

Si nous ne faisons rien, nous ne pourrons plus nous soigner demain !



Bonnes feuilles

Sommaire

Introduction

Première partie : un système de santé à bout de souffle

Fin de cycle

L'acharnement thérapeutique en question

La fin du tout curatif

La tentation eugéniste

La santé fâchée avec l'économie

La qualité introuvable

Le retour des grandes pandémies

Obésité : le gène de l'assiette trop pleine

Stress : le flingueur silencieux

L'accès aux soins menacé

Une démographie médicale crépusculaire

La fin programmée du médecin de famille

La solidarité dévoyée

Un système de santé à plusieurs vitesses

Le hold-up intergénérationnel

La maîtrise des dépenses de santé au banc des accusés

La Sécu au fond du trou

L'impasse intellectuelle et financière

La gabegie de gestion

Deuxième partie : cinq pistes pour remonter la pente

Vers une santé durable

Du tout curatif à la prévention personnalisée

Redevenir des nomades

Réconcilier travail et santé

Taxer les sucres et graisses

Interdire le secteur privé à l'hôpital public

Traquer les assassins en blouse blanche

Supprimer la prise en charge à 100% des affections de longue durée

Laisser les dépenses de santé se réguler d'elles-mêmes

L'innovation peut-elle freiner la hausse des dépenses ?

Les dépenses de santé ne monteront pas jusqu'au ciel

Conclusion

Remerciements

Fin de cycle

L'acharnement thérapeutique en question

En 1908, on vivait en moyenne jusqu'à quarante-cinq ans. La tuberculose tuait en moyenne entre cent mille et cent cinquante mille personnes par an. On allait à l'hôpital plus pour y mourir que pour être soigné. La moindre infection pouvait être fatale. La mortalité infantile atteignait encore des niveaux qui feraient honte aujourd'hui à des pays sous-développés.

En 2008, on vit en moyenne jusqu'à plus de soixante-quinze ans. Sauf épidémie foudroyante ou cataclysme nucléaire, une personne sur deux qui naît aujourd'hui connaîtra le XXII^{ème} siècle, ce qui signifie que l'espérance de vie à la naissance approche la longévité biologique. Les antibiotiques ont banalisé la plupart des maladies infectieuses. La mort d'un nourrisson, phénomène quotidien il y a un siècle, est la tragique exception aujourd'hui.

(...)

L'obsession de l'espérance de vie a donc toutes les chances de devenir contreproductive dans l'avenir, en tout cas à technologie de soins identique. (...). Vouloir à tout prix prolonger la vie humaine risque en effet, au-delà d'un certain seuil, de condamner une majorité d'entre nous à mourir lentement, par paliers de plus en plus pénibles. Il existe aujourd'hui un consensus sur le fait que la mort par sénescence n'est ni rapide ni plaisante et un débat est désormais ouvert sur la distinction entre prolongation de la vie et prolongation de la fin de vie.

(...)

A ce stade, se pose une question simple, qui est celle du prix de l'acharnement thérapeutique, encore appelé coût de la mort. On a coutume de dire que la dernière année de vie représente la moitié des dépenses de santé de toute une vie. Cette affirmation est bien entendu fautive dans la mesure où elle ne prend pas en compte l'âge de la mort mais elle donne un ordre de grandeur qui n'est pas absurde.

Pourquoi le coût de la mort est-il si élevé ? Le caractère prohibitif de ce coût est lié essentiellement au fait que la dépense marginale à engager pour augmenter l'espérance de vie croît de manière exponentielle avec l'âge, avec un gain marginal de plus en plus faible. Cela signifie que la productivité marginale des soins diminue rapidement, surtout en phase terminale. Lorsque l'objectif quasi exclusif du système de soins est de battre la mort, en faisant abstraction de tout critère de qualité de vie, la charge financière qui en découle peut donc rapidement devenir pharamineuse.

Le scénario catastrophe pour l'avenir lié à ce coût de la mort est facile à établir. Le nombre de personnes très âgées va doubler dans les trente prochaines années et continuer d'augmenter tout au long du siècle. La multiplication des maladies dégénératives, qui prennent progressivement la place du cancer comme principale cause de mortalité des personnes âgées, va faire exploser le coût de la mort en transformant les fins de vie en d'interminables agonies, étalées sur des années. Le résultat inévitable sera une inflation galopante et impossible à maîtriser des dépenses de santé.

(...)

La fin du tout curatif

(...)

La confusion entre prévention et abstinence et le discours moralisateur qui les accompagne généralement empêchent malheureusement les actions de prévention de connaître le développement qu'elles méritent. C'est mal de fumer car on met en danger sa santé et celle d'autrui. C'est mal de boire car on se détruit et on détruit les autres à petit feu. C'est mal de conduire trop vite et encore plus mal si on le fait en état d'ivresse. C'est mal de trop manger car l'obésité est une tare sociale autant que le lit de nombreuses pathologies. C'est mal de tromper son conjoint car on le rend malheureux. Et on pourrait continuer ainsi à l'infini à énumérer toutes les conduites qui méritent un jugement sans appel sur l'échelle du bien et du mal médical.

Le problème est que, après des milliers d'années marquées par l'empreinte du péché originel, la grande majorité des gens ne supporte plus ce discours binaire et culpabilisant. Les grands interdits collectifs se heurtent à l'affirmation exacerbée du libre arbitre individuel. Les accros au tabac, à l'alcool, à la bouffe, à la vitesse ou au sexe se font plaisir en assouvissant leur vice et sont donc peu sensibles à des arguments qui les encouragent, au contraire, à entrer dans un cycle de frustrations.

