent ce point. Alors que la progression annuelle de la dépense de soins médicaux en termes réels, c'est-à-dire déflatée de l'indice général des prix, se situait à +8,7 % entre 1960 et 1975, puis à +4,4 % entre 1975 et 1990, elle n'était plus que de +2,9 % entre 1990 et 1995 et de +1 % entre 1995 et 1997 (+1,4 % en 1996 et +0,6 % en 1997).

Pour mieux apprécier l'évolution 1996-1997, il faut la comparer à la croissance de +0,4 % de la population et à l'augmentation des besoins de soins liés au vieillissement, estimée à +0,5 % par an. De fait, la croissance observée de +0,6 % en 1997 correspond à une progression de +0,2 % de la dépense par personne et à une diminution d'environ 0,3 % à âge égal ! On est même en deçà des objectifs qui prévalaient il y a une dizaine d'années à savoir le maintien de la part des dépenses dans le PIB : le ratio {dépenses de soins médicaux / PIB} a culminé à 9,0 % en 1993 et depuis, chaque année, il est stable ou en légère baisse (8,8 % en 1997).

Ainsi, même si cette baisse, sans doute exceptionnelle, a comme conséquence mécanique un taux de croissance 1998/1997 relativement élevé, l'expression « croissance incontrôlée des dépenses de santé » se révèle archaïque car elle ne correspond plus à l'évolution récente. Elle sert pourtant de toile de fond économique aux remises en cause de l'organisation actuelle de la protection sociale.

Comme on ne sait pas associer une valeur optimale du ratio *dépense de soins médicaux / PIB* à des objectifs sanitaires sociaux ou économiques, voire financiers, bien définis il n'y a pas plus lieu de se réjouir de son plafonnement qu'il n'y en avait à se désoler de son augmentation.

Un système inefficace ?

C'est parce que la société considère qu'il existe une relation positive entre soins médicaux et santé, qu'elle prend en charge collectivement, au nom du principe de solidarité, une grande partie des dépenses médicales des malades. On est cependant loin de pouvoir mesurer l'efficacité du système de soins en mettant en parallèle ses coûts et ses résultats en termes d'amélioration de la santé.

Comme le souligne le rapport du Haut Comité de Santé Publique « notre situation sanitaire présente des aspects contrastés » avec simultanément des résultats très satisfaisants dans certains domaines et très insuffisants dans d'autres.

Les résultats satisfaisants concernent la santé des femmes et l'amélioration des indicateurs de santé globaux sur longue période

- parmi les pays industriels, la France est en seconde position derrière le Japon pour l'espérance de vie des femmes, à la naissance, aussi bien qu'aux âges adultes. Pour leur espérance de vie à 80 ans la France se situe au troisième rang, derrière le Japon et le Canada.

- l'espérance de vie à la naissance s'est allongée de 11 années pour les hommes et de 13 années pour les femmes depuis 1950. Entre 1960 et 1997, la mortalité a diminué de 20 %, à tous les âges, sauf entre 15 et 30 ans pour les hommes. La mortalité infantile a été réduite de moitié depuis 1980 et divisée par quatre en trente ans. Parallèlement à la baisse de la mortalité, la proportion de personnes handicapées a diminué à tous les âges.

La France est moins bien placée en ce qui concerne la santé des hommes jeunes et les inégalités sociales :

- elle se situe au 13^{ème} rang des pays de l'OCDE pour l'espérance de vie à la naissance des hommes, en relation avec une surmortalité masculine particulièrement nette pour les jeunes adultes.
- les différences de mortalité des adultes selon les groupes sociaux sont importantes : à 35 ans un cadre supérieur peut espérer vivre 7 ans de plus qu'un manoeuvre alors que l'écart entre une cadre supérieure et une manoeuvre est plus faible d'environ 50 %.
- pour la mortalité infantile, qui est souvent considérée comme un indicateur de développement social, la France occupe le 5^{ème} rang de la zone OCDE.

Ces points noirs de la situation sanitaire française témoignent des limites de l'efficacité des soins médicaux qui ne parviennent pas à compenser l'action pathogène de certaines conditions de vie et de travail ou de comportements individuels.

Ni l'analyse des évolutions temporelles, ni la comparaison à la plupart des pays industriels ne justifient donc le discrédit adressé à la situation sanitaire française. De même que l'amélioration de l'état de santé, ou la relative bonne position de la France dans les comparaisons internationales, ne peuvent être entièrement attribuées à la qualité de notre système de soins en négligeant la contribution de l'amélioration des conditions de vie, de même il ne faudrait pas s'arc-bouter sur les résultats médiocres pour dénigrer le seul

fonctionnement du système de santé. Il est patent, en fait que ces derniers reflètent une situation économique et sociale défavorable plutôt que les déficiences du système médical.

