

# L'avenir des systèmes de santé – Efficacité, équité et égalité des chances : entre utopie et réalité

---

ANNE-CÉLINE CORNET ET CHRISTOPH DIETRICH \*

## I. Etat des lieux

### *Egalité des chances en matière de santé*

L'égalité des chances en matière de santé est une norme centrale du haut niveau de civilisation et de l'identité culturelle d'un côté du Rhin comme de l'autre. En France comme en Allemagne, elle est soumise à une pression croissante qui naît des évolutions démographiques, de la rapidité du progrès médico-technique, de la concurrence internationale pour la captation de la main d'œuvre formée et de la transformation des profils de morbidité des populations. La balance des cotisations et des dépenses des systèmes d'assurance est déséquilibrée. A Paris et à Berlin, le déficit est de plus en plus compensé par l'impôt, au détriment d'autres missions publiques tout aussi urgentes (infrastructures, formation, environnement, développement énergétique, défense, sécurité intérieure) ou au prix d'une aggravation de la dette. Cette manière de procéder est profondément injuste pour les générations futures. Si l'on veut que les systèmes de santé survivent sous la forme d'assurances maladie universelles et solidaires, il faudra les adapter à un contexte profondément transformé et en perpétuelle évolution. Il incombe au politique de mener à bien cette adaptation complexe – ou d'assumer les lourdes conséquences qui naîtraient d'une absence de réformes.

---

\* Anne-Celine Cornet est rédactrice au Ministère français de la Défense. Christoph Dietrich est médecin et conseiller en politique de la santé au Berliner Abgeordnetenhaus / Bundestag.

« *Bricolage* » ou *transformation structurelle* ?

Depuis des années, les réformes se multiplient dans le domaine de la santé, sans effet consolidant à long terme. Dans le même temps, les citoyens se sentent de moins en moins bien pris en charge et s'inquiètent à l'idée de ne pas pouvoir assumer leurs dépenses de santé à l'avenir. Or la politique de santé se résume largement, en France comme en Allemagne, à la gestion de l'assurance maladie. Les réformes structurelles, qui rendraient l'emploi des ressources plus efficient, sont reportées au profit de la création de nouveaux gisements pour le financement à court terme des structures existantes, laissées telles quelles. Comme les réductions globales de dépenses décidées sous la contrainte, les hausses de cotisations et l'affectation d'une partie des ressources de l'impôt ne sont pas des réformes structurelles, leurs effets ne sont pas durables. Les dernières tentatives de réformes ont une portée contestable et ne comprennent aucune clause d'évaluation. Ainsi la loi française dite « Hôpital, patient, santé, territoire » constate-t-elle le manque de coordination entre les secteurs et les acteurs, ainsi que les inégalités territoriales. Ces deux problèmes sont tout aussi aigus en Allemagne et doivent y faire l'objet d'une loi sur la prise en charge au cours de l'année 2011. Les deux pays tendent à traiter la question par un renforcement du rôle régulateur de l'État. Cependant, la « planification » de la médecine d'État n'est pas à la hauteur de la complexité de la situation. Les prérogatives du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM), les compétences des Agences régionales de santé (ARS) en France, le principe de l'avance de frais, l'intervention des caisses maladie à l'encontre de la liberté thérapeutique et la planification des besoins en Allemagne en sont des exemples. Dans les deux pays, les réformes achoppent sur le dogme de la stabilité des taux de cotisation ; nulle part, on n'ose une remise en cause conceptuelle complète des systèmes existants.

La faible attention portée à la garantie de la qualité des soins est elle aussi révélatrice. La question de savoir combien de « santé » arrive chez les assurés est, au mieux, discutée à la marge des débats politiques. Pour pouvoir comparer les performances des différents systèmes de prise en charge, il faut en premier lieu disposer de critères de qualité fondés sur la preuve. Cependant, ni les responsables politiques français ni les acteurs de l'autogestion allemande n'ont réussi à mettre en place, sur la base de tels critères, une approche quasi-exhaustive pour garantir la qualité des soins. L'on peut aussi citer l'exemple du rationnement. On sait depuis longtemps qu'il n'est pas possible de mettre à disposition de toute la société l'intégralité des prestations de santé existantes, sans limite d'aucune sorte. Le rationnement est donc l'instrument indispensable de tout budget. Il est alors absurde de refuser le rationnement dans le domaine de la santé, en faisant semblant de croire que les

ressources seraient illimitées. Or, comme le niveau actuel des prestations ne couvre pas le maximum possible, des mécanismes de rationnement sont d'ores et déjà à l'œuvre aujourd'hui, de manière non réglementée et sauvage – par exemple, par la budgétisation –, ce qui semble bien plus critiquable que des règles établies selon les critères de la responsabilité éthique et économique, adoptées par consensus démocratique et soumises au contrôle public. La question n'est donc pas de savoir si un rationnement est mis en œuvre, mais selon quelles règles il doit l'être et comment un vaste débat démocratique peut être organisé à ce sujet. Mais les responsables des politiques de santé français et allemands refusent largement une telle discussion.

