



M. Frédéric Bizard,
Économiste de la santé,
enseignant à l'IEP
de Paris et au CNAM.

**“D’un système réactif,
il faut passer à un système proactif.”**

Frédéric Bizard, économiste de la santé et militant pour une santé plus juste, revient sur les grandes thématiques et les enjeux impliquant la stratégie nationale de santé. La dimension démographique du système de santé et l'importance de la prévention des risques liés aux maladies bucco-dentaires sont soumises à son analyse.

LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

Pratiques dentaires : Comment jugez-vous la stratégie nationale de santé, qui fera bientôt l'objet d'un premier projet de loi, et notamment la mise en place de parcours de santé ?

Frédéric Bizard : Le principe de la démarche est bon : avoir une stratégie à long terme pour mieux gérer et restructurer notre système de santé. Pour ce qui concerne la méthode et le contenu, en revanche, je suis nettement plus dubitatif. Un bilan actualisé de notre système a-t-il été fait ? A-t-on une vision claire et partagée de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas ? Je n'en ai pas l'impression.

Si ce travail d'audit avait été fait, on aurait constaté que nos performances sanitaires

économique et culturel est marginal. Pour sortir de l'hospitalo-centrisme, il faut refonder notre modèle à partir d'une gestion de la santé des citoyens sur leurs lieux de vie (domicile, travail, établissements scolaires et universitaires...). On ne peut plus attendre que les gens arrivent à l'hôpital et espérer qu'ils ne reviennent plus. D'un système réactif, il faut passer à un système proactif.

Pratiques dentaires : Comment pourrait-on donner à la prévention primaire plus de place dans le système de santé ?

F. B. : Prenons de la hauteur : nous passons globalement d'un monde qui gère le risque social une fois qu'il est advenu à un monde

sociaux pour maintenir un système efficace, juste et financièrement soutenable. Pour cela, il faut passer à une logique d'investissement social, plutôt que de dépense. Cet investissement social doit être en adéquation avec le capital humain, et ainsi obtenir des effets vertueux sur le développement économique. Ce que font certains pays nordiques depuis quinze ou vingt ans, la France doit l'adapter à sa culture et à son organisation existante. Cette logique culturelle doit être provoquée par des changements structurels.

Les professionnels de santé doivent être formés, responsabilisés et rémunérés pour gérer la prévention, ce qui n'est aujourd'hui pas le cas. À titre d'exemple, le médecin généraliste et/ou le chirurgien-dentiste n'ont aujourd'hui quasiment aucun rôle concret dans la lutte contre le tabagisme et les addictions en général, alors que les professionnels de santé sont les seuls à avoir une parole qui puisse porter auprès des patients.

Rendre l'ensemble des professionnels de santé plus responsables devant la prévention, c'est aussi changer leur quotidien par des incitations. Notre système reste, sur ce sujet, incantatoire et ne prévoit pas d'incitations vertueuses, ni aux patients, ni aux soignants. Les professionnels de santé sont des acteurs économiques, c'est en les incitant à faire évoluer leur pratique qu'ils changeront le système.

“Le but est de passer de la réparation à la prévention, à l'anticipation et à la préparation.”

sont entrées dans la moyenne européenne alors qu'elles étaient au-dessus, et que nous avons des surcoûts importants, liés en particulier à notre suradministration et à la surcapacité hospitalière qui caractérisent notre modèle.

En fait, le diagnostic posé est biaisé : le problème central ne vient pas du manque de génériques, de l'excès d'actes médicaux ou de prescriptions, ou bien d'actes non pertinents (même si des progrès importants sont à faire sur ces points), comme le président de la République a tenté de nous l'expliquer lors de ses vœux du 14 janvier dernier. Le problème vient de l'hospitalo-centrisme français qui, s'il a fait le succès de notre modèle au XX^e siècle, en est aujourd'hui un boulet.

