



Rebonds

Pouvoirs publics, patients, soignants... devront prendre enfin leurs responsabilités.

Sécu, une réforme de fond

mardi 13 avril 2004

Par Jean PEYRE-LEVADE, Jean-Dominique SIMONPOLI, Philippe HOURCADE et Daniel CHOLLEY, respectivement président, directeur, trésorier et secrétaire de l'association Dialogues (1)

Le président de la République a annoncé un grand débat national pour une réforme en profondeur de l'assurance maladie appuyée sur un consensus large. Mais une réforme pour quoi faire ? Voilà bien une question qui en elle-même suggère d'autres réponses que celles apportées depuis quarante ans.

Rappelons que lors de sa mise en oeuvre à la Libération le plan français de sécurité sociale s'est inscrit dans une période historique marquée par la relance de l'activité économique, un taux de chômage relativement bas et un besoin de financement des retraites extrêmement faible permettant des transferts de cotisations (ce qui a eu pour conséquence de masquer les difficultés de l'assurance maladie !). C'est dès les années 50 que les premiers déficits sont identifiés sans menace particulière. Mais très vite les mesures mises en oeuvre ont été marquées par un classicisme qui s'est confirmé tout au long des quarante-quatre plans de redressement qui se sont succédé jusqu'à nos jours, consistant à réduire les niveaux de prise en charge et à augmenter le niveau des prélèvements. Avec le résultat que l'on connaît aujourd'hui, 40 milliards d'euros de déficit cumulé après que les compteurs furent remis à zéro en 1995 !

Nous avons acquis la conviction que ce dont souffre l'assurance maladie, c'est bien prioritairement de l'inorganisation de notre système d'accès aux soins avec pour corollaire les limites atteintes par celui-ci en termes d'efficacité et de qualité. Nous proposons donc, au-delà du diagnostic semble-t-il partagé, d'en tirer des conclusions et d'ouvrir des pistes de réforme permettant de s'attaquer à la structure même du dispositif pour ensuite décider de la répartition des responsabilités et de son mode de financement.

Ce dont il nous faut traiter s'appuie sur le regard lucide à porter sur l'exercice de la médecine, sur la coordination ville-hôpital, sur la capacité, pour le patient, de se diriger dans le système de soins, sur la politique du médicament, sur la réponse à apporter aux besoins nouveaux de prévention. L'exercice libéral de la médecine reposant sur le triptyque «liberté d'installation, liberté de prescription, paiement à l'acte» est à bout de souffle, dépassé par les nouvelles exigences des malades et les fabuleux progrès des sciences et des technologies.

Le moment est venu de réguler l'installation sur le territoire des généralistes, spécialistes et auxiliaires médicaux car plus personne n'ignore les grandes inégalités qui découlent du laissez-faire actuel. Ainsi, Paris dispose de 834 médecins pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 205. La concentration de certaines spécialités dans les zones à pouvoir d'achat élevé amplifie la consommation au point que l'on peut s'interroger sur sa légitimité médicale et sociale. On constate, par exemple, la présence de 234 spécialistes pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 110 en Picardie.

L'évolution du rapport généraliste-spécialiste est lui aussi facteur de coûts sans rapport avec l'évolution corrélative de la qualité. Ainsi, alors que les spécialistes représentaient 37 % de l'ensemble des médecins en 1984, ils en représentaient 51 % en 2000. Rien ne justifie cet engouement français pour les spécialistes d'autant que plus personne ne conteste qu'une offre surabondante génère une demande excessive. Que dire dans ces conditions des différences de revenus que cela génère au sein même des professions ? Savons-nous par exemple que le revenu annuel moyen d'un pédiatre est de 47 000 euros pour 150 000 euros pour un radiologue ?

Bien peu a été fait dans ce domaine de la médecine de ville pour conjuguer qualité, transparence, sécurité et

rationalisation des moyens. C'est une véritable révolution des conditions d'exercice qui doit marquer les professions médicales. Cela passe par la transparence quant à la qualité et au contrôle régulier de celle-ci ! N'est-il pas pour le moins paradoxal que l'on s'inquiète des capacités de tel ou tel professionnel à prendre en charge la sécurité de ses concitoyens (pilote d'avion, conducteur de train, sapeur-pompier...), à qui des contrôles réguliers sont imposés, alors que les professions médicales échappent à toute certification et à toute évaluation des pratiques tout au long d'une carrière qui sera marquée par des progrès scientifiques fulgurants mais aussi de nouvelles pathologies qui nécessitent une véritable formation continue dûment validée.