Le profil idéal¹ pour échapper à toutes les maladies a d'ailleurs de quoi faire réfléchir. L'homme sans risque est

« un employé municipal ou par exemple un embaumeur, efféminé, totalement dénué de vivacité physique ou mentale, sans ambition et sans esprit de compétition. Il n'aurait jamais tenté de se fixer ni d'atteindre le moindre but. Il aurait peu d'appétit, se sustenterait de fruits et de légumes, de maïs et d'huile de baleine, détesterait le tabac, refuserait avec mépris radio, télévision ou automobile. Sa chevelure serait abondante, son allure efflanquée et non athlétique, bien qu'il exerce sans cesse ses frêles muscles. Ses revenus, sa tension artérielle, son taux de sucre, d'acide urique et de cholestérol seraient faibles. Il aurait pris de l'acide nicotinique, de la pyridoxine et un traitement anticoagulant de longue durée sans interruption depuis sa castration prophylactique ».

Son pendant féminin serait

¹ Cité dans *Idées Folles, idées fausses en médecine* de Petr Skrabanek et James McCormick, éditions Odile Jacob, 1992

« un nain au chômage, faisant de la bicyclette, maigre, en pré-ménopause, hypolipidique et hypobéta-protéïnémique, vivant dans une pièce surpeuplée de l'île de Crète avant 1925 et se nourrissant de céréales entières, d'huile de tournesol et d'eau ».

Il est donc recommandé à tous ceux qui ne correspondent pas exactement à ces profils de tout faire pour s'en rapprocher...

(...)

L'argument, souvent avancé pour diaboliser les fautifs, du coût des addictions pour la collectivité est particulièrement hypocrite et plus personne n'est dupe. Les fumeurs sont bien conscients de payer leur vice paquet par paquet, sous forme de taxes qui augmentent chaque année. Les conducteurs de leur côté ont fini par comprendre que quand ils étaient en excès de vitesse, ils consommaient plus de carburant et payaient donc plus de taxes. Ce civisme imposé est incompatible avec la mauvaise conscience.

Les médecins ne donnent pas toujours l'exemple. Nombre d'entre eux sont de gros fumeurs, ce qui ne les empêche pas de diaboliser leur « vice ». Faites ce que je dis, pas ce que je fais. Nous sommes donc fondés à nous dire que la sanction n'est pas si automatique qu'on veut bien nous le dire. Nous avons d'ailleurs au moins en partie raison, car toutes les statistiques disponibles montrent que les cancers et autres maladies cardio-vasculaires s'attrapent généralement à un âge où on commence à se dire qu'il faut bien mourir de quelque chose.

Les statistiques ne vont d'ailleurs pas dans le sens des ayatollahs de la prévention. La probabilité de mourir d'un cancer du poumon, par exemple, reste faible même pour un très gros fumeur. L'affirmation selon laquelle le risque est multiplié par cent ou plus au-delà d'un certain niveau de consommation ne veut pas dire grand chose tant on part de bas. Dans ce domaine de l'infiniment petit, il est difficile de mobiliser des individus et de leur faire prendre conscience qu'ils sont réellement concernés.

(...)

La tentation eugéniste

L'homme de l'ère postindustrielle est un sale gosse gâté. Il jouit d'un niveau de bien-être unique dans l'histoire de l'humanité. Ses horaires de travail sont inférieurs de moitié à ceux de ses grands-parents. Son espérance de vie se rapproche des limites fixées par la biologie. Et pourtant, il n'est pas rassasié et en veut encore et toujours plus. Il ne se contente plus de posséder chaque année davantage de biens matériels et mobilise désormais ses ressources pour agir sur son bien-être ou celui de sa descendance.

Il veut tout d'abord être plus beau, plus séduisant et ressembler aux archétypes qu'on lui sert à longueur d'année dans les magazines. Pour cela, il est prêt à tout comme le montre le formidable succès de l'hormone de croissance aux Etats-Unis. Cette hormone était à l'origine destinée à combattre le nanisme et à soigner quelques milliers d'enfants au plus. Elle est dans les faits devenue un formidable succès commercial et est administrée majoritairement à des enfants qu'il est difficile de considérer comme des nains.

Pourquoi ? Parce que les parents savent ou croient savoir que les personnes de grande taille réussissent mieux dans la vie, ont de meilleurs salaires, des partenaires plus séduisants et toutes sortes d'autres avantages et qu'ils ne veulent pas priver leur progéniture de cette chance. Cela peut paraître débile mais c'est ainsi. Lesdits parents sont d'ailleurs excusables dans la mesure où le National Institute of Health a lui-même justifié cette consommation à tous crins de l'hormone de croissance par le fait que la petite taille était une pathologie sociale.

Une fois ce problème de séduction réglé, l'homme postindustriel se préoccupe de son intelligence et de sa réussite scolaire et universitaire. Toujours aux Etats-Unis, environ quinze millions d'enfants et d'adolescents sont traités à la Ritaline, qui est un puissant psychotrope aux effets pas très éloignés de ceux de la cocaïne (lorsqu'on propose les deux à des chimpanzés, ils choisissent indifféremment l'une ou l'autre). Officiellement, la Ritaline traite chez les enfants l'hyperactivité pathologique et l'incapacité à fixer leur attention. On pourrait en déduire naïvement que l'hyperactivité est aux Etats-Unis une épidémie d'une ampleur tout à fait exceptionnelle.

La réalité est évidemment beaucoup plus nuancée. La Ritaline permet, entre autres effets secondaires, d'améliorer la concentration et donc la capacité de travail et les résultats scolaires. Les enfants soignés avec cette molécule seraient donc plus performants que leurs congénères traités au jus d'orange et auraient de plus grandes chances de réussite. Plus grave, l'hyperactivité étant considérée comme une infirmité, le droit américain donne aux enfants catalogués ainsi des droits particuliers : cours de rattrapages subventionnés, temps additionnel aux examens...

Cette obsession de la performance a un prix. Personne ne connaît avec certitude les effets à long terme de l'hormone de croissance ou de la Ritaline et on ne peut exclure des effets secondaires redoutables, à la mesure de l'efficacité de ces produits. De la Ritaline, on sait au moins que c'est une drogue au même titre que les amphétamines et l'Ectazy et qu'elle peut provoquer des phénomènes de dépendance particulièrement graves. Cela ne fait pas pour autant reculer le puissant lobby des parents dévorés d'ambition pour leurs enfants, soutenu dans son combat par le non moins puissant lobby des enseignants désireux d'avoir la paix en cours ; le tout étant financé par un puissant laboratoire désireux d'accroître ses bénéfices.

