

La seule logique comptable nuit gravement à la santé **Dossier *Le Monde de l'économie*, 21 janvier 2004**

Le haut conseil sur l'avenir de l'assurance-maladie préconise une refonte des pratiques médicales

Pour l'instant, la parole est aux experts. Le Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance-maladie rendra le 23 janvier son diagnostic. Malgré le nombre et l'hétérogénéité de ses 53 membres, "nos travaux ont permis de regrouper et synthétiser toutes les données scientifiques qui existent sur la question, bien au-delà du thème, dramatisé à souhait, du déficit" (10,6 milliards d'euros en 2003), estime l'un d'entre eux, que son activité de recherche met à l'abri de toute réaction partisane. Ensuite, le débat public devrait s'emparer des chiffres et des analyses pour décliner les futurs possibles de notre système de santé. Le ministre de la santé, Jean-François Mattei, réunira début février tous les partenaires du système de santé, puis consultera tous azimuts avant d'avancer ses propositions début avril et de présenter un projet de loi en juin pour un vote parlementaire en juillet, se réservant la possibilité de recourir ensuite à des ordonnances.

Mais il n'est pas sûr que le diagnostic des experts, ou encore les pistes que pourrait ouvrir le débat public, pèse d'un grand poids sur la nature de décisions préparées de longue date dans des bureaux ministériels où le déficit de l'assurance-maladie et les façons d'y remédier sont devenus une sorte d'antienne, si ce n'est un sujet de grand oral de l'ENA. La tentation est donc forte de persévérer dans les "recettes" appliquées de longue date, quitte à les amplifier à la mesure du creusement du déficit, à coup de hausses de la contribution sociale généralisée (CSG).

Depuis 1976, l'assurance-maladie a connu des plans de maîtrise des dépenses à dix-huit mois d'intervalle en moyenne, mis en place par la droite comme par la gauche, à base de déremboursement de médicaments et de hausse des forfaits hospitaliers. C'est encore ce type de mesures qui figurent dans la loi sur le financement de la Sécurité sociale pour 2004 votée en octobre.

Le mérite des experts du Haut conseil, comme celui d'économistes comme Dominique Polton, du Centre de recherches en économie de la santé (Credes), est de montrer que la logique de déremboursement et de rationnement des soins est génératrice d'inégalités à terme insupportables. Les "plans de maîtrise" ont d'ailleurs conduit tout droit à la création de la couverture maladie universelle (CMU), afin de réintégrer ceux, de plus en plus nombreux, qui n'y avaient pas ou plus accès. Le recours accru aux assurances complémentaires pour alléger le régime de base selon la distinction entre "gros et petits risques" produirait, estiment les experts, les mêmes effets : l'augmentation des primes, déjà observée à chaque annonce de déremboursement, exclut du bénéfice de la couverture complémentaire une part croissante des assurés ; la promesse du président de la République de compenser cette augmentation par une aide financière reviendrait... à déplacer le déficit d'une ligne budgétaire à une autre.

La parole donnée aux experts pourrait être, au contraire, l'occasion de changer de logique : plutôt que des mesures comptables visant le retour à l'équilibre financier, le rapport du Haut Conseil oriente la réflexion vers une réforme de l'organisation des soins et de la gestion de l'assurance-maladie.

Certains voient dans la seule évocation de la nécessité de meilleures pratiques managériales la preuve d'une volonté de privatisation. Mais, comme dit Rose-Marie Van Lerberghe, directrice de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, "ce n'est pas parce qu'on est public qu'on doit être mal géré". D'autant que, à moins de permettre aux assureurs de sélectionner les risques - ce qui accroîtrait encore plus les inégalités -, le marché de la maladie n'est guère rentable pour des acteurs privés : les compagnies d'assurances ne débordent d'ailleurs pas d'enthousiasme pour la

position très idéologique du Medef en faveur de la privatisation, que le gouvernement dit d'ailleurs rejeter par principe.

Au contraire, des voix se font de plus en plus nombreuses pour remarquer que la Caisse nationale d'assurance-maladie, à condition qu'on lui donne les moyens d'influer sur les actes des professionnels de la santé, est le meilleur gestionnaire possible du risque maladie : son système d'information sur les personnes et les soins lui permet tous les calculs actuariels ; son statut paritaire garantit le principe de non-sélection.

