

LES MESURES DOUSTE-BLAZY ANNONCEES LE 17 MAI 2004

Les principales pistes de la réforme Libération 18 mai 2004

Economiser, responsabiliser et faire entrer de nouvelles recettes. La réforme de l'assurance maladie promise par le gouvernement s'organise autour de ces trois objectifs. Certaines pistes avaient été évoquées ces dernières semaines par le Premier ministre Jean-Pierre Raffarin : instauration d'une franchise, création d'un dossier médical et même hausse de la CSG, à propos de laquelle le ministre des Finances, Nicolas Sarkozy, se disait, dans *le Figaro* d'hier, «très réservé».

Faire des économies

1. Définir un panier de soins

L'expression est apparue récemment. Le panier de soins étant une formule imagée recouvrant une définition du périmètre des soins remboursés par la collectivité. Ce périmètre s'est dessiné au fil des conflits qui ont jalonné la construction de l'assurance maladie. Ainsi, pour des raisons historiques, les lunettes comme les frais dentaires avaient été laissés sur le côté dans les années 1950. Les dentistes comme les opticiens n'ayant pas voulu signer de convention avec l'assurance maladie. En revanche, les cures thermales étaient, elles, remboursées.

Aujourd'hui, le projet sous-jacent que porte l'expression «panier de soins» est de revenir à des critères strictement sanitaires pour définir «l'ensemble des éléments remboursés par la collectivité». Ce panier serait défini par la Haute Autorité de santé publique. Au passage, cela permettrait de faire du nettoyage, et de dérembourser en masse des actes médicaux considérées comme «de confort» voir «inutiles».

2. Développer les génériques

Cette Haute Autorité de la santé composée de scientifiques aurait aussi pour tâche de dresser la liste des médicaments peu efficaces, dérembourser. Elle superviserait aussi le développement des génériques (1). Bien boostés par Kouchner et Mattei, ces médicaments vont continuer à être mis à contribution par Douste-Blazy, qui envisage en particulier de généraliser le TFR (tarif forfaitaire de responsabilité). Effective depuis juillet 2003, cette mesure consiste en un taux de remboursement unique pour tous les génériques d'un même médicament, quelle que soit la marque choisie par le patient. Globalement, les génériques connaissent une croissance exponentielle en France depuis cinq ans, et leur marché atteint désormais près d'un milliard d'euros par an. Pour l'heure, seul un médicament sur cinq est «généricable», mais l'expiration (récente ou dans les mois à venir) de brevets de poids lourds des ordonnances va nettement amplifier la grande famille des génériques. Sont concernés notamment l'antiulcèreux Mopral, le somnifère Stilnox, l'antiallergique Zyrtec, et l'anticholestérol Zocor. Philippe Douste-Blazy a annoncé hier qu'un médicament serait généricable au bout de dix ans au lieu de quinze actuellement.

(1) Copies à l'identique et moins chères de produits dont le brevet est tombé dans le domaine public.

3. Eviter les doublons ville-hôpital

En tant que tel, l'hôpital n'a pas été ces dernières années le principal responsable du dérapage des dépenses de santé. Avec le plan «hôpital 2007» lancé par Jean-François Mattei, sa modernisation doit se poursuivre. Reste que des économies non négligeables pourraient être faites par une meilleure articulation entre médecine de ville et soins hospitaliers. Les examens ou analyses biologiques sont souvent renouvelés lors de l'hospitalisation, alors qu'ils viennent d'être pratiqués en soins ambulatoires. Le but du «dossier médical partagé» est justement de supprimer ces doublons.

Faire entrer de nouvelles recettes

1. Augmenter la CSG

Il paraît difficile d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie sans augmenter la Contribution sociale généralisée. Pour des raisons à la fois politiques et économiques, le gouvernement souhaite éviter une telle mesure. Baisser d'une main l'impôt sur le revenu, ce qui ne profite qu'à ceux qui en paient, et augmenter de l'autre une cotisation qui pèse sur l'ensemble de la population apparaîtrait comme un marché de dupes. Et tout prélèvement supplémentaire influe négativement sur la croissance. Cela «aurait un impact récessif», estimait hier le ministre des Finances, Nicolas Sarkozy, dans un entretien au *Figaro*. Reste que la CSG est «par son assiette, large, et le principe de proportionnalité qui la sous-tend, rappelait dans son rapport le président du Haut Conseil pour la réforme de l'assurance maladie, Bertrand Fragonard est, jusqu'à présent, apparue comme une réponse» adaptée. Son taux est aujourd'hui de 7,5 % sur tous les revenus et 6,2 % pour

les retraités. Un point de CSG rapporte 9 milliards d'euros. Si une hausse d'un tel niveau est exclue, Philippe Douste-Blazy propose qu'un relèvement de 0,4 % soit appliqué aux retraités imposables. Cette mesure rapporterait 450 millions d'euros.

