

Assurance-maladie : on ne passe plus à la hussarde Dossier *Le Monde de l'économie*, 6 avril 2004

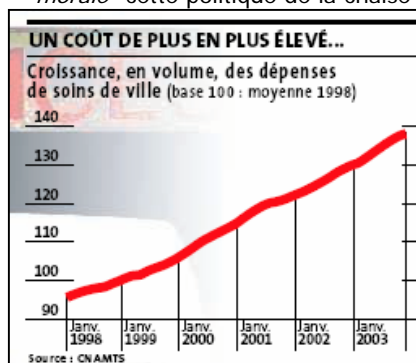
Assurance-maladie : on ne passe plus à la hussarde

Raffarin III doit parvenir à un accord national sur un dossier qui a déjà piégé la gauche comme la droite

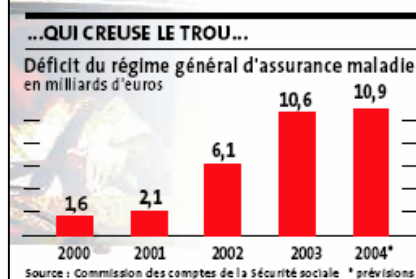
Il y a urgence, mais ce n'est pas une raison pour se presser. Le diagnostic posé par le gouvernement Raffarin II était le bon : il est indispensable de réformer l'assurance-maladie, "*point essentiel pour l'avenir de notre pays et de notre pacte social*" selon le président de la République, car elle est menacée par l'accumulation des déficits. Mais la méthode, elle, n'était pas la bonne. Il n'est plus question de "passer en force" à coups d'ordonnance, ou de donner l'impression que tout est bouclé d'avance en suivant un calendrier ultra serré : concertation express en avril, propositions en mai, texte en juillet, et vote en septembre. Tout cela, c'est du passé, et voici donc la méthode du gouvernement Raffarin III. Place à la concertation : Philippe Douste-Blazy, le nouveau ministre de la santé, est un homme "*sensible*" et "*de dialogue*"; il est même flanqué - une innovation qui marque bien l'importance de l'enjeu - d'un secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, présenté comme un champion de l'explication de texte.

Leur feuille de route, fixée par Jacques Chirac le 1er avril lors de sa prestation télévisuelle : conclure un accord national ? "*Il est indispensable que les partenaires sociaux et le gouvernement, mais aussi que la majorité et l'opposition, sur un sujet aussi vital pour l'avenir des Français, se rassemblent pour discuter et rechercher ensemble une solution.*" Et tout le monde est prié de participer à la grande explication. Premier chantier "immédiat" du gouvernement, sur ordre du président : tenter de convaincre le Medef de revenir siéger dans les conseils d'administration des caisses maladie que l'organisation patronale a délaissés depuis septembre 2001. Même si Jacques Chirac ne trouve pas "*morale*" cette politique de la chaise vide, au Medef on reste campé sur ses positions : "*Pas de changement. Nous nous*

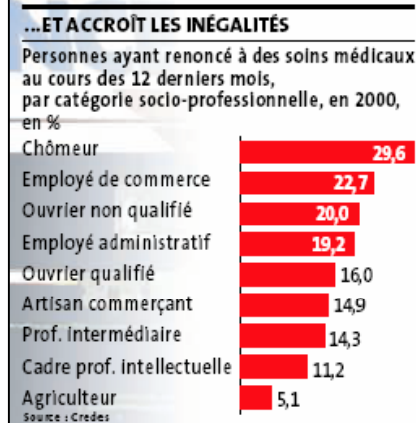
déciderons après avoir vu ce qui sortira des cartons du premier ministre." Pourtant, le rêve de Xavier Bertrand est de retrouver l'unanimité et la qualité des débats qui auraient caractérisé, dit-il, "*les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie*", qui a rendu un diagnostic salué de toutes parts le 23 janvier.



Mais il s'agit maintenant de passer du diagnostic aux propositions. Comme le constate l'un des membres du Haut Conseil, "*il est bien difficile de déceler dans les commissions de réflexion mises en place depuis janvier avec le ministère de la santé quelles auraient été les décisions du gouvernement Raffarin II... et donc les inflexions à attendre de l'arrivée de Raffarin III*". La consigne était visiblement de gagner du temps jusqu'aux résultats des élections régionales. Cette lanterne désormais éclairée, va-t-on voir fleurir les propositions des différentes parties prenantes ?