Les experts du Haut Conseil évoquent donc plutôt d'autres réformes, concernant le fonctionnement même de la production de soins dans les hôpitaux et les cabinets médicaux. Les comparaisons internationales et les innovations qui existent ici ou là en France montrent qu'une meilleure organisation du travail des professionnels permet d'immenses gains de productivité, qui, à l'inverse d'une approche strictement financière, ne sacrifient pas la qualité ou l'accès aux soins. Bien au contraire. Comme le fait remarquer William Dab, directeur de la santé, "97 % des dépenses correspondent à la réponse des professionnels à la demande immédiate de soins ; 3 % seulement relèvent de programmes de santé publique". Autrement dit, les pouvoirs publics ne disposent tout simplement pas des moyens de mener une politique de prévention, d'éducation, d'organisation des soins primaires, qui réduirait d'autant le risque d'apparition de pathologies plus lourdes ou de catastrophes sanitaires.

A dire vrai, les tentatives de réformer la gestion des hôpitaux ou de la médecine de ville n'ont pas manqué non plus : les premiers ont connu successivement la dotation globale, l'informatisation de la gestion des actes, la contractualisation, et bientôt la tarification à l'activité ; les médecins de ville ont vu s'empiler ou se succéder les lettres-clés flottantes, les conventions médicales, la classification commune des actes médicaux (CCAM), les accords de bon usage des soins (AcBUS), etc. Tous ces outils ont pour objectif d'encadrer les pratiques des médecins pour en augmenter l'efficacité.

Mais, tant à l'hôpital qu'en ville, les professionnels ne se sont tout simplement pas appropriés les instruments mis à leur disposition, quand ils ne contournent pas carrément les contrôles imposés. Les échecs successifs de ces dispositifs ont renforcé l'impression d'empilement bureaucratique incohérent, qui n'encourage guère à se saisir de l'instrument suivant. En fait, le corps médical français s'est historiquement construit autour d'une identité professionnelle d'artisans exerçant individuellement en libéral, qui s'est d'ailleurs imposée aussi à l'hôpital. Mais la hausse vertigineuse de la demande de soins, alliée à la technicité croissante et à l'innovation scientifique permanente, a conduit le secteur de la santé dans une logique d'industrialisation - qui peut aller jusqu'à la délocalisation des soins dans des pays moins coûteux -, et heurte en tout cas de plein fouet la culture médicale.

La capacité de résistance de la profession lui a permis de détourner jusqu'ici le choc des réformes de structure vers des mesures financières de court terme, supportées par l'ensemble des citoyens. Mais les inégalités croissantes d'accès aux soins, les manifestations de plus en plus nombreuses de la baisse de la qualité, l'accumulation des crises sanitaires, rongent peu à peu le contrat passé entre la société et le système de santé. Si le courage politique ne manque pas - ce qui est loin d'être acquis -, c'est à une renégociation de ce contrat que la réforme devra s'atteler.

Antoine Reverchon

L'hôpital s'aventure dans la culture de gestion

L'histoire de la prise en compte de la contrainte financière a laissé de cuisants souvenirs

Ce n'est pas tout à fait un hasard : la veille du jour où le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie devrait remettre son "diagnostic" au gouvernement, dans lequel il préconise entre autres une meilleure organisation des soins à l'hôpital, plusieurs syndicats appellent à faire grève le 22 janvier contre le plan "Hôpital 2007" annoncé par Jean-François Mattei, le ministre de la santé. Ce plan prévoit en particulier l'instauration progressive d'une tarification unique à l'activité (T2A), et le regroupement des services à un niveau de gestion plus large.

Le plan Mattei prévoit également la création d'une "mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier" (MeaH), dont le rôle sera d'inciter et de financer le recours des établissements à des consultants pour améliorer leur organisation. Jean-Claude Moisdon, chercheur au Centre de gestion scientifique de l'Ecole des mines de Paris, se souvient justement avoir travaillé comme consultant pour un hôpital au début de sa carrière, dans les années 1970 : "Il s'agissait d'organiser le planning d'un service de radiologie, goulet d'étranglement classique dans la chaîne des soins. Et dernièrement, j'ai lu un rapport récent sur l'articulation du "centre d'imagerie" avec les autres services : à part le nom, rien n'avait changé !"

Une remarque qui en dit long sur les difficultés à diffuser une culture de gestion au sein des hôpitaux. "La notion même de coût n'est entrée dans les têtes que très récemment, estime ce cadre administratif d'un grand établissement de province. D'autant qu'elle apparaît la plupart du temps comme l'avant-garde des coupes budgétaires."

L'histoire de la prise en compte de la contrainte financière a laissé en effet des souvenirs plutôt cuisants dans les hôpitaux. A partir de 1983, les établissements se voient imposer par la tutelle une "dotation globale", calculée selon quatre critères de base, aussitôt surnommés les "quatre vieux" : nombre d'admissions, durée moyenne de séjour, nombre de journées, taux d'occupation des lits. Censée organiser un certain rationnement des soins, cette méthode est bien vite l'occasion d'une certaine "créativité comptable" et de pressions politiques pour aboutir bon an mal an au maintien de la dotation antérieure. "Tout était calculé, puis amendé sans aucune mesure de la performance, ni du respect de l'équité, de la cohérence et de l'efficience des soins", rappelle M. Moisdon.