2. Prolonger la CRDS

La charge de la dette de la Sécurité sociale pèse lourdement sur ses comptes. A la fin de cette année, le total des pertes accumulées atteindra les 32 milliards d'euros. Pour la rembourser avait été instaurée jusqu'en 2014 la CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale), qui alimente la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Son existence devrait être prolongée au-delà de cette échéance, bien que de nombreuses voix se soient fait entendre pour critiquer une mesure qui revient à faire porter un déficit de plus en plus lourd sur les générations futures. Mais en prolongeant la CRDS, le gouvernement peut alléger d'un milliard d'euros les frais financiers de la dette de l'assurance maladie. Une économie toujours bonne à prendre.

3. Augmenter la contribution sur les sociétés

Alain Juppé avait instauré une contribution sur les bénéfiques (CSB) des entreprises rapportant bon an mal an un peu moins d'un milliard d'euros. Les socialistes proposent d'en doubler le montant, et de réfléchir à un autre prélèvement qui ne pèserait pas sur les salaires comme les cotisations d'assurance maladie. Une des pistes du gouvernement est la «*contribution spécifique de solidarité sur les sociétés*» (dite «C3S»), liée au chiffre d'affaires. Elle a le mérite d'avoir un faible taux pour une assiette large. Evoquer le relèvement de la C3S est aussi un moyen de faire pression sur le Medef pour l'obliger à reprendre sa place dans la gestion de l'assurance maladie.

4. Modifier la carte Vitale

Apposer une photo sur la carte Vitale. Philippe Douste-Blazy avait évoqué cette hypothèse pour en limiter l'usage abusif. Hier, il a souhaité en faire une véritable «*carte d'identité de santé*». Le ministre se fonde sur une récente note de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales), qui soulignait les failles du système. Pour spectaculaire qu'elle soit, cette mesure laisse sceptiques les spécialistes de l'assurance maladie. Les abus seraient en réalité très limités, estime la Cnam : quelques milliers de cartes effectivement utilisées pour obtenir des remboursements abusifs pour 50 millions de cartes Vitale. La fraude, estime-t-on, porterait donc sur quelques millions d'euros, alors que le coût de l'apposition d'une photo est estimé à 200 millions. Il serait cinq fois moindre si la photo n'apparaissait que sur les nouvelles cartes mises en circulation. Une solution qui devrait être retenue d'abord pour sécuriser l'accès au futur dossier médical informatisé.

Responsabiliser usagers et médecins

1. Un euro par ordonnance

Une «*contribution modique par feuille de soins*» : cette solution déjà évoquée à deux reprises par Raffarin est confirmée par Douste-Blazy. Son objectif serait moins d'alléger la charge de l'assurance maladie - encore qu'elle puisse rapporter entre 500 et 800 millions d'euros dont la charge serait transférée aux ménages -, que de responsabiliser les patients. Un récent rapport de l'OCDE reste réservé sur l'effet induit de la mesure, d'autant qu'en seraient dispensés «*les enfants et les familles modestes*». Cet «euro» dont le but serait de faire prendre conscience du coût d'un acte médical risque de cristalliser l'opposition de tous ceux qui craignent que la réforme soit l'occasion d'un désengagement de l'assurance maladie. La gauche et l'ensemble des syndicats y sont résolument hostiles : «*Une logique de culpabilisation*», a dénoncé Jean-Claude Mailly, le secrétaire général de FO, invité sur le plateau de France 2.

2. Mieux sanctionner les congés de maladie abusifs

Le ministre de la Santé, comme il l'avait déjà fait quinze jours plus tôt, a lourdement insisté sur les abus, en particulier en matière d'arrêts de travail. Pour faire bonne mesure, il a cité à la fois le cas de salariés touchant des indemnités journalières sans être malade, et celui «*de chefs d'entreprise qui mettent t des gens à l'assurance-maladie en ayant recours à des médecins qu'ils connaissent bien*». Philippe Douste-Blazy envisage pour lutter contre ces abus de prendre des sanctions, qui «*pourraient aller jusqu'au remboursement des indemnités journalières*» par les salariés ou chef d'entreprise fautif.

3. Meilleure répartition géographique des soins

La France inégale. La répartition des médecins sur le territoire français montre toujours une opposition très forte entre le Nord et le Sud. Avec des densités de médecins variant de 1 à 4 entre les départements : les moins bien pourvus étant la Mayenne et l'Eure et le mieux doté Paris. Des variations qui recoupent la plupart du temps des fortes différences en termes de mortalité. Ces inégalités en série sont, en outre, sources de gaspillage. D'où l'idée de prendre des mesures contraignantes pour obliger ainsi certains jeunes médecins à s'installer dans des régions pauvres en professionnels de santé. «*S'il le faut, et si les mesures incitatives ne*

suffisent pas, il faudra l'envisager», déclarait récemment le nouveau ministre de la Santé. Une possibilité fortement critiquée par les syndicats de médecins libéraux.