A vrai dire, l'exercice de "la grande consultation nationale" a déjà été tenté à plusieurs reprises, la première fois en 1986, avec les Etats généraux de la Sécurité sociale lancés par Philippe Seguin, dont le logo, on s'en souvient, était une magnifique baleine bleue. Symbole malencontreux, étant donné la propension de cet animal à s'échouer sur les sables des intérêts contradictoires des innombrables acteurs du système de santé : syndicats, organisations patronales, hôpitaux, ministère du budget, parlementaires, professionnels de la santé, assurances complémentaires et enfin patients eux-mêmes. Tous vont donc être invités à faire des propositions "*constructives*". Mais chacun pose des conditions à accepter une telle invite.



La CFDT refuse des décisions qui seraient purement comptables et réclame une véritable réorganisation de l'offre de soins. Le Medef continue à mettre en avant les trois principes qui pourraient décider de son retour sur la scène de la Sécurité sociale : la continuité des soins entre médecine de ville et hôpital ; un retour pérenne à l'équilibre des comptes dès 2007 (soit 15 milliards d'euros d'économies à trouver chaque année grâce à une maîtrise collective des dépenses) ; une véritable responsabilisation des acteurs avec, par exemple, une régulation de l'installation des praticiens. Les mutuelles, elles, veulent participer au pilotage du système. La CGT se réjouit en tout cas, par la voix de Jean-Christophe Le Duigou, son secrétaire confédéral chargé des affaires économiques, de voir que " *finalement, on ne se précipite plus*"; d'autant plus que, selon lui, "*le dossier n'était pas mûr : toutes les données du diagnostic*

étant loin d'être établies". Pour autant, il craint que le gouvernement Raffarin III ne prenne d'ici la fin des consultations des mesures financières immédiates dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), telles qu'une hausse du forfait hospitalier ou une franchise sur les boîtes de médicaments.

Les syndicats de médecins, débordés par une minorité de leurs mandants hostiles à une régulation de l'offre de soins quelle qu'elle soit, vont tenter, comme d'habitude, de tirer quelque avantage sonnante et trébuchante de leur participation à la définition d'une solution, tout en s'opposant à la remise en question de principes essentiels comme la liberté d'installation ou le paiement à l'acte. Enfin les assurances privées pourraient essayer de passer un pied dans la porte en proposant leur expertise en matière de gestion des risques.

Les pressions d'une classe politique soucieuse de prendre à bras-le-corps un problème qui risque d'empoisonner la vie publique pendant de longues années seront-elles suffisantes pour infléchir ces positions, éternelles revenantes des rapports, livres blancs et autres plans qui s'entassent au chevet de l'assurance-maladie ? La réponse serait, dit-on, pour l'automne prochain.

Marie-Béatrice Baudet et Antoine Reverchon

L'assurance-maladie, un système d'une rare complexité et difficile à piloter ***La multiplicité des acteurs, le jeu des compromis et des renoncements ont fait capoter les réformes***

Il faut un pilote dans l'avion de l'assurance-maladie, et ce pilote, ce ne peut être que les partenaires sociaux. "Ajoutant que l'absence du Medef au sein des instances paritaires *"n'était pas morale"*, Jacques Chirac a été on ne peut plus clair lors de son intervention télévisée du 1er avril : il ne pourra y avoir de réforme que si le problème de la "gouvernance" du système est réglé. Car la multiplicité des acteurs, le jeu des compromis, des renoncements et des mécontentements ont miné toutes les tentatives antérieures, qu'elles soient d'ordre strictement comptable ou qu'elles visent à mieux gérer une offre de soins tout à la fois en croissance explosive et de plus en plus inégalitaire entre catégories sociales comme entre régions.

Cette complexité est le résultat de la diversité des missions qu'un système d'assurance-maladie a à remplir. Il doit, en effet, tout à la fois délimiter le périmètre des soins remboursés et les principes de prise en charge, organiser l'offre de soins en ville comme à l'hôpital, gérer le risque assurantiel (analyse des risques, optimisation des coûts, prévention), et allouer les ressources (versement des prestations et rémunération des professionnels).

