

La santé en France : le mirage

En l'an 2000, l'Organisation mondiale de la santé a consacré le système français de santé comme le meilleur au monde, dans un classement où le Canada s'est retrouvé au 30^e rang.



Alain
Dubuc

collaboration spéciale

Cela méritait, en soi, d'aller voir ce qui allait si bien de l'autre côté de l'Atlantique, un exercice de comparaison d'autant plus utile que le système de santé français repose sur des valeurs de justice et de solidarité qui sont similaires à celles qui sous-tendent le système canadien.

L'intérêt pour le modèle français reposait aussi sur le fait que la France réussit à concilier ces valeurs de solidarité avec la présence d'un secteur privé qui serait associé ici à une médecine à deux vitesses. Il y avait là des pistes à explorer pour réfléchir à la place du secteur privé en santé sans pour autant glisser vers le modèle américain.

Ce projet, j'ai dû le remettre à plus tard, parce que ma carrière a suivi d'autres chemins qui m'ont éloigné de l'écriture. En reprenant le clavier, dans le cadre de cette chronique, j'ai donc réactivé le dossier. Mais le monde change vite. En quelques années à peine, le système de santé français a subi des chocs assez sérieux pour ébranler son piédestal.

D'abord, en août 2003, la canicule qui a frappé la France a fauché 15 000 vies, essentiellement des personnes âgées et fragiles, que l'on n'a pas protégées de la chaleur tant dans les établissements de santé qu'à leur domicile. Ce drame a mis en relief des lacunes importantes en santé publique : réseaux d'information déficients, lenteur de réaction, absence de mécanismes d'intervention rapide.

Ensuite, en 2004, l'explosion du déficit de l'assurance-maladie. Ce déficit, pour la seule année 2004, a atteint 13,9 milliards d'euros, quelque chose comme 22 milliards de dollars, une somme colossale. Cela a forcé à des réformes urgentes, mal comprises, pas si bien acceptées et dont on ne sait pas si elles réussiront à combler ce trou.

C'est dans ce contexte moins idyllique que j'ai participé, en décembre dernier, à un colloque organisé à Paris par les Canadiens en Europe, qui se penchait sur les réformes en santé au Canada et en France, et où participaient des acteurs français importants, notamment Pierre-Jean Lancry (qui dirige le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie ; en quelque sorte le Roy Romanow français). La surprise de ce colloque, c'est que, souvent, c'était souvent les Canadiens qui parlaient et les Français qui écoutaient.

Pour toutes ces raisons, j'ai dû changer mon plan de match. Les quatre textes que je vous propose seront moins un pèlerinage au paradis de la médecine qu'une réflexion sur les difficultés contemporaines des systèmes de santé. Cela ne veut pas dire que nous n'avons rien à apprendre du système français, loin de là. Malgré ses déboires, le système français est certainement l'un des meilleurs systèmes au monde.

Mais si nous pouvons nous inspirer de ses succès, il faut aussi apprendre de ses erreurs. Et cette comparaison, qui parfois nous désole, permet aussi de nous consoler en voyant qu'à bien des égards, les provinces canadiennes peuvent aussi servir d'exemple. N'oublions pas que le système canadien est lui aussi l'un des meilleurs.

D'ailleurs, la performance des deux systèmes est pas mal équivalente : c'est mieux en France pour l'espérance de vie féminine, mieux au Canada pour la masculine, mieux au Canada pour la mortalité (entre 15 et 59 ans), mieux en France pour celle des 60 ans et plus, mieux en France pour la mortalité des enfants, mieux au Canada pour celle des bébés. Etc.

Il faut également être conscients des limites qu'il y a à importer les idées et les recettes des autres. Un système de santé est le produit d'une histoire et d'une culture, et ne se transpose pas facilement. Ses succès et ses échecs dépendent également de facteurs extérieurs au système de santé proprement dit, environnement, habitudes de vie, génétique.

Mais surtout, les priorités ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre. Tous recherchent la même chose : équité, prix, viabilité, qualité, sécurité, accessibilité. Mais comme on ne peut pas tout avoir en même temps, il faut faire des choix. Les États-Unis, peu sensibles à l'équité, tiennent à la qualité et à l'accessibilité. Le Canada est sensible aux coûts et à l'équité. Les Français, eux, ont bâti leur système autour de l'équité et de l'accessibilité.

Ce qui nous rend jaloux du système français, c'est l'accessibilité, l'absence d'attente et de rationnement, si rassurante et agréable pour les patients. Ce que nous verrons dans la prochaine chronique, c'est comment la France arrive à si bien servir ses citoyens. Mais aussi quel est le prix à payer, car il y a un autre côté à la médaille.