4. Instaurer le dossier médical partagé

Le développement du dossier médical partagé *«est une nécessité absolue»,* et sa mise en place peut se faire *«dans les deux ans à partir de 2005»,* affirmait hier soir Philippe Douste-Blazy. Cet outil informatisé vise à rassembler les données médicales d'un patient, les rendant accessibles à tous les professionnels le prenant en charge (généraliste, spécialistes libéraux et hospitaliers...). Objectif : une mise en commun des informations qui permet d'améliorer la coordination des soins et d'augmenter les échanges entre les réseaux : médecine de ville, hôpitaux, et secteur médico-social. Concrètement, finies les consultations multiples ou la répétition des examens complémentaires pour le même motif ! Ce dossier informatisé permet aussi de gagner du temps quand un patient avec de gros antécédents arrive à l'hôpital, en particulier pour les urgences. Il y a tout juste un an, un rapport complet sur le sujet, rédigé par le Pr Marius Fieschi, avait été remis à Jean-François Mattei.

5. Passer par le médecin traitant

Plébiscité par les uns, critiqué par les autres, le système du *«médecin référent»* serait repris sous une forme plus souple par le Dr Douste-Blazy, qui a préféré hier l'intitulé moins contraignant de *«médecin traitant»*. Les consultations de spécialistes ne seraient bien remboursées que si le patient a préalablement consulté son médecin généraliste. Sinon a proposé le ministre de la Santé, le spécialiste serait autorisé à *«augmenter ses honoraires»* et ce dépassement ne serait pas remboursé. Ce *«système du médecin traitant»* serait donc plus souple que celui du *«référént»* expérimenté depuis 1997, et par lequel le patient s'engageait à recourir au même généraliste, qui touchait une rémunération forfaitaire. Environ 7 000 praticiens avaient accepté d'être *«référénts»* (sur 53 000 généralistes), selon des chiffres publiés en avril par le syndicat MG France, qui en a été le défenseur. Le syndicat affirme qu'ils font faire des économies à la Sécu : en 2002, ils auraient prescrit 6 % de moins de médicaments que les autres généralistes, soit un gain de 17000 euros par médecin et par an. De plus, ils participeraient davantage à la prévention et à la formation continue que les autres.

Sécurité sociale

Les mesures annoncées hier soir

Erreur! Signet non défini. **Le Monde 19 mai 2004**

Médecins traitants : si un patient se rend directement chez un médecin spécialiste, il paiera plus que s'il était passé d'abord par son médecin traitant. Dans deux ans, mise en place d'un dossier médical informatisé.

Arrêts de travail : le ministre aura la possibilité de sanctionner directement les médecins. Une commission sera créée, qui aura le pouvoir de demander aux patients qui en abusent le remboursement des arrêts de travail injustifiés.

Consultation : un euro supplémentaire sera demandé au patient pour chaque consultation, sauf pour les enfants et les bénéficiaires de la CMU.

Générique : le délai sera réduit à 10 ans pour qu'un générique puisse concurrencer le médicament princeps.

Carte vitale : à l'hôpital, le patient sera tenu de se présenter avec sa carte vitale et sa carte d'identité. Dans deux ans, création d'une carte d'identité de santé.

CSG : augmentation du taux pour les retraités imposables.

Haute autorité de santé publique : elle sera composée de 12 membres, nommés par le président de la République, le Sénat, l'Assemblée et le Conseil économique et social.

Charlatanisme

Erreur! Signet non défini. **Libération 18 mai 2004**

Par Jean-Michel THENARD

Depuis des semaines, Douste-Blazy amusait la galerie. Entre une visite d'hôpital et un plateau de télévision, il revendiquait s'inspirer de la stratégie sarkozienne du mouvement pour disputer l'espace médiatique à son collègue de Bercy. Mais à trop s'occuper de sa mise en forme, celui qui, dans son camp, a la réputation d'un beau parleur, donnait l'impression d'éviter soigneusement le fond. Le ministre avait, il est vrai, une mission d'agent d'ambiance : convaincre que ce gouvernement, en froid avec une majorité de l'électorat, ne veut du mal à personne : ni aux usagers qui abusent des médicaments, ni aux médecins qui les prescrivent, ni aux labos qui poussent à la consommation. En gros, il prétendait opérer de façon bénigne une Sécu victime d'une tumeur mortelle. Cette stratégie d'autosuggestion limite charlatanisme a trouvé ses limites, hier. Certes, le ministre veut «responsabiliser les acteurs» et ne «culpabiliser» personne. Mais son «personne» consiste surtout à épargner la gent médicale et à mettre les usagers à plus sévère traitement. Pas de toubib «réfèrent», mais ils devront payer plus cher les spécialistes et acquitteront «un euro» pour chaque consultation. Plus on est malade, plus on contribuera, donc, ce qui n'est pas un signe de justice sociale. Surtout si on est retraité, puisque, pour ceux-là, la CSG augmentera. Il n'est pas certain que cela suffise à assurer la survie du système. Et pas sûr que l'usager applaudira d'être le seul mis à contribution alors que la «responsabilité» des autres acteurs est largement ignorée. Le principe «d'équité» vanté hier par le ministre semblait moins prévaloir que l'équation «plus de dépenses et moins de remboursement pour tous demain», synonyme de régression sociale.

A savoir

5% des assurés représentent 51 % de la dépense et touchent 60 % des remboursements.

