

## **POLITIQUE DE SANTE ET DROIT DU CITOYEN :**

### **LA FIN DES ECHAPPATOIRES**

intervention de Jean-Marie SPAETH  
lors du forum Economie Santé – Les Echos  
21 novembre 2002

**la santé mobilise  
10 % de la  
richesse  
nationale : est-  
ce un niveau  
pertinent ?**

C'est avec une interrogation volontairement naïve que je souhaiterais introduire mon propos aujourd'hui. En effet, la santé mobilise dans notre pays quelque 10% de la richesse nationale. Qui peut dire que ce niveau est pertinent ? personne, ni ceux qui pensent que c'est excessif, ni ceux qui affirment l'inverse !

Ce que je veux très modestement pointer, c'est que les discours de responsables publics restent souvent cantonnés à des appréciations largement subjectives sur le caractère insuffisant, excessif, injustifié ou non, inéluctable ou non, du niveau ou de la progression des dépenses de santé.

Les arguments tangibles qui permettraient d'étayer ces discours sur des critères de besoins ou de nécessité objective et médicale, manquent encore.

**Aujourd'hui les  
considérations  
économiques  
prédominent**

Et ce sont des considérations purement économiques – en l'espèce le déficit de l'assurance maladie- qui, à chaque fois, replacent ce type de discussions au cœur du débat public.

Il ne s'agit pas de jeter l'opprobre sur qui que ce soit. Je veux en revanche pointer une réalité qui éclate en pleine lumière aujourd'hui :

- les outils et les systèmes d'information dont nous disposons aujourd'hui sont extrêmement frustrés, parcellaires et éclatés, pour élaborer et conduire la politique de santé dont notre pays a besoin.
- Mais cette situation, n'est -elle pas avant tout le reflet d'une forme de sous-développement politique et culturel au regard des exigences de la santé publique ?

**Il n'y a pas de  
politique de  
santé digne de  
ce nom en  
France**

Disons le, en termes nets : Il n'y a pas de politique de santé digne de ce nom dans notre pays, incluant tous les déterminants de santé, sanitaires, environnementaux, les conditions de travail, la sécurité alimentaire etc... au sens de la définition d'une politique publique fondée sur des choix, énonçant des priorités et ayant une traduction budgétaire.

Pourquoi, sommes-nous en France dans cette situation ?

**Des trésors d'imagination pour éviter de prendre des décisions**

Sûrement pas en raison d'une incapacité intellectuelle, technique ou autre, qui caractériserait notre pays.

Au contraire : je constate même qu'au fil des décennies, la France a déployé des trésors d'imagination pour organiser les conditions lui permettant d'éviter de prendre les décisions et les arbitrages difficiles qui concourent à l'élaboration d'une politique de santé.

**Le choix de la défausse sur les régimes complémentaires ou les patients...**

Je vais être plus précis :

En substance, face à la difficulté de définir une politique de santé, face à la difficulté de trouver le financement de toutes les demandes qui émanent du système de santé ou qui s'adressent au système de santé, c'est, sous des formes multiples, le choix de la défausse qui a été fait pour y répondre, et répondre en même temps à l'impasse budgétaire devant laquelle se trouve confrontée l'assurance maladie :

**... qui ne sont pas des consommateurs rationnels**

- défausse des régimes obligatoires d'assurance maladie sur les régimes complémentaires, même rendus obligatoires pour l'occasion, lorsqu'on se borne à opérer des rectifications de frontières entre les uns et les autres, sans réflexion suffisante sur les champs d'intervention respectifs des uns et des autres et de leur articulation.
- défausse sur les patients lorsqu'on a théorisé sur leur responsabilité financière individuelle, via le ticket modérateur, laissant croire qu'un malade peut être un consommateur de soins rationnel,
- défausse vers les patients toujours, lorsque le choix a été fait d'instaurer le secteur 2 ou si l'on se résignait, à défaut de pouvoir répondre à l'intégralité de leurs revendications dans le cadre du financement collectif, à étendre la pratique de la liberté tarifaire pour les professionnels, sans qu'aucune justification médicale ne vienne étayer ces différences.
- défausse vers les malades encore, quand de nouveaux soins, ou des pans entiers de l'arsenal thérapeutique (les soins dentaires par ex) sont mal ou pas pris en charge, faute d'avoir voulu procéder à des arbitrages sur le maintien de remboursements de prestations ou de médicaments obsolètes ou inefficaces.

La tentation est forte de perpétuer cette tendance si j'en crois nombre de déclarations publiques récentes qui s'appuient pour ce faire sur la situation financière de l'assurance maladie, et donc le risque est grand pour tous ceux qui se sentent garants des principes de solidarité dans notre pays.

Faire le pari d'une politique de santé dont les régimes d'assurance maladie, sur la partie sanitaire, sont les opérateurs privilégiés, c'est faire le choix de la responsabilité partagée entre tous les acteurs du système de santé.

