

Copernic Flash

Février 2004



Fondation Copernic

*Pour remettre à l'endroit tout ce que le libéralisme fait
fonctionner à l'envers*

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie Un « consensus » lourd de conséquences pour l'avenir de l'assurance maladie

Par Catherine Mills

Présenté comme consensuel, le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie masque la gravité de la crise et le besoin urgent de réformes de progrès social. Il tente d'endormir le débat, tout en faisant passer les réformes programmées ailleurs. Si le rapport souligne à juste titre les points positifs du système de santé et de la prise en charge publique, il sous-estime gravement la crise profonde du système de santé français, refuse d'analyser les véritables causes structurelles et la responsabilité des politiques de rationnement comptable qui l'ont asphyxié. Cela le dispense donc d'amorcer des réflexions permettant de dégager de véritables pistes alternatives. On relève, certes, de nombreuses remarques pertinentes, mais d'autres, au contraire, tendent à « noyer le poisson » en privilégiant le discours technocratique et bureaucratique autour de problèmes institutionnels ou organisationnels. Tandis qu'afflue, même s'il est souvent enrobé, le vocabulaire de l'analyse microéconomique de type néo-classique. Le « baratin », le flou tendent à masquer l'urgence, la nécessité de dégager des solutions immédiates et d'avenir face à la gravité de la crise.

Fondation Copernic—BP 32—75921 Paris cedex 19

Tel : 06.75.25.77.76 Email : fondation.copernic@ras.eu.org

[Http : //www.fondation-copernic.org](http://www.fondation-copernic.org)

Une sous-estimation de la crise du système de santé français

Certes, le rapport contient des réflexions intéressantes. Ainsi, il souligne que le haut degré de socialisation de la dépense a accompagné la croissance d'un système de soins puissant : 12% de la population active, de bonnes qualités techniques, l'état de santé des français s'est amélioré, ainsi que l'espérance de vie sans incapacité. Ce résultat n'aurait pas été atteint sans une prise en charge publique élevée, le Haut conseil considère qu'elle doit être sauvegardée. Il estime que les dépenses de santé vont continuer à augmenter plus vite que le PIB et rappelle l'échec des politiques de maîtrise de dépense.

Le Haut conseil considère positif le fait que les cotisations ne tiennent compte ni de l'état de santé, ni du nombre de personnes au foyer. Il relève que le système organise un puissant mécanisme de transfert des bien portants aux malades, des jeunes vers les plus âgés, des familles « courtes » vers les familles nombreuses, des ménages aisés vers les assurés les plus modestes. Il apprécie positivement l'assiette salariale qui évolue en longue période comme la richesse nationale, assiette robuste, bien rodée et finalement stable. Il remarque que le système de recettes ne saurait suffire dès lors que la dépense croît plus vite que le PIB, en longue période, le besoin de financement s'élèvera, il faudra donc augmenter les recettes. Cependant, **sur la prise en charge publique**, le rapport masque les réalités de la dégradation. Il oublie de dire que le taux de remboursement en France a considérablement diminué à partir de 1983 et qu'il est devenu l'un des plus bas, alors que les pays scandinaves notamment ont gardé des taux de couverture voisins de 90%. Il prétend que les sommes supportées par les français avant couverture complémentaire sont très basses, c'est faux (Cf. comparaisons internationales). Il argue d'une aisance de l'accès aux soins (tiers payant, etc.). Ceci est faux si l'on compare avec d'autres pays. On masque les graves inégalités sociales dans l'accès et les résultats de santé, pour privilégier l'affirmation de comportements négligents, laxistes, de consommation et de prescriptions. Néanmoins, le rapport rappelle que, pour certains, au-dessus du seuil de la CMU, la charge est lourde pour les soins de ville ou le forfait hospitalier, et cela peut les amener à un renoncement aux soins.

Une analyse biaisée des problèmes. Selon le rapport, la France se situe parmi les pays qui consacrent le plus de leur richesse aux dépenses de soins, mais les comparaisons internationales révèlent que si la France est bien 5^e pour le rapport au PIB de la dépense totale de santé, après les États-Unis, la Suisse, le Canada, l'Allemagne, elle n'est actuellement que 11^e de l'OCDE et 9^e de l'Union Européenne pour la croissance de la dépense par habitant.