(...)

La prise de contrôle par l'espèce humaine de son évolution sera sans doute la vraie grande aventure du XXI^{ème} siècle. Les risques associés sont gigantesques, comme l'ont été dans le passé ceux liés au développement de l'énergie nucléaire. Il est cependant trop tard pour faire marche arrière car cette aventure est trop profondément désirée pour ne pas aller à son terme.

L'impact sur la médecine sera considérable. Ses objectifs vont inévitablement évoluer, du quantitatif (espérance de vie) vers le qualitatif (rester en bonne santé le plus longtemps possible). Ce que nous entre-apercevons ici, ce sont les moyens qui seront mis en œuvre pour atteindre ces objectifs : psychotropes de plus en plus sophistiqués, thérapies géniques et autres.

(...)

Sur un plan plus prosaïque se pose la question du financement de cette médecine du bien-être et du bien-devenir en développement exponentiel. La prise en charge de l'apparence physique, du développement du QI ou encore de l'amélioration de l'estime de soi par la collectivité a-t-elle un fondement éthique ? Ne relève-t-elle pas de choix purement individuels, par définition impossibles à inscrire dans des mécanismes solidaires comme ceux sur lesquels se fonde notre protection sociale depuis 1945 ? Et si c'est le cas, comment distinguer cette médecine de bien-être de la médecine curative traditionnelle ? Où placer le curseur ? Autant de questions pour l'instant sans réponse. Encore une fois, cette sensation de fin de cycle mais d'absence de réelle visibilité sur les règles sur lesquelles va se fonder le suivant.

Le retour des grandes pandémies

Obésité : le gène de l'assiette trop pleine

(...)

Washington, Congrès des Etats-Unis, juillet 2004. Pour la première fois, le secrétaire américain à la santé annonce devant une commission sénatoriale que les programmes publics Medicare et Medicaid devront retirer de leurs directives la phrase qui affirme que l'obésité n'est pas une maladie et que les régimes publics et privés devront à l'avenir prendre en charge les soins qui y sont liés.

Il faut dire que la situation est catastrophique. Entre 1960 et 2002, le poids moyen des Américains a augmenté de 11 kilos et l'indice de masse corporelle moyen est passé de 25 à 28, ce qui signifie qu'il est dans la zone rouge. Une maladie nouvelle, qui touche les enfants obèses de 11 ans en moyenne, principalement au sein des minorités ethniques pauvres, est en train de se propager à très grande vitesse. Il s'agit d'une forme atypique, très précoce, de diabète de type 2 (dit diabète gras), qui a toutes les chances de décimer dans les prochaines années toute une frange de la jeunesse du pays.

Même si cette vérité est soigneusement passée sous silence compte tenu de son caractère explosif, il n'est pas exclu que l'épidémie actuelle ne dégénère en véritable ethnocide dans un avenir proche. La population afro-américaine est en effet particulièrement touchée (...). Lors de sa déportation d'Afrique, à l'époque de l'esclavage, elle a subi une sélection naturelle impitoyable du fait des conditions de traversée et ce sont sans doute (...) des individus prédisposés génétiquement au stockage de graisse qui ont le mieux survécu et transmis ce fléau à leur descendance.

Paris, septembre 2006. L'enquête obEpi vient rappeler qu'à l'instar de nombreux pays, la France prend du ventre. Elle compte désormais au total près de 20 millions d'habitants en « surpoids », dont près de 6 millions d'obèses. En neuf ans, la population a grossi en moyenne de 2,1 kilos, grandi de 0,4 cm, et son ventre s'est arrondi de 3,4 cm en moyenne. Toutes les générations sont touchées, mais on devient obèse de plus en plus tôt, ce qui fait craindre des conséquences plus importantes et plus précoces pour les jeunes générations. Les premiers cas de diabète atypique de l'enfant sont d'ailleurs arrivés en France en 1999, et tout indique qu'ils vont se multiplier même si les statistiques disponibles sont rares.

(...)

Après avoir survécu pendant des millénaires aux famines et autres pandémies, l'humanité est-elle à présent menacée d'extinction par la suralimentation ? Tout porte à le croire. La génération des moins de 30 ans pourrait être la première depuis le début de l'ère industrielle à vivre moins longtemps que celle de leurs parents. L'espérance de vie pourrait commencer à reculer dès la prochaine décennie dans de nombreux pays développés si rien n'est fait.

(...)

Pourra-t-on soigner l'obésité à moyen terme ? Il est bien entendu difficile de répondre à cette question mais un ensemble de facteurs incitent à la prudence. Tout porte à croire (...) que le patrimoine génétique joue un rôle déterminant dans le développement de la maladie. Les chercheurs les plus optimistes sont convaincus que la mise au jour des anomalies génétiques prédisposant aux formes les plus communes d'obésité n'est qu'une question de temps. Ils le pensent cependant depuis suffisamment longtemps pour qu'on puisse mettre en doute leur optimisme. Si, comme tout semble l'indiquer, de nombreux gènes sont en cause, la mise au point de traitements réellement efficaces peut prendre des décennies. Le précédent du cancer, pour lequel la recherche marque le pas, montre que le génie humain a des limites et qu'elles sont difficiles à dépasser.

(...)

Stress : le flingueur silencieux

72 % des salariés français disent ressentir du stress dans leur travail, en particulier en raison d'une surcharge de travail, de délais difficiles à respecter, d'exigences de plus en plus fortes de leurs clients². Chez les cadres, le phénomène est encore plus important. 85 % d'entre eux disent éprouver du stress dans leur activité professionnelle et pour 86 %, le stress a plutôt augmenté ces dernières années³. Pourquoi ? Sans doute parce que la vie au travail est par construction le lieu de concentration de nombreux facteurs de stress : frustrations, impression de ne pas maîtriser son environnement, violences.

