



La Gazette de D.L.S

L'économie de la santé, objet fondamental

JP Moatti déclarait, lors du 3^{ème} congrès international d'éthique médicale, qu'il y avait de l'éthique dans les choix économiques et des choix économiques dans l'éthique.

La décision de ne pas réanimer un vieillard résulte autant d'un calcul implicite de rentabilité économique que de considérations "humanitaires". De même, déterminer l'âge limite d'entrée en dialyse rénale résulte d'un rapport où figurent au

numérateur un concept en théorie immatériel, la vie et la qualité de vie, et au dénominateur un coût qui a également une valeur en termes de soins qui ne seront pas dispensés ailleurs. Pourtant, le véritable problème éthique se situe sans doute dans le chiffre des 7% d'exclus des soins dans la population française.

Au mieux, les responsables de la santé s'enferment dans une logique gestionnaire de ressources rares, pendant

que le développement de matériels et de techniques nouvelles entraîne une multiplication des produits dans l'intérêt bien compris des industriels. Pire : comme le rappelait Claude Got (1), il arrive que les priorités de santé publique soient orientées en partie par le lobby des publicitaires et des producteurs de tabac ou d'alcool avec l'appui du Ministère des Finances...

La politique doit s'emparer des enjeux

libéralisme et marché de

Il est parfois question, pour des raisons d'efficacité prétendue, d'insuffler l'esprit du marché dans l'économie de la santé. Parfois aussi, au nom d'une regrettable confusion des termes, certains associent défense du libéralisme économique et défense d'une médecine dite "libérale"

Le libéralisme économique est fondé sur 2 principes : liberté d'action de chacun dans son domaine et liberté de passer des contrats. La "main invisible" qui guide l'acteur économique et "l'harmonie spontanée des égoïsmes", sont censés faire en sorte que l'intérêt général résulte de la satisfaction des intérêts particuliers. Le principal mécanisme d'ajustement et de régulation est la liberté totale des prix, et le rôle de la loi se limite à protéger la propriété et à sanctionner l'inexécution des contrats.

Cet édifice théorique ne garde sa cohérence que si les conditions fondamen-

tales de la loi du marché sont respectées, soit :

- l'individu est toujours et suffisamment le meilleur juge de son propre intérêt.
- les contractants sont égaux en information, richesse et force sociale.
- les intérêts individuels bien entendus s'accordent au mieux entre eux et avec l'intérêt général.

Comment peut-on envisager d'appliquer de tels mécanismes à une activité où le décideur, le payeur et le consommateur sont des entités parfaitement séparées, aux intérêts divergents voire contradictoires. Les dépenses sont ordonnées par le médecin, qui ne les paie pas et peut même en bénéficier; le consommateur (qui a réglé par avance la facture) ne comprend pas grand chose à ce qui lui arrive et n'a aucun moyen d'en apprécier les résultats; les organismes sociaux fixent les tarifs, paient et réglementent.

Des intérêts contradictoires

DLS,

*Demain La Santé est une association
1901.*

*Regroupant des jeunes médecins,
d'activités professionnelles variées
(libérale / hospitalière, généralistes*

*/ spécialistes, chercheurs, épidémiologistes) et représentant un
vaste éventail de sensibilités politiques, nous nous inscrivons*

sommaire

L'économie de la santé, objet fondamental de l'éthique médicale	page 1
libéralisme et marché de la santé	page 1
Editorial du Président	page 2
Quels pilotes pour la Sécu?	page 2
Questions / Réponses	page 2
ET AILLEURS?	page 3
JEUNES MEDECINS: Mais où allons-nous?	page 3
Fiscaliser la maladie?	

Editorial du

emain La Santé est née en 1988, à l'initiative de jeunes médecins d'horizons professionnels et politiques variés partageant les mêmes valeurs et la même volonté d'œuvrer pour faire de la politique de santé l'objet d'un débat national.

De nombreuses manifestations des professionnels ainsi que le discours des pouvoirs publics et des gestionnaires de l'Assurance Maladie sont venus depuis illustrer les conclusions de nos analyses sur la dégradation du fonctionnement du système de soins et du dispositif de protection sociale. Ces dernières années nous n'avons cessé d'attirer l'attention des pouvoirs publics, de la classe politique, des organisations professionnelles syndicales et patronales parties prenantes dans les décisions, sur l'urgence d'une refonte de la politique de santé qui doit dépasser les objectifs à court terme visant uniquement à réduire les dépenses de l'Assurance Maladie.