Le drame de la Sécurité sociale "à la française" est de n'avoir jamais choisi clairement quelle fonction serait attribuée à quelle institution. Les compétences de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), de ses gestionnaires syndicaux ou patronaux, de l'Etat et de ses différentes administrations, des assurances privées, mutualistes ou pas, et enfin, des professionnels de santé, plus ou moins organisés, s'enchevêtrent en un gigantesque puzzle qui fait défendre à chacun des acteurs des positions parfois radicalement différentes dans chacun des domaines dans lequel il intervient.

Ainsi l'on voit le ministère de la santé retoquer des conventions passées entre la CNAM et les syndicats de médecins pour réorganiser l'offre de soins, parce que l'Etat avait, entre-temps, décidé de changer ses objectifs budgétaires ; ou encore les médecins refuser d'appliquer les conventions signées par leurs syndicats, et l'administration hospitalière détourner les contrôles de gestion imposés par la CNAM ; ou, enfin, les mutuelles contraintes de rembourser des soins sans pouvoir exercer leur compétence de gestionnaire des risques.

Cette apparente paralysie cache une évolution majeure du système d'assurance-maladie. Alors qu'en 1945 la Sécurité sociale est née sous les auspices d'une logique assurantielle - les salariés cotisent auprès d'organismes gérés paritaires, qui prennent en charge leurs soins de santé -, l'histoire de l'assurance-maladie est faite de l'universalisation progressive de la couverture santé à des populations non salariées. Ce que les spécialistes nomment le passage d'un système "bismarckien", du nom du chancelier allemand qui créa à la fin du XIXe siècle le premier système paritaire d'assurance mutuelle, à un système "beveridgien", du nom du premier ministre britannique qui, à l'issue de la seconde guerre mondiale, créa un système étatique d'accès universel et gratuit aux soins de santé.

EFFET DE CISEAU

Si cette extension ne crée guère de problèmes pendant les années de croissance - la consommation de soins explose dans les années 1960 sans remettre en cause l'équilibre du système -, les crises économiques créent un effet de ciseau : les recettes des cotisations baissent tendanciellement tandis que la pauvreté et le chômage accroissent l'effectif des personnes non couvertes par le régime salarié. Les partenaires sociaux et l'Etat cherchent dans un premier temps à défendre l'équilibre financier du système assurantiel : le résultat est l'exclusion progressive d'un nombre croissant de personnes de l'accès aux soins, et un rationnement de ces derniers au nom de la "maîtrise des dépenses". La contradiction entre un financement public et une organisation privée de l'offre de soins apparaît au grand jour.

C'est paradoxalement avec le plan Juppé de 1995, relayé et amplifié, en 2000, par la couverture maladie universelle (CMU), que la marche vers l'universalisation reprend, renforcée et légitimée par le poids grandissant de l'impôt dans le financement du système... et par le constat du renforcement des inégalités.

La tentation d'une privatisation de l'assurance-maladie, un moment agitée, n'est jouable ni politiquement - les sondages et les résultats électoraux l'attestent - ni économiquement : l'effondrement de la Bourse a dissipé les illusions à ce sujet. Celle d'une privatisation des soins est aujourd'hui prise à revers par la nécessité, de plus en plus admise, d'une réorganisation complète de l'offre de soins, qui ne peut passer que par un abandon de quelques-uns des principes de fonctionnement de la médecine libérale. Mais parvenir à élaborer un nouveau mode de gouvernance qui corresponde à un objectif de santé publique enfin clairement défini et à une répartition des responsabilités conforme à cet objectif nécessitera des concessions majeures de chaque acteur. Instaurer en France une culture de négociation, a dit le président Chirac, exige que chacun fasse de telles concessions. Y compris le gouvernement.

Antoine Reverchon

Reste à convaincre... les médecins

Généralistes et spécialistes font de la résistance passive depuis des années

Là où un médecin devenu ministre, Jean-François Mattei, a échoué à rallier ses collègues à l'inévitabilité d'une réforme, un autre ministre médecin, Philippe Douste-Blazy, réussira-t-il ? Car, comme le notait Dominique Coudreau, ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) de 1979 à 1989, lors d'un colloque au Sénat sur la "gouvernance de l'assurance-maladie", *"le véritable face-à-face ne se déroule plus entre les partenaires sociaux, ou entre les partenaires sociaux et l'Etat, mais entre les professions de santé et l'Etat"*. Une remarque qu'illustre la multiplication des conflits, y compris judiciaires, opposant médecins spécialistes et caisses d'assurance-maladie autour des instruments de régulation de l'offre de soins, mis en place lors des réformes antérieures.