Des affirmations non démontrées et dangereuses. Le rapport avance que la levée des recettes a posé « des problèmes politiques et économiques » et a ainsi conduit à augmenter les tickets modérateurs. « La qualité n'est pas à la hauteur de l'investissement », l'offre serait excessive et mal coordonnée et financée par un système trop passif de prise en charge. L'opinion s'impatienterait des échecs de la maîtrise de la dépense... Elle en supporterait les échecs qui se traduisent par l'augmentation de la CSG et du ticket modérateur. Elle les attribuerait à des abus, à des gaspillages (lesquels ?). On oublie du coup les graves insuffisances du système de soins. Le rapport relie le haut niveau de charges publiques avec la croissance de la dépense, alors que les pays scandinaves démontrent au contraire que la gratuité et l'importance d'une prise en charge publique coordonnée peut être un facteur d'économie et d'efficacité.

La situation financière. Un niveau de déficit présenté comme insupportable.

Le rapport repose sur les dogmes néo-classiques. Cette contrainte financière en liaison avec le Pacte de stabilité de l'Union européenne conduirait au refus de recourir à l'endettement pour couvrir la croissance des dépenses. On serait donc confronté à un dilemme, soit doubler la CSG pour un prélèvement supplémentaire de 66 milliards d'euros, mais une telle pression sur les prélèvements obligatoires conduirait à un effet d'éviction massif au détriment des autres besoins collectifs. Augmenter les cotisations, affirme le rapport, assécherait toutes les marges envisageables pour les autres politiques publiques.

On est donc dans le cadre de l'analyse néo-classique type : la contrainte sur les dépenses publiques, l'enveloppe limitée imposerait un effet de substitution entre dépenses. Il faudrait par exemple choisir entre éducation et santé (alors qu'en réalité il s'agit de besoins complémentaires et non substituables). Soit on devrait réduire les remboursements, diminuer de 21 points le taux de prise en charge des régimes de base, de 76% à 55% de la CSBM, en remettant en cause les exonérations pour les assurés supportant les plus grosses dépenses, les plus modestes, les plus malades ; soit on devrait rationner les soins, on renoncerait à permettre grâce à l'assurance maladie le progrès des sciences et techniques médicales. Il faudrait réduire le « périmètre des soins remboursables ».

Face à ces options, que l'on prétend refuser, l'opinion, affirme le rapport, n'acceptera les « efforts » que si elle est assurée que l'on remédie aux abus et aux dysfonctionnements du système de soins, mais ceux-ci ne sont jamais analysés sérieusement, pas plus que les graves insuffisances. Devant ces contraintes, on prétend vouloir conserver un système d'assurance maladie solidaire et « plus économe en prélèvements obligatoires ». Cela passerait par la conjugaison de trois actions, on retrouve ici le même raisonnement que pour les retraites. Et l'on

L'avenir de l'assurance maladie

relève la pauvreté des actions envisagées pour résoudre les problèmes de fond, lesquels en réalité ne sont pas analysés dans le rapport du Haut conseil.

La première action viserait à améliorer le fonctionnement du système de santé pour un meilleur rapport qualité-prix, ce qui impliquerait de maîtriser les dérives de l'assurance maladie. Il s'agirait de purger le système de ses excès (lesquels ?), mais il n'est jamais fait allusion à ses insuffisances. On souligne toutefois que cela prendra du temps, que les dépenses évolueront durablement plus vite que la richesse nationale, que la dette accumulée, malgré la résorption du déséquilibre financier, serait de 80 milliards d'euros en 2010.

Aussi la deuxième action viserait-elle à ajuster les conditions de prise en charge : il s'agirait de faire évoluer certains paramètres sans remettre en cause les principes. Cela cache la volonté de réduire la prise en charge publique.

