

Le paritarisme remis en cause

Béatrice Majnoni d'Intignano

Publié par La lettre de La Rue Saint-Guillaume, novembre 2003

Le paritarisme a vécu. Pour trois raisons. 1) L'assurance maladie est financée dorénavant surtout par la CSG, qui a la nature d'un impôt. Seules les entreprises versent encore des cotisations. Un impôt moderne proportionnel et à large assiette, donc plutôt optimal. Or le financement détermine la gestion et le pouvoir. Les partenaires sociaux géraient les cotisations de leurs mandants : les travailleurs. La réforme Juppé de 1996 a introduit une double représentation des assurés. Par leurs députés : vote de la loi de financement de la sécurité sociale et des objectifs du système de santé. Par les partenaires sociaux : dans les conseils d'administration des caisses. Une dualité source d'incohérence lorsque les seconds ne respectent pas le vote des premiers. 2) Notre système de santé évolue d'un *système de Bismarck*, professionnel, organisé pour et géré par les travailleurs, vers un *système de Beveridge*, universel, protégeant le citoyen et les résidents légaux et géré par le ministère de la santé. Les syndicats ont perdu leur représentativité : ils ne sont plus élus ; les syndicats dits « représentatifs » sont en situation de monopole pour gérer les caisses. Ensuite, ils représentent au mieux 9% des travailleurs, soit 22 millions de personnes, surtout le secteur public, soit 4,5 millions. Leurs intérêts se distinguent de ceux de l'ensemble des assurés sociaux pour la maladie : 60 millions. 3) Les partenaires sociaux ont démontré leur incapacité à négocier et à mettre en place des mécanismes de régulation adaptés et efficaces. Les lois de financement de la sécurité sociales, fixant une enveloppe aux dépenses de santé, ne sont pas respectées. Or ces lois sont conformes au préambule de la Constitution qui garantit que le contrôle des représentants des citoyens sur les contributions obligatoires. Une coalition d'intérêts entre les syndicats professionnels et les syndicats médicaux arbitre depuis des lustres en faveur de plus d'emploi et de revenus plus élevés dans le secteur de la santé. Elle était évidente au temps où FO gérait l'assurance maladie avec le patronat, elle perdure, malgré des intentions contraires, sous la présidence CFDT de la CNAMTS. Toutes les tentatives de régulation introduites depuis 1990 ont du être engagées par le ministère de la santé, de droite comme de gauche. Le dernier rapport de l'OCDE sur la France suggère d'ailleurs au gouvernement français de reprendre les rênes. Ce ne sera pas sans grincements de dents.

Les partenaires sociaux n'ont-ils pas fait des efforts ? Le microcosme constitué par les syndicats professionnels qui gèrent l'assurance maladie a tout refusé. Refusé de différencier les revenus par région, au nom de l'égalité. Résultat : pénurie dans les zones rurales et dans le Nord et pléthore en ville ou dans le Sud. D'inciter à l'exercice en groupe, au nom de l'individualisme. Résultat : soit les urgences les accablent, soit ils les envoient à SOS médecins ou aux hôpitaux, alors débordés. D'adapter les rémunérations à l'exercice de la médecine générale, au nom de l'unité de la profession. Résultat : une course à l'acte, un temps de travail parfois dément et des revenus en forte croissance pour les spécialistes. D'imposer à la population de s'abonner chez un généraliste ou d'inciter financièrement à le faire, au nom de la liberté de choix. Résultat : la moitié des parisiens n'ont pas de médecin de famille et consultent n'importe quel spécialiste ou encombrant les urgences des hôpitaux pour des affections banales. Trois urgences sur quatre relèvent de la médecine de ville à Paris. Refusé de faire des expériences de grande ampleur, au nom des principes de la médecine libérale : la commission *ad hoc* donne les autorisations au compte goutte. De diffuser rapidement l'informatique pour les dossiers médicaux et le paiement des actes ou des ordonnances, par crainte du contrôle des caisses de sécurité sociale. Seul le syndicat minoritaire de généralistes MG-France a fait des propositions novatrices, mais sans y inclure les mécanismes de régulation pouvant en assurer la cohérence. Les autres syndicats dominés par les spécialistes bloquent la négociation. Rien n'avance donc depuis vingt ans.