D'où la mise en place progressive, au fil des années 1990, du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), opérationnel en 1997. Il s'agissait cette fois de définir des coûts moyens par pathologie et d'indexer activités et budgets de chaque service sur cette échelle, afin de réduire les inégalités financières entre établissements. Par ailleurs, la réforme Juppé de 1996 crée les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), afin de décentraliser la négociation budgétaire avec la tutelle "au plus près des besoins".

OUTIL D'INCITATION

Mais, après six ans de fonctionnement, il faut bien constater que les révisions budgétaires opérées sur la base du PMSI n'ont concerné qu'un maximum de... 1 % des dotations d'établissement. Alors que le PMSI se voulait un outil d'incitation à l'amélioration des pratiques, les médecins, qui l'ont significativement surnommé le "petit machin sans importance", n'y ont vu qu'une tentative d'intrusion des administratifs dans leur travail, et l'ensemble des personnels un nouvel outil de la réduction budgétaire. Une impression confirmée par la stabilité, voire la réduction des budgets octroyés, dans un contexte de progression régulière de la demande de soins et de difficultés d'organisation dues à l'introduction des 35 heures. " Le PMSI ne permet pas d'évaluer véritablement la charge de travail des personnels, témoigne une administratrice de

service hospitalier. Surtout, le système manque de transparence : les efforts éventuels d'un service pour améliorer la qualité des soins ou l'organisation du travail n'ont pas de retour clair et immédiat dans les financements octroyés." La mise en place de la T2A devrait certes accélérer la traduction financière des efforts managériaux des hôpitaux, " mais, dans le contexte d'une volonté politique de réduction des dépenses de santé, les personnels ne peuvent accueillir avec confiance un outil dont l'objectif premier n'est pas le maintien de la qualité du service", poursuit-elle.

"Maintenant que les instruments de gestion existent (informatique, indicateurs, protocolisation), même si les conséquences macroéconomiques de leur utilisation ne sont guère visibles à court terme sur l'ensemble du système, il faut en user comme levier pour modifier les pratiques au niveau micro, service par service, établissement par établissement. Il y a d'énormes poches de productivité ; les personnels sont prêts à agir, mais il faut les y aider", conclut Jean-Claude Moisdon. Et non les menacer de nouvelles coupes budgétaires.

A.R.

En Thaïlande, le business du tourisme médical

Bangkok de notre correspondant sur l'île de Phuket,

Centre balnéaire le plus connu de Thaïlande, le transport entre l'hôpital de luxe et l'hôtel cinq étoiles donnant sur la plage est compris dans le prix de journée. L'hôpital Bangkok-Phuket couvre de la dialyse à la chirurgie plastique en passant par la cure de rajeunissement ou le remplacement d'une hanche. L'hôpital aide le patient à organiser son séjour en collaboration avec des hôtels et des agences de voyages. A travers le royaume, des dizaines d'autres institutions privées en font autant.

Lancé à la veille de la crise financière de 1997-1998, le tourisme médical a pris racine au pays du sourire. Les ingrédients de la recette : confort, extrême attention, compétence et... coûts modérés. Au Bangkok General Hospital, fleuron de la chaîne à laquelle appartient le Bangkok-Phuket, d'élégantes hôtesse anglophones guident le client à travers un dédale de services dans lesquels s'activent plus de quatre cents médecins et six cents infirmières. L'attente est pratiquement inexistante et les bouquets de fleurs omniprésents.

L'hôpital Bumrungrad, l'un des pionniers du tourisme médical en Thaïlande, prévoit l'accueil de ses clients à l'aéroport de Bangkok, met à leur disposition un téléphone portable et les aide à organiser leurs loisirs : une visite des temples de la capitale ou du pont sur la rivière Kwai, une escapade dans le Nord montagneux ou un séjour sur une plage du Golfe. Cet établissement est également doté d'antennes de McDo et de cafés Starbucks. Comme d'autres, il pratique la chirurgie transsexuelle, dont la Thaïlande s'est fait une spécialité depuis longtemps.

En Asie du Sud-Est, Singapour a longtemps fait cavalier seul dans le domaine de l'excellence médicale, attirant les élites de la région. Bangkok lui fait désormais concurrence avec son expertise dans les domaines aussi variés que les maladies infectieuses, la chirurgie cardiaque, les soins dentaires, la chirurgie cosmétique, le traitement de la cataracte. Le tourisme thaïlandais, qui a fait le tour de ses possibilités, s'est ainsi trouvé une nouvelle niche.