Au total, les dépenses de santé se sont élevées à 101,4 milliards en 2003, soit une hausse de 6,3 % par rapport à 2002.

En 2001, la dépense nationale de santé représentait : 9,6 % du PIB en France, 10,6 en Allemagne, 13,9 aux Etats-Unis.

Déremboursements

Après une première vague de 82 produits en 2003, le gouvernement envisage le déremboursement de 426 médicaments en 2004. Cette mesure devrait générer 250 millions d'euros d'économies par an.

Des partenaires chacun dans sa logique

Le gouvernement tente d'arbitrer un dossier sur lequel personne n'est d'accord.

Libération 18 mai 2004

L'embarras du gouvernement dans le traitement du dossier assurance maladie tient autant à son urgence (11 milliards d'euros de déficit l'an dernier, 13 milliards cette année) qu'à la multiplicité des interlocuteurs. Pas moins de 53 membres représentant autant d'acteurs de la santé et de la protection sociale siègent au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Et chacun suit sa logique.

Les syndicats désunis. Il y a d'abord les partenaires sociaux. Au coeur du dispositif, côté syndical, on retrouve la CFDT, qui gère la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Toutefois, le système est bancal depuis que le Medef a décidé, en 2001, de ne plus y siéger. On n'est donc plus dans une logique paritaire. Le gouvernement souhaiterait que l'organisation patronale reprenne sa place dans un «conseil de surveillance» qui aurait la haute main sur l'assurance maladie, dont la gestion lui serait déléguée par le Parlement. Le Medef n'est pas très chaud, préférant que l'on distingue ce qui est du ressort des entreprises (indemnités journalières, accidents du travail) - qu'il est prêt à gérer paritairement -, du reste de la politique de santé qui serait sous la responsabilité directe de l'Etat.

A l'inverse, la CGT veut davantage de pouvoirs pour les partenaires sociaux dont le rôle serait légitimé par un rétablissement des élections aux caisses de sécurité sociale. Quant à la CFDT, elle cherche à fédérer un «front réformiste» rassemblant la CFTC, la CGC et les autonomes de l'Unsa, qui jouent un rôle majeur au sein de la puissante Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). Cette alliance syndicats-

mutualité est candidate pour piloter une assurance maladie rénovée, qui gérerait non seulement le remboursement des soins de ville, mais aussi les dépenses hospitalières.

Les politiques impliqués. Mais les partenaires sociaux ne sont pas seuls à vouloir conduire la réforme. Les politiques ont aussi leur mot à dire. Depuis la réforme Juppé de décembre 1995, ils votent chaque année le «plan de financement de la Sécurité sociale». Jacques Chirac, le 2 avril, puis Jean-Pierre Raffarin trois jours plus tard, dans son discours de politique générale, ont appelé «*au concours de tous*», y compris de l'opposition, pour mener à bien ce chantier au-delà des clivages partisans. La gauche a, pour l'instant, plutôt joué le jeu, tout en récusant l'idée d'un consensus. Les communistes ont dévoilé leurs propositions. Celles des socialistes sont connues (*Libération* du 14 mai 2004).

Le PS s'appuie sur les conclusions du rapport Fragonard de janvier dernier, qui présentait le «*diagnostic partagé*» élaboré par le Haut Conseil pour l'assurance maladie. Il prône une réduction draconienne de la consommation de médicaments : 20 % en trois ans. En désignant ainsi l'industrie pharmaceutique comme principale responsable du trou de la Sécu, l'opposition se prépare à mener bataille contre toute baisse du remboursement des consultations, ou contre des mesures d'économies touchant l'hôpital public.

Les médecins inquiets. Restent les médecins que Raffarin avait choyés à son arrivée en portant à 20 euros la consultation des généralistes. Instruits par l'expérience des buralistes ou des restaurateurs, ils ne sont pas prêts à voir une réforme de l'assurance maladie menacer leurs intérêts. Et il ne leur a pas échappé qu'une régulation des dépenses pouvait avoir un effet direct sur leurs revenus.

Entre le Medef qui se fait prier, les syndicats qui veulent rester aux commandes, la mutualité qui ne veut plus être un payeur passif, l'hôpital au bord de l'explosion, les médecins qui craignent pour leurs revenus et leurs conditions d'exercice, et l'opposition qui entend jouer son rôle, la marge de manoeuvre du gouvernement est pour le moins étroite.

M. Douste-Blazy compte sur les patients pour sauver la "Sécu" **Le Monde 19 mai 2004**

Invité de l'émission "100 minutes pour convaincre" sur France 2, le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, a dévoilé, lundi 17 mai, les grandes lignes de son plan pour endiguer la "FAILLITE" de l'assurance-maladie, dont la dette atteint 32 milliards d'euros. Le projet, qui prévoit des économies de 15 MILLIARDS D'EUROS en 2004, devrait être examiné en conseil des ministres le 16 juin. Afin de le financer, plusieurs mesures sont envisagées : HAUSSE DE LA CSG pour les retraités, acquittement d'une franchise de 1 euro par consultation et relèvement de la contribution des entreprises. Les patients seront aussi invités à consulter d'abord leur médecin traitant avant de voir un spécialiste. Gaby Bonnard (CFDT) dénonce "UN BALAYAGE superficiel". Jean-Marie Le Guen (PS) raille une politique de "replâtrage".