Mardi prochain : « Le paradis français »

La santé en France (2): le paradis



Alain
Dubuc

collaborateur spécial

Il y a quelques années, dans le cadre d'un reportage qui m'amenait dans un grand hôpital de la banlieue parisienne, j'ai décidé de faire un tour non annoncé à l'urgence de l'établissement. Il était 8 h. À l'urgence, il y avait deux personnes, deux infirmières, avec qui j'ai pu discuter en paix devant un petit café.

C'est d'abord cela, le système français: on n'attend pas, on est bien accueillis et bien traités, les ressources sont abondantes. Un système extrêmement agréable et convivial pour les usagers, comme nous en avons un il y a 15 ans, dont ma collègue Lysiane Gagnon a bien décrit les avantages.

C'est quoi le truc? Comment la France a-t-elle réussi à éviter le rationnement dont souffrent la plupart des pays, notamment le Canada. Les dépenses de santé sont pourtant à peine plus élevées en France qu'au Canada, 9,7% du PIB contre 9,6%. Comment la France réussit-elle ce tour de force?

Le premier secret, c'est beaucoup de médecins. La France compte plus de médecins que le Canada, 3,3 par 1000 habitants contre 2,1. C'est donc dire qu'il y a, en proportion, 57% plus de médecins en France, encore davantage parce que leur semaine de travail y est plus longue.

Cela fait une grosse différence: moins d'attente, plus de disponibilité, des consultations plus longues, la possibilité, pour 90% des Français, d'avoir un médecin de famille. Cela permet d'offrir des services qui sont devenus impensables ici, par exemple les visites à domicile.

Il est possible, en France, moyennant quelques euros de plus, de faire venir un médecin à la maison pour soigner l'otite d'un enfant.

Le deuxième secret, c'est beaucoup d'hôpitaux, largement épargnés par la mode des fermetures et des regroupements. Et donc beaucoup de lits, 8,75 lits par 1000 habitants, plus du double que les 3,2 dont on dispose au Canada. Résultat: pas d'attentes, pas d'engorgement aux urgences.

Le troisième secret, c'est beaucoup, beaucoup de médicaments. La France est le deuxième pays industrialisé pour la consommation de médicaments, derrière les États-Unis, et juste devant le Canada. On y dépense 570\$ par personne contre 485\$ ici, ce qui équivaut à 20% des dépenses de santé, contre 16% ici.

Mais en pilules, plutôt qu'en dollars, la France est le champion toutes catégories: 40 boîtes de pilules par habitant par an-

née. Parce que 73% des consultations médicales se terminent par une prescription et que celles-ci sont de véritables listes d'épicerie qui comptent, en moyenne, 4,5 médicaments! Si elle n'est pas médicalement souhaitable, cette pratique est très satisfaisante pour les patients.

Mais il y a un envers à la médaille. Comme les miracles n'existent pas, il faut bien prendre l'argent quelque part. À cet égard, la France a fait quatre grands choix.

Premier choix, moins bien payer ses médecins. En 2002, les généralistes touchaient 60 900 euros, ce qui équivaut à 83 000\$, une fois pris en compte le pouvoir d'achat. Et les spécialistes, gelés depuis 1995, obtiennent 84 902 euros, soit 115 000\$. Souvenons-nous que les spécialistes québécois sont très insatisfaits de leurs revenus de 232 700\$, bien inférieurs à la moyenne canadienne de 342 800\$.

Deuxième choix, consacrer le gros des ressources à la médecine curative.

La prévention accapare 2,5% des dépenses de santé en France, contre 7,3% au Canada. Et cela a des conséquences, par exemple sur le taux élevé de tabagisme.

Troisième choix, peu d'investissement dans la modernité. Le système français fonctionne largement à la mitaine, notamment les médecins, très peu informatisés. L'investissement dans les technologies de pointe souffre aussi des retards. Par exemple, moins d'IRM et de scanners qu'au Canada, un pays pourtant peu performant en la matière.

Le quatrième choix, peut-être le plus fondamental, c'est le refus de faire des choix. La France a pelleté ses problèmes vers l'avant en créant d'énormes déficits à l'assurance-maladie, 13,9 milliards d'euros en 2004, et en remettant à plus tard des dépenses nécessaires, notamment en prévention. Cela a permis à la France d'éviter des débats sur le lien entre les ressources et les services.

Fondamentalement, le miracle français, c'est d'avoir réussi à remettre à plus tard les réformes auxquelles aucun pays industrialisé n'a échappé.

La réalité est cependant en train de rattraper le monde français de la santé, assez pour que l'on puisse craindre que le système, dans sa forme actuelle, n'est plus viable. C'est cette crise que nous analyserons dans la prochaine chronique.

(Vendredi:
La débâcle française.)