Sortir de l'hospitalo-centrisme, c'est s'attaquer au nœud du problème, parce que la structure du système de santé est centrée sur le curatif. Et l'organisation structurelle influence la culture sanitaire de la population, centrée sur la maladie. Or, aujourd'hui, l'enjeu démographique, budgétaire, sanitaire... devrait nous pousser à changer totalement de culture ; et donc de structure. La stratégie nationale de santé concentre, à mon sens, les économies sur des axes qui sont politiquement peu risqués pour le Gouvernement, les professionnels de santé libéraux, mais dont l'impact

qui le gère davantage en amont. Nous nous situons en aval du risque : c'est vrai pour le chômage, pour l'illettrisme, pour la retraite... Et c'est évidemment vrai pour la santé. Le but est donc, culturellement, de passer de la réparation à la prévention, l'anticipation, la préparation. C'est une tendance commune à tous les risques



Au premier rang de ces incitations figure la rémunération. Elle doit, selon moi, permettre de faire évoluer les habitudes et les comportements des citoyens. En plus de la rémunération à l'acte, qui doit être conservée pour les actes non reproductifs, je suis favorable à une rémunération forfaitaire de la prévention, probablement avec une partie fixe et une partie variable basée sur des objectifs de santé publique. Pour le cas du chirurgien-dentiste, par exemple, il serait incité à ce que le patient ait globalement une meilleure hygiène bucco-dentaire et une meilleure éducation sanitaire sur ce secteur.

Il faut aussi faire évoluer le panier de services de santé remboursé par la Sécurité sociale. Si on veut un système juste, on doit intégrer un panier de soins préventifs dans le panier de remboursement de la Sécurité sociale et

repenser le panier de soins curatifs pris en charge par cette dernière.

Pratiques dentaires : Vous demandez, dans votre tribune pour un plan Pathologies chroniques, à ce que la politique de santé investisse tous les thèmes constituant les déterminants sociaux de santé (éducation, travail, logement, environnement...) : comment le mettre en place ?

F. B. : Les déterminants sociaux sont la première source d'inégalités de santé. Il y a, en France, très peu d'inégalités d'accès aux soins. La qualité et la rapidité des soins sont encore une force de notre système, et un acquis du modèle de médecine libérale mis en place dans les années 1930.

En revanche, on observe que les différences d'espérance de vie à la naissance, à 35 ans et à 65 ans sont

inacceptables entre cadres et ouvriers. Donc, si ce n'est pas l'accès aux soins le problème, c'est qu'il se situe plus en amont, et est lié à d'autres facteurs. Ces derniers sont ce qu'on appelle les « déterminants sociaux de santé ». Le premier d'entre eux est le niveau d'éducation, bien avant le critère financier, mais il y en a d'autres : logement, environnement, lieu de travail, alimentation... Cela nécessite une stratégie interministérielle de santé, avec des objectifs et une feuille de route concertés, applicables à chaque ministère concerné par ces déterminants sociaux de santé. Ces facteurs étant souvent régulés par la puissance réglementaire et normative européenne, c'est au niveau européen, au sein des instances européennes, qu'il serait aussi nécessaire de déterminer une politique de bonne gestion des déterminants de santé. ■

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Pratiques dentaires : Certains économistes proposent, pour maîtriser les dépenses de santé, d'agir par les complémentaires santé, afin qu'elles régulent la dépense (via les réseaux de soins conventionnés, par exemple) : qu'en pensez-vous ?

F. B. : C'est un système adopté aux États-Unis. J'ai pu y constater la dégradation que ces réseaux de soins avaient provoquée sur l'offre des soins essentiels à la santé en matière d'accès pour tous à des soins de qualité, notamment. Les pays européens qui ont ouvert la santé aux assureurs privés dès le premier euro n'ont d'ailleurs pas mis en place ce système de réseau. En Suisse, par exemple, on peut souscrire une assurance privée pour des soins hospitaliers ou une pathologie grave, mais l'État n'a pas autorisé les assureurs à créer leurs réseaux de soins à leur guise.

Ce système fonctionne sur une logique purement financière, sur la base d'un système de contrat : en contrepartie d'une baisse de prix, le praticien reçoit un apport de clientèle. Les garanties de maintien de la qualité des soins sont un leurre, les réseaux n'ayant pas les ressources médicales et aucune légitimité pour contrôler la qualité. De plus, les professionnels de santé ne sont pas à la recherche d'une clientèle. Dans ce système, l'assurance complémentaire fait donc semblant d'apporter un service à ses patients, mais ne sert ni le patient,

ni le professionnel, ni la collectivité. Si on demande à un professionnel de proposer une offre de soins moins chère, il s'adaptera : consultation plus courte, moins complète, moins de temps de dialogue, avec moins d'innovations technologiques. Cela va à l'encontre de l'incitation vertueuse dont je parlais précédemment. Ce système ne contribue pas à la recherche d'un modèle qui soit à la fois plus économe et incitatif à améliorer la qualité des soins.

