

Assurance maladie : une réforme superficielle

Béatrice Majnoni d'Intignano

Commentaire, automne 2004

La réforme de l'assurance maladie français menée tambour battant par *il maestro* es politique Douste-Blazy, et présentée comme le second acte d'importance du gouvernement Raffarin après celle des retraites, était-elle pressante ? Mérite-t-elle ce qualificatif ? Est-elle prometteuse ? D'abord, notre système de santé avait un double besoin de réorganisation : au plan financier et au plan professionnel.

1) *On sait le déficit récurrent depuis les chocs pétroliers* malgré vingt-cinq plans de réforme destinés à résorber celui-ci après 1976. Certains se voulaient le *der-des-der* : ainsi l'espéraient en leur temps Pierre Bérégovoy, Jacques Barrot et bien d'autres ; « Notre objectif n'est pas de soigner le système mais de le guérir » s'aventure encore à espérer le docteur Douste-Blazy. Le déficit est-il grave aujourd'hui ? Oui, car croissant, structurel, et générateur d'un endettement explosif. Il résulte de l'absence de mécanismes d'ajustement des dépenses aux recettes. En vingt ans (1982-2002) les dépenses réelles de santé ont augmenté en moyenne de 3,2% par an alors que le PIB croissait de 2%. La partie structurelle du déficit (non liée à la conjoncture) atteint aujourd'hui presque 1% du PIB, soit 9 milliards d'euros en 2004. Elle est devenue, depuis 2000, une composante majeure du déficit structurel des finances publiques françaises au sens des engagements des membres de la zone euro par le Pacte de stabilité¹. Or, les dépenses de santé étant des dépenses courantes, devraient être financées par des recettes de même nature. Le décalage entre le taux de croissance des dépenses et celui des recettes impose donc soit une hausse permanente des cotisations (solution habituelle), soit une diminution du taux de remboursement (autre mesure courante), soit la maîtrise des dépenses (ambition récurrente régulièrement déjouée).

2) *Notre système de santé présente des carences professionnelles* que malades et Français perçoivent avec retard. Le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie en donne des exemples édifiants dans une longue liste connue depuis des lustres². Parmi les plus frappants figurent l'excès de consommation de médicaments, les prescriptions injustifiées, les abus d'arrêts de maladie, les gaspillages, la non gestion des hôpitaux, les différences géographiques d'offre de soins. Ces errements coûtent cher, engendrent une inefficacité telle que des malades non soignés, et surtout rompent avec les principes d'égalité d'accès aux soins et de solidarité toujours mis en avant par les partis politiques, les syndicats et les médias dans notre pays. Enfin, le plus grave, ils engendrent la crise latente de certaines professions de santé, tels les chirurgiens ou les anesthésistes réanimateurs, et les difficultés des hôpitaux à recruter ou à garder infirmiers ou aides-soignants, difficultés si paradoxales dans un contexte de chômage dit « massif ». Une réorganisation s'imposait donc.

Gaspiages et fantaisies.

On sait les Français gros consommateurs de médicaments : ils avalent un volume deux à quatre fois plus élevé d'anti-douleurs, d'antidépresseurs et de tranquillisants que leurs voisins Anglais ou Allemands. 350 hospitalisations résultent chaque jour d'effets pervers (iatrogènes) de prescriptions non justifiées ou incompatibles entre elles. L'assurance maladie estime entre 5 et 6 milliards d'euros le coût des prescriptions non conformes au mode d'usage recommandé par les autorisations de mise sur le marché des médicaments. Au mépris des recommandations des agences spécialisées,

¹ OFCE : *Lettre de l'OFCE*, G. Cornilleau & B. Ventelou, « La réforme de l'Assurance maladie », Juillet 2004.