(...)

Le stress tue de multiples manières. C'est cependant un tueur moderne, qui utilise les moyens de l'âge industriel. Ses armes favorites sont les maladies cardio-vasculaires, les maladies psychologiques et, vraisemblablement, certaines formes de cancers.

Le stress multiplie par trois les risques cardio-vasculaires⁴. Il est directement responsable de maladies psychologiques comme l'anxiété, la dépression, le surmenage. Les maladies psychologiques peuvent conduire à la mort de l'individu, soit par suicide, soit aussi par épuisement physique. C'est le phénomène connu au Japon sous le nom de *karoshi*.

² Source : Enquête Liaisons sociales, Manpower, CSA, septembre 2000.

³ Source : Enquête CAS-Capital, juin 2001.

⁴ Source : *Le stress au travail*, Patrick Légeron, page 183.

L'anxiété pathologique (appelée aussi trouble de l'adaptation) est l'un des troubles psychologiques les plus répandus. Elle peut évoluer vers une anxiété généralisée (angoisse démesurée pour tout un ensemble de choses de la vie quotidienne) ou s'accompagner de troubles paniques (les crises d'angoisse). Elle peut aussi donner lieu au *burn-out*, un épuisement total, physique et psychologique, qui n'est plus l'apanage des professions éprouvantes sur le plan émotionnel (infirmières, policiers...).

(...)

Le coût indirect du stress, bien que beaucoup plus complexe à mesurer, est cependant encore plus inquiétant. Un phénomène de *burn-out* soft est aisément observable chez une proportion très importante de salariés de plus de cinquante ans. Ce qui signifie que ces salariés deviennent progressivement inaptes au travail alors qu'ils ont souvent une espérance de vie de vingt-cinq, trente ans ou plus. Le rejet par une très grande majorité d'entre eux d'un allongement de la durée du travail n'a pas d'autre explication. Cette dure réalité rend très illusoire cette approche comme solution miracle au problème de financement des retraites. Elle hypothèque ainsi notablement notre capacité à faire face sereinement au choc en cours du vieillissement.

L'accès aux soins menacé

Une démographie médicale crépusculaire

(...)

En tenant compte du fait que près de 70 000 médecins vont partir en retraite entre 2012 et 2020 (la bosse démographique des diplômés des années 1980) et que depuis quinze ans, on n'en a pas formé suffisamment pour les remplacer, un déficit de l'ordre de 20 000 médecins à l'horizon 2020 est probable si l'on ne réalise pas d'ici là des gains de productivité très significatifs.

Le déficit pourrait être encore plus important si l'on prend en compte les conséquences de la mise en place des 35 heures à l'hôpital. Depuis la réforme, les médecins hospitaliers travaillent certes sensiblement moins qu'avant, mais tout de même plus que le quantum légal. En échange, ils ont très astucieusement négocié la mise en place de comptes épargne-temps qui sont une formidable bombe à retardement pour le système hospitalier. Beaucoup d'entre eux pourront grâce à ce dispositif partir en retraite un, deux ou trois ans avant l'échéance naturelle. Que vont-ils faire pendant ce laps de temps ? S'ils continuent à exercer dans un cadre libéral, c'est un moindre mal. Si, en revanche, ils cessent toute activité, cela aggravera la pénurie.

(...)

Une démographie crépusculaire, de fortes disparités régionales qui vont s'aggraver dans l'avenir, des spécialités essentielles en voie de disparition, voilà de bien mauvaises nouvelles. Il y a cependant encore beaucoup plus grave. D'autres facteurs au moins aussi importants que le nombre de médecins vont agir dans le même sens et amplifier le phénomène de pénurie. Le premier est la féminisation du corps médical. La proportion de médecins femmes va passer de moins de 40 % aujourd'hui à 50 % en 2020. Or les femmes médecins travaillent en moyenne 25 % de moins que leurs collègues masculins. La féminisation devrait donc amputer d'ici quinze ans de 4-5 % le temps de travail total du corps médical.

Les 35 heures à l'hôpital auront également des conséquences profondes sur la durée du travail du corps médical. Nous venons de voir que les médecins hospitaliers actuels plaçaient leurs heures supplémentaires sur des comptes épargne-temps et que cela leur permettrait d'anticiper leur départ. Gageons que la mesure sera exploitée à plein et immédiatement par de nouvelles générations de médecins pour lesquels l'horizon d'épargne-temps sera trop lointain et qui n'auront plus le même sens du sacrifice que leurs aînés. La baisse induite du temps de travail total du corps médical, d'ici à quinze ans, peut être estimée à 4-5 % supplémentaires, hors effets d'anticipation des retraites.

Un dernier facteur dont les effets sont difficiles à mesurer est le vieillissement du corps médical. En dix ans, l'âge moyen des médecins devrait s'élever de cinq ans. C'est absolument énorme, et dès 2012 de nombreux praticiens, approchant de la retraite, auront tendance à réduire leur activité et à fuir les tâches trop contraignantes, visites, urgences et autres gardes. Il n'est pas exclu que le phénomène conduise à une évolution proche de celle des 35 heures à l'hôpital, ce qui aurait des conséquences catastrophiques. En tout état de cause, une réduction supplémentaire du temps de travail total liée au vieillissement, de l'ordre de 10-15 % dans les quinze prochaines années, est probable.

En tout, en cumulant les différents facteurs qui viennent d'être évoqués, c'est non pas un dixième du potentiel médical mais un quart à un tiers qui aura disparu d'ici à quinze ans. Ce qui se prépare est donc, bien plus qu'un choc démographique, un véritable changement de société. Nous entrons dans un monde où les prestations médicales deviendront rares et chères.

(...)

La solidarité dévoyée

Le hold-up intergénérationnel

(...)

