



Rebonds

Les présidents d'Axa et de la mutualité au colloque Dialogues-«Libération»

Quel avenir pour la Sécurité sociale?

Par Hervé NATHAN
jeudi 29 avril 2004

La réforme de l'assurance maladie sera à l'évidence le grand débat politique et de société des semaines à venir. La semaine prochaine, le ministre de la Santé et de la Protection sociale Philippe Douste-Blazy doit commencer à dévoiler ses propositions auprès des acteurs de la santé, en commençant par les partenaires sociaux. En avant-première, le club Dialogues, présidé par Jean Peyrelevade, a organisé le 14 avril dernier, avec le soutien de Libération, un colloque intitulé «La réforme, pour quoi faire ?», rassemblant des syndicalistes, des chefs d'entreprise, des mutualistes, des médecins, etc.

En clôture, un débat animé par Serge July a confronté les points de vue de Claude Bébéar, président du conseil de surveillance d'Axa et président de l'Institut Montaigne, et Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, qui débattaient pour la première fois en public.

L'Institut Montaigne et la Mutualité ont toutes deux

des propositions très précises, souvent opposées, pour une réforme du système de soins et d'assurance français. Nous publions ci-contre les principaux extraits de ce débat entre ces deux acteurs importants de la réforme de l'assurance maladie.

La concurrence entre soignants

Jean-Pierre Davant. Je ne crois pas que cela soit une bonne chose pour la santé des Français. Que constatons-nous : l'hôpital est public, et il a certes des difficultés à remplir ses missions. La médecine de ville est libérale. Et elle est à ce point désorganisée que les médecins sont, de fait, en concurrence les uns avec les autres. Toute cette désorganisation est génératrice de coûts inutiles. C'est par une meilleure organisation, par l'évaluation, éventuellement les sanctions, que nous parviendrons à maîtriser les dépenses. Ce n'est pas impossible. Il suffit de regarder l'exemple du Québec.

Claude Bébéar. De quoi parlons-nous ? Des malades, des personnes qui ont besoin de soins en premier lieu. Pas des médecins. Or nous savons que les gens seront toujours plus exigeants en matière de santé, entraînant des coûts de plus en plus élevés. La question qui se pose c'est : comment organiser le système, et plus précisément qu'est-ce qui doit être organisé ? Ce qui entraîne une autre question : qu'est-ce qui doit être socialisé ou pas ?

Pour ce qui concerne les médecins, la concurrence peut parfois être stérile, alors que dans certaines régions, la Picardie par exemple, on manque de médecins. L'hôpital, c'est un fait, est nationalisé. Mais je connais un excellent hôpital mutualiste, l'Institut (mutualiste) Montsouris, à Paris. Il est remarquable par sa qualité. Cela démontre que ce qui manque à l'hôpital, c'est la qualité. On verra comment y parvenir. La Fondation (Institut) Montaigne souhaite lancer des expériences d'autonomie des hôpitaux. Il faut trouver un système où l'on puisse bouger vite.

J.-P. D. Ce n'est pas une question de concurrence, mais d'organisation. L'hôpital représente presque la moitié des dépenses de santé. La France a le tissu hospitalier le plus développé au monde mais, dans certains blocs opératoires, il faut savoir que les patients prennent un risque énorme. Quand on ferme un bloc ou une maternité, il y a des raisons. Le système hospitalier est resté le même qu'il y a un siècle. Prenez par exemple la chirurgie du rein. Longtemps, cela a été une chirurgie lourde, nécessitant des hospitalisations longues. Puis on a inventé la lithotritie, qui permet d'éviter les opérations sanglantes et réduit les temps d'hospitalisation. C'est ainsi qu'on s'est retrouvé avec un grand nombre de lits d'hôpitaux non utilisés. Cela prouve que la sécurité des malades est assurée par un petit nombre de personnels hyperspécialisés, et non l'inverse. C'est ainsi que nous avons en France davantage de centres de transplantation qu'en Amérique. Le débat est de même nature avec les maternités.

C. B. Malgré l'évolution rapide de la technologie, toutes les décisions remontent à Paris. Il faut redonner leur autonomie aux hôpitaux, permettre aux directions de recruter leurs équipes, et rémunérer les prestations selon des protocoles de soins. Cela n'empêcherait pas d'ailleurs de conserver les statuts des personnels.

L'urgence économique

J.-P. D. Les problèmes économiques sont préoccupants : nous sommes lestés d'une dette de 30 milliards d'euros. Encore faudrait-il aussi compter les 54 milliards d'euros actuellement logés dans la Cades (1), et qui sont l'héritage d'avant 1995 et 1998. Il faut qu'on apure la dette et que le gouvernement indique comment il va l'éponger. Mais, à paramètres inchangés, on retrouverait vite 15 nouveaux milliards de déficits. C'est pour cela qu'il faut avant tout modifier le système, mettre fin aux dysfonctionnements. Ensuite, il faut changer l'attelage. Dans notre système, on ne sait plus qui fait quoi. Quand on gratte un peu, on s'aperçoit que c'est l'Etat qui décide. Mais il le fait dans la plus grande opacité, et surtout dans l'urgence, sans chercher à modifier le système. Il y a ensuite la méthode : le gouvernement se dit prêt à donner une délégation de gestion aux partenaires sociaux, voire à d'autres acteurs. Sont-ils prêts à assumer cette charge ? Les organisations de médecins sont-elles prêtes elles aussi ? Je prends un exemple : il ne peut y avoir de négociation sur leurs honoraires sans discussion sur la qualité des soins, leur permanence, la continuité territoriale, la sécurité des malades.