Moins malade, il coûtera moins cher à la solidarité nationale, et apportera plus de valeur ajoutée à la société.

Mais cette double vertu est difficilement quantifiable, dans la mesure où il s'agit d'un retour général pour la collectivité. Abraham Lincoln disait : « *Si vous trouvez l'éducation chère, essayez l'ignorance* ». Si nous trouvons la prévention trop chère, conservons les maladies... Les affections de longue durée représentent déjà les deux tiers des dépenses de l'Assurance

“ Si on agit sur les mauvais comportements, on diminuera les maladies chroniques. ”

Pratiques dentaires : Serait-il possible de chiffrer les économies faites grâce à la prévention pour l'Assurance maladie ? Et ce, d'autant plus que les deux tiers des dépenses de santé sont désormais centrées sur les ALD ?

F. B. : Le chiffrage des économies de la prévention est une question récurrente. Mais il y a une autre façon de raisonner. Pour la santé comme pour toutes les mesures liées à la protection sociale, quelqu'un qui est moins vulnérable, moins malade, plus capable de développer son propre capital humain, sera globalement plus productif.

maladie, et en représenteront les trois quarts en 2020. Nous savons d'où vient cette croissance de la demande de soins : le diabète est lié à l'obésité, les allergies à l'environnement, certains cancers à l'alcool et au tabac...

Il est incontestable que si on agit sur ces mauvais comportements, on diminuera les maladies chroniques. Si on n'agit pas en amont, inévitablement et à court terme, c'est la qualité de la prise en charge et de la couverture des ALD qui sera dégradée. ■

ASSURANCE MALADIE ET COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Pratiques dentaires : Vous dites que la généralisation des complémentaires santé (via l'application de l'ANI au 1^{er} janvier 2016) va aggraver les inégalités de santé. Pourquoi ?

F. B. : Regardons ces vingt dernières années : en 1980, 70 % des Français avaient une complémentaire, avec très peu de renoncements aux soins. Aujourd'hui, ils sont 96 % à être couverts, et dix millions de Français ont renoncé aux soins en 2012 : il y a quand même un problème.

“ Les fondamentaux de la mutualité en matière de responsabilité, de solidarité, de liberté... sont bafoués. ”

La grande majorité des soins qui font l'objet de renoncements sont en dentaire et en optique. Mais qui en sont les premiers financeurs ? Les complémentaires. Ce système est inefficace, coûteux et inégalitaire. On fait payer le plus aux gens qui ont le moins (chômeurs, étudiants, petites retraites). L'Accord national interprofessionnel (ANI), c'est la généralisation par le bas : toutes les PME qui n'ont pas encore de contrat collectif vont souscrire un contrat collectif minimaliste pour des salariés souvent déjà couverts individuellement

ou par leur conjoint. Le remboursement sera, pour l'immense majorité, à la hauteur du ticket modérateur, c'est-à-dire sans intérêt. C'est tout bénéfique pour l'organisme complémentaire : la dépense est parfaitement prévisible et la prise de risque est nulle.

Prenons un exemple concret : un couple de 45 ans à revenus modestes avec deux enfants qui a déjà une complémentaire santé d'un montant annuel de plus 2000 euros par an, devra tout de même déboursier un reste à charge de 500 euros

pour une prothèse dentaire de 700 euros ! C'est soit l'endettement soit le renoncement. Je dénonce l'absence de régulation de ce secteur, à l'exception des règles prudentielles et financières et de l'opacité commerciale. Personne n'est en mesure de comprendre les tableaux de garantie proposés et l'information sur les prix ne permet pas de mettre en concurrence efficacement les opérateurs.

Pratiques dentaires : Vous semblez ne reconnaître que peu de qualités aux complémentaires santé. Notamment

dans vos dix règles d'or à connaître sur celles-ci. Si celles-ci mettaient la prévention et l'éducation à la santé au cœur de leurs offres, auraient-elles à vos yeux plus de vertus ?

F. B. : C'est la dérive du système des complémentaires santé que je dénonce. Chaque jour, les fondamentaux de la mutualité en matière de responsabilité, de solidarité, de liberté... sont bafoués. On ne pense qu'à rembourser le moins possible, tout en relevant les cotisations chaque année et en mutualisant de moins en moins.