² Haut Conseil pour la réforme de l'assurance maladie, rapport, Janvier 2004

la majorité des Français traités pour faire baisser leur cholestérol n'ont ni suivi au préalable un régime alimentaire ni réduit leur dose de tabac ; deux fois sur trois le choix du traitement ne tient pas compte des seuils biologiques recommandés ; ainsi se banalisent des dépenses injustifiées scientifiquement. Les traitements précoces (inducteurs d'ovulation) de stérilités non encore établies relèvent d'un constat analogue et accroissent le risque de grossesses multiples, donc de naissance d'enfants handicapés. La surconsommation d'antibiotiques, prescrits neuf fois sur dix par les généralistes, révèle les comportements irresponsables de certains médecins puisque la France présente cependant un fort taux de mortalité par infections, un taux élevé d'infections hospitalières, enfin et surtout un taux élevé de résistance des bactéries aux antibiotiques disponibles. Le tiers des souches bactériennes, dont des pneumocoques ou le staphylocoque doré, courants et dangereux en l'absence de traitement, seraient devenues résistantes contre 5% de ces souches dans les pays du Nord (Danemark, Suède et Royaume-Uni).

Dans tous ces exemples, les effets combinés de l'offre pressante de techniques médicales nouvelles et de la demande générée par les exigences de la société moderne (envoyer les enfants grippés à l'école, se rendre à son travail en étant contagieux, avoir un enfant à 40 ans après l'avoir refusé par convenance personnelle pendant des années) génèrent des soins fantaisistes, coûteux, voire dangereux pour la collectivité. Enfin le dernier gag, symbole à lui seul de l'absence de gestion, fut la découverte de dix millions de cartes d'assuré social Vitale en surnombre - pour 48 millions d'assurés, 58 millions de cartes furent délivrées par l'assurance maladie -.

Les différences géographiques dans l'offre de soins devraient choquer le citoyen : pourquoi conserver 234 médecins pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre seulement 122 dans le Nord-Pas-de-Calais ? Pourquoi disposer de 4,2 lits pour 1 000 habitants du Val-de-Marne contre 20,6 pour ceux de Lozère ? La différence de structure par âge ne justifie pas ces écarts. La France accuse un surprenant retard dans les techniques modernes par rapport à ses voisins : Les actes de chirurgie ambulatoire (malade ne couchant pas à l'hôpital) y sont de 30% contre 78% au Danemark et 85% au Canada. Retard aussi à s'équiper en scanners puis en IRM. Nous privilégions par tradition la médecine curative par rapport à la prévention. En Allemagne, voir son dentiste chaque année permet d'être mieux remboursé, comme dans certains HMO américains. En France, les dentistes gagnent mieux leur vie en posant des prothèses qu'en prévenant les caries. Les audits réalisés dans les hôpitaux peinent à faire la lumière dans la boîte noire de leur budget global. Les attentes aux urgences varient de 1h30 à 3 heures selon les hôpitaux ; celles pour une radiothérapie sont de 1 à 3 mois ; le prix d'achat des matériels hospitaliers ou des prothèses peut varier de plus ou moins 40% ; certains hôpitaux bénéficient donc de rentes de situation à l'intérieur d'un budget confortable alors que d'autres doivent restreindre leur activité pour respecter une dotation insuffisante.

Porter le regard au-delà des frontières fait prendre conscience des enjeux nationaux actuels et de la portée des arguments avancés³.

Que suggère l'expérience internationale ?

1) *Toujours plus* ? La tendance à devoir dépenser toujours plus pour se soigner semble à beaucoup universelle. Les pays de l'OCDE, y consacraient en effet 5,5% de leur PIB en 1970 et 8,2%⁴ aujourd'hui. En réalité, cette évolution est due en début de période à la combinaison de l'assurance maladie généralisée et de l'accès à une médecine moderne. Par la suite, elle a pu être ralentie ou stoppée, pendant de longues années entre 1980 et 2000 en Allemagne ou au Japon par exemple. Voire même inversée en Suède. Pourtant, ces dépenses croissent à nouveau partout depuis 2000. Le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Suède ainsi que les Etats-Unis ont engagé une série de réformes

³ Béatrice Majnoni d'Intignano, *Santé et économie en Europe*, Que sais-je ? 2004.