Peut-on maîtriser les dépenses de santé, et si oui comment ? Plusieurs pays s'y étant évertués ont réussi sur de longues périodes : l'Allemagne, la Suède, le Japon. L'Allemagne tente aujourd'hui de maintenir le taux de cotisation maladie de 1980 ! Il faut comprendre une chose : ces dépenses ne sont pas des objets achetés, ce sont les revenus des médecins, les profits de l'industrie pharmaceutique, le chiffre d'affaire des grandes institutions hospitalières. Les soins étant surtout des services, dépense de santé = revenu. Or, l'emploi dans la santé et ces revenus augmentent plus vite que ceux des autres actifs qui financent les cotisations. Depuis 1980, le pouvoir d'achat des médecins spécialistes a cru de 35%, celui des généralistes de 20% alors que celui de la fonction publique ou des salariés du privé augmentait de 10%. Un spécialiste libéral gagne, net de frais, en moyenne 81 500 euros, un généraliste : 52 600, et un cadre du privé : 39 400 euros et un agent de l'état non cadre en moyenne 23 300. Certes au prix d'un fort stakhanovisme chez les médecins alors que les autres actifs obtenaient peu à peu les 35 heures ! Un principe de solidarité économique justifie que la croissance des dépenses de santé s'ajuste à la croissance économique, surtout à celle des revenus des actifs non médicaux. L'Allemagne, dans sa loi d'action concertée, a adopté dès 1977 le vertueux principe du taux de cotisation stable.

Financer le déficit. Rappelons que le «trou», le «déficit de la sécu» sont des concepts vides de sens. Un jour il faut financer. Si l'on choisit l'emprunt, un jour il faut rembourser. On repousse alors les prélèvements pour financer les dépenses d'aujourd'hui sur les actifs de demain. En soi, le déficit actuel, 10 milliards pour 2003, est modeste rapport aux dépenses de soins : 145 milliards en gros, soit 7%. Mais la base est gigantesque. Le déficit accumulé en deux ans (16 milliards), plus les promesses faites aux hôpitaux (10 milliards) dépasse 35 milliards d'euros. Pour situer les choses, à peu près l'effort national de recherche et développement. Il faut distinguer deux catégories de dépenses de santé : les dépenses publiques, remboursées, financées par les prélèvements obligatoires, et les dépenses privées, financées par les malades. Les premières sont porteuses d'égalité, les secondes d'inégalité et de limites d'accès aux soins. Douleuruse réalité. Le déficit de l'assurance maladie porte sur les dépenses remboursées et entre dans les déficits publics au sens européen. Les recettes de poche envisagées ici et là (effort sur les génériques, forfait sur les ordonnances, hausse du forfait hospitalier, de l'impôt sur le tabac...) même additionnées sont pas à la hauteur. Il faudra donc, avec courage, augmenter la CSG, ou si le gouvernement recule devant l'obstacle, augmenter les facilités d'emprunt, puis la CRDS. Ce ne serait d'abord guère glorieux. Surtout aventureux dans la mesure où la charge viendrait s'ajouter à celle des retraites et des nouvelles dépenses de santé liées bientôt au vieillissement. Choix en tout état de cause douloureux et porteur de reconnaissance de mensonge et d'amateurisme dans le choix des régulations.

