

**Le Haut Conseil salue les outils, mais doute des économies  
Son prérapport souffle le chaud et le froid sur la réforme  
*Le Quotidien du Médecin*, 29 avril 2005**

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie a examiné hier son projet de rapport annuel. Cette première synthèse depuis le « diagnostic partagé » de janvier 2004 ausculte, sous un regard parfois critique, les évolutions récentes dans la foulée de la réforme « Douste ». Au chapitre des bons points, la sauvegarde de notre système solidaire et la mise en place de mesures pertinentes (parcours de soins, DMP). Mais le Haut Conseil estime qu'espérer des économies à l'horizon 2007 relève de l'optimisme. Il s'interroge par ailleurs sur l'efficacité des mesures sur l'installation des libéraux.

LE SCHEMA du rapport 2005 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (Hcam), examiné hier en séance plénière, constitue la première synthèse du genre depuis que cette instance a rendu, en janvier 2004, son célèbre « diagnostic partagé » sur l'assurance-maladie, une prouesse qui avait permis de préparer le terrain de la réforme Douste-Blazy. Il s'agit donc d'un premier regard très attendu sur le « chemin parcouru » depuis quinze mois, alors que se succèdent les bouleversements : loi du 13 août bien sûr, mais aussi réforme de la tarification des établissements, Ccam technique ou encore internat pour tous.

Même s'il est « partiel », et si le recul est « encore très faible », ce projet de rapport, dont la version finale sera remise au gouvernement et au Parlement, accueille favorablement les principaux outils et mesures de la réforme de l'assurance-maladie. Tout en apportant plusieurs bémols, dont le premier est le doute qui plane sur les économies affichées par le gouvernement (montant et calendrier).

**Pas de « déport caractérisé » vers les complémentaires.**

Dans son « appréciation de la situation actuelle », au regard du diagnostic formulé en 2004, le Haut Conseil constate que l'évolution intervenue « préserve les principes de notre système » d'assurance-maladie. Une pierre dans le jardin de ceux qui, à gauche notamment, dénoncent une privatisation larvée. Pour le Haut Conseil, les schémas « radicaux » ont été écartés (mise en concurrence, transferts de la gestion de pans entiers de soins ou du petit risque aux assureurs...) et « les régimes de base gardent le rôle majeur dans la prise en charge des dépenses ». Pour cet organisme, les décisions prises depuis quinze mois « ne se traduisent pas par un déport caractérisé » des régimes de base vers les couvertures complémentaires. Pour l'instant du moins, car le Haut Conseil n'exclut pas un transfert « plus important » dans l'avenir. A cet égard, la question de la prise en charge des ALD, qui a fait l'objet d'un nouveau projet d'avis, préoccupe fortement le Haut Conseil. « La suppression du régime d'exonération des ALD (que n'envisage pas aujourd'hui le gouvernement) aurait des conséquences très lourdes : quasi-doublement de la prime d'assurance complémentaire pour les plus de 60 ans, risque d'écémage par les complémentaires », relève le rapport.

Autre satisfecit, la réforme votée l'été dernier mobilise bien les « trois leviers » que réclamait le Haut Conseil : action sur le système de soins, ajustement des conditions de prise en charge et augmentation des recettes.

**Faible documentation sur les consultations redondantes.**

Sur la coordination des soins et la maîtrise médicalisée, piliers du plan Douste-Blazy, le Haut Conseil livre un avis en demi-teinte. Si les mesures décidées sont jugées pertinentes (le médecin traitant est une innovation « importante »), l'impact financier de cette réorganisation de l'offre est « malaisé à analyser, d'autant que le détail des modes de calcul et les échéanciers de réalisation n'ont pas tous été précisés ». Malgré le discours volontariste du ministre de la Santé sur l'amorce d'un changement des comportements, il flotte comme un

parfum d'incertitude sur l'efficacité comptable de l'action engagée, du moins sur le montant et le calendrier des économies attendues (3,5 milliards d'euros à l'horizon 2007 résultant de la maîtrise médicalisée).