**La politique de santé doit intervenir après un débat public, transparent**

Définir une politique de santé doit en toute logique intervenir au terme d'un débat public, mené dans la plus grande transparence vis-à-vis des usagers comme des responsables publics avec le concours des professionnels et de la communauté scientifique : quels sont les besoins de santé aujourd'hui non satisfaits auquel notre pays doit impérativement répondre, de façon immédiate ou progressive ? Comment dégager des marges de manœuvre pour y répondre ? Compte tenu de son état de santé et de ses besoins quels sont les processus de soins auquel chaque assuré peut avoir droit, quelle que soit sa situation sociale ou son régime de couverture sociale ?

Font défaut en particulier, les protocoles de soins ou les référentiels conçus et mis au point par la communauté scientifique, pour définir, partout où c'est possible, les différentes étapes d'un traitement auquel chaque patient a droit, compte tenu de son état pathologique. C'est à dire définir de façon explicite le contenu, en terme de droits individuels ajusté en fonction des besoins, selon des critères que seule la communauté scientifique est à même de valider.

**Pour la population, la garantie de soins doit résulter de protocoles de soins établis par la communauté scientifique**

C'est ce que j'ai appelé la « garantie de soins » explicite autour de laquelle se construit le fondement objectif des prestations remboursables, que ce soit par les régimes obligatoires ou complémentaires.

Voilà ce dont nous souhaiterions pouvoir débattre collectivement : élus, gestionnaires, professionnels de santé. Chacun dans notre rôle respectif et complémentaire. Nous n'en sommes hélas qu'aux prémises.

**Il faut mettre fin à la politique des échappatoires**

C'est l'unique voie pour mettre fin à la politique des échappatoires qui caractérise le système de soins depuis trente-cinq ans.

L'un des enjeux de la négociation qui s'engage avec les syndicats médicaux vise en particulier à donner corps à la responsabilité partagée des caisses et des professionnels notamment au travers des choix de modes et niveaux de rémunération qui seront faits.

**Je ne me résigne pas à faire des choix en aveugle**

Nul ne saurait se satisfaire du constat que je dresse sur la situation présente sur l'absence et la nécessité d'une politique de santé. Le responsable de l'assurance maladie que je suis ne se résigne pas à assurer des choix trop souvent en aveugle. Après tout, le vote annuel par le Parlement d'un objectif de dépenses, aura servi de révélateur de cette situation. Et le citoyen est bien sûr en droit de s'étonner qu'il ait fallu attendre l'automne 1996 pour permettre une première expression de la représentation nationale sur des choix tout à fait essentiels pour les conditions de vie de la population. Nul ne songe donc sérieusement à faire l'économie de cet exercice démocratique.

C'est tout autre chose en revanche de plaider en faveur des moyens indispensables pour procéder à des choix éclairés et donc fondés sur une justification ou un choix de nature médicale ou s'appuyant sur l'utilité médicale comparée, d'options alternatives. Autant d'indications élémentaires pour la plupart des autres politiques publiques que la politique de santé. Voilà l'exercice qui est devant nous dont il faut mesurer l'urgence.

C'est une exigence indissociable de l'importance des choix collectifs qui sont en cause. Il faut souhaiter bien sûr que les travaux initiés par le gouvernement sur la médicalisation de l'ONDAM puissent éclairer les décideurs.

**Les inégalités  
générées par le  
ticket  
modérateur ont  
conduit à la Cmu,  
la liberté tarifaire  
à une impasse  
pour les  
professionnels**

Rien ne serait plus funeste à mes yeux que de reculer devant l'obstacle et de retomber dans les ornières du passé. L'écueil que je souhaite montrer du doigt est celui du danger de la résignation.

D'une façon générale, ce que je tiens à faire toucher du doigt, c'est un désaccord total avec toute idée qui conduirait, à déconnecter délibérément, la courbe d'évolution des dépenses de santé, de celle des dépenses d'assurance maladie.

Je ne connais que trop pour ma part, les inégalités générées par l'augmentation du bien mal nommé «ticket modérateur ». Elles ont conduit à la CMU. Quant à la liberté tarifaire, on voit bien aujourd'hui dans le domaine des soins dentaires, les conséquences à long terme d'un affaiblissement continu de la couverture sociale des patients et l'impasse dans laquelle elle a conduit les professionnels eux-mêmes.

**L'absence de  
choix politiques  
nuît gravement  
à la cohésion  
de la société**

Cette dynamique délétère, je la rejette avec la dernière énergie, au nom de la solidarité inhérente à l'esprit des Assurances Sociales car elle s'attaque à la cohésion de la société. L'alternative, face à la progression des dépenses de santé, consiste à faire prévaloir l'utilité médicale, comme critère déterminant de la prise en charge collective. C'est cette conviction que je souhaite faire partager le plus largement.