Les retraités contribuent à hauteur de 10 milliards au budget de l'assurance maladie et ils dépensent environ 55 milliards (chiffre vraisemblablement sous-estimé compte tenu de l'opacité des dépenses hospitalières). Cela signifie que les actifs contribuent, si l'on tient compte du déficit de la Sécu, à hauteur de 40 milliards aux soins de leurs aînés ou encore que chaque actif consacre en moyenne 1 500 euros, soit plus d'un mois de salaire net, à ce poste.

(...)

Cette réalité, qui a été soigneusement occultée jusqu'ici, va devenir dans les prochaines années une catastrophe macroéconomique majeure. Sur la base des chiffres disponibles, les dépenses de santé devraient pratiquement doubler en euros courants d'ici 2020 alors que le PIB, donc le revenu des ménages, n'augmentera au mieux que de 50 %. Si l'on souhaite maintenir le système actuel d'assurance maladie, le racket intergénérationnel passera de 40 à 130 milliards d'euros, soit 5 000 euros ou encore plus de deux mois de salaire en moyenne par actif.

(...)

Les actifs ne peuvent guère payer plus compte tenu de leur propre situation économique et toute ponction supplémentaire aurait de graves conséquences (...). Empêcher les gens de consommer, à un âge où ils ont besoin de se loger, de s'équiper et d'élever leurs enfants, en affectant d'autorité une part excessive de leurs ressources à l'augmentation de l'épargne d'une population âgée qui n'a plus guère de besoins conduit en effet à freiner l'activité économique et à ralentir la croissance. La stagnation économique induite ne peut déboucher que sur une aggravation de la situation des régimes sociaux, de retraite comme de santé, c'est-à-dire sur une spirale infernale dont il sera de plus en plus difficile de sortir.

Les économistes les plus clairvoyants commencent à mesurer les dangers de cette situation. Ils font désormais le lien entre croissance économique d'une part et augmentation des transferts sociaux intergénérationnels d'autre part. Leurs scénarios les plus pessimistes décrivent une activité économique déclinant, en l'absence de réformes de structure, au fur et à mesure du vieillissement de la population avec, au bout de la route, une faillite programmée dont les principales victimes seront les futurs vieux.

La Sécu au fond du trou

L'impasse intellectuelle et financière

(...)

Dans les quinze prochaines années, les dépenses de santé devraient doubler en euros courants. (...) Dans ce contexte, l'évolution naturelle du financement de la Sécurité sociale et de ses dépenses conduit à des impasses redoutables. Hors hypothèse d'augmentation massive de la CSG, la croissance des recettes sera à long terme inférieure à celle des dépenses dans tous les cas de figure. Sans mesures correctives drastiques, le déficit ne peut donc que se creuser inexorablement.

La réforme miracle de 2004, celle du bon docteur Douste-Blazy, devait tout régler sans rien coûter. Force est de constater qu'il n'en est rien que la Sécu n'est pas le moins du monde sortie du trou dans lequel elle est plongée depuis un bon quart de siècle.

Que restera-t-il au bout du compte de cette loi Douste-Blazy encensée au moment de sa promulgation par les médias, qui s'extasiaient sur l'art consommé du magicien à réformer sans heurts ni mouvements sociaux et comparaient avantageusement ses talents de fin négociateur à la balourdise de ce pauvre François Fillon, si empoté dans sa réforme des retraites ? Rien ou presque. Le magicien s'est volatilisé tellement soudainement qu'on en est à se demander s'il a vraiment existé.

(...)

Le clou de la réforme, le DMP (dossier médical personnel), a débouché sur un fiasco retentissant et coûteux. Censée éviter les examens inutiles, favoriser la diffusion des bonnes pratiques médicales, harmoniser la prise en charge des patients et donc générer de substantielles économies (Philippe Douste-Blazy, qui n'avait pas peur de grand-chose, promettait alors 7 milliards d'euros d'économies par an en régime de croisière...), la mise en place d'un dossier médical personnel contenant l'ensemble des données médicales des assurés sociaux était prévue dans la loi de 2004. Le démarrage était fixé au 1^{er} juillet 2007, mais a été finalement repoussé à 2010. Il est peu probable, compte tenu de l'immensité du chantier informatique, qu'il ait lieu avant 2015, voire 2020.

Le coût annoncé à ce jour du DMP est de l'ordre du milliard d'euros, ce qui n'est pas rien. Une simple comparaison avec ce qui s'est passé à l'étranger, notamment au Royaume-Uni, incite à penser que le coût réel sera entre cinq et dix fois plus élevé. Combien permettra-t-il d'économiser en contrepartie ? Pas un kopeck. Car le DMP n'est qu'une immense escroquerie intellectuelle, un rideau de fumée destiné à amuser la galerie et qui ne peut pas avoir d'impact économique.

(...)

De cette réforme, il ne reste plus au fond que le souci des gouvernants de ne plus solliciter directement les citoyens-électeurs financièrement pour renflouer le navire en perdition. Pas question de leur demander de payer plus de cotisations ou de CSG alors que les déficits s'accumulent sans discontinuer, cela risquerait de les énerver. Comme il faut tout de même boucler les fins de mois dans un contexte européen de crispation sur les déficits français, l'heure est aux expédients et à la cosmétique.

La dernière idée de génie des pouvoirs publics est ainsi de taxer les mutuelles et autres assureurs complémentaires à hauteur d'un milliard à partir de 2009 pour maintenir le déficit dans des proportions acceptables. Il s'agit en réalité d'un prélèvement obligatoire déguisé, les mutuelles ne pouvant pas faire autrement que de le répercuter sur les cotisations de leurs adhérents, et l'exercice devrait rapidement atteindre ses limites.

Vers une santé durable

Du tout curatif à la prévention personnalisée

A 40 ans, on sait aujourd'hui que sauf accident ou ticket perdant à la grande loterie génétique, on en a encore autant à vivre. Un peu plus pour les femmes, un peu moins pour les hommes, mais c'est du détail. Cette perspective est à la fois grisante et inquiétante. Grisante parce qu'une telle durée permet de prolonger le sentiment d'immortalité qu'on a à 20 ans. Inquiétante parce que les quadras actuels ne sont pas la première, mais la deuxième génération qui va vivre aussi longtemps.