Une vingtaine de verdicts devraient être rendus dans les prochaines semaines par les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS), à la suite de plaintes de caisses à l'encontre de spécialistes qui, bien qu'appartenant au secteur I (c'est-à-dire appliquant les tarifs de la Sécurité sociale), facturent volontairement, en signe de mécontentement, leurs patients en secteur II (honoraires libres). Une manifestation de colère lancée en janvier depuis le département d'Indre-et-Loire, où 114 spécialistes ont été condamnés le 8 mars en référé par le TASS à payer 50 euros par ordonnance illicite. Une coordination nationale des spécialistes, qui a été créée par Internet sans passer par leurs syndicats, plutôt embarrassés, revendiquait 1 172 *"passages en force au secteur I"* au 7 mars et annonçait son intention d'aller jusqu'au bout du processus judiciaire, à la Cour européenne s'il le fallait. Devant une fronde similaire, celle des médecins généralistes, Jean-François Mattei à peine arrivé rue de Ségur avait dû lâcher, en juin 2002, une augmentation du tarif de la consultation à 20 euros, dont le coût sur une année s'élève à 690 millions d'euros.

Philippe Douste-Blazy n'aura pas que ce précédent en tête, lui qui, alors chargé de la santé au sein du ministère des affaires sociales de Simone Veil sous le gouvernement Balladur (1993-1995), avait présidé à l'instauration d'un dispositif de maîtrise des dépenses de soins de ville, fixé par convention avec les organisations de médecins. Mais lorsque Alain Juppé, successeur d'Edouard Balladur, voudra définir en 1995 un régime de sanctions des dépassements de ces objectifs, lesdites organisations en obtiendront le rejet par le Conseil d'Etat, en 2000.

Aucune des conventions médicales laborieusement négociées entre les caisses d'assurance-maladie et les professionnels de santé dans les années 1990 n'a d'ailleurs pu entrer véritablement en œuvre, soit que les syndicats de ces professions les dénoncent, soit que leurs mandants - que l'absence de sanction ne risque guère de dissuader - ne les appliquent tout simplement pas. Cette résistance passive - que Jean de Kervasdoué, un autre ancien directeur de la CNAM, qualifie de "désobéissance civile" - s'est aussi exprimée à travers la réticence à l'informatisation des cabinets (la moitié seulement des médecins acceptent la carte Vitale), ou encore à la prescription de médicaments génériques, qui ne représentent encore que 9 % du marché en volume contre 37 % aux Etats-Unis, et enfin à la constitution de réseaux de soins coordonnant l'action de la médecine ambulatoire et hospitalière.

Les organisations de médecins avancent cependant de bonnes raisons au mécontentement latent de leurs mandants. Les honoraires des spécialistes du secteur I, pour revenir sur l'affaire la plus "chaude", sont bloqués depuis 1996, alors que les charges - loyers, primes d'assurance - ont considérablement augmenté. L'inégale répartition de la démographie médicale dans le pays - avec la "surmédicalisation" du sud et de la région parisienne, et la pénurie de médecins dans les autres régions - rend délicate l'application aveugle de tarifs. L'aide à l'informatisation des cabinets est insuffisante. Surtout, la tradition libérale de la médecine française ne s'accorde guère de ce qui est perçu comme une étatisation rampante des professions de santé.

Comme l'expliquent les chercheurs Jean-Claude Barbier et Bruno Théret, auteur d'un ouvrage sur *Le Nouveau Système français de protection sociale* (La Découverte, 2004), l'échec du plan Juppé *"a clairement montré l'existence d'une puissante opposition des médecins à toute régulation de l'offre de soins"*. Certaines des mesures qui ont *"survécu"*,

ajoutent-ils cependant, "ont modifié la philosophie politique du système(...)." Alors que la droite est aux commandes, "les nouvelles réformes vont tendre à limiter le caractère libéral traditionnel de la pratique médicale". Et de conclure : "L'évolution des systèmes de santé et d'assurance-maladie depuis trente ans va plutôt dans le sens de la planification que de la privatisation. Elle contredit les interprétations qui voient dans les évolutions récentes des systèmes de protection sociale des trajectoires linéaires et une convergence générale vers le retrait de l'Etat, la privatisation, l'individualisation, le ciblage des prestations sur les plus défavorisés...". C'est peut-être pour faire accepter un tel paradoxe au corps médical, soutien électoral traditionnel de l'UMP, que le nouveau secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, s'est vu confier cette charge : il avait fait, paraît-il, des miracles pour convaincre les plus farouches militants de la majorité que la réforme des retraites était la plus libérale possible, et les syndicalistes les plus modérés qu'elle était la plus sociale possible...

