

futuribles

I N T E R N A T I O N A L

47 rue de Babylone • 75007 Paris • France
Tél. : 33 (0)1 53 63 37 70 • Fax : 33 (0)1 42 22 65 54
forum@futuribles.com • www.futuribles.com

L'avenir de la Sécurité sociale

COMPTE RENDU DE LA TABLE RONDE DU 13 AVRIL 2010

Didier Tabuteau est spécialiste des questions de santé. Il est conseiller d'État, responsable de la chaire santé de Sciences Po et du Centre d'analyse des politiques publiques de la santé (CAPPS) de l'EHESP (École des hautes études en santé publique) et auteur de l'ouvrage Dis, c'était quoi la Sécu ? Lettre à la génération 2025 (La Tour d'Aigues : éd. de l'Aube, 2010).

Les questions de santé sont devenues un sujet d'actualité et un sujet politique, comme le montre l'intérêt pour la gestion de la grippe A (H1N1) ou pour les comptes de l'Assurance maladie. Il s'agit d'un phénomène nouveau, selon Didier Tabuteau, apparu depuis une vingtaine d'année suite à certains scandales de santé publique (affaire du sang contaminé, vache folle...). La structure très particulière du système de santé français permet d'ores et déjà d'anticiper en partie ce qu'il sera en 2020-2025. Pourtant, les politiques menées ont pu être incohérentes avec ces évolutions prédictibles. Par exemple, la restriction des *numerus clausus* observée se traduira par une pénurie de médecins à l'avenir. Sept lignes de force, correspondant à sept défis capitaux pour le système de santé français peuvent être dégagés.

1. Le vieillissement de la population

L'impact du vieillissement de la population sur le système de santé sera majeur, et pas uniquement pour des raisons démographiques. En effet, en France, la recherche médicale récente s'est concentrée sur les maladies des plus âgés. En conséquence, la plupart des innovations thé-

rapeutiques nouvelles portent sur ces pathologies, dont le poids devrait donc augmenter dans les dépenses publiques.

Le risque d'un débat pernicieux sur un clivage entre les générations en matière de santé existe aujourd'hui. Pourtant le système de santé est, par nature, destiné à repousser le plus possible les dépenses sur la fin de vie. Les ALD (affections de longue durée) représentaient 60 % des dépenses de l'Assurance maladie en 2005 ; ce chiffre devrait passer à 70 % dès 2015. Et, d'après l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), la part de la richesse nationale consacrée à la santé pourrait augmenter de 3,5 à 6 points de PIB (produit intérieur brut) d'ici 2050. Ceci donne lieu à un débat idéologique inédit.

2. La médecine des 4 « p » : prédictive, préemptive, participative, personnalisée

La médecine prédictive permet de remonter en amont des signes cliniques de la maladie. Par exemple, il est aujourd'hui possible d'effectuer des tests génétiques afin d'évaluer le risque d'une personne de développer une pathologie donnée. Cepen-

dant, les applications de cette médecine restent limitées.

La médecine de préemption permet quant à elle d'identifier les marqueurs biologiques d'une pathologie déjà commencée.

Ces deux premiers « p » transforment la médecine, qui ne s'adresse plus uniquement aux malades, mais aussi aux bien-portants, puisqu'elle permet d'agir dès les premiers symptômes.

La médecine personnalisée traduit un renforcement du lien entre le malade et la médecine, susceptible de restructurer le système de soins dans son ensemble : hyperspécialisation des disciplines, des hôpitaux, des traitements...

Enfin, la médecine participative associe plus directement le patient à son traitement, par exemple en utilisant la télé-surveillance ou l'automesure. Les rôles des différents acteurs de la santé pourraient alors évoluer sensiblement.

3. La transformation des métiers

Le système de santé français a pour particularité de reposer sur une très grande liberté des acteurs. En particulier, il définit un modèle de médecin prescripteur isolé, au sein d'une médecine non collective. Il n'a pas de relations avec les mesures publiques de santé, ni avec l'État.

Cependant, selon Didier Tabuteau, ce modèle pourrait voler en éclats à l'avenir, car les évolutions décrites précédemment et la pénurie de médecins à venir diminueront le temps médical disponible et forceront les médecins à se regrouper. Ainsi, le cabinet médical individuel ne serait plus le modèle dominant, et les médecins seront de plus en plus contraints de partager certains des actes qu'ils ont pendant longtemps assumés seuls avec d'autres acteurs médicaux (par exemple, depuis une date récente, le vaccin antigrippal peut être fait, sauf primo-injection, par les infirmières).