PLUS DE 400 MILLIONS D'EUROS

En 2002, le nombre des patients étrangers a augmenté de 13 % : plus de 630 000 étrangers ont été traités dans 33 hôpitaux privés, dont 10 % venus pour la seule raison d'un traitement médical. En 2003, ce nombre serait passé à 730 000 et le rapport se serait élevé à plus de 400

millions d'euros. Selon le ministère de la santé, les revenus projetés en 2005 devraient augmenter de 16,4 % par rapport à l'an dernier.

"Si l'on compare aux prix français, la chirurgie cardiaque est légèrement moins chère en Thaïlande et la chirurgie plastique esthétique y est de 10 % à 20 % moins chère", explique un chirurgien français. A Bumrungrad, un contrôle médical complet, pour un homme, est affiché à moins de 250 euros. "Mais, dans l'ensemble, ajoute le même chirurgien, les frais médicaux sont inférieurs de moitié à ceux de Singapour et ne représentent que 20 % à 30 % de ceux pratiqués aux Etats-Unis". Une opération à cœur ouvert coûte moins de 10 000 dollars, contre des dizaines de milliers de dollars aux Etats-Unis.

Outre les expatriés et les élites de la région, la Thaïlande vise donc la clientèle américaine et, développement plus récent, celle du Proche-Orient. Sont également candidats les Européens, notamment les Britanniques, qui doivent attendre une opération plusieurs mois dans leur propre pays.

La Thaïlande développe aussi, avec un succès encore plus franc, un secteur "paramédical" de remise en forme, en ayant recours à des massages traditionnels et à une multitude d'herbes aux vertus thérapeutiques. Les clients de ces "spa" - l'équivalent de nos centres de balnéothérapie - se comptent par millions et leur nombre a augmenté de 64 % de 2000 à 2002. Les ventes de plantes et de produits de beauté à base de végétaux thaïlandais ont, quant à elles, augmenté de 91 % en 2003.

Jean-Claude Pomonti

Sur le terrain, de rares innovateurs tracent la voie des réformes

Les exemples de gestion originale des soins ne manquent pas

C'est bizarre, on ne dirait pas un hôpital", remarque une jeune femme qui rend visite à une amie venue accoucher à l'Institut mutualiste Montsouris (IMM), un établissement parisien géré par les mutuelles de fonctionnaires, ouvert également aux non-mutualistes. Est-ce le grandiose hall de marbre et de verre de ce bâtiment inauguré en 1999, le calme qui règne dans les couloirs où circulent, autour des 420 lits - presque tous en chambre individuelle -, 1 120 salariés dont 141 médecins ou internes et 786 infirmières, aides-soignantes et personnels en charge de l'hôtellerie ? Ou bien est-ce le mode de gestion originale qu'a mis en place la direction de cet établissement privé à but non lucratif, entièrement financé par l'argent public au titre de sa participation au service public hospitalier ? "Nous avons réduit le nombre de services à quinze, dont neuf cliniques et six médico-techniques, afin d'éviter un morcellement excessif de la gestion du suivi du patient, explique Jean-Jacques Monteil, le directeur de l'IMM : c'est souvent dans les transferts que l'information se perd, et qu'est générée la mauvaise qualité des soins."

Il s'est entouré de quatre directeurs fonctionnels (finance, ressources humaines, etc.) sans pouvoir hiérarchique sur les services, dont les quinze responsables, tous médecins, sont ses seuls interlocuteurs. "Nous avons supprimé la triple hiérarchie, médicale, soignante et administrative, qui règne dans les hôpitaux. La surveillante de chaque service et son personnel, la chef du secrétariat et son personnel sont sous la responsabilité directe du médecin qui le dirige, au même niveau que son corps médical."

Tous les médecins sont salariés, n'ont pas de lits privés ni de cabinet en ville - sauf certains spécialistes dont la présence à l'IMM ne justifie pas un temps plein. Chaque département négocie son budget annuel et ses objectifs en nombre de patients reçus, en consommation d'actes et examens médicaux, en effectifs et services du personnel, en satisfaction des patients (un

échantillon de 200 d'entre eux est sondé chaque mois par Ipsos), en qualité des soins (infections, saignements, reprises d'opérations, décès). Les actes médicaux et ceux des soignants sont protocolisés de façon détaillée. Ils sont enregistrés dans le système d'information, et les résultats font l'objet d'une réunion mensuelle entre responsables de département et direction. "L'objectif de tant de procédures, explique Jean-Jacques Monteil, est de baser la contractualisation sur la confiance. Sans ces chiffres, nous en serions restés à la gestion par l'invective, où celui qui crie le plus obtient le plus." Mais l'implacable contrôle de gestion a aussi permis de montrer que l'IMM était en déficit en 2003...

