

Les vieilles lunes de l'assurance-maladie

Par Béatrice Majnoni d'Intignano*

Le Figaro, 21 mai 2004

Le ministre de la Santé, pédagogue, séduit et convainc. A l'entendre, on se prend à souhaiter l'Etatisation de l'assurance-maladie ; comme tout irait mieux s'il tenait les rênes et faisait ce qu'il suggère ! Mais, à y regarder de plus près, le discours de M. Douste-Blazy pêche par trois faiblesses.

1) Les mesures phares sont l'écho, modernisé certes, mais l'écho de réformes anciennes et peu probantes. Cinq vieilles lunes réapparaissent : coordonner soins de ville et d'hôpital, supprimer les gaspillages, partager un dossier médical, évaluer les pratiques des médecins, améliorer la qualité des soins.

Les réformes de 1984, 1993 et 1996 reposaient déjà sur ces bons principes. Mais elles sont restées au milieu du gué. Depuis 1984, la médicalisation des informations hospitalières n'a toujours pas débouché sur le financement des hôpitaux par un forfait lié à la maladie, seul capable de résorber les inégalités et les capacités excédentaires. Depuis 1993, le médecin référent, les bonnes pratiques médicales, la révision de la nomenclature des actes des médecins font un pas en avant puis un pas en arrière. Depuis 1996, l'agence d'évaluation (Anaes), les contrats entre l'Etat et l'assurance-maladie, le contrôle du Parlement sont restés sans effet tangible à la fois sur la qualité et sur le coût des soins.

Aujourd'hui, le dossier médical informatisé, la carte santé avec photo, le projet 2007 pour l'hôpital... risquent de rester des gadgets, même s'ils modernisent les carnets de santé stockés dans nos tiroirs et des cartes Vitale en surnombre. Le « parcours santé » est un remake, plus intelligent, du « médecin référent » de 1996 (10% des médecins à ce jour). Il y manque toujours le paiement de ce « médecin traitant » par un mélange de capitations, de forfaits les incitant à s'installer dans les zones sous-médicalisées et de paiements à l'acte, comme cela se pratique dans les pays utilisant cette formule avec succès : les Pays-Bas, le Danemark, les HMO américains.

Qu'on achève ces réformes engagées avec amateurisme depuis dix ans - voire plus - serait une bonne chose. Mais comment être sûr que le monde médical acceptera de faire le tri entre le bon grain et l'ivraie et de jouer le jeu ? Un exemple : l'information et la formation post-universitaire des médecins sont entre les mains de l'industrie pharmaceutique. Celle-ci dépense en moyenne 20 000 euros par généraliste et emploie 24 000 visiteurs médicaux. Les 58 000 généralistes qui gagnent en moyenne 65 000 euros nets de frais et prescrivent 85% des médicaments résistent difficilement à une telle pression. Les 130 000 hospitalisations annuelles dues à des médicaments mal utilisés ou incompatibles entre eux et les 10 000 décès qui en résultent pourraient diminuer. Cela se sait depuis des lustres, mais rien ne change.

On parle de promouvoir les génériques depuis dix ans ; alors pourquoi attendre dix ans avant de prendre la mesure simple assurant cette promotion : rembourser tous les produits ayant un générique au prix de ce générique, et laisser le malade choisir entre un produit de marque plus cher et le générique gratuit, comme le font les Allemands avec succès depuis 1989 ?

2) Le volet financier laisse dubitatif. Toute réforme structurelle exige des moyens importants difficiles à dégager en période de faible croissance. Si la France a beaucoup de généralistes et trop de lits d'hôpitaux selon les normes internationales, elle souffre d'un retard technologique certain : manque de scanners, d'IRM, usage insuffisant de la chirurgie de jour... Il faudra donc investir et redéployer des moyens ; cela coûte toujours cher avant de produire des économies. Ensuite, certains personnels - les infirmiers, les chirurgiens, les hospitaliers étrangers -, sont sous-payés ; il faudra, pour en recruter et pour faire face au vieillissement, les augmenter ; autre source de dépense à court terme. Et puis, les économies qui se dégageront seront en partie absorbées par le plan Hôpital 2007, annoncé par le précédent ministre.

Le parti socialiste propose de transférer à l'assurance-maladie les taxes sur les alcools et le tabac, toutes deux promises à un fort accroissement à l'avenir. Sur l'alcool grâce à un taux plus élevé de taxation ; sur le tabac par la seule vertu des hausses de prix. Encore faudrait-il compenser la perte initiale de recettes du budget de l'Etat. Les ressources nouvelles proposées par le ministre sont la somme de petits millions grappillés ici et là : un peu sur la CSG des retraités, un peu sur les malades. Faibles au total compte tenu des dizaines de milliards à financer.

On a pris l'habitude malsaine de consolider les déficits récurrents de l'assurance-maladie depuis 1997, sans jamais les résorber. Habitude qui pourrait durer encore quelques années compte tenu de la situation conjoncturelle et des délais d'usage de toute réforme. L'expérience internationale suggère en effet qu'il faut six ans pour réformer un système de santé, par nature complexe : deux pour définir les mécanismes, négocier et informer les intéressés ; deux pour les mettre en oeuvre ; deux pour en voir les effets. Ce qui mènerait en 2010 plutôt qu'en 2007 ! Le temps que le choc de demande de soins dû au vieillissement nous mette le dos au mur et que la jeune génération décide de ne pas honorer cette dette à elle refilée avec tant d'inconscience...

3) Dernière inquiétude : qui exercera le pouvoir ? Qui imposera les décisions ? Pourquoi une Haute autorité scientifique indépendante ferait-elle mieux que l'Anaes ? Nommée aux deux tiers par des politiques, quelle garantie d'indépendance supplémentaire offre-t-elle ? Comment espérer qu'un Conseil d'orientation et un Directoire comprenant les partenaires sociaux soit plus responsable que ces partenaires sociaux ne l'ont été par le passé ? Medef et CGPME ont eu raison de se tenir à l'écart. Doivent-ils revenir ? Les syndicats ? Il a toujours existé une communauté d'intérêts créant des coalitions entre les syndicats siégeant au Conseil d'administration de l'assurance-maladie et les syndicats médicaux, tous deux, malgré les discours, favorables à plus de dépenses, c'est-à-dire à des revenus plus élevés et à plus d'emplois pour la santé. Pourquoi disparaîtraient-elles ?

Le vote d'un budget de dépenses remboursées par le Parlement sur proposition du Conseil d'orientation prolongera la double représentation des assurés par leurs députés d'une part et par les syndicats d'autre part, qui existe depuis 1996. L'enveloppe de dépenses remboursées votée par le Parlement depuis 1996 (Ondam) n'a jamais été respectée. En cas de conflit entre les deux, qui tranchera ? La rue une fois encore ? Ne vaudrait-il pas mieux que le gouvernement prenne directement ses responsabilités ? Les Urcam (Unions régionales des Caisses d'assurance-maladie), créées par la réforme de 1996, et qui regroupent les caisses au niveau régional, n'ont guère brillé par leur capacité d'innovation. Une future Union des Caisses d'assurance-maladie au niveau national ferait-elle mieux ?

Le paritarisme hérité de 1945 a vécu. N'en rêvons plus. N'est-il pas logique qu'il faille des gestionnaires fortement encadrés par le Parlement plutôt que des politiques ou des syndicalistes représentant surtout la fonction publique pour gérer des sommes atteignant aujourd'hui près de 10% de la production nationale et concernant tous les Français et résidents ?

* Membre du Conseil d'Analyse Economique, auteur de *Santé et économie en Europe*, Que sais-je ? 2004.