A. R.

Comptabilité

1. Comment a évolué la consommation de soins et de biens médicaux ?

Entre 1980 et 1990, le principal facteur de l'envolée de la consommation médicale est l'augmentation de la consommation de soins ambulatoires (médecins, analyses médicales, etc.) : + 208 %. Sur la même période, la consommation de médicaments n'a augmenté "que" de 191 % et les soins hospitaliers de 155 %.

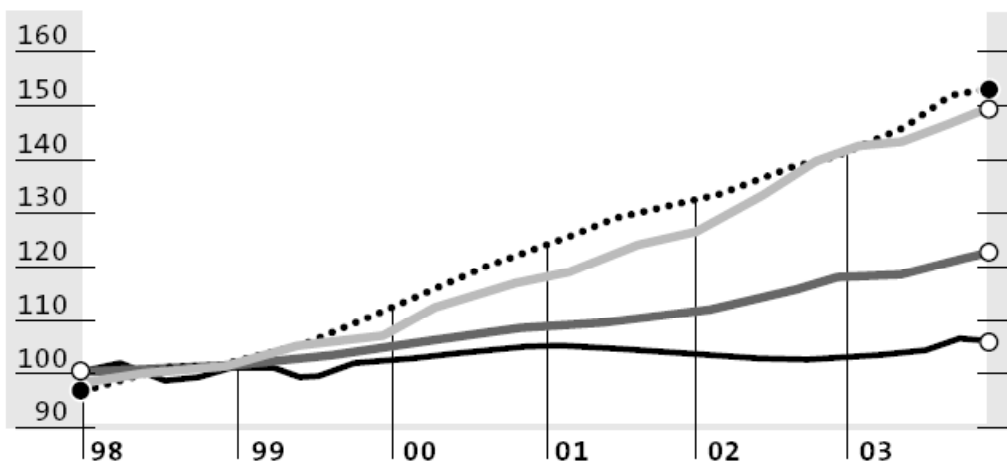
Entre 1990 et 2001, si la croissance de la consommation ralentit en raison des multiples mesures prises pour la maîtriser, ce sont, cette fois, les médicaments qui emportent la palme : + 89 %, suivis des soins ambulatoires (+ 53 %) et enfin les soins hospitaliers (+ 47 %).

En 1960, la consommation totale de soins représentait, en euros courants, 1,6 milliard. Elle était de 6,2 milliards en 1970, 29 milliards en 1980, 80 milliards en 1990 et 128,5 milliards en 2001. La part de cette consommation dans le produit intérieur brut (PIB) est passée de 3,5 points en 1960 à 5 points en 1970, 6,5 points en 1980, 7,9 points en 1990 et 8,8 points en 2001.

DES SOINS DE PLUS EN PLUS CÔUTEUX

Base 100 : moyenne 1998

— Honoraires des généralistes — Honoraires des spécialistes
 Médicaments — Analyses médicales



Source : CNAMTS

2. D'où proviennent les recettes du régime général de l'assurance-maladie ?

En 2003, les cotisations sociales ne représentaient qu'un peu plus de la moitié des recettes du régime général (58 milliards d'euros sur 114). Près de 41 milliards provenaient des impôts affectés aux dépenses de santé, principalement la contribution sociale généralisée (CSG), et un peu plus de 7 milliards de transferts effectués à partir d'autres organismes publics, dont une grande part d'autres caisses d'assurance-maladie. La caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est ainsi directement tributaire de la solidarité nationale (par l'impôt) et de la solidarité interprofessionnelle (par

les transferts). Ce sont d'ailleurs ces deux sources de financement qui augmentent plus vite que les cotisations ces dernières années : respectivement 5 % et 22,7 % en 2001, 0,4 % et 7,8 % en 2002, 2,9 % et 4,1 % en 2003, contre une augmentation des ressources provenant des cotisations de 6 %, 2,1 % et 3,1 % ces trois années.