⁴ OCDE, *Towards high-performing Health systems*, 2004.

hardies dont ressort une gamme d'instruments de régulation avec leur mode d'emploi ???. La France qui consacre 9,5% de son PIB aux soins figure parmi les pays les plus dépensiers, après les Etats-Unis (14%) et la Suisse,. La position de l'Allemagne (10,5%) s'explique par le coût exceptionnel des Länder de l'Est (tableau 1). Or, le pire est à venir : les effets de la démographie jouaient jusqu'à présent un rôle négligeable dans l'évolution des dépenses de maladie . . . La population va vieillir à partir de 2 006. Le coût des soins se concentrant dans les deux dernières années de la vie, et la proportion des personnes très âgées augmentant, les dépenses de santé devraient croître bien plus fortement. L'OCDE évalue à 2% de PIB par an d'ici 2050 les dépenses supplémentaires à attendre de l'effet mécanique du passage de la vague du *Baby boom* au *Mamy boom* hors progrès technique et hors nouveaux comportements.

Tableau 1 : Les dépenses de santé (DS).

Pays	DS/habitant en 2002 en \$ à PPA	DS en % du PIB en 1970	DS totales en % PIB en 2002	DS publique en % des DS	DS publique en % du PIB en 2002
Etats-Unis	5 000 \$	6,9 %	14 %	44 %	6,16 %
Suisse	3 250	5,6 %	10,9 %	56 %	6,16 %
Allemagne	2 800	6,2%	10,7 %	75 %	8,2 %
France	2 500	???	9,5 %	76 %	6 %
Suède	2 250	6,7 %	8,7 %	85 %	7,4 %
Espagne	1 600	3,6 %	7,5 %	71 %	5,3 %
Japon	2 100	4,5 %	7,6 %	78 %	6 %
Royaume-Uni	2 000	4,5 %	7,6 %	81 %	6,1 %
Hongrie		n.s.	6,8 %	75 %	5,1 %

Source : OCDE, 2004, chiffres 2002

Lecture : Les Américains dépensaient en moyenne 5 000\$ par an et par personne en 2 002 pour leur santé ; dépense représentant 6,9% de leur PIB en 1970 et 14% en 2002 ; la dépense publique en constituait 44%, soit 6,16% du PIB en 2 002.

2) *Plus n'est pas toujours mieux.* Dépenser plus ne garantit pas la performance, dont un indicateur traditionnel est le gain d'espérance de vie. Celui-ci a été retracé sur la période 1960- 2002 ainsi que l'espérance de vie à 65 ans pour les deux sexes à titre d'illustration (tableaux 2 et 3). Les Etats-Unis, pays le plus dépensier, présentent des résultats médiocres et le Japon, pays plus économe, les meilleurs résultats ; on remarque la performance de l'Espagne malgré sa dépense encore modeste. Des indicateurs d'inégalité d'accès aux soins, ou de qualité de ceux-ci, donnent les mêmes résultats. Cependant, dépenser plus augmente le confort et facilite l'accès aux soins. Les habitants des pays à faible dépense subissent des délais d'attente en chirurgie et souffrent d'un accès retardé aux techniques modernes. L'OCDE a mis en évidence une corrélation entre le niveau des dépenses de santé par habitant et les délais d'attente pour les actes de chirurgie non urgente (cataracte, arthrose)⁵. Une augmentation de 100\$ des dépenses publiques par habitant est associée à une réduction de 5,6 jours du délai moyen d'attente ; augmenter de 0,1 le nombre de médecins généralistes ou spécialistes pour 1000 habitants réduit ce délai respectivement de 3,3 et 6,4 jours. Il semble qu'un délai modéré (moins de trois mois) n'aggrave pas la santé, à la différence de délais importants qui, eux, peuvent altérer celle-ci. Une file d'attente modérée permet de réduire la capacité d'accueil des hôpitaux et d'augmenter le taux d'occupation de l'hôpital, donc d'en réduire les coûts, compte tenu du caractère stochastique des opérations urgentes. La France ne figure pas dans la liste des pays où ces délais semblent inquiétants. Les médecins appellent les efforts pour la qualité des soins et l'élimination des gaspillages au niveau microéconomique : *maîtrise médicalisée*.