COLÈRE

La médecine de ville elle-même n'est pas exempte d'initiatives qui montrent que d'autres modes de gestion sont possibles. Les plus connues sont les réseaux de soins, ébauches d'un système de prise en charge globale du patient qui permet de l'orienter vers les soins ou la prise en charge les plus pertinents. Didier Ménard, médecin généraliste à Saint-Denis et ancien président de la coordination des réseaux de soins - qui compte 300 réseaux adhérents -, se met en colère lorsqu'on lui demande de décrire le réseau Santé et bien-être, qu'il a créé avec six professionnels (généralistes, kinés, infirmières, pharmaciens...) et les associations dans la cité des Francs-Moisins ("120 000 habitants, 35 ethnies"). "Ça fait quinze ans qu'on me dit : docteur, c'est bien ce que vous faites ; un directeur des hôpitaux m'a même traité de boy-scout ! Alors que nous mettons ici en pratique la seule innovation qui aurait un impact majeur sur la pratique de la médecine en France : nous soignons des gens, pas des organes. Lorsqu'un bébé amaigri vient vomir dans mon bureau, le protocole me dit de l'hospitaliser. Mais les parents m'avouent ne pas pouvoir acheter le lait maternisé. J'appelle le pharmacien du réseau et l'association qui va les aider... et j'évite une hospitalisation."

Didier Ménard se prononce contre le paiement à l'acte ("on peut toujours prescrire des anxiolytiques à un chômeur") et pour la rétribution "par une Sécurité sociale idéale" de la fonction de prévention, d'éducation et d'orientation que devrait avoir selon lui la médecine de ville. "Je prescris autant les éducateurs et les associations que les spécialistes, dit-il. Il y a un énorme potentiel de soins dans les communautés elles-mêmes. Cet été, il n'y a eu aucun décès dû à la canicule aux Francs-Moisins : ici, on sait s'occuper des vieux et des handicapés."

Les réseaux de soins existent depuis longtemps, mais n'ont reçu de reconnaissance légale et de soutien financier que depuis 2002. En revanche, la gestion de l'assurance-maladie en Alsace-Moselle, héritée de l'annexion allemande après 1871, déroge au système français depuis... 1918. Son organe de gestion, composé de représentants des 2,5 millions de cotisants et ayants droit, salariés ou retraités des entreprises locales, cumule les fonctions de payeur et de gestionnaire des risques maladie. La caisse fixe le montant des cotisations - actuellement 1,7 % en plus de la cotisation au régime national -, décide des prestations remboursées et des taux de remboursement, évalue et contrôle les pratiques des professionnels, avec lesquels il négocie des protocoles de soins et de prévention détaillés.

La caisse d'Alsace-Moselle a ainsi pu tout à la fois diminuer les cotisations chaque année entre 1995 et 2001, continuer à rembourser la totalité des forfaits hospitaliers et à maintenir celui des médicaments essentiels à 90 %, et constituer un fonds de réserve de 250 millions pour "voir venir". Malgré un déficit de 5 millions sur un budget de 400 millions en 2003, dû essentiellement aux mesures de déremboursement prises au niveau national, la caisse a décidé de ne pas augmenter ses cotisations pour 2004.

Antoine Reverchon (avec Jacques Fortier à Strasbourg)

QUESTIONS-RÉPONSES

Feuille de soins

1 Que contient le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie ?

Installé le 13 octobre par le premier ministre, Jean-Pierre Raffarin, le Haut Conseil réunit 53 "experts", représentant tous les acteurs du système de soins et d'assurance, plus quelques chercheurs. Le rapport qui sera rendu le 23 janvier synthétise les documents rédigés par les experts et les comptes rendus des séances tenues jusqu'ici : il s'agit pour l'instant d'un "diagnostic" faisant état des données connues ; les préconisations viendront ensuite... si le gouvernement laisse le Haut Conseil continuer ses travaux. Mais le choix des thèmes des séances et le mode de présentation des données indiquent déjà un certain niveau de convergence entre les experts : la première séance était consacrée à la croissance des dépenses et à leur dispersion dans la population ; la deuxième à la qualité des soins ; la troisième à l'efficacité du système de soins ; la quatrième à la gouvernance de l'assurance-maladie.