L'augmentation des coûts de santé

C. B. La dette est pire que ce qu'indique Jean-Pierre Davant, car la population vieillit et la santé va coûter de plus en plus cher. En tant qu'assureurs, et selon des règles de comptabilité, nous devrions faire des réserves pour couvrir les dépenses futures. Nous en sommes loin. Mais, face à cette situation, je me pose la question : faut-il tout socialiser ? Et je pense qu'on ne peut pas, car, alors, il faudrait doubler la CSG pendant vingt ans.

On peut, au contraire, considérer qu'il y a plusieurs étages : une assurance maladie universelle, financée par la CSG, ou la TVA, qui pourrait très bien convenir. Mais, dans ce cadre, quel est le rôle de l'entreprise, et des partenaires sociaux ? Je pense qu'ils sont bien placés pour gérer ce qui concerne les salaires de remplacement : arrêt maladie, d'accidents et maladie du travail. Il y aurait donc un socle solidaire régulé. Un deuxième niveau consisterait en une assurance complémentaire, ou supplémentaire, voire un troisième niveau super supplémentaire.

L'essentiel est d'avoir une solidarité très forte pour les vrais besoins de santé. Le confort supplémentaire doit relever des choix individuels. Quelle est la part de chacun de ces niveaux ? C'est un choix politique majeur, qui évolue de plus avec le temps, parce que les risques changent. Je prends un exemple : je suis ponté (pontage coronarien, ndlr) depuis quinze ans et, depuis cette date, je bénéficie de l'ALD, donc de remboursements à 100 %, c'est grotesque. En plus, on sait que les personnes pontées ont une espérance de vie supérieure à celle des non-pontés. Si les fondateurs de la Sécurité sociale en 1945 avaient su ce que nous faisons aujourd'hui en matière d'assurance maladie, ils auraient été pris de vertige.

J.-P.D. (*souriant*) Demain dans *Libération*, on pourra lire en titre : «Bébéar ne veut plus être remboursé à 100 %.» Mais je ne suis pas d'accord avec votre démonstration, qui est celle de l'Institut Montaigne : vous nous proposez la version aseptisée du «gros risque-petit risque». Le premier pour la Sécu, le second pour l'assurance individuelle. Cela revient à une division hôpital (gros risque) et médecine de ville (petit risque). Or, la prévention, c'est le rôle de la médecine de ville...

C. B. Non, pas du tout. Le médecin qui détecte les pathologies lourdes ou graves relèverait de la solidarité. A l'inverse, je suis pour sortir les urgences de l'hôpital, pour la bonne raison que s'y présente une foule de pathologies bénignes. La discrimination se ferait selon le protocole de soins : c'est un rhume de cerveau ou au contraire c'est plus grave. Ce sont les soins engagés, selon des protocoles précis, qui permettront de faire la différence.

J.-P.D. Certes. Mais on retrouve une différenciation plus classique : la prise en charge des pathologies lourdes, celles de la mère et de l'enfant d'un côté et, de l'autre, la majeure partie des soins ambulatoires, la dentisterie, l'optique, qui reviendrait à des choix individuels. Or on sait que l'initiative personnelle dépend d'abord de sa capacité de financement. Quand on connaît les coûts de la dentisterie et des prothèses auditives, on se dit qu'avec ce schéma on va faire deux France, dont une de malentendants.

Je préfère faire des propositions afin de mieux gérer «les» dépenses de santé. En ville, l'assurance maladie rembourse 60 % des soins et les complémentaires 40 %. Prenons l'exemple de la visite à domicile. La Sécurité

sociale tente de réduire les visites inutiles. Si les assurances complémentaires disent «ce que fait la Sécu, je m'en fiche» et remboursent quand même la visite parce que mes clients ou adhérents l'exigent, il n'y a pas de régulation possible. Pour y parvenir, nous proposons de mettre en place une haute autorité en santé, indépendante, fédérant les agences existantes, nommée sur le modèle du Conseil constitutionnel. Cette haute autorité définira ce qui est nécessaire à l'acte médical, accrédiitera les services hospitaliers en rendant des avis publics. Il faut préserver l'unité du système, aller vers l'assurance maladie universelle. Car l'expression de la solidarité ne peut pas n'être qu'aux deux bouts de la chaîne. Si vous dites à ceux qui paient le plus, et c'est normal de contribuer selon ses moyens, qu'ils ont moins de droits que ceux qui paient moins, ils refuseront de contribuer.

C. B. Vous êtes plus mathématicien que moi : vous dites un médicament est bon ou mauvais. C'est blanc ou noir. Moi, je dis qu'il existe une zone grise. Vous voulez gérer les risques. Mais pourquoi pas au premier franc (en concurrence avec l'assurance maladie, ndlr) ? Il n'y a pas de différence majeure : il y a ce qui est la base et la complémentaire qui dépend du choix des malades. Et je propose un fonds de solidarité des assureurs pour permettre aux plus démunis d'accéder à une assurance complémentaire.

J.-P. D. Nous proposons plutôt un crédit d'impôt.

C. B. Concernant le financement, je sors l'entreprise par une CSG plus importante qui regrouperait l'actuelle CSG et la part patronale des cotisations d'assurance maladie, ou la TVA.

J.-P. D. La part patronale, c'est une fiction. Elle n'a jamais existé. Dans le temps, on l'appelait d'ailleurs la part ouvrière. En fait, c'est un coût de production. Mais je crois que tout ce qui produit de la richesse doit contribuer. Qu'est-ce que la TVA sinon un impôt sur la richesse produite ?

(1) Caisse d'amortissement de la dette sociale, créée en 1996 par Alain Juppé pour reprendre le déficit de la Sécu.