La troisième action serait d'agir sur les recettes. On argue d'une lourdeur des prélèvements qui conduirait à la nécessité d'abaisser ces taux pour les moins qualifiés. Il s'agit de la fuite en avant dans les exonérations de cotisations patronales. En fait, au niveau des recettes, on n'envisage qu'une augmentation de la CSG au titre qu'elle reposerait sur une assiette large et qu'elle répond au principe de proportionnalité, alors que ceci devrait être critiqué en raison du caractère non progressif de la CSG. Il n'y a pas de débat sur une réforme de l'assiette des cotisations patronales, même si cette idée est évoquée.

Derrière le discours affleurent des propos lourds de gravité marqués par la logique libérale. L'assurance maladie devrait faire des choix qui devraient être explicites et transparents et l'on va retrouver ainsi la notion de panier de soins, dissimulée derrière l'expression de « périmètre de soins remboursables ». Il s'agirait de choisir le périmètre des actes et des produits qui seraient remboursés, qui serait réexaminé périodiquement afin de sortir certains biens et services pour en faire entrer d'autres.

Il ne faudrait assurer le remboursement que des biens et services médicaux ayant fait la preuve de leur « sécurité » et de leur « efficacité » selon des critères scientifiques objectifs (définis par qui ?). Il y a en même temps une grave sous-estimation du problème des médicaments alors que l'on prétend qu'il existe des procédures de contrôle.

Le rapport emploie à maintes reprises le concept d'utilité dans une acception néo-classique. « Tout ce qui est efficace n'est pas forcément utile » pour mériter d'être admis au remboursement, affirme-t-il. Les symptômes bénins ne mériteraient pas d'être remboursés, avance-t-il, si bien que l'on retrouve la distinction entre petit risque et gros risque dans cette volonté de « mieux cibler les remboursements ».

Le concept d'efficience revient à une appréciation micro-économique de l'utilité par rapport au coût. Il s'agirait dans une analyse marginaliste de mesurer si l'utilité de l'acte ou du produit justifie les dépenses supplémentaires. Les ressources financières ne sont pas illimitées, déclare-t-on, en se situant d'emblée dans une optimisation sous contraintes, chère à la théorie néo-classique. Il s'agirait d'être capable de poser la question d'une hiérarchisation des priorités et donc d'effectuer des arbitrages. Il y a bien danger, comme l'ont souligné certains membres, d'enveloppes globales limitées qui obligeraient à se livrer à des choix. Le Haut conseil estime explicitement qu'il s'agit de rechercher « l'optimum » dans l'emploi des ressources préalablement à toute proposition d'augmentation des moyens.

Le flou du Haut conseil. Le rapport se centre sur le besoin de « référentiels de pratique médicale », d'une évaluation des connaissances et des pratiques ainsi que d'une offre de formation plus indépendante et développée, associée à des procédures d'accréditation. Il prétend que la qualité des soins rejoindrait la maîtrise des dépenses. Il affirme que la chasse à la non qualité permettra de réduire les dépenses excessives ou injustifiées, ou encore mal exécutées. Le rapport oublie de dire que le rationnement peut conduire à une telle pression sur le travail des soignants que cela favorise la crise d'efficacité de l'hôpital public et le développement des maladies nosocomiales. Le rapport rappelle à juste titre la surconsommation de médicaments avec les risques d'interaction médicamenteuse entraînant des hospitalisations pour des accidents « iatrogènes » (350 par jour). Mais aucun travail précis n'est effectué sur l'évaluation des gaspillages et des dysfonctionnements.

Il prétend que qualité et sécurité vont de pair, qu'une action résolue contre tous les risques évitables est nécessaire. S'il considère qu'on ne peut systématiquement opposer qualité et proximité, il propose simplement des instruments de mesure et la mise en place de règles visant à assurer pour tous et partout une qualité de soins. Tout cela apparaît bien vague. Il recommande de mieux utiliser les instruments tarifaires en réhabilitant le principe des tarifs opposables et en utilisant davantage les « **espaces de concurrence sur les prix** ». S'il relève des écarts considérables concernant les rémunérations des professionnels de la santé, des écarts de coût de 10 à 30% entre des établissements hospitaliers publics, de 30 à 40% entre les coûts du secteur public et du secteur privé, cela reste flou. En revanche le rapport avance que la tarification à l'activité ainsi que la réorganisation de l'offre hospitalière va réduire tous ces problèmes. Cela permet de légitimer les réformes préconisées dans le plan Hôpital 2007.