Le rapport de synthèse, une fois le déficit constaté, insiste donc sur la recherche de solutions du côté d'une amélioration de la gestion de la production des soins plutôt que du rationnement des dépenses - source d'inégalités selon les experts, même si le déficit exige aussi de trouver des recettes à plus long terme.

2 Quels sont les principaux indicateurs du système de soins français ?

Selon le Panorama de la santé publié par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les dépenses de santé représentaient en France 9,5 % du produit intérieur (PIB) en 2001, soit un point de plus que la moyenne des pays développés. Entre 1990 et 2001, ces dépenses ont progressé en moyenne de 2,2 % par an, mais de 3,7 % en 2000 et 2001. Ces dépenses se ventilaient en 2001 entre l'hôpital (42 %), la médecine de ville (27 %) et les médicaments (25 %). Ces dépenses sont financées à 76 % par des fonds publics, à 13 % par des assurances privées et mutuelles, à 10 % par les ménages.

La France compte en moyenne 3,3 médecins et 6,7 infirmières pour 1 000 habitants, mais les disparités régionales sont très importantes, avec une densité beaucoup plus importante en région parisienne et dans le sud du pays. Les Français ont consulté leur médecin en moyenne 6,9 fois en 2000, contre 5,6 fois en moyenne pour l'OCDE. Le nombre de lits d'hôpitaux dits "de soins aigus" (par opposition aux soins de longue durée) était de 4,2 par millier d'habitants en 2000, contre 6,2 en 1980. La durée moyenne de séjour à l'hôpital était de 5,5 jours en 1999, contre 8,3 en 1985.

Les performances de ce système sont parmi les meilleures des pays développés. L'espérance de vie a augmenté de 8,7 ans entre 1960 et 2000, pour atteindre 79 ans, deux ans de plus que la moyenne de l'OCDE. Le taux de mortalité infantile, en baisse, s'établit à 4,6 décès pour 1 000 naissances, contre 6,5 en moyenne dans l'OCDE.

3 Quelle est la structure actuelle des dépenses de santé ?

En 2002, les dépenses de l'assurance-maladie (114 milliards d'euros en métropole) se décomposaient en 54 milliards de soins de ville (dont 46 % en honoraires des professions de santé, 32 % en médicaments), 59 milliards d'hospitalisation, dont 75 % en établissement public, 14 % en établissement médico-social et 12 % en clinique privée.

HANS HOOGERVORST, ministre néerlandais de la santé

"Aux Pays-Bas, les assureurs devront s'interdire de sélectionner les risques"

Les Pays-Bas ont un système de protection sociale assez original par rapport à celui de la France. Pourriez-vous nous décrire son fonctionnement actuel ?

Notre système combine en effet un dispositif comparable à celui que vous avez, la Sécurité sociale, avec une couverture privée. Le dispositif public est obligatoire et il constitue la seule protection sociale pour deux tiers de la population néerlandaise. Le tiers restant de notre population, celui dont les revenus sont les plus élevés, préfère conclure une assurance privée facultative en lieu et place du dispositif public. Il faut souligner que le montant de la cotisation pour l'assurance-maladie publique est fonction du revenu, tandis que le système privé n'en tient pas compte. Les pouvoirs publics n'interfèrent pas dans les contrats d'assurance privée, pour lesquels les compagnies appliquent leurs propres critères d'admission.

Nous avons, en plus de ce système pour les soins courants, une loi sur les frais exceptionnels de maladie qui couvre les soins onéreux et de longue durée pour tous les habitants. Un troisième volet est constitué par l'assurance pour les types de soins restants (médecines douces, etc.).

Les caisses d'assurance-maladie sont autorisées à proposer des prestations complémentaires à la couverture obligatoire, du moment qu'elles se situent dans l'intérêt de la santé publique.

Les affiliés à une assurance privée sont libres de changer de compagnie et d'en choisir une qui couvre davantage de maladies ou des pathologies plus graves. Notre système prévoit de ce fait des compensations pour les compagnies assurant les risques de plus grande ampleur.

L'ensemble de notre dispositif est assez onéreux puisque nous y consacrons 10 % de notre produit intérieur brut. La grande différence avec la France réside dans le fait que vous consacrez deux fois plus d'argent que nous pour les médicaments, et que nous dépensons davantage que vous en assistance psychologique.

Votre système de protection sociale connaît-il, comme en France, des difficultés de financement ?