C'est peu dire que la mise au point de la réforme de l'assurance-maladie a été laborieuse. Moins de cinq heures avant son passage à "100 minutes pour convaincre", lundi 17 mai, sur France 2, le ministre de la santé et de la protection sociale participait encore, à Matignon, à une réunion de ministres - la seconde en vingt-quatre heures. Le volet financier du plan présenté par Philippe Douste-Blazy, pour lequel les retraités imposables seront sollicités, a été particulièrement difficile à boucler. Il représente finalement un effort supplémentaire de 15 à 16 milliards d'euros, dont 10 milliards d'économies sur la seule offre de soins. Acquis à la "responsabilisation" des assurés, Jean-Pierre Raffarin a obtenu gain de cause : une franchise d'un euro par consultation sera instituée.

Soumis à la concertation dès mardi, le plan gouvernemental - le dix-septième depuis 1975 - revoit le pilotage de l'assurance-maladie. Il réorganise le système de soins en adoptant deux mesures structurelles : le dossier médical informatisé et le parcours personnalisé avec l'aide du médecin traitant, un dispositif qui suppose de nouveaux comportements des patients et du corps médical. Il comporte, enfin, un arsenal, classique, d'économies et de recettes nouvelles.

Pour faire accepter dans l'opinion ce nième plan de sauvetage, le ministre de la santé a fait valoir, lundi soir, qu'il fallait préserver la Sécurité sociale de la "faillite". Faute de quoi, a-t-il prévenu, les assurances privées feraient une entrée massive et les plus démunis ne pourraient plus se soigner. M. Douste-Blazy, qui reprend ses consultations bilatérales en recevant le secrétaire général de FO, Jean-Claude Mailly, devait rendre publique, mardi, une note d'orientation sur la réforme de dix pages.

Le temps presse pour le gouvernement. Pour tenir son calendrier - la présentation du plan au conseil des ministres du 16 juin -, il doit transmettre son projet de loi au conseil d'Etat entre le 20 et le 25 mai. La date

du 25 sera vraisemblablement la bonne, M. Douste-Blazy et le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, se ménageant la possibilité d'ultimes rendez-vous le 24 mai.

Cinq milliards d'euros de nouvelles recettes.

Les patients, les retraités imposables, les entreprises et les générations futures seront mis à contribution. La dette de l'assurance-maladie (32 milliards d'euros de déficits cumulés) sera isolée et reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), ce qui suppose une prolongation de la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (0,5 % sur tous les revenus) au-delà de 2014. Lionel Jospin avait déjà recouru à une telle mesure.

Le taux de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) sera relevé de 0,13 % à 0,16 % du chiffre d'affaires, ce qui rapportera 780 millions d'euros. Le taux de la contribution sociale généralisée (CSG) des retraités imposables, qui représentent la moitié des retraités, passera de 6,2 % à 6,6 %. Les produits financiers et les jeux seraient davantage taxés. En revanche, il n'y aura pas d'augmentation de la CSG pour les actifs. L'Etat versera un milliard à l'assurance-maladie pour compenser - partiellement - les exonérations de charges patronales privant la Sécurité sociale de recettes.

Les patients, exception faite des jeunes de moins de 20 ans et des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU), acquitteront une franchise d'un euro par consultation au moment du remboursement. Cette mesure rapporterait près d'un milliard. La franchise annuelle par assuré et en fonction du revenu, défendue à Bercy mais qui nécessite plusieurs mois de développement informatique, est écartée. *"Je refuse une franchise annuelle de 100, 200 ou 300 euros par assuré"*, a déclaré le ministre de la santé, tout en laissant entendre qu'il faudrait y venir si le plan gouvernemental ne produisait pas suffisamment d'effets.

Dix milliards d'économies sur l'offre de soins.

Le gouvernement espère au moins 3,5 milliards d'économies de la diffusion de la maîtrise médicalisée des dépenses. L'industrie pharmaceutique sera mise à contribution à hauteur de 2 milliards. Les génériques seront développés et le délai moyen entre la mise sur le marché d'un médicament et celle de son générique passera de 15 à 10 ans. Une politique d'alignement des prix via les tarifs forfaitaires de responsabilité sera mise en œuvre. Le nettoyage de la pharmacopée (déremboursement des produits à service médical rendu insuffisant) sera poursuivi sous l'égide d'une haute autorité en santé publique composée de 12 membres nommés pour six ans non renouvelables : 3 par le chef de l'Etat, et 3 par les présidents du Sénat, de l'Assemblée nationale et du Conseil économique et social. M. Douste-Blazy a rappelé que la surconsommation médicamenteuse était à l'origine de 128 000 journées d'hospitalisations et de 9 000 à 10 000 morts chaque année.