### *Bureaucratie ministérielle d'un côté, jungle des prérogatives de l'autre*

En France, le processus normatif dans le domaine de la santé est très influencé, voire contrôlé, par une bureaucratie ministérielle puissante, alors qu'en Allemagne, les associations et autres organisations autogérées sont souvent largement associées par les parlements et ministères (au niveau fédéral et dans les Länder), et participent largement à l'exercice du pouvoir législatif et exécutif, au travers d'instances comme le Gemeinsame Bundesausschuss, qui représente les prestataires de services de santé et les caisses de santé. Cette multiplicité est souvent utilisée par les acteurs pour se défausser de leur responsabilité. L'inefficience de la gestion du problème H1N1 par un ministère fédéral et seize ministères au niveau fédéré, soumis à seize régimes législatifs différents, et l'augmentation dramatique des souches multirésistantes en Allemagne en sont des exemples typiques. Le système français permet une plus grande rigueur dans le pilotage, alors que le système allemand produit souvent des compromis peu efficaces. D'un autre côté, le mécanisme d'ajustement en France, c'est souvent la manifestation dans la rue, alors que la négociation de compromis en Allemagne évite généralement la survenue de conflits paralysants.

## II. Propositions

### *Changer les structures plutôt que subventionner le statu quo*

La politique de santé ne devrait pas seulement porter son attention sur la question du gel des cotisations, mais – dans le respect des règles de financement actuelles – transformer l'existant de manière structurelle, qualitative et centrée sur le patient. La réforme devrait s'attaquer en priorité aux chantiers suivants : l'infrastructure, la prévention, la responsabilité individuelle, les conditions de travail dans les secteurs médical et paramédical, la formation initiale et continue, le développement continu d'indicateurs pour mesurer la qualité des résultats et des procédures des prestations de santé, la prise en compte de la voix des patients dans

les décisions structurelles, la mesure de la qualité de la prise en charge et la publication transparente de ces données, l'évaluation des programmes, le soutien aux investissements et la bonification en fonction de critères de performance et de qualité, la liberté de choix quant au mode d'exercice des métiers de la santé, l'abandon de mesures dirigistes contraignantes, une meilleure coordination des différents secteurs concernés et le développement de formes de prise en charge intermédiaires et le soutien à la prise en charge ambulatoire, c'est-à-dire sans hospitalisation.

### *Informier et changer les mentalités*

Les corrélations au sein du système de santé et l'imbrication de ce dernier avec d'autres secteurs de la vie en société sont complexes. Il appartient aux responsables politiques de les expliciter, d'animer un vaste débat sur l'exigence éthique qui s'attache à la mise en place d'une gestion équitable de ressources devenues rares. Les promesses d'une amélioration future de la prise en charge avec moins de moyens et sans réformes structurelles de grande ampleur sont de plus en plus difficiles à croire et compromettent la confiance de la population en la politique. Derrière le refus du rationnement que manifestent les responsables politiques se cache souvent la peur de devoir l'organiser et en expliquer les règles. Le principe d'un rationnement organisé est donc abandonné, et les conséquences du rationnement « sauvage » sur le niveau des prestations sont passées sous silence. Il faut ici plus de courage politique, plus d'intérêt pour le bien commun à long terme, plus de confiance dans la raison des citoyens – et non pas des feux de paille médiatique. Si la population n'accepte pas suffisamment les changements nécessaires, ce n'est pas parce qu'elle n'est pas en mesure de les comprendre, mais parce que les politiques et les médias ne sont pas prêts à les expliquer honnêtement. En raison de la sensibilité éthique de la santé, les propositions de réforme sont souvent présentées comme des scandales vendeurs. Les changements sont décrits, comme par réflexe, comme une tentative d'enlever aux individus ce à quoi ils ont droit. Ceci vaut particulièrement pour les réformes structurelles, qui conditionnent toutefois le maintien à long terme de la sécurité sociale. Comme seule l'adaptation peut garantir la survie, y compris dans le domaine de la santé, ce comportement médiatique met en péril l'équité. Les politiques et les médias ne devraient pas jouer à déclencher des peurs collectives irraisonnées, mais renforcer la conscience individuelle de la responsabilité. Ils doivent intégrer l'impératif d'information objective dans leur mission, afin que les changements proposés puissent faire l'objet d'une évaluation éclairée et d'un jugement démocratique. Français et Allemands aspirent à vivre dans une société dans laquelle les individus confrontés à des difficultés de santé dont ils ne sauraient être tenus responsables bénéficient de la meilleure prise en charge possible. Dans les deux pays, il est communément admis que la collectivité assume le coût de cette prise en charge si la personne concernée n'est pas en mesure