Oui, tous nos pays connaissent de graves soucis avec le vieillissement de la population, et nous avons nous aussi un gros problème de contrôle des dépenses. Il existe peu d'éléments pour inciter les patients à ne pas surconsommer des soins. Auparavant, les Pays-Bas exerçaient un contrôle en fixant un plafond budgétaire strict, y compris pour les hôpitaux. Cela a conduit à des listes d'attente pour les patients, certes avec des délais moins importants qu'en Grande-Bretagne ou dans les pays scandinaves, mais assez longs pour que cela constitue un problème social et politique. Le gouvernement avait donc supprimé le plafond, ce qui a eu pour effet concret de faire progresser les dépenses de santé de 18 % sur trois ans.

Nous avons donc un gros problème et il fallait prendre des mesures. J'ai informé notre Parlement sur les propositions du gouvernement par une lettre dans laquelle j'ai annoncé les orientations de la réforme du système d'assurance-maladie : un équilibre entre la solidarité, la qualité et l'accessibilité, ainsi que la concurrence entre les principaux acteurs. Mes collaborateurs sont en train de préparer le texte de loi.

Quel est le contenu de cette réforme ?

C'est une réforme ambitieuse. Le gouvernement auquel j'appartiens a dans un premier temps prévu 2 milliards d'euros d'économies pour le budget de la santé 2003, grâce à plusieurs dispositions. Elles font passer sous couverture privée, par exemple, les séances de physiothérapie au-delà de neuf, les transports sanitaires, les médicaments vendus sans

ordonnance, les soins dentaires à partir de 18 ans, les pilules anticonceptionnelles à partir de 21 ans, les séances de psychothérapie au-delà de trente, et le premier essai d'un traitement de fertilisation in vitro. S'y ajoutent des diminutions des budgets des établissements hospitaliers et un contrôle des prix des médicaments, soit des coupes de 5 % sur un budget total de 43 milliards d'euros. En 2005, une nouvelle mesure va être introduite : les premiers 250 euros dépensés par les assurés ne seront plus remboursés.

La réforme se poursuivra en 2006 avec la fusion des deux systèmes, public et privé. Cela ne modifiera pas le principe de solidarité sur lequel repose notre protection sociale. Le nouveau dispositif ne pourra en effet refuser de couvrir des patients. A la différence des Etats-Unis, il sera interdit de sélectionner les assurés, qui paieront donc les mêmes primes pour un panier de base. Les assurés ayant des bas revenus bénéficieront d'une compensation pour le financement de leur couverture.

Nous renforcerons la concurrence entre assureurs, avec des mécanismes d'incitation puissants. Les assureurs pourront établir des contrats avec des hôpitaux et des laboratoires pharmaceutiques. Ceux qui proposent les meilleurs services pourront diminuer le montant des primes demandées à leurs assurés.

Nous aurons ainsi à l'horizon 2006 un système toujours mixte, où les assureurs et les hôpitaux pourront réaliser des profits, sur une base sociale publique.

L'idée de cette réforme est-elle nouvelle ?

Non. Elle remonte en fait à vingt ans, lorsque le secrétaire d'Etat à la santé publique d'alors proposa de transformer toutes les assurances sociales en vigueur et de créer une seule grande assurance pour toute la population, couvrant les traitements médicaux et les soins de longue durée. Mais à l'époque, le consensus social indispensable n'était pas réuni. Cette réforme que nous voulons mettre en œuvre prolonge le système existant. Notre coalition gouvernementale l'avait incluse dans son programme électoral. C'est une réforme d'importance, car il s'agit d'attirer les assureurs dans un système semi-public et de créer des mécanismes compensatoires pour les primes élevées.

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, quelles mesures entendez-vous prendre concernant le médicament ?

Cela fait partie naturellement de notre politique, mais les économies dans ce domaine renvoient à une question de culture. Contrairement à ce que je crois savoir de la France, les médecins hollandais ne font pas des ordonnances très longues. Les médecins généralistes prescrivent relativement peu, car ils sont très occupés par leurs fonctions de "gate keeper" -aiguilleur qui oriente le patient dans le système de santé-. Cela étant, les ordonnances ont tendance à s'allonger et nous sommes préoccupés par le fait que 800 000 personnes -sur 16,2 millions d'habitants- sont sous psychotropes.

Nous allons donc nous pencher sur la politique du médicament, mais en même temps continuer de développer des efforts en matière de prévention, en particulier vis-à-vis du tabagisme et de l'obésité, car le nombre de cas de diabète explose littéralement aux Pays-Bas. Enfin, comme la France, nous allons poursuivre la hausse des taxes sur le tabac. Un paquet de cigarettes devrait coûter 4,30 euros dans un peu moins d'un an.

Propos recueillis par Paul Benkimoun

HANS HOOGERVORST

Médecine libérale : une forteresse bientôt assiégée ?