⁵ L. Siciliani & J. Hurst, Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries, OECD working papers n° 7, 20034

Tableau 2 : Les gains en espérance de vie entre 1960 et 2002

USA	+ 7 ans
Japon	+ 13,5 ans
France	+ 8,7 ans
Royaume.Uni	+ 7 ans
OCDE	+ 9 ans

Source : OCDE, 2004

Tableau 3 : L'espérance de vie à 65 ans

	Hommes	Femmes
Japon	17,5 ans	22,4 ans
France	16,5 ans	21 ans
Espagne	16,1 ans	20 ans
Suède	16,7 ans	20 ans
USA	16,3 ans	19 ans
Royaume Uni	15 ans	19 ans

Source : OCDE, 2004

3) *La frontière des 6%*. La dépense publique de santé (remboursée et financée par des prélèvements obligatoires) présente une surprenante régularité : 6% du PIB (tableau 1). A un extrême se trouve l'Allemagne que la charge des Länder orientaux oblige à consacrer 8% de son PIB à la dépense publique de santé. A l'autre extrême, se trouvent l'Espagne et les pays d'Europe de l'Est, en retard mais nous rattrapant rapidement. La France suit la norme en la matière. 6% du PIB semble être une limite sur laquelle bute la capacité de financement publique des pays développés, obligés qu'ils sont d'arbitrer entre les soins, la défense, la sécurité, l'éducation, la recherche, toutes fonctions collectives où la diversité de choix semble plus importante. Les médecins appellent cette contrainte macroéconomique : *maîtrise comptable*, et ils refusent d'en reconnaître l'existence.

4) *Combien d'emplois avec quels revenus ?* Des dépenses de santé, tout a été dit. Des revenus que celles-ci génèrent, presque rien. Sujet tabou. Or, les soins étant une activité à forte intensité de main d'œuvre et peu importatrice, la dépense de santé génère directement des emplois nationaux. Ces emplois sont essentiels pour l'économie à double titre. Par leur nombre (aide soignants et infirmiers) et par leur qualification (médecins et chercheurs des laboratoires). D'où la forte pression à la hausse des dépenses. Fermer un hôpital, même devenu inutile, c'est d'abord souvent perdre la première source d'emploi d'une petite ville. La pression pour plus de dépense ne provient en conséquence pas de la seule demande de soins, comme on le prétend souvent, mais aussi de l'offre. Une bizarre coalition d'intérêts se forme souvent entre offreurs et demandeurs de soins pour plus de dépense, contre les financeurs, contribuables et cotisants en Europe. Une coalition des malades, des vieux, des retraités qui dépensent plus, de toute la population qui souhaite pouvoir se soigner en cas de besoin, contre les jeunes et les actifs qui financent et dépensent moins. Les premiers sont soutenus par les syndicats professionnels qui gèrent l'assurance maladie, pour plus d'emplois, les syndicats médicaux et l'industrie pharmaceutique pour des revenus plus élevés, tous partisans du toujours plus au nom du droit aux soins, du refus du rationnement, de l'égalité des citoyens. Les seconds restent démunis face à ces arguments apparemment irréfutables. On voit défiler les Communistes avec les médecins libéraux sans que ce mariage contre nature surprenne quiconque. Les contribuables restent silencieux.

5) *L'inévitable dilemme politique.* Des deux arguments précédents découle une inéluctable contradiction entre, au niveau microéconomique, l'exigence individuelle d'un accès juste et illimité aux soins disponibles en cas de besoin, et, au niveau macroéconomique, la nécessaire contrainte collective à imposer à la dépense publique. La dépense publique est porteuse d'égalité et de solidarité, d'accès universel aux soins. Mais elle doit par nature être limitée et contrôlée par le Parlement. Elle génère par ailleurs forcément rationnement et files d'attente puisque la demande, poussée par l'offre, ne connaît pas de limite. Elle impose de définir des critères de priorité (urgences et recherche au Royaume-Uni ; médecine de famille et greffes en Espagne) et d'accès aux soins gratuits (dialyses refusées aux ??? personnes âgées au Royaume-Uni ; adultes exclus de remboursements des soins dentaires en Allemagne). Elle fixe une limite à l'emploi et aux revenus des professionnels de santé. La dépense privée, au contraire, est porteuse de diversité, donc d'inégalité. Elle fournit de l'argent en complément des fonds publics, permettant d'augmenter l'emploi et les revenus des professionnels de santé.