Nous avons souligné l'importante nécessité d'associer le citoyen à la définition et à la mise en oeuvre d'un système de soins efficace, apte à répondre à la demande croissante en matière de santé. Ceci doit s'accompagner d'une conception différente du financement et des moyens de l'Assurance Maladie.

Les membres de Demain La Santé,

s'exprimant dans la presse professionnelle ou les quotidiens nationaux, ont voulu faire entendre leur point de vue (voir la bibliographie ci-contre). Ils ont également su agir dans le cadre de leurs engagements politiques, syndicaux, associatifs et à travers l'organisation de trois colloques :

Demain la santé (solidarité, exclusion, économie de la santé : être médecins demain) le 27/3/88, avec la participation de Mrs Bartolone, Basin,

Bibliographie

des articles écrits par nos membres ou se rapprochant de nos positions :

Prescrire

principale revue médicale de perfectionnement continu, financée à 100% par ses lecteurs.

- P. Manet : dépenses de Santé et dépenses de Sécu. N° 118, mai 92, p. 281
- G. Bardelay : la vraie maîtrise. N° 119, juin 92 p. 285

Actualités pour la Refondation mensuel politique.

52 rue de Bourgogne, 75007 Paris

- C. Coutard, P. Fabien : Préparer l'avenir après 10 ans d'oubli. N° 55.

La Croix

journal d'information d'inspiration chrétienne.

- D. Seyler : Le véritable mal, un système bloqué. 29/1/92 p 3.

Questions Réponses

les poujadistes : moins on est à partager le gâteau, plus la part est grosse.

La question : qui fait le gâteau, qu'est-ce qu'il y a dedans, est-ce qu'il n'y a pas un peu de fromage à mettre autour ne leur vient même pas.

Quand à la politique de santé ce n'est pas leur problème.

Les économistes : chaque fois qu'un client va en consultation chez un généraliste, ça coûte 500 F, diminuons le nombre de généralistes.

La question : mais qu'est-ce qu'on fait d'utile avec les 400 F qui ne vont pas dans la poche du médecin ne leur vient même pas.

Quand à la politique de santé ce n'est pas leur problème.

Les spécialistes de santé publique : Ils pourraient poser les bonnes questions :

en France, à quoi doit-on utiliser les médecins, combien d'heures de travail cela fait-il, combien cela vaut-il, quelle est la somme disponible, combien faut-il de médecins pour la santé de la population.

Mais cela ne les intéresse pas vraiment, et les rares fois où ils sortent de leurs discours fumeux, personne ne les écoute : ils font de la science, il y a

source : Rapport Yannick Moreau, Espace Social Européen

Quels pilotes pour la

Il faut constater l'imbroglie d'un système à cinq où le malade consomme, le médecin prescrit, la Sécurité Sociale rembourse, le ministère fait semblant d'organiser, l'industrie manipule tout le monde. Ce morcellement déresponsabilise les gestionnaires et favorise l'activisme des lobbies de tout acabit. La répartition des ressources et des compétences n'a aucun rapport cohérent avec les besoins réels, et des gaspillages flagrants voisinent avec des carences insupportables. La solidarité, fondement de notre système, est bien loin, le gaspillage des uns entraîne l'exclusion des autres, et la médecine à deux vitesses est déjà entrée dans les faits.

Dans un ouvrage qui devra faire référence (SECU, faillite sur ordonnance; Calman-Lévy), Michel Lépinay montre bien par quelle dérive les idéaux de 45, d'une Sécurité Sociale assurant une solidarité universelle et uniforme grâce à un système unique, ont abouti à la situation actuelle.

Rente de situation pour FO bloqué entre ses affiliés et les assujettis, manipulations discrètes du CNPF partagé entre les bénéficiaires de l'industrie biomédicale et le poids des cotisations, poujadisme des représentants du monde médical, pusillanimité, ignorance ou impuissance des politiques, désintérêt des grands corps de l'Etat pour ce secteur qui représente pourtant des

sommes supérieures au budget national, tout est en place pour la lente déchéance à laquelle nous assistons.

seize plans inutiles

Les 16 plans qui, de Simone Veil à Jean-Louis Bianco, se sont succédés depuis 1977, faute de s'attaquer aux racines du mal, n'ont fait que maintenir le malade en survie artificielle. Ils ont alourdi la facture finale, quand ils n'ont pas aggravé la situation (baisse du remboursement, budget global étranglant les hôpitaux publics en entraînant des transferts coûteux vers le privé, blocage au plus haut des revenus des cliniques, biologistes et firmes pharmaceutiques).

des réformes inéluctables

Yannick Moreau, conseiller d'Etat, a récemment comparé les systèmes de santé des pays de l'OCDE. En attendant la prochaine publication du rapport à la Documentation Française, les conclusions en ont été analysées dans Espace Social Européen (décembre 91).