Les accords de bon usage des soins et les contrats de bonne pratique, ajoutant des compléments de rémunération, avec une modulation financière seraient susceptibles de favoriser la qualité. Le rapport considère que des progrès ont été accomplis, que des réticences ont été levées pour

L'avenir de l'assurance maladie

mieux faire accepter les réformes en cours (la tarification à l'activité notamment).

Une grave insistance à refuser une amélioration réelle de l'efficacité et des résultats du système de santé en sortant du rationnement comptable.

L'efficacité dans l'emploi des moyens, certes indispensable, revendiquée par le Haut Conseil, n'est pas analysée ici comme une efficacité pour viser l'amélioration des résultats. Si l'on fait allusion au désenchantement et à la perte de sens pour de nombreux professionnels de santé, on se refuse à en dégager les causes profondes et à agir contre le rationnement comptable qui a largement favorisé la crise d'efficacité du système de soins. Derrière un discours vague, s'élèvent la recherche « d'efforts d'adaptation et de flexibilité », la remise en cause de « situations acquises ». Il faudrait casser certains clivages, imposer des « formes d'organisation plus exigeantes »... « La lenteur » du changement, la « pesanteur du système à réformer », alimenteraient l'inquiétude des professionnels et des « usagers les plus lucides ». L'efficacité, ce serait aussi l'action sur l'environnement, sur la vie au travail, les comportements de prévention. Mais on ne va guère au bout des affirmations. Si l'on déplore l'absence de suivi, l'approche cloisonnée entre secteur social et médico-social et le manque à gagner pour la santé publique, on avance que « **l'efficacité est davantage aujourd'hui une question d'organisation** » qu'une question de volume des moyens. Il serait peu scientifique d'évaluer les besoins, il n'y aurait pas de corrélation entre niveau d'équipement et indicateurs de santé. Face aux inégalités territoriales dans la répartition des moyens, il est préconisé simplement des efforts d'organisation ! La réponse, selon le rapport, ne serait certainement pas d'injecter simplement davantage de moyens. Il s'agirait de défauts d'organisation et de coordination et un supplément de ressources n'améliorerait en rien la performance, déclare-t-on « Les deux axes essentiels de l'efficacité consistent à mieux répartir les moyens, à mieux coordonner leur emploi ». Cependant on peut souligner que les restrictions de l'offre de soins et des moyens alloués, avec des fermetures d'établissements, de services, de lits, ... au nom de la qualité, et de l'organisation, etc., feraient éclater l'efficacité du système de santé.

Concernant les soins de ville, on relève, certes à juste titre, de fortes disparités d'installation des professionnels, sur-densité à certains endroits, sous-densité dans certaines zones, une chute de la démographie professionnelle. Cependant, le numerus clausus n'est pas dénoncé, tandis qu'on s'interroge simplement sur la nécessité d'une action de l'État pour imposer l'installation de médecins dans certaines zones sinistrées.

En matière d'équipement hospitalier, le rapport regrette la lenteur du redéploiement des moyens ; il critique les obstacles aux recompositions à travers des fermetures ou des fusions. On relève ici la volonté d'aggraver la politique antérieure qui a pourtant mené à la catastrophe. Le rapport reprend les analyses malthusiennes, ainsi « pourquoi 27 CHU géographiquement très proches ? » S'il dénonce le cloisonnement entre les segments de l'activité médicale, le manque d'articulation, c'est pour considérer que cela fait obstacle à une bonne recomposition de l'offre. Il n'y a, écrit-on dans le rapport, ni articulation, ni substituabilité entre secteurs, alors que, selon nous, il s'agirait plutôt de rechercher la complémentarité. Tout serait selon le Haut conseil une question d'organisation. Si l'objectif de permanence de soins est affirmé, c'est pour constater que ceci aboutit actuellement à privilégier l'hôpital de proximité alors qu'il faudrait éviter de surcharger les urgences en améliorant les soins de ville. Le Haut conseil recommande, à juste titre, de casser la coupure entre hôpital et soins de ville et privilégie l'organisation de soins coordonnés en réseaux, ce qui à première vue paraît pertinent, mais il n'est pas précisé de quel type de réseaux il s'agirait...