Dossier médical informatisé et parcours de soins. Après des années de tergiversations, le dossier médical informatisé, qui doit favoriser la mise en commun de toutes les données médicales concernant un patient, et éviter les actes inutiles ou redondants, sera développé dans les deux ans qui viennent. M. Douste-Blazy, optimiste, avait indiqué, le 4 mai, qu'il en attendait *"6,5 à 7 milliards d'euros"* d'économies d'ici à 2007. Les patients sont incités à changer de comportement et à adopter un parcours de soins vertueux avec l'aide de leur médecin traitant qui devrait jouer un rôle de pivot dans le système de soins. Ceux qui consulteront directement un spécialiste, sans avoir préalablement rencontré leur médecin traitant (généraliste, pédiatre, gynécologue ou ophtalmologiste) seront remboursés sur la base d'une consultation classique. Les spécialistes pourront, eux, pratiquer des dépassements d'honoraires dans des limites que le gouvernement négociera avec les syndicats médicaux.

Un Etat garant, des gestionnaires plus responsables.

Le nouveau mode de *"gouvernance"* du système de soins consacre le rôle actuel de l'Etat. Une Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) serait créée et dotée d'un conseil d'orientation et d'un directoire. Elle devra nouer un partenariat avec les organismes de protection complémentaire. Le directeur de l'Uncam, nommé en conseil des ministres, désignera les directeurs de caisses primaires, les partenaires sociaux pouvant s'y opposer. M. Douste-Blazy propose aux gestionnaires de la "Sécu" de soumettre chaque année un budget au gouvernement et d'aménager le périmètre des soins remboursables dans une limite - un *"corridor"* - fixée par l'Etat. Pour que l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance-maladie voté chaque année soit respecté, un *"comité d'alerte"* sera créé. Il sera notamment composé du directeur général de l'Insee et d'un magistrat de la Cour des comptes, a indiqué M. Douste-Blazy.

Claire Guélaud

Les arrêts de travail davantage contrôlés

Le Monde 19 mai 2004

Le contrôle des arrêts de travail sera renforcé. Ce tour de vis devra, selon la note d'orientation rendue publique mardi, permettre de "s'assurer de l'utilisation économe des deniers publics" et que "les sommes versées pour indemniser un arrêt de travail sont médicalement justifiées". Le gouvernement en attend une économie de 800 millions d'euros. M. Douste-Blazy a proposé de sanctionner les "deux ou trois" praticiens par département qui commettent des abus, en les soumettant à un contrôle systématique des médecins-conseil. Les patients abusant, sans raison médicale, des arrêts de travail passeraient devant une commission de médecins libéraux, de médecins-conseil et de représentants des associations d'usagers, qui pourrait exiger le remboursement des indemnités journalières indûment perçues. Les effectifs du contrôle médical de l'assurance-maladie seraient augmentés.

Le ministre veut limiter l'accès direct aux médecins spécialistes

Le Monde 19 mai 2004

Philippe Douste-Blazy a proposé, lundi 17 mai, sur France 2, qu'un "médecin traitant" (généraliste, pédiatre, gynécologue ou ophtalmologiste) soit chargé du "dossier médical informatisé" - dont le ministre a annoncé la création - afin de "suivre le malade tout au long de sa vie" et d'assurer une meilleure coordination des soins. Le patient devra d'abord consulter ce médecin s'il souhaite ensuite voir un spécialiste et être correctement remboursé. En cas d'accès direct au spécialiste, ce dernier "pourrait augmenter ses honoraires", a précisé le ministre ; la différence de remboursement ne sera pas prise en charge par l'assurance-maladie.

Le ministre de la santé fait ainsi un geste en faveur des spécialistes libéraux du secteur 1 (tarifs de la Sécurité sociale), dont certains pratiquent depuis des mois des dépassements d'honoraires illégaux, pour dénoncer l'absence de revalorisation de leur consultation et de leurs actes (*Le Monde* du 23 mars). "C'est la première fois, depuis deux ans, que nous avons une ouverture comme celle-là", se félicite Jean-Luc Jurin, vice-président de l'Union des médecins spécialistes (Umespe-CSMF). Mais, en conditionnant le niveau de remboursement de la consultation au passage chez un "médecin traitant", M. Douste-Blazy s'inspire du principe de "médecin référent" institué en 1998.

M. Douste-Blazy s'en défend. "Je suis contre les médecins référents, c'est une idéologie qui n'est pas la mienne", a-t-il insisté. Les objectifs recherchés sont pourtant les mêmes. Le "médecin référent" est censé limiter le nomadisme médical en incitant le patient à consulter le même médecin afin qu'il soit orienté, à bon escient, vers un spécialiste.

Combattu par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et l'Ordre des médecins, ce dispositif n'a jamais soulevé l'enthousiasme (il ne concerne que 7 000 généralistes sur 55 000). Selon une étude de MG France - seul syndicat à avoir soutenu la réforme -, ces praticiens prescrivent moins de médicaments, privilégient les génériques et font plus de prévention. "En refusant le terme de médecin référent, le ministre a simplement désamorcé un blocage idéologique, l'important c'est qu'il généralise la coordination des soins", estime Pierre Coste, président de MG France. De son côté, Michel Chassang, président de la CSMF, se félicite que "la généralisation du médecin référent, un système à la britannique, ne soit pas retenue". Mais il prévient que la formule du médecin traitant "ne doit pas dériver vers un généraliste distributeur de tickets pour le spécialiste".