La santé en France (3) : la débâcle

Le déficit de l'assurance-maladie en France devrait atteindre 13,9 milliards d'euros en 2004, soit 22 milliards de dollars. Et si rien n'est fait, ce déficit, en augmentation exponentielle, passera à 29 milliards d'euros en 2010 et à 66 milliards en 2020.



Alain
Dubuc

collaboration spéciale

Même si la France, par tradition et par culture, est peu sensible aux questions de déficit, cette crise financière de l'assurance-maladie a été assez grave pour que le gouvernement et son ministre de la Santé et de la Protection sociale, Philippe Douste-Blazy, amorcent une vaste réforme qui a pour but d'améliorer le fonctionnement du système, mais surtout de casser la progression du déficit. Les mesures, dont certaines sont déjà entrées en vigueur ce mois de janvier, visent à réduire le trou de cinq milliards d'euros cette année.

Ce qui se passe en France provoque un sentiment de déjà vu. Comme si la France se retrouvait là où nous étions en 1995, avec une crise financière qui ne peut plus être balayée en dessous du tapis et qui force l'État à commettre l'impensable : couper en santé. On a aussi l'impression que la France passe par les mêmes stades : après le déni, la pensée magique, l'espoir fugace qu'il est possible de résorber un déficit avec des mesures intelligentes et sans douleur. Est-ce que ce pari peut fonctionner ? On peut en douter.

Dans ses réformes, la France part de plus loin que le Canada et que beaucoup d'autres pays, parce que son système de santé n'a jamais vraiment été géré. En France, une grande partie des dépenses de santé se fait à travers des caisses indépendantes, un peu comme notre CSST, et est donc hors du budget de l'État. Résultat, moins de mécanismes de contrôle, moins d'imputabilité.

La réforme cherche à mettre de l'ordre dans tout cela. D'abord, par une réduction du gaspillage et des dépenses inutiles. Dans le cadre des négociations, on demande aux médecins d'être plus stricts pour les congés de maladie et de réduire le coût des prescriptions par l'appel aux génériques et aux alternatives moins coûteux.

Ensuite, réduire le shopping et les dédoublements en instaurant un « parcours de soins coordonnés » qui forcera les patients à faire affaire avec un médecin traitant. Les Français ont d'ici juin pour choisir leur médecin traitant, d'habitude un généraliste. C'est lui qu'ils devront consulter et c'est par lui qu'ils devront passer pour aller voir un spécialiste, sous peine de pénalité. Par exemple, une visite à un spécialiste, normalement 27 euros, remboursée à 70 %, pourra coûter 6 euros de plus, une pénalité de 10 \$ qui ne sera pas remboursable.

Troisième élément, un dossier médical informatisé, et un système informatique où les médecins devront consigner et codifier leurs actes. Un gros changement pour un réseau encore artisanal, mal accepté par les médecins, mais qui permettra entre autres de développer un système de comptabilité analytique et d'implanter des normes de pratique.

Quatrième élément, une ponction fiscale, pudiquement baptisée « participation forfaitaire », d'un euro par visite.

Ces mesures réussiront certainement à rationaliser le système. Mais pourront-elles résorber le déficit ? On peut en douter, et encore moins la première année, comme le gouvernement Raffarin le prévoit. D'abord parce que le gros des économies, à l'exception de la contribution d'un euro, repose sur des mesures incitatives et des changements de comportement, nécessairement aléatoires.

Aussi, parce que la réforme suscite des résistances. Chez les patients, qui paieront de leur poche, dont la liberté de choix est affectée. Chez les spécialistes qui craignent une perte de clientèle au profit des généralistes. Et surtout chez les généralistes qui, contrairement aux spécialistes, n'ont pas droit à une augmentation de leurs honoraires et qui acceptent mal d'être traités comme des médecins de niveau inférieur.

La France, jusqu'ici, avait réussi à échapper aux réformes que tous les pays industrialisés ont dû faire. Et maintenant, rattrapée par la réalité, elle espère pouvoir s'en tirer par des réformes intelligentes mais « soft ». Je ne suis bien sûr pas un spécialiste de la santé en France. Mais je connais assez notre système, je sais ce qui s'est fait dans d'autres pays, et je suis assez à l'aise avec les finances publiques pour savoir que la pensée magique ne fonctionne pas plus en France qu'ici. Assez pour prévoir que les économies escomptées ne seront pas au rendez-vous et que d'autres pressions s'exerceront sur le système, tant et si bien qu'il faut voir cette réforme comme la première phase, timide, d'un processus qui sera plus douloureux et qui forcera éventuellement la France à faire des choix et des sacrifices. Et donc que le système de santé français tel que nous le connaissons, avec son abondance et sa convivialité, n'en a probablement pas pour longtemps.