Les caisses d'assurance maladie devront être dotées des outils et des moyens réels de suivi des conditions d'exercice. Tous les filets de sécurité mis en place au cours des ans ont sauté sous les coups de boutoir du corporatisme médical et de la recherche de la productivité administrative maximale au détriment de la qualité, notamment par absence de tout contrôle efficace des remboursements émis dans le cadre des procédures de tiers payant qui se sont généralisées.

S'interroger sur les conditions d'exercice, c'est tout autant s'interroger sur les conditions de la demande : quelle est l'aptitude réelle du patient à se diriger dans le système de santé ? Jusqu'où est-il véritablement en capacité de s'y retrouver et de faire les choix pertinents de consultation de tel professionnel plutôt que tel autre ? Poser la question, n'est-ce pas déjà y répondre ? Y répondre non par la contrainte mais par la responsabilisation, en incitant le malade à s'inscrire dans une médecine de réseau où un professionnel de santé librement choisi joue le rôle d'aiguilleur (et de concentrateur des données) permettant un suivi d'ensemble de chaque patient. Cette pratique vertueuse doit-elle être imposée ou encouragée ? Et selon quelles modalités, c'est au débat de le préciser.

Réorganiser la médecine autour du patient dans une logique de coordination suppose de réformer les conditions d'installation tant du point de vue géographique que du point de vue de la spécialité exercée afin d'inscrire l'ensemble dans une régulation négociée porteuse de perspectives pour la profession et d'égalité de traitement pour les citoyens quels que soient leur lieu de résidences et leurs besoins. Cette régulation débouchera sur plus d'efficacité et *in fine* des économies pour la collectivité. Car il faudra bien s'attaquer aux causes qui font de nous les champions du monde de la consommation de médicaments sans que la qualité soit toujours au rendez-vous, alors que l'on reporte en permanence le débat sur les prescriptions à risque, le conditionnement, l'emprise des laboratoires sur le corps médical, le mode de rémunération des pharmaciens.

Nous sommes les champions du nombre de pharmacies ou de laboratoires de biologie (4 500 laboratoires en France pour 700 en Allemagne), ce qui interdit les économies d'échelle. Le suivi en réseau, garant d'efficacité et d'autocontrôle de la profession, devrait permettre aussi de recentrer les urgences hospitalières sur le rôle vital que chacun attend d'elles en dirigeant le nombre de patients vers des unités de proximité réactives et adaptées. Nous voulons parler là de maisons de gardes médicales, de permanences de soins, à réintroduire assorties de conditions de rémunération attractives pour les professionnels.

Le désengorgement des urgences est une des issues à la crise de l'hôpital. Lorsqu'on sait que, sur les 12 millions de patients accueillis aux urgences sur une année, 110 000 seulement font l'objet d'une hospitalisation, on mesure combien auraient pu être soignés par d'autres structures sans que la qualité de leur prise en charge en pâtisse. Dans le même temps, on estime à près de 10 % le nombre de malades qui sont maintenus à l'hôpital sans justifications médicales par absences de services de suites (enquête du CHU de Caen, 2001)

C'est donc une réforme de la responsabilité qui s'impose :

- responsabilité partagée certes mais assumée et sanctionnée ;
- responsabilité des pouvoirs publics auxquels il appartient de définir les grandes lignes de la politique de santé et de doter notre pays des institutions scientifiques indépendantes en charge de proposer les domaines d'intervention de la collectivité ;
- responsabilité des pouvoirs publics à qui il appartient de garantir à chacun un haut niveau de prise en charge de ses besoins de santé ;
- responsabilité du patient qui ne peut ignorer le coût de sa prise en charge par la collectivité et doit mesurer en permanence les conséquences de ses choix ;
- responsabilité du soignant dont chaque acte engage une dépense socialisée ;

- responsabilité des gestionnaires qui en se réappropriant des marges de manoeuvre devront assumer les décisions correspondantes.

Des gestionnaires auxquels il est urgent de redonner toute leur légitimité dans une délégation de pouvoir plus forte. Les syndicats de salariés, les employeurs, les organismes complémentaires, les professionnels de santé sont-ils prêts à assumer les contraintes de gestion liées à la responsabilité du pilotage du système ? Voilà bien une question centrale au coeur de ce débat.