En revanche, les syndicats de médecins réclament tous une hausse des honoraires des spécialistes, condition sine qua non à leur participation à la coordination des soins. "Sans revalorisation, ce système ne vaut rien. Cela n'aurait pas de sens que les médecins hors protocole gagnent plus que ceux qui s'engagent", prévient M. Chassang.

"Il faut prévoir une majoration de coordination remboursée uniquement si le patient est envoyé par son médecin traitant, réclame M. Coste. Sinon, ce sera comme à l'hôpital : six mois d'attente pour consulter dans le secteur public, un rendez-vous dans la semaine si vous pouvez payer les honoraires libres de la consultation dans le secteur privé."

Sandrine Blanchard

Trois questions à Gaby Bonnard (CFDT) *Le Monde* 19 mai 2004

1 Vous êtes secrétaire national de la CFDT chargé de la protection sociale. Quelle est votre réaction aux propositions de M. Douste-Blazy ?

On a assisté à un balayage superficiel avec des mesures insuffisantes pour garantir l'accès de tous à des soins de qualité et à une prise en charge plus équitable. Cela fait trois mois que le Haut Conseil a rendu un diagnostic sériant les problèmes de notre système de santé, et nous avons peu de réponses précises, sinon celles concernant les seuls usagers et visant à les culpabiliser. La proposition de 1 euro par consultation ressemble au ticket modérateur, qui n'a jamais modéré que l'accès aux soins des plus modestes. Le ministre est aussi resté très vague sur la généralisation de la complémentaire santé.

2 Ces mesures règlent-elles les problèmes de financement ?

Non. Le prolongement de la CRDS n'est pas responsable. Il revient à transmettre la dette de l'assurance-maladie aux jeunes générations. L'élargissement et l'augmentation de la CSG pour les retraités devraient s'accompagner de la prise en charge par la Sécurité sociale de la dépendance. Les mesures concernant les contributions des entreprises relèvent du symbole et ne sont pas à la hauteur de nos attentes.

3 Etes-vous satisfait des propositions sur la gouvernance ?

Elles méritent d'être approfondies. La mise en place d'une haute autorité est intéressante. Mais il faut clarifier le rôle de l'Etat. Il est garant de l'équilibre de l'offre de soins sur tout le territoire. Il doit aussi déterminer ce qui doit être éligible au remboursement, au regard des priorités fixées par le Parlement. A charge pour l'assurance-maladie d'édifier des parcours de soins en fonction de ces choix. L'idée d'une collaboration entre le spécialiste et le généraliste est bonne si elle n'est pas détournée, ce qui est le cas par la possibilité donnée aux spécialistes de dépasser les honoraires. Il y a là un risque de médecine à deux vitesses. Ces propositions doivent être rediscutées avec le ministre, qui doit tout mettre sur la table. La réforme n'est pas qu'une question de gouvernance ni de responsabilisation des seuls usagers !

Propos recueillis par Rémi Barroux

La gauche dénonce des "propositions déséquilibrées" *Le Monde* 19 mai 2004

M. Thibault (CGT) stigmatise un plan qui conduit à "un service minimum de la Sécurité sociale"

Unanimes. Réagissant aux mesures avancées par le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, les partis politiques d'opposition et des organisations syndicales ont convergé dans le même sens : ils reprochent au gouvernement de faire des *"propositions déséquilibrées, au détriment des assurés"*, comme le résume le député (PS) de Paris Jean-Marie Le Guen. L'instauration d'une franchise d'un euro, à la charge du patient sur chaque ordonnance, est notamment largement dénoncée.

"Le gouvernement avait annoncé un "effort partagé". On voit surtout l'effort du côté des patients qui ne suffira pas à lui tout seul à couvrir le déficit de l'assurance-maladie, alors que la contribution des +entreprises est réduite à peu", déplore la députée (Verts) de Paris, Martine Billard. Pour le secrétaire général de la FSU, Gérard Aschieri, *"c'est l'appel à la responsabilité de toujours les mêmes, les assurés sociaux, quand le recours au financement par les entreprises a l'air plus symbolique"*.

Le PCF accuse M. Douste-Blazy d'administrer *"la mauvaise potion du Medef : faire payer les salarié(e)s, exonérer le patronat et la finance"*. Olivier Besancenot, porte-parole de la LCR, fait valoir que "pour en finir avec le "trou" de la "Sécu", il faut en finir avec les exonérations de cotisations patronales, augmenter les salaires et donc les cotisations, et s'attaquer au chômage".

Sur RMC, Bernard Thibault, secrétaire général de la CGT, a stigmatisé, mardi 18 mai, une volonté d'aller *"vers un service minimum de la Sécurité sociale"*. *"Pour l'essentiel, ce qu'on a entendu, c'est qu'il faut faire des économies sur les dépenses de santé. Or, c'est impossible pour deux raisons majeures : le vieillissement de la population et l'évolution technologique qui génèrent une croissance des dépenses"*, avance M. Thibault.

