

Les dépenses de santé ont atteint 2579 euros par Français en 2002 *Le Monde* 25 juillet 2003

Le rapport 2002 de la commission des comptes de la santé souligne une forte augmentation des dépenses médicales. Ainsi, chaque Français a dépensé, en moyenne, 2 579 € pour se soigner. Le déficit de l'assurance-maladie risque d'atteindre 30 milliards d'euros à la fin de 2004. Le gouvernement, qui a inscrit la réforme de l'assurance-maladie parmi ses chantiers de la rentrée, n'a encore pris aucune décision. Seule certitude : selon Jean-François Copé, porte-parole du gouvernement, la méthode appliquée pour les retraites – "état des lieux, dialogue et décision politique" – sera reconduite. Dans un entretien au Monde, Gilles Johanet, ancien directeur de la CNAM, affirme que le gouvernement et Jacques Chirac "se contentent d'allumer des cierges".

Le contraste est saisissant. Alors que Gerhard Schröder a lancé un véritable plan de redressement du système de santé allemand (Le Monde du 23 juillet), Jacques Chirac et Jean-Pierre Raffarin n'ont toujours pas posé de diagnostic précis sur la maladie qui frappe depuis près de deux décennies le système français et qui tient en un chiffre : sans mesures drastiques, le déficit cumulé de l'assurance-maladie atteindra 30 milliards d'euros à la fin de 2004.

En présentant, jeudi 10 juillet, le rapport 2002 de la commission des comptes de la santé, qui révèle une croissance de 6,4 % en valeur de la consommation médicale (+ 5,7 % en 2001), le ministre de la santé, Jean-François Mattei, s'est contenté de reconnaître que cette progression "ne peut se prolonger indéfiniment à un tel rythme (...), surtout dans un contexte de ralentissement économique".

Le gouvernement affirme que la "méthode en trois temps" utilisée pour les retraites – état des lieux, dialogue et décision politique concertation – sera reconduite pour réformer l'assurance-maladie. "On va essayer de ne pas provoquer trop d'agitation", confiait récemment M. Raffarin en faisant allusion aux mouvements sociaux du printemps. Au mot "réforme" du système de santé, le premier ministre préfère d'ailleurs le terme d'"adaptation" progressive, plus conforme aux propos tenus par le président de la République au cours de son entretien télévisé du 14 Juillet. M. Chirac avait alors souligné que la grande refonte de la "Sécu", annoncée pour l'automne par M. Mattei, ne verrait pas le jour.

En changeant de pied, le gouvernement n'a pas fait disparaître pour autant le déficit sans précédent de l'assurance-maladie. Et le contenu de l'"adaptation" du système de soins reste très flou. M. Raffarin pourrait s'inspirer du plan de Gerhard Schröder : mettre davantage à contribution des assurés sociaux invités à se montrer "plus responsables" afin de stabiliser les cotisations sociales obligatoires. Le gouvernement prône un renforcement progressif du rôle des mutuelles, qui pourrait se faire à la faveur du déremboursement de certaines prestations, mais ces mesures, toujours impopulaires, seraient prises discrètement ou, à tout le moins, progressivement.

M. Mattei devra arrêter les premières mesures dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale soumis au Parlement en octobre. Une hausse de la CSG ? M. Chirac l'a de nouveau écartée le 14 juillet, même si le ministre des affaires sociales, François Fillon, jugeait une semaine plus tard que le sujet n'est "pas tabou"... pour 2004. Le prolongement de cinq ans de la Contribution au remboursement de la dette sociale ? Cette remise à zéro des compteurs ne ferait que reporter le déficit sur les générations futures.

Restent les remèdes qui traînent depuis des lustres dans les tiroirs de Bercy et du ministère de la santé, mais qu'aucun gouvernement n'a osé prescrire : une franchise (de 100 euros par exemple) au-delà de laquelle les assurés seraient remboursés ; un forfait de 1 ou 2 euros par feuille de soins ou de 50 centimes par boîte de médicament ; une augmentation du forfait journalier (10,65 euros) payé par les malades hospitalisés...

Entre 1990 et 2002, les dépenses de santé ont presque doublé, passant de 82 milliards d'euros (1 453 en moyenne par habitant) à 157,9 milliards d'euros (2 579 euros). La consommation de soins et de biens médicaux (hôpital, honoraires, médicaments, biologie, radiologie, prothèses, cures...) pèse, à elle seule, 138,7 milliards (2 218 euros par personne). La part des dépenses médicales dans le PIB s'est accrue entre 2001 et 2002, passant à 9,5 %, selon les critères de l'OCDE – et à 10,4 % selon la comptabilité nationale –, plaçant ainsi la France au cinquième rang mondial, derrière les Etats-Unis, la Suisse, l'Allemagne et le Canada. La part de la santé dans la consommation totale ne cesse d'augmenter en France, passant de 12,4 % en 2000 à 12,9 % en 2002, un phénomène propre aux pays riches.