Quel système de santé demain ?

Face à une demande de soins toujours importante, le système de santé de demain est tributaire des décisions prises aujourd'hui sur plusieurs plans : formation des personnels, volume de l'offre de soins dans ses différentes composantes, actions de santé publique, financement.

A côté du développement des possibilités nées des innovations techniques, les besoins liés à la nécessaire diminution des inégalités sociales d'accès aux soins médicaux et à l'accroissement du nombre de personnes âgées sous-tendent potentiellement la croissance de la demande de soins. Certes des progrès de productivité peuvent être espérés dans le secteur de la santé et une augmentation du volume des soins ou de leur qualité n'implique pas nécessairement une augmentation de la dépense. Il est cependant peu raisonnable de supposer que les progrès sociaux et les nouvelles possibilités thérapeutiques n'entraîneront pas des dépenses supplémentaires.

Ainsi, le projet de Couverture Maladie Universelle, qui est un pas significatif dans le sens de la réduction des inégalités, représente, au moins dans un premier temps, un facteur d'accroissement de la demande de soins.

De même, si on a longtemps surestimé l'effet de l'augmentation du nombre de personnes âgées sur les dépenses de santé, il ne faudrait pas aujourd'hui l'occulter. Quand, entre 1970 et 1980 le volume des soins médicaux augmentait en moyenne de 7 % par an, l'influence de la seule déformation de la pyramides des âges, accroissant les besoins de 0,5 % par an pesait relativement peu ; de même entre 1980 et 1990, quand le volume des dépenses progressait en moyenne de 5 % . Aujourd'hui, il n'en va pas de même, l'effet de cette seule déformation représenterait environ 20 % de la croissance permise par l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance-Maladie voté par le Parlement), si celui-ci était maintenu autour de + 2,5 % par an.. et respecté. La fixation de cet objectif de croissance pour les dépenses d'assurance maladie représente forcément un arbitrage entre des contraintes budgétaires et des besoins qui restent importants ; implicitement il traduit les priorités en matière de santé comme de solidarité.

Il serait utopique de penser que le niveau de l'objectif pour les dépenses de santé puisse être déterminé de façon à permettre la poursuite des actions médicales utiles et efficaces tout en conduisant à l'abandon uniquement de celles qui sont inutiles, voire abusives ; de fait, les mesures restrictives, difficiles à cibler, atteignent souvent en priorité les populations les plus défavorisées.

Dans le domaine de la santé les décisions concernant le volume et la répartition des facteurs de production ne peuvent se répercuter que sur le moyen ou le long terme, compte tenu des inerties et des délais de formation. Il est d'usage d'évoquer les générations futures à propos de la dette publique ; il faut aussi souligner que le volume des soins à la disposition de ces générations doit être planifié aujourd'hui en évitant de se focaliser sur le seul contexte actuel. Si dans près de la moitié des départements français, et non des plus médicalisés, la densité de généralistes diminue actuellement, c'est que le souci du futur n'a pas été suffisamment pris en compte par les planificateurs d'hier.

On ne peut vraiment plus qualifier d'explosive l'évolution récente des dépenses de santé et la situation sanitaire française, malgré des points noirs témoigne aussi de résultats très

satisfaisants. La « croissance incontrôlée des dépenses de santé et l'inefficience du système » sont des arguments qui relèvent plus de la pétition de principe que de l'observation ; ils ne peuvent servir à justifier un changement fondamental des règles de la protection sociale et de l'organisation des soins, même si l'existence de certaines insuffisances ou résultats médiocres nécessitent d'apporter des améliorations au système.

Des années de ralentissement de la croissance économique et d'expansion du chômage ont rendu la solidarité vis à vis des malades plus difficile à assumer. Mais les résultats de l'enquête Eurobarometer de la Communauté Européenne montrent très clairement que cette solidarité demeure une valeur tout à fait prédominante des sociétés européennes.

Ils montrent que dans tous les pays la population considère comme prioritaire les actions en vue d'améliorer l'état de santé et de réduire les inégalités d'accès aux soins. Pour la France, selon Eurobarometer un éventuel recul du champ de la protection sociale publique ou le

**Evolution de la Consommation
de Services et Biens Médicaux
(en Francs constants)**



Source Eco-Santé

transfert, même partiel, de responsabilités financières vers les malades ou les assurances privées suscite des réactions négatives.