Dès lors, deux mondes s'opposent.. D'un côté les pays qui balancent entre deux conceptions, dépense publique prépondérante, ou co-existence entre dépenses publiques et privées. De l'autre les pays où les fondements idéologiques du système de santé sont explicites et reconnus. A une extrémité se trouvent les Etats-Unis, qui consacrent 7,7% de leur PIB aux soins privés en sus des 6% publics. Outre-Atlantique, le tiers des nombreux emplois créés depuis un quart de siècle provient des soins. Malgré cela un Américain sur sept ne bénéficie d'aucune assurance maladie ; la composante inégalité d'un tel choix apparaît bien. Choix qui d'ailleurs ne choque pas les Américains puisqu'il ne se dégage aucune majorité pour modifier les choses. A l'autre extrême se trouve le Royaume-Uni, où la dépense privée stagne à 1,5% du PIB, en sus des 6,1% d'argent public, et où toute la population bénéficie du *National Health Service* (NHS). Les Anglais privilégient l'égalité d'accès organisée par l'Etat. Le NHS est rationné et le nombre de médecins faible ; la population souffre des files d'attentes pour les opérations courantes et non urgentes. Mais même Margaret Thatcher n'a pas osé renoncer à ces principes. Retenons aussi l'opposition fondamentale entre les Etats-Unis et le groupe des pays de l'Union européenne : aux Etats-Unis le principe de l'assurance privée prévaut. Toutefois, 44% de la dépense de santé y est publique et couvre 25% de la population (*Medicare & Medicaid*). Ce chiffre situe le niveau minimal des dépenses de santé non assurables par les assureurs privés (vieux, maladies lourdes et génétiques, pauvres). Dans l'Union européenne, entre 75 et 90% de la dépense de santé est publique et le principe de l'égalité d'accès prévaut. Les comparaisons pertinentes conduisent donc à mesurer le système français à ceux des autres Européens.

Entre Beveridge et Bismarck

Le système de santé français souffre de relever à la fois des principes de Beveridge - couverture universelle et financement par l'impôt - et des principes de Bismarck - caisses professionnelles gérées par les partenaires sociaux. Mais trois dispositions majeures l'ont fait évoluer vers les principes de Beveridge depuis quinze ans. L'adoption de la CSG en 1990, impôt par nature, se substituant à une partie des cotisations sociales. La réforme de 1996 instaurant un contrôle par le Parlement de la dépense de soins remboursée, nous mettant tardivement en conformité avec nos principes constitutionnels (contrôle des prélèvements obligatoires par les représentants du peuple). Puis la réforme de 2000, créant la CMU, qui étend l'assurance maladie à tous les citoyens et résidents.

Les pays ayant un système de santé fondé sur une idéologie incertaine, comme la France ou l'Italie, n'arrivent pas à sortir de la contradiction ci-dessus. Au plan des principes (ceux des ordonnances de 1945 comme ceux de la loi de 2000 créant la CMU), notre système de santé tend à l'universel, avec égal accès aux soins et financement collectif. Au plan de l'organisation, il reste professionnel, avec des caisses gérées par les partenaires sociaux, en situation de monopole vis-à-

vis des assurés. Le balancier de la réforme ne cessant d'osciller entre les principes libéraux et les principes collectifs. La plupart des grands plans de stabilisation ont accru la participation des malades, dans l'espoir de les responsabiliser, transférant en fait la charge du financement du secteur public vers le secteur privé, comme aux Etats-Unis. Les réformes de 1996 et 2000 ont fait revenir le balancier vers les principes universels.

Faire confiance à la confiance

Le plan Douste-Blazy fait le pari de rendre plus vertueux les comportements de tous les acteurs : patients, professionnels de santé, gestionnaires. En attendant la vertu, il alourdit les prélèvements.