C'est dire combien une réforme de cette ampleur doit faire l'objet d'un large consensus pour produire ses effets sur une longue période. Entre-temps, il sera nécessaire de résorber les déficits sans reporter la dette à trop long terme et conduire la réflexion sur un mode de financement qui permette de faire face aux évolutions par une contribution modulable des assurés sociaux, une contribution rééquilibrée des entreprises et une clarification des responsabilités de l'Etat.

Vaste chantier dont l'issue témoignera de la capacité de ce pays à repenser le contrat social ancré sur la solidarité et la responsabilité. C'est à partir de cette vision d'ensemble que doit être posée la question d'une nouvelle gouvernance qui s'inspire à la fois des principes de 1945 et des conditions de notre époque. Le législateur n'avait-il pas prévu de déléguer alors aux partenaires sociaux la gestion pleine et entière de l'assurance maladie en leur déléguant le pouvoir de faire varier les niveaux de cotisation et les niveaux de remboursement afin d'équilibrer le régime ?

Les syndicats, le patronat et la mutualité en avaient accepté le principe mais celui-ci n'entra jamais en vigueur. Peut-on faire preuve d'autant d'audace en 2004 ? Oui si l'Etat accepte et respecte le principe d'une véritable délégation de gestion y compris dans les négociations avec les professions médicales. Oui si le Medef accepte, dans ces conditions, de reprendre sa place dans les caisses. Oui si les organisations syndicales se comportent en gestionnaires et en acceptent les risques comme elles le font déjà pour l'assurance chômage (certes avec difficulté) et pour les régimes de retraite complémentaire.

Cela pourrait se concevoir en poussant jusqu'au bout la réforme des conditions d'une nouvelle démocratie sociale qui permette aux salariés d'élire leurs représentants. Mais cette question est aussi posée aux professionnels de santé qui trop souvent (on l'a encore vu entre les deux tours des dernières élections présidentielles) se retournent vers l'Etat lorsqu'ils n'obtiennent pas satisfaction dans leurs négociations avec les caisses (la revalorisation des honoraires qui s'en est suivie ayant entraîné un surcoût de 690 milliards d'euros en année pleine qui bien évidemment n'avaient pas été budgétés).

L'étatisation actuelle qui ne dit pas son nom conduit à déresponsabiliser tous les acteurs. Alors, au moment où s'engage le débat, si l'Etat est au pied du mur, les acteurs sociaux le sont aussi. Tout le monde devra prendre ses responsabilités. C'est dire que la question du financement se pose sous un autre angle. Elle appelle nécessairement un ensemble de mesures ponctuelles visant à résorber le déficit sans reporter la dette et à réintroduire des mécanismes qui préviennent les déficits par l'adoption de budgets prévisionnels réalistes et par la mise en oeuvre de mécanismes de régulation qui pourraient faire varier les niveaux de cotisation (salariés et entreprises) et le remboursement en fonction de l'évolution des risques, des décisions de prises en charge et de la situation de trésorerie des régimes.

Cela suppose une transparence absolue des comptes et des financements, le respect par l'Etat de ses engagements de compensation des mesures structurelles pour l'emploi qu'il met en oeuvre et qui augmentent les coûts de la Sécurité sociale, une refonte des bases même des contributions assises sur les revenus du travail (qui ne sont pas tous soumis à cotisations, tels les dispositifs d'épargne salariale, d'intéressement et de participation), le manque à gagner étant estimé à 4 milliards d'euros par la Cour des comptes. Cela suppose encore d'évoquer la mise à niveau de la contribution des revenus de remplacement et des retraites, une vérification des conditions de contribution des revenus financiers et de placement, une réflexion sur le niveau de cotisation des entreprises et leur participation aux actions de prévention.

Le chantier est vaste et nécessite véritablement une mise à plat et l'élaboration de réponses à la hauteur des enjeux et des espérances de nos concitoyens.

(1) Dialogues organise demain, en collaboration avec *Libération*, le colloque «Assurance maladie, une réforme pour quoi faire ?», à la Maison de la chimie, 28, rue Saint-Dominique, Paris VIIe, de 14 h à 19h.

Contact : dialogues@dialogues.asso.fr www.dialogues.asso.fr