La fin de ceux de nos parents qui sont allés jusqu'au bout de la route a de quoi faire réfléchir. La louche de médicaments à ingérer tous les matins à partir de 70 ans, les problèmes de motricité à partir de 75 et la démence sénile au-delà n'ont rien de bien excitant. A tel point que nous sommes de plus en plus nombreux à externaliser cette vision qui nous dérange dans des mouiroirs pompeusement baptisés « Maisons de retraite ». Nous enfermons nos vieux comme l'on enfermait les fous jusqu'à une période récente.

Comment vieillir mieux que nos parents et DURER ainsi plus longtemps qu'eux ? En profitant bien sûr pleinement des extraordinaires progrès de la médecine dans un certain nombre de domaines. Les prothèses de la hanche et la chirurgie esthétique notamment, permettent de conserver très longtemps motricité et apparence de la jeunesse. Pourquoi s'en priver si on en a besoin ?

Cela ne suffit cependant pas. Pour durer réellement, il faut vaincre le stress tout au long de sa vie professionnelle, échapper au diabète gras de l'adulte trop bien nourri, détecter très en amont les cancers curables, éviter après 60 ans que l'inactivité ne transforme son cerveau en bubble-gum. C'est-à-dire, tout au long de sa vie, faire les efforts physiques et psychiques nécessaires, s'alimenter de manière équilibrée, éviter les addictions... Et à partir d'un certain âge, pratiquer un dépistage systématique des principaux facteurs de risque auxquels on est confronté. C'est-à-dire faire évoluer en profondeur son comportement en matière de santé et l'adapter à une logique de long terme.

(...)

L'individualisme forcené condamne à relativement court terme le système de santé tel que nous le connaissons. Son cœur, l'hôpital, ne peut tenir qu'à coup de hausses d'impôts que plus personne n'est prêt à accepter. L'exercice médical, particulièrement exigeant en termes d'emploi du temps est peu compatible avec l'hédonisme ambiant et la volonté de privilégier la qualité de vie et les loisirs. Il sera donc de plus en plus difficile de se soigner dans l'avenir comme on le fait actuellement, pas à cause d'une quelconque fatalité de déclin, mais parce que c'est ce que nous voulons au fond de nous-mêmes. La médecine purement curative, ultra-technique, très consommatrice de ressources que nous connaissons fait partie d'un monde industriel finissant et nous sommes en train de passer à autre chose.

Cet autre chose, c'est la prise en charge par chacun de sa santé tout au long de sa vie. La médecine n'occupera dans ce concept de santé durable qu'une place marginale. Nous avons inconsciemment intégré les théories d'un économiste canadien du nom de Dever sur les facteurs explicatifs de l'état de santé : le style de vie compterait pour 43 %, les facteurs biologiques et génétiques pour 27 %, l'environnement pour 19 % et le système de soins pour seulement 11 %. Il faudrait être vraiment stupide pour continuer à investir autant qu'aujourd'hui dans un système de soins qui rapporte au fond si peu !

(...)

Le poids du style de vie dans la démarche de santé durable est fondamental et l'alimentation est au cœur de toutes les approches récentes. David Servan-Schreiber, brillant médecin porteur du gène du génie marketing (il a de qui tenir, son père est à l'origine de quelques-unes des plus belles *success stories* de la presse française et son oncle a fondé *l'Express*), est en passe de devenir l'Al Gore de la santé durable et il axe son discours sur le rôle fondamental d'une nourriture saine, naturelle et équilibrée.

Que dit-il en substance dans son bestseller⁵, avec d'innombrables données statistiques à l'appui ? Que l'industrialisation de l'agriculture et l'obsession de réduire la part de l'alimentation dans le budget des ménages ont progressivement altéré la valeur nutritive des aliments et orienté notre consommation vers des sucres raffinés, des farines blanches et des huiles végétales qui ne contiennent aucun des ingrédients (protéines, vitamines, acides gras essentiels) nécessaires à notre santé. Nous mangeons de la viande et des œufs issus d'animaux nourris de façon antinaturelle, au soja et au maïs essentiellement, du pain et des pâtes à base de farines blanches, des confitures gorgées de sucres raffinés, en bref de la malbouffe bon marché et pathogène. Le *fast food* à base de mauvaise viande, de frites, sodas et autres *ice cream* n'est que la face émergée d'un mode de vie globalement mauvais, qui est directement à l'origine de l'explosion de la prévalence des cancers et autres maladies cardio-vasculaires.

⁵ *Anticancer – Prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles*, Robert Laffont, 2007

Difficile de lui donner tort. N'ayons pas peur de le dire, nous mangeons de la merde à longueur d'année et une alimentation équilibrée et de qualité est devenue un luxe de riches bien informés. Les multinationales agroalimentaires jouent sur le même registre que les fabricants de tabac il y a 50 ans, en accoutumant la grande majorité de la population aux aliments gras et sucrés qui leur rapportent des fortunes. Elles doivent se préparer à subir les prochains grands procès collectifs et à financer les soins à venir de millions de malades.

Le contenu de notre assiette est donc appelé à devenir un enjeu majeur de santé publique dans les années à venir. Il conditionnera notre capacité à vivre plus longtemps en bonne santé. Pour cela, nous devons accepter des arbitrages budgétaires à l'inverse de ceux que nous faisons depuis deux générations et redonner à ce poste le poids qu'il mérite.

(...)