de le faire elle-même. Mais il faut s'interroger sur les différents éléments qui constituent ce principe : quel niveau de prise en charge minimal est garanti ? Qu'est-ce qui est nécessaire et qu'est-ce qui relève du confort ? Quelle est la part de responsabilité que chacun doit assumer personnellement ? Quelle part dans les coûts ? A partir de quel seuil d'assistance le système conduit-il à la mise sous tutelle de l'individu et à la perte de responsabilité quant à sa propre santé ? Combien de risques individuels la communauté doit-elle assumer si nous voulons préserver l'adhésion au principe de solidarité ?

### *Organiser un vaste débat*

En France, si la notion de responsabilité du patient pour son état ne figure pas expressément dans le Code de la Santé Publique, le terme de « capital-santé » par exemple a fait son apparition dans le débat public, renvoyant à l'idée d'une dotation dont chacun disposerait librement. Le Code social allemand (*Sozialgesetzbuch*) dispose que : « Les assurés sont coresponsables de leur santé ; en adoptant un mode de vie soucieux de la santé (...), ils doivent contribuer à éviter la maladie ou à surmonter ses suites ». Cette phrase de la loi est motivée par la volonté de maintenir la solidarité. Elle se fonde sur l'idée qu'il est profondément injuste de faire supporter à ceux qui assument la responsabilité de leur état de santé des problèmes de santé nés d'attitudes individuelles irresponsables. Puisqu'il en résulte des restrictions y compris pour ceux qui sont confrontés à des difficultés dont ils ne portent pas la faute, cela génère de l'injustice sociale. Ni la loi allemande ni la loi française ne règlent cependant les conséquences du non-respect du principe de responsabilité individuelle. Au vu de l'explosion des coûts, la définition et la sanction de la responsabilité individuelle sont devenues inévitables. La responsabilité, condition de la solidarité, a pour préalable l'assomption de la responsabilité individuelle par chacun.

### *Comparer*

La comparaison des deux systèmes de santé, français et allemand, prouve la valeur ajoutée de l'échange franco-allemand. Les systèmes sont suffisamment proches, dans leurs buts et par leur environnement social, politique, culturel et normatif, pour être comparés et pour justifier des mises en commun. Cependant, ils sont aussi suffisamment différents dans leur organisation concrète pour pouvoir s'enrichir mutuellement. Des pistes de réforme âprement discutées dans un pays ont souvent déjà été mises en œuvre de longue date dans l'autre. Ainsi, un pays peut jouer pour l'autre le rôle de modèle parallèle. Au vu de l'ampleur du besoin de réforme, ceci se révèle aujourd'hui d'une grande utilité.

Parmi les exemples d'enrichissement mutuel, on peut citer le système forfaitaire de la l'Assurance maladie française, dont

d'aucuns disent en Allemagne que l'introduction scellerait la fin de l'Etat providence mais qui, sans détériorer les conditions de prise en charge en France par rapport à l'Allemagne, a permis un pilotage pertinent (sept contacts patient-malade par an en France, contre dix-huit en Allemagne en moyenne en 2009). En France, l'obligation générale de cotisation et d'affiliation à l'Assurance maladie crée une communauté effectivement solidaire, alors qu'en Allemagne, dix pourcents des individus relèvent d'une caisse privée. Si, en France, des éléments d'autogestion inspirés par l'Allemagne pourraient conduire à des décisions plus équilibrées, une plus forte direction et une plus grande autorité de la part du ministère paraissent souhaitables en Allemagne, ainsi qu'une meilleure prise en compte de l'objectif d'homogénéisation de la qualité du suivi sur l'ensemble du territoire fédéral.

Nous proposons le lancement d'un salon franco-allemand annuel de la Santé. Les organisateurs en seraient les deux ministères de la santé. Tous les acteurs du système de santé devraient pouvoir participer : les ministères, les administrations, les parlements et partis, les organes d'autogestion, les assurances maladie, les représentants des patients, les associations professionnelles des métiers de la santé, les sociétés savantes, les entreprises du secteur de la santé faisant ou non de la recherche, etc. Le salon proposerait des séminaires spécialisés portant sur des thèmes tels que la recherche sur le financement ou la politique de santé, des discussions sur des sujets précis, un forum pour la présentation des projets, des initiatives politiques et des pistes de solution. Les participants devraient pouvoir apprendre les uns des autres, susciter de nouvelles idées, examiner des possibilités de transfert, échanger des compétences et des expériences, et établir des contacts durables. La diversité des approches française et allemande recèle justement un gisement de solutions potentiellement efficaces en matière de politique de santé, qui pourrait être un moteur de progrès pour toute l'Europe.