3. Quels ont été les effets financiers des principales réformes intervenues depuis 1991 ?

Selon un document de la CNAM - Points de conjoncture no 22, février 2004 -, l'ensemble des "plans de redressement" des comptes du régime général qui se sont succédé entre 1991 et 2002 lui permettent aujourd'hui de bénéficier de 10,3 milliards d'euros de recettes annuelles supplémentaires hors CSG (celle-ci représentant à elle seule 8,3 milliards par an). Ils lui ont également permis d'épargner, annuellement, 3,4 milliards de dépenses.

Le document précise ainsi que *"le déficit annuel se trouve allégé aujourd'hui de 20 milliards d'euros environ, du fait de toutes les mesures de financement intervenues depuis le début des années 1990"*. Ces dispositifs (plans Durieux en 1991, Veil en 1993 et 1994, Juppé en 1996) mêlent des hausses de cotisation sociale, des remboursements de médicaments, des hausses du forfait hospitalier, l'affectation de taxes (sur le tabac par exemple) et d'impôts (la CSG), des reprises de la dette du régime dans le budget de l'Etat... Ce sont les hausses de cotisation et la CSG qui offrent, de loin, les meilleurs rendements.

"Le paiement à l'acte ne doit pas être le seul mode de rémunération"

MARISOL TOURAINE

Juriste, Marisol Touraine est secrétaire nationale du Parti socialiste à la solidarité et à la protection sociale. Elle vient d'être réélue conseillère générale de l'Indre-et-Loire

Alain Juppé a déclaré le 1er avril sur Europe 1, que vis-à-vis de l'assurance-maladie, la gauche faisait preuve d'"un immobilisme compassionnel"...

La droite essaie de faire croire qu'elle est le parti de la réforme et nous, celui de l'immobilisme. C'est faux. Il n'existe pas, par principe, un "parti de la réforme". Des transformations sont nécessaires, d'autres pas. Les résultats des élections régionales ont ainsi montré que les Français ne s'étaient pas reconnus dans les réformes à la hussarde menées par Jean-Pierre Raffarin. Je précise, d'ailleurs, que si un gouvernement a fait preuve d'immobilisme concernant l'assurance-maladie, c'est bien celui de Jean-Pierre Raffarin, qui a laissé filer les comptes pendant deux ans.

Le "trou" de la Sécurité sociale est trois fois plus important que sous Alain Juppé ! Jacques Chirac, désavouant son premier ministre, a écarté le recours aux ordonnances pour faire adopter les mesures à venir. C'était l'une de nos demandes, et François Hollande l'a solennellement formulée dès le 28 mars, après la déroute électorale de la droite. Nous avons enfin été entendus... et nous nous ferons entendre au Parlement. La protection sociale, dont le socle a été construit à la Libération, répond à des exigences de solidarité - encore et toujours à renforcer, et de cohésion nationale. Il faut un véritable débat démocratique.

Jean-Pierre Raffarin n'a pas bénéficié de la même conjoncture économique que Lionel Jospin...

La conjoncture n'explique pas tout. Quand on mène une mauvaise politique de l'emploi, mécaniquement, la Sécurité sociale en pâtit par un manque de rentrées des cotisations. De même, les mesures adoptées depuis 2002 ont été contre-productives. Le gouvernement a accepté une hausse du tarif des consultations des médecins généralistes sans que cela améliore le système. Face à ce laxisme délibéré, on voit se profiler la tentation de laisser les acteurs privés entrer dans la danse, ce qui aurait pour conséquence la mise en place d'une Sécurité sociale à deux vitesses.

Où en sont vos réflexions ?

Face à l'ampleur du gouffre, il est nécessaire de passer un contrat avec les Français, auxquels il faut tenir le langage de la vérité. Les dépenses de santé vont continuer à augmenter : l'espérance de vie progresse, le coût d'un certain nombre de thérapeutiques sophistiquées est en hausse, etc. Mais il faut que cette augmentation corresponde à une amélioration de la qualité de la prise en charge, ce qui n'est plus le cas.

Nombreux sont les ministres à avoir essayé de passer un contrat avec les Français. Mais le dossier est difficile...

Il est difficile car il touche au socle des garanties sociales. Il y a deux manières de l'aborder. La première consiste à privilégier la question financière : il y a un trou, trouvons les ressources pour le boucher. Cette démarche comptable est injuste dans la mesure où seuls les assurés sont sommés de l'assumer, alors que la droite distribue des cadeaux fiscaux à tel ou tel lobby. Elle est aussi inefficace. Un point de CSG, c'est 9 milliards d'euros. Pour faire face à la hausse des dépenses, il faudrait l'augmenter d'un point et demi tous les trois ans, ce qui revient à jeter de l'eau dans un puits sans fond. Nous ne sommes pas hostiles à l'idée d'une hausse de la CSG, mais il n'est pas pensable de privilégier cette approche financière.