1) *Trois mesures phares* peuvent contribuer à restructurer et rationaliser l'offre et la demande de soins à long terme : le dossier médical personnel (DMP), le médecin traitant (MT) et le plan Hôpital 2007. La carte Vitale et le DMP centraliseront les informations administratives (caisse de rattachement, niveau de remboursement) et médicales (maladie chronique, allergies, traitement en cours) de chaque assuré d'ici 2007. Le dossier est assorti d'une réelle incitation susceptible d'infléchir les comportements : l'assuré qui refusera à son médecin de le consulter ne sera plus remboursé ou le sera moins. Il s'agit d'une réforme essentielle, potentiellement porteuse de progrès décisifs dans les comportements des malades et de leurs médecins. Adaptation à la modernité, comme au Royaume-Uni ou en Allemagne, sa mise en œuvre pourrait néanmoins se heurter à des difficultés éthiques ou techniques (secret de l'information, harmonisation des codes informatiques) permettant aux oppositions corporatistes d'en annihiler les effets bénéfiques. Par précaution ce dossier restera interdit aux assurances complémentaires lors de la souscription d'un contrat et aux médecins du travail lors d'une embauche. Le médecin *gate keeper*, filtrant et coordonnant l'accès aux soins techniques ou spécialisés, formule des plus répandues (HMO américains, Canada, Danemark, Espagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni) ayant fait ses preuves et recommandée par l'OMS, sera introduit de manière souple. Tout patient pourra choisir un parcours de soins organisé et coordonné par ce médecin, auquel il paiera des honoraires fixés par contrat entre la profession médicale et les caisses de maladie et il sera alors bien remboursé. Il pourra aussi continuer à accéder directement aux médecins spécialistes, auxquels il devra alors payer des honoraires décidés librement par le médecin et dont il sera moins bien remboursé. Trois spécialités courantes resteront libre d'accès : la pédiatrie, la gynécologie et l'ophtalmologie. Les médicaments courants seront remboursés par un forfait quel que soit leur prix (tarif de responsabilité), formule utilisée depuis quinze ans par les Allemands, qui incite à prescrire ou à acheter des médicaments générique, de 30 à 40% moins chers. Le plan Hôpital 2007, déjà défini par le ministre précédent, comprend une aide à l'investissement et généralise le principe du financement des hôpitaux par un forfait lié à la maladie du patient (T2A : Tarif à l'Activité) : tant pour une prothèse, tant pour une greffe. Il introduit une concurrence fictive par les prix entre les établissements qui pourrait instiller de l'émulation et accélérer la réorganisation des hôpitaux.

Est-il raisonnable d'espérer voir ces trois mesures phares généralisées et actives dès 2007 comme prévu ? L'expérience rappelle que les Français font traîner la mise en place des innovations entre dix et quinze ans et négligent les mécanismes régulateurs ou incitatifs classiques. Fatal amateurisme. Par exemple : le principe du *médecin référent* et des *bonnes pratiques médicales*, introduit dès 1993 et réaffirmé en 1996, reste à développer ; celui du financement des hôpitaux à la maladie fut préparé dès 1985 ; les cartes santé Vitale se diffusent dans le désordre. Les trois mesures phares approfondissent et modernisent donc des instruments déjà existants. Comme ses prédécesseurs, le ministre reste au milieu du gué en n'utilisant pas pleinement les incitations financières et les mécanismes classiques de rémunération appropriés connus et expérimentés à l'étranger. Des *médecins traitants* devraient être rémunérés par un mélange de *capitation* (forfait lié à l'âge par personne inscrite sur leur liste) à laquelle s'ajoute diverses incitations (forfait lié aux actions de prévention, à l'exercice en groupe, à la formation post-universitaire) comme cela se

pratique dans les pays du Nord et les HMO américains. Continuer à les payer à l'acte constitue une hérésie compromettant gravement les chances de succès de cette formule. Autre exemple : les cinq organismes régionaux pétrissant le mille-feuille des dossiers administratifs inutilisés et des non décisions (URCAM, ARH, ORS, CRAM, DRASS, plus les Préfets récemment chargés d'une mission de santé publique) n'ont même pas été réunis en une région sanitaire unique et puissante. L'exemple des régions anglaises ou des municipalités scandinaves aurait pu inspirer. Même pas. Les maires qui continueront apparemment à présider le conseil d'administration des hôpitaux pourront toujours s'opposer aux fermetures et redéploiements. Mieux vaudrait les faire participer au financement qu'au Conseil.

2) *Deux mesures de simple gestion* sont mises en avant : les cartes Vitale avec photo et la lutte contre les abus d'arrêts pour maladie. Gadgets puisque l'Assurance maladie aurait du traiter ces dysfonctionnements depuis des lustres ou faire appel à la sous-traitance pour en venir à bout.

De l'argent frais

L'argent frais indispensable sera trouvé auprès des malades et auprès des contribuables.