La nouvelle génération de praticiens devrait être plus ouverte au changement

Il est extrêmement difficile de faire une loi contre 70 000 médecins qui reçoivent trente patients par jour."La citation est de Konrad Adenauer, l'ancien chancelier allemand, et date des années 1960. Quarante ans plus tard, elle pourrait s'appliquer à la situation française. Depuis les premières mesures sociales de 1930, jamais une profession comme celle des médecins libéraux n'a autant résisté au changement. Chaque tentative de réforme a soulevé une levée de boucliers du corps médical, sous prétexte de la défense des sacro-saints principes de la médecine libérale imaginés en... 1926 par et pour les intéressés eux-mêmes.

Réunies dans une charte, les notions de paiement à l'acte, de liberté de prescription et d'installation, de fixation d'honoraires et du choix du médecin par le malade demeurent pour beaucoup de praticiens le socle fondateur et inébranlable de leur métier.

Pour l'historienne Bénédicte Vergez-Chaignon, auteur de l'ouvrage *Le Monde des médecins au XXe siècle* (1996, Ed. Complexe), "depuis des décennies, dans l'esprit du corps médical, le statut, l'argent, la pratique du métier et la qualité des soins constituent un édifice intouchable où chaque élément est lié. A en croire les médecins, il suffirait de toucher à une de ses pièces pour ébranler la structure tout entière". De fait, l'édifice a remarquablement bien résisté.

De 1945, date de la création de la Sécurité sociale, aux conventions des années 1990 sur "la maîtrise médicalisée des dépenses de santé" jusqu'aux ordonnances du plan Juppé de 1995, la médecine libérale n'a cessé de batailler avec les gouvernements de gauche comme de droite contre ce qu'elle considère comme des tentatives de fonctionnarisation à coups de recours juridiques, de grèves, de manifestations de rue,... ou tout simplement en n'appliquant pas les réformes.

"Il y a chez les médecins une grande confusion entre le fait d'être une profession libérale et le libéralisme", dénonce Martine Bungener, directrice du Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (Cermes, CNRS-Inserm). "La majorité de ce corps social vit encore dans la double idée qu'il demeure le seul expert en matière de santé et le seul compétent vis-à-vis des patients, mais aussi vis-à-vis de ceux chargés de les réguler." Une toute-puissance entretenue par l'aura dont les "toubibs" continuent de bénéficier dans la société et auprès des dirigeants politiques.

"PUISSANTS RELAIS"

Pour Patrick Hassenteufel, professeur de sciences politiques à l'université Rennes-I qui a étudié, dans son ouvrage *Les Médecins face à l'Etat* (Ed. Presses de Sciences-Po, 1997), les rapports entre politiques et médecins, ce respect vis-à-vis des grands noms de la profession continue à peser dans leurs relations. "Puissants relais d'opinion, les médecins opposent toujours qualité médicale et efficacité économique et rendent par là même toute contestation difficile à porter par un gouvernement", explique le chercheur.

Patrice Muller, médecin généraliste et membre du Syndicat de la médecine générale, une organisation marquée à gauche, est encore plus dur. "La parole des médecins est accaparée par une minorité très libérale. La majorité des praticiens ne sont pas syndiqués, assez peu ouverts sur le fonctionnement de la médecine au-delà de l'Hexagone. Ils n'ont pas non plus beaucoup d'aiguillons pour les faire changer : la plupart gagnent de mieux en mieux leur vie, et leur rareté les met en position de force."

Mais la forteresse a-t-elle les moyens de résister encore longtemps ? "La mise en place de la carte Vitale, les débats autour de la consultation à 20 euros, ont désacralisé le métier de médecin, considère Bénédicte Vergez-Chaignon. L'opinion publique a entendu parler de rentabilité, de frais de voiture, de paperasse... bref de la vie quotidienne des médecins avec ses soucis et ses vicissitudes."

L'arrivée d'une nouvelle génération de médecins et la féminisation croissante de la profession entraîneront peut-être aussi un changement de mentalité, plus propice aux réformes. "Beaucoup de médecins savent qu'ils vivent la fin d'une époque, considère Martine Bungener. Pour autant si les conditions sont réunies, c'est-à-dire une forte mobilisation des médecins libéraux associée à une frilosité gouvernementale, le système peut durer encore quelques années."

Catherine Rollot

POUR EN SAVOIR PLUS

Panorama de la santé,
Les indicateurs de l'OCDE 2003,
147 p., www.oecd.org

LA SANTÉ INGÉRABLE ?
Revue française de gestion, n° 146, sept.-oct. 2003, 30 €

SANTÉ : QUELLES RÉFORMES ?
Revue Sociétal, no 36, 2002, 14 €.

SITE DU CENTRE DE RECHERCHES EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ : www.credes.fr