Les postes de dépenses ont progressé à des rythmes différents, notent la commission des comptes de la santé. Médicaments, soins ambulatoires et soins hospitaliers "jouent, dans cet ordre, un rôle essentiel dans la croissance en volume de la consommation de soins", écrivent-ils. A l'exception de trois années, ce sont les médicaments qui y contribuent le plus depuis 1990 : avec 28,6 milliards (+ 5,1 %), l'"ordonnance" moyenne de chaque Français a été de 467 euros, notamment en raison de l'arrivée de molécules plus coûteuses – mais pas toujours plus innovantes. Les génériques continuent à pénétrer le marché, puisque leur part des produits remboursables passe de 3 % à 4 % en un an.

Le recours aux soins dispensés par les médecins, les dentistes, les infirmières, les kinés ou les biologistes libéraux s'accroît lui aussi (+ 7,4 %) et représente 591 euros par personne. Les experts de la commission estiment que les revalorisations d'honoraires, comme la consultation à 20 euros en juillet 2002, ont permis de contenir la progression de l'activité des "toubibs". M. Mattei y voit la justification de la politique lancée à son arrivée Avenue de Ségur pour retisser les liens traditionnels de la droite avec les médecins libéraux, rompus au moment du plan Juppé.

La consommation de soins hospitaliers a progressé de 5,9 %. Le rapport confirme un phénomène observé depuis plus de dix ans : les établissements publics assurent une part croissante des dépenses de soins (80,2 % contre 75,4 % en 1990). La politique de prévention reste, elle, le parent pauvre (3 milliards), même si de nombreuses actions (sécurité routière...) ne sont pas comptabilisées. Enfin, le rapport indique que la Sécurité sociale a étendu sa couverture des dépenses en 2002 (75,7 %). Il soulignent surtout "la diminution de la part laissée à la charge des ménages" et l'augmentation continue de celle des mutuelles et des assurances, qui est passée de 11,5 % en 1995 à 12,7 % l'an dernier. Cette tendance ne peut que réjouir M. Mattei, qui plaide pour un désengagement limité de la "Sécu" au profit du secteur privé.

Jean-Michel Bezat

Des baisses de remboursement annulées

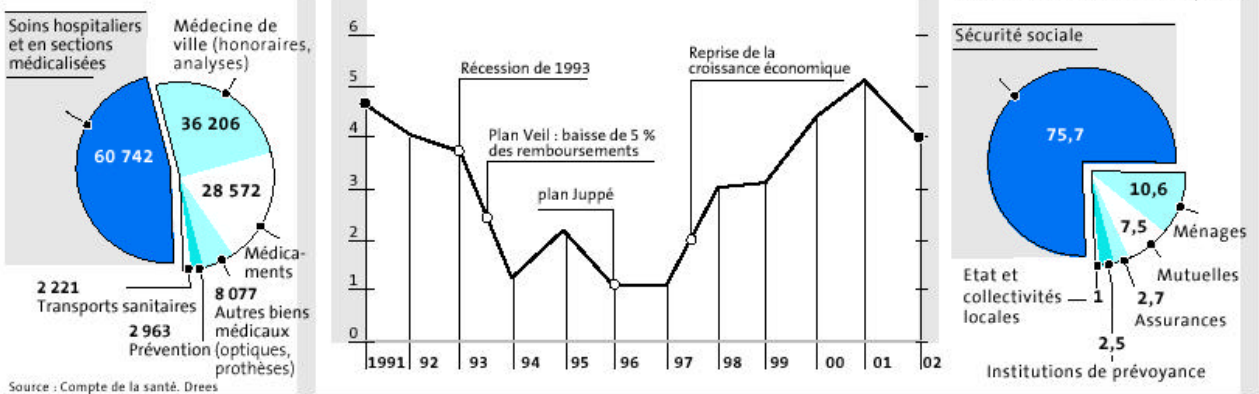
Le Conseil d'Etat a annulé, mercredi 23 juillet, la baisse du taux de remboursement (de 65 % à 35 %) de dix médicaments (Cervoxan, Geram, Olmifon, Nootropyl, Gevatran, Tanakan, Ginkogink, Tramisal, Fonzylane, Praxilène) commercialisés par sept laboratoires pharmaceutiques. Une décision similaire avait déjà été prise le 20 juin par la haute juridiction pour deux vasodilatateurs (Duxil et Trivastal). Ces douze produits font partie d'une liste de 148 médicaments au service médical rendu (SMR) insuffisant que deux arrêtés d'août 2000 et septembre 2001, signés par Elisabeth Guigou, alors ministre de l'emploi, avaient partiellement déremboursés. Dans sa décision, le Conseil d'Etat a, une nouvelle fois, fait valoir le "défaut de motivation" des avis de la commission de la transparence. Pour éviter une remise en cause des déremboursements, le gouvernement a fait adopter, jeudi 17 juillet, un amendement empêchant que la "légalité" des déremboursements décidés "avant le 1er juillet 2003" puisse être "contestée" pour cause "d'irrégularité des avis rendus par la commission de la transparence".