Déplorant la *"volonté"* du gouvernement *"de dramatiser les choses, comme sur les retraites"*, Jean-Claude Mailly, secrétaire général de FO, qui était confronté à M. Douste-Blazy lors de l'émission "100 minutes pour convaincre", a critiqué la mise à contribution du patient à hauteur d'un euro par consultation. *"Cela ressemble à de la maîtrise comptable"*, a-t-il dit.

"Nous sortons là du financement solidaire", déplore Jacques Voisin, président de la CFTC, alors qu'aux yeux de François Jolicierc, délégué de l'UNSA en charge de la protection sociale, cette franchise contribuera à *"évincer un certain nombre de personnes du système de soins"*. Danièle Karniewicz, responsable protection sociale de la CFE-CGC, estime qu'*"il faut responsabiliser les gens, mais plutôt par des démarches de prévention"*. Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, prévient qu'il essaiera *"de montrer au ministre que le gouvernement se trompe"* avec cette mesure qu'il juge *"inacceptable"*.

Confrontée à M. Douste-Blazy, Ségolène Royal, présidente (PS) de la région Poitou-Charentes, a accusé le gouvernement de *"refuser de mettre en cause une partie du fonctionnement libéral de la santé"*. *"Il faudrait faire preuve de courage et d'une beaucoup plus grande détermination sur la remise en cause d'un certain nombre de pratiques"*, estime-t-elle.

"Le gouvernement nous propose une généralisation du secteur à honoraires libres pour les spécialistes, installant ainsi une médecine à deux vitesses", considère pour sa part M. Le Guen. Un argument également avancé par Mme Karniewicz : *"Avec l'instauration d'un médecin traitant et une consultation au tarif plus élevé si l'on va directement voir un spécialiste sans passer par un généraliste, nous craignons que cela porte le germe d'une médecine à deux vitesses."*

"Pour une fois, on ne tape pas à bras raccourcis sur les médecins. On essaie de faire la réforme avec eux, et non contre eux", se félicite en revanche Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Tout en appréciant l'idée *"de coordonner le système autour du médecin traitant"*, M. Chassang dit néanmoins *"rester sur -sa- faim quant aux modalités techniques"*.

Philippe Le Cœur (avec AFP)

Des économies aléatoires

Les chiffres avancés par Philippe Douste-Blazy restent sujets à caution.

Par François WENZ-DUMAS, *Libération* 19 mai 2004

La réforme de l'assurance maladie doit, selon Philippe Douste-Blazy, permettre de réaliser «entre 15 et 16 milliards d'euros» d'économies par an. Soit 10 milliards de dépenses en moins, 5 milliards de recettes en plus, et 1 milliard issu de la réduction des intérêts de la dette. Mais autant sur les recettes, les évaluations peuvent être fiables, autant, côté dépenses, les estimations sont très aléatoires. Elles reposent d'abord sur des changements escomptés du comportement des patients et des prescripteurs.

Effet induit. Ainsi, le forfait d'un euro par consultation rapporterait-il 630 millions d'euros. C'est le nombre de consultations annuelles multiplié par un euro, sans compter les enfants et les bénéficiaires de la CMU. Mais la mesure peut avoir un effet induit. Positif si elle dissuade un nombre significatif de patients d'aller consulter à la moindre inquiétude. Négatif, si elle multiplie les actes mis au nom des enfants. Et l'effet ne sera pas le même selon que cet euro pourra ou non être remboursé par la complémentaire (mutuelle, assurance privée ou contrat d'entreprise), un point pas encore tranché.

A la louche. Autre économie, celle, attendue, d'un renforcement du contrôle des arrêts de travail. Elle est estimée à 800 millions d'euros. Mais il s'agit d'un objectif qui ne sera pas atteint avant plusieurs années. Même chose pour la «*rationalisation des achats hospitaliers*», dont le gouvernement espère tirer 1,5 milliard d'euros. Quant à l'économie qui devrait découler du développement des médicaments génériques ou du déremboursement des spécialités peu efficaces, elle est chiffrée, à la louche, à 2 milliards d'euros.

Plus aléatoire encore est l'évaluation de 3,5 milliards d'euros d'économies correspondant à la généralisation des «*bonnes pratiques*» : passage chez le médecin traitant avant de consulter un spécialiste, meilleure coordination hôpital-médecine de ville grâce au dossier médical informatisé, définition des protocoles de soins. Il s'agit là de mesures de moyen terme, et l'échéance de 2007 est optimiste, à supposer que les praticiens jouent le jeu.

Consolidation. Seules sont certaines les recettes nouvelles. Le passage de 0,13 % à 0,16 % du chiffre d'affaires du taux de la Contribution de sécurité sociale des sociétés (C3S) rapportera 1 milliard d'euros et l'augmentation de 6,2 % à 6,6 % de la CSG pour les retraités imposables, 3 milliards. L'Etat ajouterait 1 milliard d'euros de recettes fiscales (tabac et alcools) supplémentaires, tandis que la consolidation de la dette économiserait 1 milliard de frais financiers.