4. Les nouvelles attentes sociales vis-à-vis de la médecine

a) L'information en santé

La publication des premiers palmarès des hôpitaux par des journaux a constitué une révolution pour l'information en santé. En effet, compte tenu du manque d'information dans ce domaine, les données disponibles sont très recherchées. Par ailleurs, le succès des blogs et des forums traitant des questions de santé sur Internet contribue à modifier le rapport que les malades entretiennent avec les médecins. Le médecin n'est plus le seul interlocuteur, les patients souffrant d'une même pathologie n'hésitant plus à communiquer directement entre eux.

Enfin, les associations de patients et d'utilisateurs du système de santé contribuent aussi de plus en plus à le faire évoluer.

b) L'exigence de performance

Historiquement, les malades s'en remettaient entièrement au savoir-faire de leur médecin. Aujourd'hui, les exigences envers les professionnels sont de plus en plus fortes, et expliquent la multiplication des protocoles, de normes et de bonnes pratiques à respecter.

c) La recherche de « transhumanité »

Certains patients vont désormais plus loin et recherchent une médecine du « dépassement de soi », qui ne va pas seulement les guérir, mais améliorer leurs performances et leurs capacités physiques ou intellectuelles.

5) La territorialisation des problématiques de santé

En France, historiquement, la santé représentait un territoire de « non-État », en ce sens qu'elle n'a jamais relevé de la compétence étatique, notamment la médecine et les cliniques. Mais l'État cherche, depuis 40 ans, à affirmer son autorité sur la santé, et la région est devenue l'échelon privilégié pour affirmer l'action sanitaire publique.

Ainsi, depuis une vingtaine d'années, la quasi-totalité des réformes de santé ont une composante régionale. La création, en 2010, des agences régionales de santé

(ARS) apparaît comme une continuité logique de ces réformes.

6) Transformation de la construction des assurances maladies françaises

En 1945, les ordonnances créant la Sécurité sociale prévoyaient que l'intégralité des soins ne serait pas remboursée aux patients, de peur qu'ils n'abusent du système. Ainsi, un ticket modérateur représentant 20 % du montant du soin était prévu, ainsi que la possibilité de recourir à une assurance complémentaire.

Avec le temps, l'Assurance maladie a évolué et, jusque dans les années 1980, la prise en charge des soins par l'État s'est accrue. Le remboursement des soins a atteint 77 % à 80 % de leur montant. Parallèlement les dépenses de soins ont explosé, passant de 2,5 % du PIB en 1950 à 8,7 % en 2007.

Néanmoins, depuis le milieu des années 2000, la couverture santé a tendance à diminuer : elle atteint 75,5 % aujourd'hui.

Deux réalités s'observent actuellement. D'une part, les dépenses de santé liées aux ALD ne cessent d'augmenter et, d'autre part, les soins courants (hors hospitalisation) sont de moins en moins bien remboursés : à hauteur de 55 %.

Si les dépenses de santé continuent à croître au même rythme d'ici 2050 (soit 5 points de PIB), il faudrait augmenter les prélèvements obligatoires de 3,75 points de PIB pour maintenir un taux de remboursement de 75 %. Au contraire, si le montant actuel des prélèvements obligatoires pour la santé reste inchangé, la Sécurité sociale ne prendra plus en charge à cette échéance que 50 % des dépenses, et les dépenses de soins courants, celles de 80% de la population, ne seront plus remboursées du tout.

Cette évolution est inacceptable, selon D. Tabuteau, puisque tous les malades non couverts devraient recourir à une assurance complémentaire, ce qui entraînerait d'importantes inégalités sociales. En effet, contrairement à la Sécurité sociale, les mutuelles exigent des cotisations diffé-

rentes selon les risques, non proportionnées aux revenus, et proposent des prestations différenciées.

7) Géopolitique de la santé

Une évolution inédite s'observe aujourd'hui à l'échelle mondiale, avec l'émergence des enjeux géopolitiques de la santé. L'OMS, (l'Organisation mondiale de la santé) a trouvé un rôle nouveau. Des fondations (comme la fondation Gates) deviennent des acteurs importants. Cette préoccupation n'est cependant pas uniquement philanthropique : il s'agit également d'éviter la propagation des épidémies ou de développer des influences dans le monde.