LES DÉPENSES DE SANTÉ ONT PRATIQUEMENT DOUBLÉ ENTRE 1990 ET 2002

Consommation médicale :
138,7 milliards d'euros

Taux de croissance de la consommation de soins
et de biens médicaux, en pourcentage

Structure de financement
de la dépense courante de soins
et de biens médicaux en 2002, en %



Gilles Johanet, ancien directeur de la CNAM « Le gouvernement ne devrait pas traîner »

Ancien directeur de la caisse nationale d'assurance-maladie, comment analysez-vous les comptes de la santé en 2002 ?

Le plus marquant est évidemment la croissance continue et très forte du déficit : 6 milliards d'euros en 2002. Il devrait atteindre environ 10 milliards d'euros cette année et la tendance prévisible pour 2004 est celle d'un déficit de l'ordre de 14 ou 15 milliards d'euros. Cela nous amènerait à 30 milliards d'euros sur trois ans, ce qui est sans précédent historique et équivaut à deux fois et demie ce que le plan Juppé avait absorbé.

A quoi correspond, selon vous, cette augmentation des dépenses ?

Cette augmentation est in finançable et injustifiable. "In finançable", car à 6,5-7,5 % d'accroissement par mois, la plus belle des CSG au monde ne parviendrait pas à la couvrir. Injustifiable, car l'examen des dépenses poste par poste et l'évolution des besoins médicaux n'expliquent pas ce déficit. Le poste médicaments a un peu ralenti sa croissance, il en va de même pour les arrêts de travail et les examens biologiques. Le niveau atteint par les dépenses de santé ne correspond pas à un système de qualité fonctionnant au moindre coût. Donc, derrière la cause du déficit, il faut examiner comment fonctionne notre système. Nous avons de bons soignants et de bons gestionnaires, mais de mauvaises règles : chacun fait ce qu'il veut, comme il veut et quand il veut.

Comment cela se traduit-il concrètement ?

Notamment par l'extrême lassitude des soignants, chez qui on observe des phénomènes de rétraction vis-à-vis des zones géographiques difficiles, des périodes difficiles comme la nuit, des métiers difficiles comme la chirurgie ou des actes difficiles comme l'endoscopie. Les soignants manquent de repères. Ces difficultés représentent un stress, et des risques qu'ils n'acceptent pas. Si je veux choisir d'exercer une médecine de qualité, est-ce que je vais être reconnu et payé pour cela ? Non. Il en va de même pour les assurés. Si je choisis la coordination en m'adressant à un médecin travaillant dans un réseau de soins, est-ce que je serais mieux remboursé ? Non.

La Cour des comptes avait souligné l'intérêt de l'accréditation des établissements hospitaliers, mais elle avait regretté qu'elle ne porte pas sur la qualité des soins.

Comment qualifieriez-vous l'attitude des pouvoirs publics dans ce domaine ?

Ils allument des cierges en disant : "Soyons raisonnables." Le président de la République affirme : "Notre système est bon." Le premier ministre estime que "notre Sécurité sociale a besoin d'être protégée", alors qu'il me semble que c'est à elle de protéger les assurés... Ouvrons les yeux !

Nos dirigeants devraient-ils s'inspirer du plan de réforme de Gerhard Schröder ?

L'exemple allemand est en effet assez impressionnant. Le plan annoncé, qui n'est pas sans parenté avec le plan stratégique de la Cnam de juillet 1999, frappe par sa triple ambition. Ambition des objectifs, au nombre de 120, avec 80 mesures. Nous sommes loin de l'homéopathie. Ampleur financière ensuite, puisque 10 milliards d'euros de ressources nouvelles et d'économies sont attendus pour l'an prochain, et 23 milliards pour les quatre années à venir.

Troisième ambition, la plus importante, le plan couvre les trois aspects du système : l'accès aux soins, la manière de les dispenser et leur prise en charge. Si le professionnel de santé veut s'installer là où les besoins sont déjà couverts, il ne sera pas conventionné. Si l'assuré choisit la coordination des soins, il échappera à la hausse du ticket modérateur. Enfin, les caisses auront l'autonomie de négocier avec l'industrie pharmaceutique les prix des médicaments et de faire ainsi échapper les assurés à des hausses. La logique de ce plan est donc de satisfaire d'abord les besoins médicaux justifiés.

C'est la voie que prend le gouvernement français ?

Le gouvernement veut prendre son temps, ce qui n'est pas condamnable, même si à 1,2 milliard d'euros de déficit par mois, il vaudrait mieux ne pas traîner. Ce qui est capital, c'est la vision d'ensemble. Vu le différentiel entre les ressources et les dépenses, un point de CSG est absorbé en 20 mois. A quoi emploie-t-on ces vingt mois ? A du saupoudrage, comme on l'a fait jusqu'à présent, ou à assurer des soins de qualité ? Nous le verrons.

Propos recueillis par Paul Benkimoun