

Les revenus de la santé

Béatrice Majnoni d'Intignano

Publié par Libération, juin 2004

Des dépenses de santé, tout a été dit. Des revenus qu'elles génèrent, rien. Sujet tabou. Les dépenses de soins constituent en effet les revenus des hospitaliers, des médecins de ville et des laboratoires pharmaceutiques. Revenus formés par le produit des salaires, des honoraires, des profits par le nombre d'hospitaliers, de médecins de ville, de salariés de l'industrie pharmaceutique. Les dépenses de santé atteignent 9,5% du PIB et l'emploi dans ce secteur 9% de la population active. A partir de cette double réalité comptable, le regard porté sur le dérapage abyssal des dépenses de santé change et deux questions se posent.

1) Cette dépense, augmente-t-elle trop vite et faut-il la contrôler ? La réponse est double. a) Oui pour les dépenses publiques de soins remboursés, financées par des prélèvements obligatoires ; leur rythme ne peut pas ne pas tenir compte de la croissance économique et elles doivent rester contrôlées par le Parlement. La contrainte comptable ne peut donc pas être levée pour la dépense remboursée. Les médecins seront déçus, mais ce principe figure dans le préambule de la Constitution, peuvent-ils le nier ? Par exemple les Allemands ont stabilisé leur taux de cotisation maladies depuis 1977 (hors effet de la réunification). Cela veut dire que dans ce pays les revenus des médecins doivent augmenter comme ceux des autres travailleurs qui versent les cotisations pour les financer, créant une solidarité entre eux. En France, le pouvoir d'achat moyen des spécialistes a augmenté de +40% depuis 1980, celui des généralistes de 20%, celui des cotisants de 15%. Cette situation appelle manifestement un ajustement que les spécialistes refusent en s'opposant à toute réforme des tarifications et en faisant annuler les conventions. b) La réponse est non pour les dépenses privées : primes d'assurances et tickets modérateurs payés par les malades. Elles permettent d'augmenter le revenu des médecins et créent de l'emploi ; elles doivent donc pouvoir augmenter librement. Un regard international confirme cette analyse : tous les pays, y compris les Etats-Unis, consacrent entre 6 et 8% de leur PIB aux dépenses publiques de santé, qui semble être une limite implicite. En revanche, le montant de la dépense privée diffère : 7% du PIB aux Etats-Unis, 1% au Royaume-Uni, 2,5% en France.

A chaque extrémité du spectre des systèmes de santé deux pays illustrent ces principes. Aux Etats-Unis, le tiers des nombreux emplois créés depuis vingt ans servent aux soins. Rien n'empêcherait de laisser les Français qui le souhaitent dépenser plus pour leur santé comme pour leur voiture ou leur restaurant. Au Royaume-Uni, le National Health service est rationné et le nombre de médecins faible. L'idée de laisser les médecins fixer leurs honoraires pour les clients ne passant pas par un médecin traitant paraît de bon sens ; elle consiste à prélever le «surplus du consommateur » en termes d'analyse économique ; ce que font tous les industriels qui différencient les produits ou les services.

L'économiste, enfin, doit poser la question du coût d'opportunité. Certes, le déficit de l'assurance maladie est plus faible que celui de l'Etat (11 milliards contre 55 en 2003, soit 1% de la dépense contre 20%). Mais cette somme est proche du budget de l'ensemble des Universités, et la dette reportée sur la génération suivante depuis 1997 atteindra probablement la centaine de milliards en 2007. Il faut en effet toujours au moins 5 ans pour qu'une réforme d'un système de santé produise ses effets. Et il faut aussi toujours commencer par dépenser plus et par investir pour réorganiser et accompagner la réforme.

2) Que dire des revenus des professions de santé ? D'abord qu'ils façonnent les comportements et les systèmes de santé à long terme. Evidence rarement reconnue. Le paiement à l'acte génère une médecine spécialisée, orientée vers les soins plutôt que la prévention et favorise les spécialistes, enfin il est inflationniste et poussant à multiplier les volumes (consultations et prescriptions). Les pays utilisant avec succès des «médecins référents » (*gate keeper*) les rémunèrent par un mélange de capitation, de forfaits incitatifs (pour se former, s'installer dans les régions pauvres, exercer en groupe...) et quelques paiements à l'acte. La capitation est un forfait par personne inscrite sur sa liste qui dépend de l'âge et rémunère la continuité et la gratuité d'accès de ce médecin traitant. Les