La seconde voie, celle des réformes structurelles, est la bonne. Redéfinissons les bases de l'assurance-maladie avec l'ensemble des acteurs - les professionnels, mais aussi les syndicats et les mutuelles -, et ensuite - mais seulement ensuite - posons-nous la question des ressources complémentaires. Je crains que le gouvernement, après les

déclarations de Jacques Chirac du 1er avril, ne cède à la tentation comptable en prenant des mesures comme l'augmentation du forfait hospitalier, une franchise sur les boîtes de médicaments, etc.

François Hollande s'est déclaré favorable à une taxation du capital pour aider au rééquilibrage financier de l'assurance-maladie. Ne pensez-vous pas que cela soit de nature à rendre la France moins attrayante vis-à-vis des investisseurs étrangers ?

Nous réfléchissons à un élargissement de l'assiette de la CSG. Actuellement, elle est fondée à 90 % sur les ressources du travail. Ne l'élargissons pas, comme le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin peut l'imaginer, aux retraités et aux chômeurs. Ne pénalisons pas les plus faibles.

Il s'agit d'intégrer dans l'assiette de la CSG un certain nombre de produits financiers, car actuellement, il n'y a pas une égalité de contribution entre les revenus du capital et ceux du travail. La CFDT s'est, ainsi, prononcée pour une *"contribution sur les bénéfices des entreprises affectée à la Sécurité sociale"*. Il faut étudier toutes les pistes. Mais encore une fois, il faut passer un contrat avec les Français : que sont-ils prêts à payer ? Quelle part de la richesse nationale veulent-ils voir attribuer à leur système de santé ? Ils ne supportent plus l'opacité du dispositif et ce sentiment de payer toujours plus pour un système de moins en moins performant.

Comment refonder le système ?

Je crois qu'il faut mettre en avant trois principes fondateurs : renforcer l'égalité de l'accès aux soins ; garantir des prestations de qualité et responsabiliser l'ensemble des acteurs. Cessons de culpabiliser les assurés pour vraiment associer les professionnels aux décisions.

Parmi les pistes possibles, il est urgent de redéfinir les règles d'installation des médecins et des infirmières, trop concentrés dans certaines régions ; de même, il doit être possible de réfléchir à la mise en place de prescriptions médicales de référence.

Les médecins vont crier à l'étatisation de leurs pratiques...

Mais non, c'est avec eux que ce travail doit être fait. Les pratiques sont très différentes entre médecins. Certains ont des comportements vertueux et d'autres préfèrent la facilité. La politique du médicament doit être mieux encadrée.

Ces mesures ne sont efficaces que si des sanctions existent, or jusqu'à maintenant, les médecins ne craignent pas grand-chose.

Les objectifs fixés doivent être partagés, mais les professionnels ne peuvent ignorer la situation de la Sécurité sociale. D'ailleurs, les mentalités évoluent. Il y a dix ans, les médecins ne voulaient pas entendre parler d'évaluation, aujourd'hui c'est devenu une évidence. Je pense à d'autres pistes dont une meilleure coordination entre praticiens par l'incitation aux cabinets de groupe qui peuvent entraîner une spirale d'économies. L'une des clés est de sortir du paiement à l'acte, inflationniste. Il ne doit plus être le seul mode de rémunération pour les praticiens qui pourraient aussi être payés au forfait.

Et l'hôpital ?

Il manque de bras car les questions de démographie médicale ont été mal anticipées. Mais nous ne pourrions pas faire l'économie, là aussi, d'une réflexion sur l'affectation du personnel hospitalier.

Jacques Chirac a appelé à une union nationale sur le dossier, jouerez-vous le jeu ?

Au Parlement, les socialistes feront entendre leur volonté d'une Sécurité sociale solidaire, assurant une meilleure prise en charge de tous. Nous ne nous accommoderons pas de choix minimalistes ou purement financiers accompagnés d'une ou deux mesures cosmétiques. Et encore moins, évidemment, de la privatisation d'une partie du système.

Propos recueillis par Marie-Béatrice Baudet