La seule complémentaire santé qui puisse être utile est celle qui vous assure efficacement par rapport à un risque de reste à charge élevé et/ou qui vous propose des services à forte valeur ajoutée en matière de prévention. Mais quand 50 % de la population française ont un reste à charge inférieur à 250 euros par an, est-il bien avantageux de contracter une complémentaire qui vous coûtera plus cher et vous laissera en plus un reste à charge ? Les complémentaires ne sont pas suffisamment incitées à concevoir des services de prévention et d'éducation à la santé. Elles ont fait une erreur stratégique en négligeant ce secteur. Elles ne font que gérer des flux financiers de cotisations et de remboursements sans création de valeur sur la gestion du risque santé. ■

PARCOURS

Frédéric Bizard est un économiste de la santé. Enseignant à Sciences-Po Paris et au CNAM, il contribue au Cercle Les Echos et a publié en octobre 2013 un livre aux Éditions Dunod : « Complémentaires santé : le scandale ». Lors de la dernière élection présidentielle, Frédéric Bizard a proposé DIX pistes de réforme pour une santé plus juste, plus efficace et plus économique. Il a dernièrement publié une tribune, à l'occasion de la sortie du dernier Plan Cancer, demandant la mise en place d'un Plan Pathologies chroniques.

Il tient un blog www.fredericbizard.com sur les questions de santé.

Il est diplômé de l'IEP de Paris et du MBA de l'INSEAD. Il est également Docteur vétérinaire, diplômé de l'École de Maisons-Alfort et de la faculté de médecine de Créteil.



MALADIES CHRONIQUES ET PLAN CANCER

Pratiques dentaires : Comment créer un réflexe de dépistage chez les Français, notamment pour les cancers de la bouche, dont la prévalence n'a pas diminué en trente ans ?

F. B. : Là encore, nous sommes confrontés à la dualité entre culture et structure. Si un patient se rend chez le dentiste, c'est

“ Le chirurgien-dentiste doit aussi être un éducateur de la bonne hygiène bucco-dentaire. ”

parce qu'il éprouve une douleur. Pas pour bénéficier de conseils de santé ou parce qu'il souhaite changer ses habitudes de vie en matière bucco-dentaire. C'est d'ailleurs la raison du cliché habituel du dentiste avec sa douloureuse roulette. Il est nécessaire d'inclure le rôle du chirurgien-dentiste plus en amont du risque : il faut faire évoluer son mode

de rémunération, sa formation initiale et sa formation continue. Le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé d'accès direct. Cette ressource médicale de très grande valeur doit être moteur d'un changement du système vers une santé portée sur les lieux de vie. Le chirurgien-dentiste doit aussi être un éducateur de la bonne hygiène bucco-dentaire des gens, à tous les âges, dans tous les lieux. Il n'est pas qu'un « réparateur ». En amont, il faut certainement privilégier les populations les plus à risque. Pour cela, il faut des systèmes d'information épidémiologique performants, ce qui n'est pas le cas en France. On dispose des données mais on ne les utilise pas dans la gestion du risque santé de la population. Du fait de l'incurie administrative et de l'incapacité de notre système de santé à intégrer les innovations technologiques (DMP, e-santé...), notre système n'a pas bénéficié des gains d'efficacité issus de ces technologies. ■

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Pratiques dentaires : Comment expliquer que la santé bucco-dentaire soit toujours considérée comme un luxe ou un caprice de l'apparence, alors qu'elle est au cœur de bien des problématiques de santé ?

F. B. : Nous avons, en France, un système de santé très élitiste, souffrant d'une

organisation pyramidale dans laquelle le CHU est un firmament sous lequel se rangent les praticiens hospitaliers, les spécialistes libéraux, les médecins généralistes et les autres. L'hospitalo-centrisme a biaisé notre définition de ce qu'est la santé. La vraie médecine n'est pas nécessairement le traitement des maladies rares ou graves. La vraie médecine se fait aussi hors de l'hôpital, c'est celle de tous les jours, de la prévention et de la prise en charge de premier recours. Il y a toute une logique culturelle à faire évoluer. Les représentants des chirurgiens-dentistes devraient réfléchir eux-mêmes à l'évolution de leur pratique, de leur mode de rémunération et de leur rôle au sein du système de santé, pour intégrer la gestion du risque en amont. Personne ne fera ce travail pour eux ou, si c'est le cas, ce ne sera pas avec la meilleure défense de leurs intérêts. Les chirurgiens-dentistes, comme les autres professionnels de santé, n'obtiendront des améliorations de leur situation qu'en échange d'une participation aux gains d'efficacité globaux de notre système de santé. ■