revenus comportent des incitations rendant compatibles les intérêts du médecin et ceux de la collectivité ou des malades. Trois exemples. a) La France compte plus de généralistes que la plupart de ses voisins. Mais ils sont trop nombreux au centre des villes et dans le midi ; trop rares au point de générer un sentiment de pénurie, à la périphérie des villes et dans le Nord. D'où des pénuries à la périphérie des agglomérations et à la campagne. Illusoire d'espérer les redéployer rapidement sans une combinaison des trois mesures suivantes : augmenter les honoraires remboursés dans les zones de sous-densité et les diminuer dans les autres et financer et limiter les cabinets médicaux selon les besoins ; rémunérer ces médecins traitants par une capitation généreuse ; laisser les autres médecins libres de leurs honoraires, sans rembourser, dans les zones sur-médicalisées et riches. Le schéma de « médecin traitant » proposé par le ministre va dans ce sens mais en partie seulement. Enfin laisser ceux qui menacent de se « déconventionner » passer à l'acte et autoriser l'installation de médecins à honoraires libres non remboursés, qui trouveraient leur clientèle dans les zones sur-médicalisées. b) Notre pays souffre aussi de pénuries dans certaines professions : impossible de recruter et garder des infirmiers, manque de chirurgiens, d'anesthésistes... il faudra augmenter leurs salaires ou leurs honoraires et réorganiser leur temps de travail. Cela coûtera très cher dans un premier temps. La hiérarchie de ces revenus devrait être revisitée : la responsabilité et les horaires de travail justifient-ils qu'un radiologue gagne en moyenne en ville 860 000 euros nets de frais et un chirurgien 580 000 euros ? Que les médecins utilisant des techniques (échographie, électrocardiogrammes) gagnent plus que les médecins mains nues comme les généralistes ? Cette hiérarchie résulte du paiement à l'acte et de la cotation de ces actes, dépassée ; elle a des effets pervers. c) Les urgences se présentant aux hôpitaux les désorganisent et croissent à un rythme anormal : 6 à 7% par an. Or, en Ile de France par exemple, les deux tiers d'entre elles relèveraient d'un médecin traitant et remplacent peu à peu le pédiatre ou le gérontologue. Illusoire d'espérer arrêter le mouvement sans rémunérer les médecins de ville pour organiser ces urgences et financer des centres légers d'accueil dont l'image existe dans le Nord ou en Ile de France, et pénaliser financièrement les consultants utilisant les urgences des hôpitaux comme médecin généraliste ou comme pédiatre. Sans incitations financières, rien ne se fera. La France souffre d'une pénurie d'organes à greffer qui durera jusqu'à ce que les moyens appropriés soient accordés aux centres de prélèvement ; l'Espagne en fournit un bel exemple. Mais ces ajustements, avant de générer de l'efficacité commenceront par coûter cher.

Les dépenses de santé ont tendance à augmenter plus vite que la production nationale dans tous les pays. Cependant certains les maîtrisent : Allemagne, Danemark, Suède ; d'autres pas. Elles ont cru de 2,5% plus vite que le PIB en France depuis un quart de siècle, malgré des plans de redressement réguliers. Tout gouvernement est donc confronté au dilemme suivant : soit augmenter le financement public, porteur d'égalité puisqu'il sollicite le contribuable, mais aussi de rationnement et de menaces pour l'emploi ; soit augmenter la participation privée des malades, porteuse d'inégalité, mais qui rapporte plus d'argent, de revenus pour les professionnels et d'emploi. La comparaison Etats-Unis/Europe est édifiante. Les Américains dépensent 13,5% de leur PIB en soins, les malades doivent payer beaucoup et l'inégalité est forte et l'accès aux soins parfois limité. Les Européens dépensent entre 8 et 10% de leur PIB pour les soins (9,5% en France), les contribuables finançant la majorité, avec une bonne égalité d'accès. Mais nous avons beaucoup moins d'emplois dans la santé qu'outre-Atlantique : taux d'emploi de 8% dans la santé et le social aux USA contre 5,5% en France, alors que nos deux pays en étaient à 4,5% en 1980 (*en % de la population d'âge actif, Conseil d'Analyse économique*). Les Français étant rétifs à l'inégalité, les médecins très réticents à toute gestion de la santé et rien ne pouvant se faire sans eux, on peut en conclure que cotisations ou impôts, quel qu'en soit le nom, vont augmenter. On constate en effet une bizarre solidarité entre les syndicats médicaux et les syndicats professionnels faire silence sur ces questions. Tant qu'elles ne seront pas posées ouvertement, la réorganisation des soins attendra.

Le « médecin référent » donne de bons résultats en termes de dépense, d'égalité d'accès et de qualité des soins : aux Pays-Bas et au Danemark, dans le Nord de l'Europe, dans les HMO américains entre autres. Les chiffres publiés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie justifient d'inciter les Français à s'abonner à un tel médecin. Les médecins généralistes ou de famille sont en effet au centre du système de soins : ils prescrivent 85% des médicaments, peuvent éviter beaucoup d'hospitalisations inutiles, surtout en urgence ; surveiller régulièrement les enfants et les vieillards. Tout justifie donc de les mettre en première ligne. En France, ils prescrivent trop et mal : champions de la consommation pharmaceutique, ils abusent des antibiotiques comme des anti-cholestérol. En Ile de France, trois urgences hospitalières sur quatre relèveraient d'un généraliste, d'un pédiatre ou d'un gérontologue habitué au malade ; les fausses urgences s'adressant aux