Si l'analyse du système français reprend largement les critiques anciennes de *DLS*, il est intéressant de replacer ces constatations dans leur contexte international, et d'examiner en quoi la structure différente des systèmes étrangers leur a permis d'éviter un certain nombre d'écueils.

Dans sa conclusion, le rapport rappelle que la maîtrise des dépenses de santé est un élément de la compétitivité globale des sociétés : le financement public se fait au détriment d'autres dépenses, les cotisations pèsent sur le coût du travail, le financement privé est souvent assuré par les entreprises.

particularités du système de santé

Ce domaine comprend de nombreuses particularités : l'ampleur des enjeux (la santé), le rôle de l'information, l'importance du lien de confiance médecin / malade (différent du rapport consommateur / producteur) et les effets collectifs des mesures prises, la reconnaissance d'une nécessaire solidarité. Le marché ne peut pas donc pas en être l'élément régulateur, mais il ne faudrait pas en négliger les mécanismes incitant à

l'efficacité.

Le rapport constate ensuite que les pays à payeur unique et à forte couverture publique maîtrisent plutôt mieux leurs dépenses. Cette maîtrise passe par l'indispensable fixation d'objectifs quantifiés préalable (si remboursement a posteriori, maîtrise impossible), une gestion globale (car il est inefficace de n'imposer des contraintes que dans un sous-système comme l'hôpital), et l'instauration de méthodes incitatives, (évolutivité de la nomenclature, tarification, financement contractuel). Le ticket modérateur est inefficace, il est pris en charge par des couvertures complémentaires (perdant son effet dissuasif) et pénalise les plus démunis.

Un certain nombre de conditions

Pour réussir la mutation d'un système de santé, il semble qu'il faille un minimum de conditions : une évaluation médicalisée, la confiance envers les médecins, la méfiance envers le curatif (plus n'est pas mieux), et les ressources doivent être

Demain La Santé
un autre regard sur la politique de santé

Il y a quelques années, un "économédiatre" déclarait avec aplomb dans la presse médicale qu'il y avait 20000 médecins de trop, sans autres arguments que sa propre conviction et son aura d'inafaillibilité énarchique.

Miracle de la pensée magique: ce nombre, qui arrangeait beaucoup de monde, devint la norme officielle dans les discours tenus depuis sur la démographie médicale. Sauf, et cela mérite d'être souligné une fois de plus, dans le courageux rapport de Philippe LAZAR, "12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale" (octobre 1990), où celui-ci déclarait: "bien qu'aucune démonstration formelle n'en conforte l'affirmation, l'un des points qui réunisse d'emblée un consensus presque parfait est que le nombre de médecins est d'ores et déjà trop élevé". Par ailleurs, il évaluait "le déficit en médecine d'application collective (...) à plusieurs milliers - voire dizaine de milliers - de médecins supplémentaires"!

Un consensus mou, des rapports iconoclastes

Ce rapport allant un peu trop à l'encontre des idées reçues, on demanda à la Direction Générale de la Santé d'en rédiger un autre: "Démographie médicale: débouchés et réorientations" (juillet 1991), qui, lui aussi, loin de parler de médecins en trop, recensait 15000 postes médicaux à pourvoir dans les prochaines années, en dehors de la médecine

(suite page 4)

Comparaison des régimes de protection maladie de 6 pays de l'OCDE

Pour des raisons historiques, la plus grande partie de la protection maladie est financée en France sur le revenu du travail, essentiellement par les salariés.

Nous avons dénoncé depuis deux ans les causes conjoncturelles (essentiellement l'inorganisation des structures dirigeantes) qui expliquent l'actuelle inflation des coûts de santé dans notre pays.

Cependant, le déséquilibre croissant du rapport actifs /i nactifs (prolongement des études, augmentation du chômage, abaissement de la retraite, prolongation de la durée de vie) et la baisse de la part du travail dans les richesses produites seront à long terme les racines du déficit persistant de l'assurance maladie. La plupart de ces causes sont des tendances lourdes incontournables, socialement souhaitables pour certaines.

Par ailleurs, lier protection maladie et revenu du travail pénalise les entreprises de main d'œuvre, les défavorise vis à vis des pays sans protection sociale et suscite le travail au noir.