Certes, estime le rapport, il s'agit d'un objectif « que les professionnels jugent réaliste ». Mais l'application sur le terrain des nouveaux parcours de soins, censée éviter des visites et consultations inutiles chez certains spécialistes, en dissuadant le recours en première intention, pourrait décevoir ceux qui en espèrent des gains faramineux. « Les redondances de consultations d'examen dont le médecin traitant et le DMP permettent d'espérer la diminution ont été assez peu documentées jusqu'à présent », avertit le Haut Conseil.

Sans reprendre l'expression d'usine à gaz, le rapport s'interroge sur la lisibilité tarifaire de ces parcours de soins pour les patients. « Tel qu'il est aujourd'hui construit, le système apparaît cependant assez complexe pour l'usager », peut-on lire.

Sur la gestion du DMP, les remarques du Haut Conseil sont assez classiques, puisqu'elles portent sur « les coûts de fonctionnement du système » et le « réalisme du calendrier de déploiement ».

L'analyse de l'impact économique des référentiels de bonne pratique risque également de doucher l'enthousiasme de certains. Selon le rapport, si l'application stricte de ces référentiels « peut permettre de diminuer les consommations de soins inutiles », elle risque également d'avoir « la conséquence inverse » d'augmenter des soins nécessaires, insuffisamment ou pas réalisés.

### **Gare à l'optimisme.**

Le Haut Conseil rappelle que « seulement 41 % des diabétiques ont un fond d'œil annuel, 60 % un bilan glycémique à intervalle suffisamment rapproché ». L'application à la lettre d'un référentiel améliorerait sans doute la qualité des soins, mais moins sûrement les finances de la Sécu.

Faut-il y voir une mise en garde ? Le rapport rappelle que « de façon générale, l'horizon temporel des économies (2007) paraît à certains observateurs assez optimiste, notamment en raison des délais de montée en charge d'opérations lourdes telles que le dossier médical personnel ». Le projet de rapport contredit par ailleurs l'affichage du gouvernement sur le rendement financier du forfait de 1 euro par acte, mis en place en 2005. « Compte tenu du plafonnement à 50 forfaits annuels et des règles d'exonération, le rendement de la mesure de participation forfaitaire serait de 460 millions (d'euros) au lieu des 700 millions prévus. » Quant au caractère responsabilisant de cette mesure, très contestée au moment du débat parlementaire, il « peut être débattu », note prudemment le Haut Conseil. En revanche, l'élargissement de l'assiette de la CSG est jugé « cohérent ».

On relèvera enfin la petite pique sur la politique conduite pour atténuer les disparités de la démographie médicale. « S'agissant de l'installation des professionnels de santé, les mesures envisagées (...) sont très (trop ?) respectueuses du principe de liberté d'installation. » La jeune génération de médecins libéraux appréciera.

CYRILLE DUPUIS

**Impact financier de la réforme en 2007**  
**Estimation en septembre 2004**

---

Organisation et fonctionnement du système de soins *(milliards d'euros)*

Maîtrise médicalisée	3,5
Produits de santé	2,3
Hôpital (hors revalorisation du forfait journalier)	1,6
Amélioration de la gestion des indemnités journalières	0,8
Systématisation du recours contre tiers	0,3
Economies sur les frais (reprise de la dette par la Cades)	1,1
Diminution des coûts de gestion de la Cnamts	0,2

**Total offre de soins** **9,8**

---

Participation de l'utilisateur

Contribution de 1 euro par acte	0,7
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	0,3

**Total participation de l'utilisateur** **1,0**

---

Redressement financier

Transfert d'une partie des droits tabacs de l'Etat à la Cnamts	1 0,9
Création d'une contribution additionnelle à la C3S	1
Relèvement de la CSG :	0,6
Elargissement de l'assiette de la CSG des actifs	0,6
Relèvement de 0,4 point du taux de CSG des retraites imposables	0,1
Relèvement de 0,7 point du taux sur les revenus du patrimoine	<b>4,2</b>
Augmentation de 2 points du taux de CSG sur les jeux	

**Total volet recettes**

---

**Total des mesures** **15,0**

---