Pourquoi les réformes échouent. La France a enlisé son système de santé jusqu'en 1990 en tentant de le réguler par deux mécanismes condamnés par la théorie et par l'expérience internationale : augmenter les tickets modérateurs et bloquer les prix des médicaments ou des consultations. Elle a ainsi compromis le développement de son industrie du médicament et fait augmenter plus que de besoin le volume de soins consommés. Puis les réformes engagées depuis 1990 se sont inspirées d'expériences étrangères sans toutefois en adopter les régulations ou les incitations financières classiques et éprouvées. Il existe une boîte à outils de la régulation des systèmes de santé bien connue, dont certains ont été expérimentés dans de nombreux pays. La France a prétendu s'en inspirer sans en utiliser les mécanismes logiques ou contraignants. Citons les principales tentatives françaises. La médicalisation des systèmes d'information des hôpitaux n'a pas été liée à un financement par pathologie comme il eut été logique de le faire pour sortir de la rigidité des budgets globaux. On attend cette décision depuis la fin des années 1980. L'ensemble génère travail supplémentaire et inégalités géographiques. Les enveloppes globales d'honoraires des médecins n'ont pas été assorties de lettres-clé flottantes comme il est nécessaire pour en assurer le respect ; le mécanisme régulateur a été remplacé par des réductions de la valeur de certaines lettres-clé à la discrétion du ministre, perçues comme des sanctions. Les décisions du Conseil d'Etat et du Conseil constitutionnel ont sanctionné cet amateurisme. Les cartes d'assuré social et l'informatisation des

honoraires ou des dépenses de pharmacie sont utilisés avec tant de lenteur que chacun doute de leur effet simplificateur.

Quels scénarios envisager ? Toute réforme dans ce secteur exige au moins cinq à six années pour la concevoir, faire voter les textes et la mettre en application. A cette échéance, le monde médical devra faire face aussi au passage de la population du baby-boom au-delà de 60 ans, et donc à l'alourdissement des dépenses de santé et de retraite. Il s'agira pour les premières d'un choc de demande ; pour les secondes d'un choc financier ; ces chocs limiteront encore les marges de manœuvre. Trois scénarios s'envisagent selon le degré de courage du gouvernement. a) La hausse des cotisations de santé, à laquelle s'ajouteront celles destinées aux retraites. L'ensemble absorberaient à terme alors le tiers du revenu national, bridant encore la croissance économique comme en avertit l'OCDE. Ce scénario débouche sur un *conflit de générations* : entre les payeurs nets (jeunes et/ou actifs) et les bénéficiaires nets (vieux et/ou malades), les seconds tendant à s'approprier tous les fruits de la croissance. Les plus jeunes seraient tentés de remettre en cause le financement public des dépenses de santé et leur générosité ou de déclencher une inflation pour dévaloriser les retraites et échapper au piège tendu par la génération nombreuse précédente. Les fondements de la zone euro pourraient s'en trouver sapés. b) Une baisse inorganisée du remboursement. Le concept de service public de santé plus ou moins gratuit, dominant en Europe, serait remis en cause dans ses fondements philosophiques. *Un conflit avec les plus âgés* pourrait s'engager alors, les plus âgés craignant un rationnement des soins, politiquement dangereux, les plus vieux devenant la majorité du corps électoral. c) Une régulation raisonnée et une privatisation partielle. Une partie des dépenses de soins deviennent des dépenses de consommation courante, pour lesquelles une demande solvable et informée existe : produits innovants lancés sans remboursement (DHEA contre le vieillissement) ; d'autres vendus dans les supermarchés avec les *alicaments* (fortifiants, laxatifs, vitamines) ; le petit risque (grippe, stress, fatigue) et les médicaments sans efficacité prouvée (veino-toniques) n'étant plus remboursés. Les prélèvements obligatoires diminueraient. L'assurance complémentaire prendrait le relais en gérant mieux le risque. On l'imagine bien pour les lunettes et les dents par exemple. Un consumérisme de la santé se développerait. La dépense de santé et l'emploi pourraient continuer à augmenter à un rythme soutenu. Ce scénario préserve l'éthique européenne pour les risques lourds. Il exige une collaboration active des médecins, chargés de respecter un « panier de biens et services publics » défini par le parlement. Par sa modernité, il pourrait provoquer *un conflit politique* en Europe par refus d'une logique en rupture avec la tradition social-démocrate de couverture croissante des dépenses de maladie par l'Etat providence dont les Français ont été bercés.

J.F. Mattei a laissé Le Monde titrer un interview de lui à son arrivée : « La santé n'a pas de prix ». Phrase classique utilisée signifiant la levée des contraintes dans le monde médical. Il se trouve aujourd'hui rattrapé par une banale réalité bien connue des spécialistes et dont témoignent les expériences étrangères.