Le rôle des organismes de Sécurité sociale évoluera lui-même radicalement. Ils continueront bien entendu à intervenir en cas de gros pépin, c'est-à-dire d'échec des stratégies de prévention. Ils financeront de manière croissante toutes les formes de prévention et de dépistage personnalisés. Parallèlement, ils mettront en œuvre des systèmes de bonus-malus destinés à sanctionner financièrement ceux qui n'entreront pas dans cette logique et, au contraire, à récompenser ceux qui joueront le jeu par des prestations améliorées. La prise en charge à 100 % d'un diabète gras en l'absence de tout régime alimentaire, qui est encore aujourd'hui la règle, ne sera plus qu'un lointain souvenir d'ici quelques années.

(...)

Le passage du tout curatif à la prévention personnalisée permettra-t-il réellement de faire faire à la Sécu les économies dont elle a désespérément besoin ? C'est l'éternel débat : le développement de la prévention ne ferait que reculer l'échéance de la maladie et ne pourrait donc conduire qu'à gonfler les dépenses de santé sur la durée d'une vie. Il ne pourrait donc en aucune manière contribuer à l'amélioration à court ou moyen terme des comptes sociaux, qui est la priorité des priorités pour les gouvernements de tous bords.

C'est vrai mathématiquement mais l'humain est heureusement très complexe et son comportement ne peut pas se résumer à de vulgaires calculs d'exponentielles. La prise en main de notre santé s'accompagnera inmanquablement d'une réflexion plus globale sur la fin de vie. Il n'est pas exclu qu'en une ou deux générations, nous passions d'une logique de fins de vie de plus en plus interminables à de très longues vies en bonne santé avec des fins de vie limitées volontairement au strict minimum. Nous savons à présent ce qu'est une fin de vie avec la maladie d'Alzheimer agrémentée d'un ou deux cancers et de problèmes moteurs aigus et il est vraisemblable que nous nous organiserons progressivement pour ne jamais en arriver là. Ce sera cela, le deuxième grand débat de la santé durable, celui relatif à l'euthanasie, et il arrivera plus vite qu'on ne le pense.

Taxer les sucres et graisses

(...)

La folie du light n'a d'égale que celle des alicaments bidons. Pour être in, il faut prendre ses pilules d'Oméga 3 au petit déjeuner, arroser son déjeuner d'un Coca light, ne manger que du fromage de chèvre (les chèvres sont moins grasses que les vaches, c'est bien connu) et des yaourts au soja, et remplacer le lait de vache par du lait d'amandes dans l'alimentation des nourrissons. Les diététiciens ne jurent plus que par les fruits et légumes. Il faut en manger matin, midi et soir, faire une mono-diète à base de pommes tous les mois et une autre à base de raisin tous les automnes.

Outre le fait qu'il est loin d'être acquis que ces pratiques très élitistes soient réellement à la mesure du problème, leur extension à l'ensemble de la population paraît problématique. Se nourrir sainement coûte cher et la tendance observée est plutôt celle d'une diminution continue, depuis trente ans, de la part de l'alimentation dans le budget des ménages. Les industriels de la malbouffe n'ont fait qu'accompagner un phénomène de société : les Français, comme les Américains, veulent se nourrir pour pas cher et ils privilégient les produits très gras et très sucrés parce que ce sont ceux qui leur apportent le meilleur rapport calories/prix.

En France, le phénomène est aggravé par le fait que les conséquences de la malbouffe sont prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale. On peut prendre du poids sans crainte d'avoir à en assumer les conséquences financières, c'est la collectivité qui paie. Les fumeurs prennent en charge leur risque en acquittant une taxe à chaque fois qu'ils aspirent une bouffée de cigarette. Les consommateurs de hamburgers, sodas et autres barres chocolatées n'ont pas cette contrainte et peuvent savourer sans surcoût leur vice favori. Ils bénéficient même, pour la plupart de ces produits, de taux de TVA réduits, ce qui est proprement ubuesque.

Il faut donc remettre à plat la fiscalité. L'application d'un taux de TVA normal à la *junk food* sous toutes ses formes est une mesure de bon sens. On ne peut pas tout à la fois diaboliser McDonald's et lui accorder un avantage compétitif sur une restauration traditionnelle plus variée et moins calorique. Le sujet est très à la mode actuellement, avec une forte pression de certains parlementaires pour enfin réaliser cette parité fiscale de bon sens.

Au-delà du fait qu'il est utile et qu'il ne faut pas cracher dans la soupe, le débat a quelque chose de surréaliste. Taxer des barres chocolatées et autres saloperies de même type au taux de TVA normal et arrêter de subventionner l'obésité n'a rien de révolutionnaire, ça relève du bon sens. Et pourtant, le gouvernement, par la voix de son ministre du budget, s'y est opposé en 2008, arguant que cela revenait à taxer les pauvres, dont la malbouffe est le lot quotidien. Laissez-les crever, mais ne les faites surtout pas descendre dans la rue est en substance le discours ambiant. Le lobbying des multinationales agroalimentaires est visiblement très efficace, même si les arguments avancés donnent la nausée.

Le débat est d'autant plus affligeant que l'alignement de la TVA n'est qu'un premier pas, très insuffisant. Il faudra aller beaucoup plus loin et surtaxer certains produits particulièrement dangereux pour la santé, barres chocolatées, sodas et autres snacks, comme on le fait déjà pour le tabac. Il y a aujourd'hui dans le prix d'une cigarette 80 % de taxes. L'extension de ce régime fiscal aux sucres et graisses nocifs conduirait à en multiplier le prix par quatre. De quoi faire réfléchir les amateurs. Et créer une véritable barrière fiscale contre l'obésité.

(...)

Les adversaires de cette approche font observer qu'elle conduit à renchérir les produits pour le consommateur sans pour autant pénaliser les industriels. Ce n'est que partiellement vrai. Dans le cadre proposé ici, les vrais spécialistes de la *junk food* n'auraient guère le choix qu'entre changer de métier ou disparaître. En tout état de cause, il paraît difficile de faire autrement. L'objectif ultime n'est en effet pas tant de sanctionner des industriels que de modifier en profondeur les modes de consommation alimentaire et de faire prendre conscience aux individus que leur salut passe par une alimentation meilleure et donc plus chère. Nous avons vu qu'il nous faudra dans les décennies à venir arbitrer entre cotisations d'assurance maladie et budget bouffe. Il n'est pas encore trop tard pour faire le bon choix et il appartient aux politiques publiques de l'accompagner et de l'encourager.