hôpitaux les embouteillent et coûtent cher. En moyenne, un généraliste, qui gagne 60 000 euros nets de frais, prescrit pour 438 000 euros, dont la moitié de médicaments. Il engage donc 7 fois plus de dépenses que son revenu net. On pourrait donc les augmenter s'ils prescrivait mieux, s'ils s'organisaient pour prendre en charge les urgences et les hospitalisations sociales ou des vieillards, s'ils se coordonnaient mieux avec les hôpitaux. ; les cinq organismes régionaux (ARH, CRAM, URCAM, ORS, Préfets) ne savent comment se coordonner dans leur périmètre.

. Enfin, ils n'ont pas été formés à prescrire bien. Comment résister dans ces conditions ? Mais aussi comment mettre de l'ordre ? Il y faudra une vraie volonté politique et du professionnalisme. La vertu d'un dossier médical partagé, informatisé ? qui mettra des années à être utilisé et d'une prime à la fidélité du malade ne suffiront pas à mettre rapidement de l'ordre.

Les pays où le médecin référent donne de bons résultats les payent par une « capitation » ; les malades les consultent gratuitement. S'ils s'installent dans les zones pauvres, ils reçoivent des gratifications. Ils sont payés à l'acte pour la prévention ou les visites de nuit. Ils sont enfin bien répartis sur le territoire.

Qui aurait une telle volonté politique ? Qui peut gérer l'assurance maladie ? Le patronat ? FO puis la CFDT ont assez fait la preuve de leur absence de volonté de gérer. Le million de cartes vitale en excédent par rapport au nombre des assurés en est la dernière avanie dans une longue liste, en tête de laquelle doit figurer leur incapacité à négocier avec les médecins spécialistes une convention applicable pourtant prévue par la loi depuis 1996. Le paritarisme a vécu. Mort par KO. Mort aussi parce que l'assurance maladie de 1945, qui couvrait à l'origine les « travailleurs », s'est étendue à tous les Français et résidents. Dans ces conditions, des syndicats non élus au Conseil de l'assurance maladie et implantés surtout dans la fonction publique ne peuvent plus prétendre représenter les assurés. L'Etat devra donc prendre ses responsabilités. Confier la gestion à une agence indépendante ? Oui à condition de savoir ne pas céder à la première pression de la rue. Décentraliser pour dépolitiser, comme le suggérait déjà Georges Pompidou ? Oui, à condition de créer ces Agences régionales de santé promises depuis un quart de siècle. Gérer lui-même ? Il a déjà tant fait la preuve de son incapacité à gérer sa propre administration. Alors renoncer ?

Nos voisins illustrent parfois la possibilité de contenir les dépenses de santé. Les Allemands ont décidé dès 1977, après les chocs pétroliers, de maintenir stables les taux de cotisation. Un principe politique réaffirmé récemment et signifiant que le revenu des professionnels de santé doit évoluer comme celui des cotisants. Hormis après sa réunification, l'Allemagne a stabilisé ces taux sur de longues périodes. Bel exemple. Mais, demain, le vieillissement va accentuer la pression de la demande de soins.

; les cinq organismes régionaux (ARH, CRAM, URCAM, ORS, Préfets) ne savent comment se coordonner dans leur périmètre.

D'expérience, les médecins savent que parler « qualité des soins » signifie remettre à plus tard les nécessaires contraintes. On commence par dépenser pour la qualité et la réforme, puis on constate l'absence de résultat.

Le Monde

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 ! A y regarder de plus près, le discours 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, utiliser 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 modernisant certes les « carnet de santé » stockés dans nos tiroirs et des « cartes vitale » en surnombre. Le « parcours santé » est un remake, plus intelligent et plus souple, 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 ou 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 facultés de médecine exigeront des moyens supplémentaires pour les former et leur apprendre à prescrire plus modérément. 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 (Chiffres : Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie). 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. Cette solution aurait l'avantage de lier ces comportements à risques aux dépenses de santé ; vertu pédagogique. 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 750 millions grappillés ici et là : un peu sur la CSG des retraités, un peu sur les malades. Faible 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 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 œuvre ; deux pour en voir les effets. Ce qui mènerait en 2 010 plutôt qu'en 2 007 ! 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 raison de se tenir à l'écart. Qu'ils s'affairent à intégrer les jeunes, faire créer des entreprises, former la main-d'œuvre, améliorer leurs relations avec les syndicats pour régler les problèmes de l'entreprise ; il y a là bien assez à faire sans se mêler de gérer l'assurance maladie. 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. Comment espérer que cela change avec les mêmes partenaires ? 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 URCA (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. Pourquoi une future l'Union des Caisses d'assurance maladie niveau national ferait-elle mieux ?

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