La prise en charge du financement maladie par l'ensemble de la société est à notre sens inéluctable. Une fiscalisation ne pourrait probablement pas être financée entièrement par l'augmentation de l'emploi, des exportations et de l'impôt

L'activité de DLS

Un groupe de réflexion se doit également de réagir à chaud aux événements.

Depuis le premier janvier 1991, DLS a passé les communiqués de presse suivants

31/7/91 : démographie médicale, dénonçant dans l'aggravation du numerus clausus un simple gage démagogique donné à la CSMF pour faire accepter la maîtrise des dépenses maladie.

19/10/91 : soutien à la grève des infirmières, désaveu de la manifestation de Action Santé, appel à des Etats Généraux de la Santé.

7/5/92 : dénonciation de l'avenant n°3.

Les numéros précédant de notre gazette sont également disponibles :

n° 1 : demain la santé

n°2 : démographie médicale

ce numéro de la gazette doit beaucoup à : Catherine COUTARD, Thierry GERVAIS, Patrice LOUVILLE, Philippe MANET, Didier SEYLER, Louis-Albert STEYAERT.

La réussite la plus évidente du système de santé anglais est de faire l'unanimité des commentateurs français : c'est le repoussoir, la faillite complète, voire l'abomination. Mais si on cherche des éléments précis et argumentés, la situation est moins claire.

En dehors des contre-vérités manifestes (fonctionnarisation des médecins, absence de libre choix des patients), on peut retrouver trois sortes d'arguments : l'existence de limitations inacceptables des soins (et on cite le refus d'entrée en dialyse des patients âgés), le fameux problème des listes d'attente, l'insatisfaction des patients qui se traduit par une fuite vers le système privé.

un système délibérément étranglé

Avant d'examiner ces arguments, il faut replacer la situation dans son contexte : une économie souffreteuse, et surtout un pouvoir politique ultra-libéral qui poursuit ouvertement depuis plus de 15 ans un objectif idéologique de privatisation du système de santé. Le principal moyen de cette privatisation forcée est donc l'étranglement financier, ce qui est d'autant plus facile que le système est entièrement financé et contrôlé par l'Etat. Comble du thatchérisme, qui consiste à abuser du monopole d'Etat pour promouvoir un système libéral!

Examinons cependant le sort des insuffisants rénaux. Le système anglais refuse d'entamer un programme de dialyse chez les personnes âgées. Dialyse ou pas, ces patients porteurs de polypathologies avancées ont une espérance de vie très limitée. Par contre, les jeunes anglais sont immédiatement mis sur un programme de greffe rénale, ce qui est unanimement reconnu comme la meilleure option. Bien plus vite qu'en France, où plus de la moitié des néphrologues vivent de la dialyse dans le privé.

Quand on aborde le sujet des listes d'attente, il faut se rendre compte que celles-ci servent d'étalon pour mesurer la renommée d'un service. Il s'ensuit des distorsions entre l'attente annoncée et la réalité. La plupart de ces listes s'appliquent à des interventions dont l'intérêt est mal défini, voire incertain ou nul. Il en est ainsi des cholécystectomies à froid, des ablations de fibrome utérin, etc... Des interventions indiscutablement utiles sont également concernées, comme les corrections d'arthrose; ce sont cependant des problèmes non urgents, qui peuvent effectivement supporter quelques mois d'attente voire de réflexion. Cette situation est effectivement plus déplaisante. Mais vaut-il mieux attendre un peu pour des problèmes non vitaux, ou voire, comme chez nous, 7% de la population dans l'absence de toute prise en charge?

La fuite vers le privé

L'argument le plus sérieux est cependant le chiffre de 10% de britanniques qui rentrent dans un système privé. Il y aura toujours des inquiets qui ne supportent pas d'attendre et sont prêts à payer, et il

JEUNES MEDECINS

(suite de la page)

libérale. Mais, avant même la parution de ce rapport, les ministres de l'Education et de la Santé d'alors décidaient d'abaisser le numerus clausus en PCEM 1, le faisant passer de 4000 à 3750 en 1992, puis à 3500 en 1993.

La situation est donc la suivante: lorsqu'on étudie sérieusement le problème de la répartition des modes d'exercice médical en France, on s'aperçoit que l'on manque totalement de médecins dans tous les domaines qui relèvent de la santé publique, de la prévention, "de l'appréhension des problèmes de santé dans leur globalité". Par contre, les décisions concernant les flux de formation, aussi bien du point de

emain La Santé

Association loi 1901,
pour la réflexion sur la politique de santé
7 passage de la Petite Boucherie 75006
Paris