De ce point de vue, les récentes pandémies mondiales (SRAS, grippe A H1N1) ont amené les États à repenser la santé comme un secteur stratégique. Notamment, ces événements ont rappelé que le fait, pour un pays, d'être producteur de vaccins et / ou de médicaments était important.

Par ailleurs, la mondialisation concerne aussi la santé : alors que les standards sanitaires internationaux ont, pendant longtemps, été définis uniquement par des pays occidentaux, l'émergence de la Chine, de l'Inde ou du Brésil comme acteurs de la santé, bouleverse la donne. En effet, ces pays travaillent actuellement à la mise au point d'innovations thérapeutiques, telles que la *polypill*, une pilule donnée à titre préventif pour réduire la fréquence de certaines maladies chez les plus âgés.

Enfin, selon Didier Tabuteau, une Europe de la santé pourrait émerger à l'avenir. En effet, les grands traités communautaires adoptés depuis 40 ans (Maastricht, Lisbonne...) définissent des enjeux communs de santé publique. Des agences dédiées à ces questions ont d'ailleurs été créées. À l'horizon 2025, le champ européen de la santé publique (notamment la riposte à des menaces) pourrait être important, selon Didier Tabuteau, même si la création d'une assurance maladie européenne semble, elle, très peu probable.

Extrait des débats

Quelles évolutions la loi HPST¹ annonce-t-elle pour les relations entre l'État et les collectivités territoriales ?

Cette loi fait avancer la territorialisation du rôle de l'État dans le domaine de la santé, mais ignore le niveau national. Il s'agit en effet de ne pas se « brouiller » avec les acteurs nationaux, les syndicats médicaux et les partenaires sociaux, en remettant en cause le système conventionnel² ou la CNAMTS.

On peut cependant espérer que la loi HPST amorce la refondation de ce système et de celui de l'Assurance maladie.

De quelles compétences disposeront les ARS ?

Elles disposeront de pouvoirs importants : fixer la planification régionale hospitalière ; introduire à titre indicatif la médecine de ville (c'est-à-dire identifier les secteurs géographiques et les spécialités où il existe des pénuries) ; planifier le médico-social (pour les personnes âgées dépendantes) ; élaborer un schéma régional de prévention... Elles pourront également établir un programme pluriannuel régional de gestion du risque, c'est-à-dire définir la façon dont les professions de santé sont appelées à intervenir et prescrire. Il s'agissait jusqu'à présent d'une compétence de l'Assurance maladie. Les ARS devront l'organiser avec les CPAM (caisses primaires d'assurance maladie) régionales et, même, travailler avec les mutuelles et assurances complémentaires au niveau régional.

Le problème du risque dépendance n'est-il pas trop ignoré en France, alors même que 75 % des Français de plus de 90 ans souffrent d'une ALD ?

En effet, le risque dépendance sera de plus en plus présent en France, et sous deux aspects. D'abord dans son acception juridique pour aider les personnes qui ne peuvent plus assurer les actes de la vie quotidienne. Mais le risque lié au très grand âge tient surtout au coût des soins qui accompagnent souvent la perte d'autonomie.

Peut-on envisager un développement massif du tourisme médical international à l'avenir ?

Le tourisme médical ne fonctionne que quand la protection sociale est médiocre pour certaines prestations, par exemple pour les soins dentaires ou la chirurgie esthétique en France. Sinon, les patients préfèrent être soignés près de chez eux. Par contre, la France pourrait miser sur sa réputation médicale et touristique pour développer le tourisme médical.

Comment améliorer la répartition territoriale des médecins ?

La mauvaise répartition des médecins sur le territoire est directement liée à la baisse du *numerus clausus*. Les médecins, qui sont peu mobiles géographiquement compte tenu de leur âge d'installation, ont tendance à délaisser les régions défavorisées. En outre certaines spécialités ont été « désertées » au fil du temps. Le *numerus clausus* a été récemment relevé mais il faudrait pour limiter les pénuries favoriser une plus grande coopération entre les hôpitaux et les médecins.

¹ Loi Hôpital, patients, santé et territoires, dite loi Bachelot.

² Créée en 1971, la convention médicale régit les relations entre le corps médical et les caisses de Sécurité sociale, reposant sur un double engagement : celui des médecins à l'égard des honoraires demandés aux patients et celui des caisses pour le remboursement des assurés sociaux.