(Samedi : Le modèle français)

La santé en France (fin) : le modèle

Si le ministre français de la Santé, Philippe Douste-Blazy, était un politicien québécois ou canadien, sa carrière serait déjà compromise de façon irréversible parce qu'il a cautionné, comme ses prédécesseurs, tant de gauche que de droite, des pratiques qui, ici, seraient inacceptables.



Alain
Dubuc

collaboration spéciale

En fait, les sacro-saintes conditions de la Loi canadienne de la santé, que le Canada a érigées en rempart contre l'américanisation et la médecine à deux vitesses, sont allégrement bafouées en France, à l'exception, bien sûr, de celle qui prévoit la couverture d'une province à l'autre.

Le régime de santé français repose beaucoup plus que le nôtre sur ce qu'on pourrait appeler, sans jeu de mots, des partenariats entre le secteur privé et le secteur public. Et pourtant, malgré cette coexistence, le système français réussit à bien respecter ses objectifs de solidarité, assez pour que l'on puisse en conclure qu'il est plus équitable que le nôtre.

La première différence, c'est qu'en France, la médecine n'est pas gratuite. Pas de carte soleil. Les patients français doivent payer en entier leur visite chez le médecin, 20 euros pour un généraliste, de 23 à 25 euros pour un spécialiste. Ils seront remboursés à 70 % par l'assurance-maladie. Et les 6 euros qui restent pourront eux aussi être remboursés, s'ils ont des assurances privées supplémentaires. Ce ticket modérateur est illégal au Canada.

Deuxième différence, qui illustre la complexité du système, c'est que plusieurs médecins spécialistes, dits du secteur 2, ont le droit de facturer plus que les tarifs prévus, un privilège réservé à des médecins plus âgés, ou à d'anciens chefs de clinique, que l'on retrouve surtout dans les grandes villes. Ces primes peuvent être remboursées, mais pas toujours intégralement, par les assurances supplémentaires. Cette surfacturation est interdite dans notre système.

Troisième différence, les hôpitaux. Sur les quelque 550 000 lits hospitaliers que compte la France, environ 64 000 se retrouvent dans des hôpitaux à but non lucratif, comme des fondations ou la Croix-Rouge, et 170 000 autres, soit le tiers du total, sont dans des hôpitaux privés à but lucratif.

Ces 2139 hôpitaux privés, de taille plus petite, en moyenne 80 lits par établissement, souvent détenus par des médecins, jouent un rôle plus spécialisé : maternités, cliniques de chirurgie. Mais même privés, ils sont complémentaires du réseau public, leurs tarifs font l'objet de conventions, et les dépenses des patients sont en gros remboursées par l'État. C'est l'un des facteurs qui donne au régime français la souplesse et la capacité d'adaptation qui permettent à la France de bien répondre aux besoins de ses citoyens.

Et cela permet de rappeler que le concept même de privé en santé peut prêter à confusion. De quoi parle-t-on au juste ? D'un système où les décisions sont prises par les forces du marché, comme aux États-Unis. D'un système où de nombreux acteurs sont privés, mais où les règles et les priorités sont définies par l'État, comme en France. Ou d'un système où la part des dépenses privées en santé est importante, comme au Canada ?

À certains égards, le système canadien est donc plus ouvert au privé que le système français. On n'a pas d'hôpitaux privés, pas de tickets modérateurs, mais la part de l'État dans les dépenses de santé est assez basse, à 69,9 % ; 12,7 % des dépenses sont payées par des assurances et 16 % sort de la poche des patients. C'est l'un des régimes occidentaux les moins publics. En France, par contre, la part des dépenses publiques est de 76 %, un autre 14,2 % provient des assurances, tandis que les dépenses des citoyens ne comptent que pour 10 %.

Cela explique une quatrième différence, la définition que chaque pays se fait de la générosité. Au Canada, on a choisi de couvrir à 100 % une gamme relativement restreinte de services de santé, essentiellement les hôpitaux et les médecins. En France, l'État ne rembourse que 70 % des dépenses, mais propose une couverture beaucoup plus large, médicaments, lunettes, dentistes, tests, cures.

Ce souci d'équité du régime français se retrouve dans sa façon de mettre le secteur privé au service de la justice sociale. Le réseau d'assurances supplémentaires n'est pas un privilège pour les riches. 92 % des Français disposent d'une telle protection, ce qui en fait un mécanisme presque universel. L'État a même prévu des crédits d'impôt pour aider les citoyens dans le besoin à s'assurer.

Est-ce que ces aménagements typiquement français peuvent nous servir de modèle ? Certainement. Parce qu'ils permettent d'aller chercher ce qui est bon dans le privé, la souplesse, l'initiative, l'émulation, la capacité d'adaptation, sans compromettre l'essentiel et sans affaiblir le rôle de l'État comme régulateur et gardien de la solidarité. C'est le meilleur des deux mondes.