Toute la fin du rapport est alors consacrée à une recherche d'articulation, d'organisation, d'information. On relèvera l'invitation à organiser le système de soins autour de la notion véritable de système, le besoin de soins coordonnés, de bonnes remarques mais...qui ne mangent pas de pain. L'information des usagers, qui ne sont pas des sujets passifs, est revendiquée. L'inégalité dans l'information est critiquée, la mesure de résultats doit être développée et publiée, par exemple le taux de réadmission dans un service hospitalier, la fréquence des infections nosocomiales (oui mais avec quelle analyse des causes, et quels moyens pour y remédier outre la fermeture des établissements ?). Ou s'agit-il de faire des coups médiatiques pour faire passer au nom de la transparence la disparition des hôpitaux publics asphyxiés par le malthusianisme ?

Des réformes purement institutionnelles et organisationnelles, masquant le besoin urgent de véritables réformes. Le grand nombre d'acteurs est considéré comme un obstacle, tandis qu'on regrette le rôle mineur des collectivités locales (décentralisation oblige...), ainsi que le peu de reconnaissance des assurances complémentaires (rapport Chadelat derrière...). Alors que les représentants syndicaux sont opposés aux usagers (pas représentés), on ne propose évidemment pas de rétablir les élections des administrateurs à la CNAM. Le rapport estime que l'enchevêtrement des compétences expliquerait les dérives du système. Une analyse en terme de fonction (juridique, financière, organisation, gestion des risques, allocation des ressources) serait nécessaire... En réalité, on nous assène un baratin techno-bureaucratique sur la « gouvernance ». Dans le contexte de « dérive financière », ni le

L'avenir de l'assurance maladie

Parlement, ni le gouvernement, ni les caisses n'exerceraient ni ne disposeraient de responsabilité claire dans la tenue des objectifs de dépense. Le Haut conseil relève des carences dans les outils de pilotage du système, des manques en matière d'instrument d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, qui s'expliqueraient de manière simpliste par l'absence d'un responsable explicitement désigné ou d'une répartition précise des tâches.

Le rapport relève des insuffisances dans l'élaboration et la diffusion des références de bonnes pratiques... L'orchestration d'ensemble ne serait pas assurée. Aucune collaboration efficace entre assurance-maladie obligatoire et assurance complémentaire ! (Chadelat, Chadelat...) Le partage d'information (dans le respect du secret médical) devrait être la règle. Les outils d'audit et de contrôle de la gestion du système, de façon critique sur l'usage des ressources doivent être développés, des contrôles sur le bon emploi des ressources sont recommandés. Des évolutions institutionnelles devraient associer transfert de compétences et transfert de responsabilités. L'urgence, selon le rapport, serait de mieux répartir les pouvoirs et les responsabilités. La confusion des responsabilités, entre État et CNAM, l'accumulation des organismes et des intervenants au niveau régional seraient une cause prétendue décisive des dysfonctionnements du système de soins. L'absence de décideurs identifiés renforcerait les résistances aux réformes. Les schémas de « gouvernance » privilégient la délégation de compétence à un acteur précis, une délégation de pouvoir, de responsabilité. La plupart de ces analyses en termes de défauts organisationnels sont connues de longue date, et le discours technocratique utilisé masque les véritables réformes nécessaires et les causes réelles de dysfonctionnement que l'on refuse d'analyser.

Ce rapport privilégie les questions d'organisation ce qui évite de poser les vrais problèmes : comment soigner, comment développer la gratuité et l'accès aux soins pour les plus modestes, comment réorienter le système vers la prévention, comment articuler et développer à la fois en complémentarité soins de ville et hôpital, comment répondre aux nouveaux besoins d'emploi et de formation, comment sortir des inégalités sociales et régionales de santé, comment répondre aux nouveaux besoins de santé liés notamment au vieillissement, comment sortir de l'asphyxie du système de santé et donc comment financer, en articulant refonte du financement et développement de l'emploi et de la formation.