Interdire le secteur privé à l'hôpital public

(...)

Qu'est en effet l'exercice privé à l'hôpital, sinon un détournement du service public par les médecins qui s'y adonnent à des fins d'enrichissement personnel ? C'est-à-dire un délit qui relève de la correctionnelle. Le fait qu'il soit autorisé n'y change rien, et ce d'autant que les règles de déontologie censées accompagner cette autorisation ne sont jamais respectées. Il suffit d'appeler la secrétaire d'un grand patron à l'hôpital, de lui demander un rendez-vous, de l'entendre vous répondre le sempiternel « vous n'y pensez pas, le professeur est surbooké, il n'y a rien avant des mois » avant de vous proposer un créneau dans la semaine une fois que vous avez précisé que vous faites partie de sa clientèle privée, pour mesurer le cynisme et l'absence de vergogne de vos interlocuteurs.

L'inégalité fondamentale d'accès aux soins que créent ces pratiques est de toutes la plus choquante et la plus inadmissible. Les médecins du secteur 2 sélectionnent leur patientèle mais ils ont un exercice privé et c'est donc leur droit. L'Hôpital américain de Neuilly n'a jamais caché que les critères financiers étaient une condition d'accès à l'établissement mais il est entièrement privé et de surcroît non conventionné. L'hôpital public, qui est financé par l'assurance maladie et dont la vocation est de préserver l'égalité d'accès aux soins, ne peut absolument pas s'inscrire dans cette logique. En privatisant de fait ses prestations les plus sophistiquées, il perd son âme et sa légitimité.

La priorité absolue (...) est de rétablir des frontières claires et sans ambiguïté entre un service public égalitaire, financé par la collectivité et censé prendre en charge chacun en fonction de ses besoins, et un secteur concurrentiel régulé selon une logique économique pure.

Il ne sera sans doute pas possible d'aller aussi loin que semble le souhaiter le Conseil national de l'ordre des médecins. Lorsque son secrétaire général de l'époque, le docteur Jacques Lucas, déclarait dans une interview accordée à *l'Argus de l'assurance* le 16 juin 2006 qu'« *il convient de s'assurer que les médecins conventionnés par l'assurance maladie ne sélectionnent pas leur clientèle* », il remettait en cause non seulement l'existence d'un secteur privé à l'hôpital, mais aussi celle d'un secteur médical à honoraires libres conventionné par la Sécurité sociale. Il proposait ainsi la séparation stricte entre une médecine de caisses, strictement réglementée par les pouvoirs publics, et une médecine purement privée et totalement déréglementée. C'est-à-dire la fin du modèle d'économie mixte qui régit le fonctionnement du système de santé français depuis les années 1950.

(...)

L'urgence est d'autant plus grande que, comme le note l'IGAS dans un rapport d'octobre 2008, le secteur privé à l'hôpital a fait des petits et que le vers est désormais solidement ancré dans le fruit. De nombreux médecins hospitaliers qui n'ont pas le privilège de pouvoir librement facturer leurs honoraires ont obtenu en contrepartie le droit d'exercer à mi-temps ailleurs, dans des cliniques privées, tout en conservant un traitement plein. Le rapport pointe du doigt de nombreuses autres pratiques très opaques, comme la rémunération de la « permanence des soins », qui conduisent progressivement à privatiser l'hôpital public en termes de rémunération des praticiens.

(...)

Supprimer la prise en charge à 100% des affections de longue durée

(...)

Notre système de financement des dépenses de santé est trop généreux pour être viable. Pour les populations les plus malades et les plus défavorisées, la socialisation est totale dans le cadre de mécanismes administrés mais non gérés qui sont devenus la proie favorite de tous les prédateurs du système.

La réticence à financer ce système idéal est au moins aussi forte que la volonté d'en maintenir les acquis. Si l'on prend en compte le poids du remboursement des déficits passés, environ 10 % de la dépense est aujourd'hui financée par la dette, c'est-à-dire par les générations futures. Et il faudrait injecter un nombre respectable de milliards d'euros supplémentaires pour que le système redevienne ce qu'il est encore dans l'esprit du plus grand nombre, c'est-à-dire l'un des meilleurs du monde. Cette réticence, trop souvent liée exclusivement à une pression fiscale globale devenue oppressante, a également d'autres ressorts. Ceux qui financent le système n'en bénéficient qu'à la marge et ils expriment aussi, par leur refus de contribuer davantage, un doute croissant sur l'équité de ce fameux modèle social français dont on leur rebat les oreilles à longueur d'année.

Pour en sortir, il faut commencer par le commencement. C'est-à-dire faire prendre conscience aux assurés que la prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé dans le cadre de mécanismes collectifs est révolue, quel que soit leur état de santé. L'augmentation du niveau de vie et les mutations de la santé, qui se confond désormais pour partie avec une fonction de bien-être très éloignée des préoccupations vitales d'il y a un demi-siècle, ne justifient plus cette prise en charge. Celle-ci conduit en effet à créer un secteur de consommation administré, à l'inflation galopante, qui finit par pénaliser inutilement le reste de l'économie et par mettre en péril la cohésion sociale. La réinstauration de restes à charge est donc indispensable.

La seule voie réaliste est de fermer une fois pour toutes le régime des ALD et de revenir à un modèle unique de Sécurité sociale, universel et responsabilisant. La prise en charge à 100 % par la collectivité des dépenses de santé de retraités très aisés est un privilège anachronique, de moins en moins compatible avec l'idéal républicain. Même s'il y mettait plus de formes, le rapport Briet-Fragonard de 2007 sur l'instauration d'un bouclier sanitaire, rédigé par deux hauts fonctionnaires particulièrement au fait du sujet, ne disait pas autre chose.

(...)