1) *Un forfait d'un euro par consultation*. Non remboursable par les assurances complémentaires, prélèvement faible (1/5 du coût d'un paquet de cigarettes) et à large assiette, plafonné, il sera indolore et pourra être accru en cas de besoin. Symbolique. Les femmes enceintes, les mineurs (moins de 16 ans), les malades chroniques et les bénéficiaires de la CMU en seront dispensés. Rappelons que consulter son généraliste coûte déjà 30% de 20 euros, soit 6 euros, remboursables par les complémentaires il est vrai. Le médecin traitant est le plus souvent gratuit à l'étranger (les Allemands suppriment cette gratuité cette année). Cette disposition ne régulera rien; elle fera seulement rentrer de l'argent dans les caisses.

2) *La liberté de fixer les honoraires*. Accordée aux spécialistes consultés directement, elle soulagera les caisses d'avoir à augmenter leurs honoraires et répond à leur attente. Elle introduira de la souplesse et un véritable mécanisme de choix et de marché ; les médecins prélèveront eux-mêmes le *surplus du consommateur* qui accepte de payer plus pour un service comparable. Les Français auront enfin l'occasion de manifester leur préférence entre un parcours de soins organisé autour d'un médecin traitant plus économe pour la collectivité - moins de doubles examens et de consultations redondantes-, et le papillonnage entre les spécialistes, dorénavant plus coûteux pour eux. Soumis à ce choix, les Danois ont opté en majorité pour la première solution.

3) *Troisième source d'argent frais : les prélèvements obligatoires*. L'assiette de la CSG et celle de la CRDS passent de 95 à 97% des revenus ; le taux de CSG sur les retraités imposables passe de 6,2 à 6,6% pour se rapprocher de celui des actifs et celui imposé aux revenus du patrimoine augmente de 0,7% ; la contribution sociale de solidarité des entreprises passe de 0,13 à 0,16% du chiffre d'affaires. Il s'agit, même si le langage diffère, d'une hausse généralisée de la CSG dont on peut attendre quelques milliards d'euros et qui annule largement les récentes baisses d'impôt sur le revenu. Enfin l'Etat versera 1 milliard d'euros pour compenser les allègements de cotisations accordés aux entreprises (tableau 4). Les 5 milliards attendus financent à peine la moitié du déficit structurel.

Tableau 4 : Effets financiers attendus pour 2 007

Maîtrise des dépenses	Milliards d'euros	Recettes nouvelles	Milliards d'euros
Dossier médical, pratique	3,5	Assiette CSG salaires	1
Généériques, prescriptions	2,3	CSG revenus financiers	0,63
Achats des hôpitaux	1,5	CSG retraites	0,56
Frais financiers	1,1	Forfait 1 euro	0,65
Arrêts de travail	0,8	Forfait hôpital	0,3
Divers gestion	0,5	Cotisations entreprises	0,8
		Etat	1
Total	9,7 milliards	Total	5 milliards

Dépenser avant d'encaisser ?

Comme toute réforme, le plan commencera par coûter cher ! Le grand plan anglais de 1991 a coûté environ 1% du PIB sur cinq ans. Notre gouvernement néglige ou sous-estime dans son décompte les inévitables charges d'adaptation technique (dossier médical, redéploiements hospitaliers, investissements), les effets aléatoires du progrès technique, des grèves, ou des épidémies, les revalorisations de salaires et d'honoraires indispensables pour faire passer la pilule, résorber les sous-effectifs, embaucher les qualifications indispensables : infirmiers, chirurgiens, urgentistes, informaticiens. Eludée la question des urgences ! La demande de soins courants s'adressant directement aux hôpitaux croît de 6 à 7% par an ; en Ile-de-France sept à huit urgences sur dix relèveraient d'un médecin de famille ou d'un cabinet de médecins exerçant en groupe, polyvalents et équipés d'un laboratoire et d'une radio courante. Ces fausses urgences désorganisent les hôpitaux et démotivent leur personnel. Les modèles existent ; les généraliser exigera du temps et de l'investissement.

Eludée la question des inégalités régionales. Illusoire d'espérer redéployer les médecins et les services hospitaliers rapidement sans une combinaison des mesures suivantes : augmenter leurs honoraires remboursés dans les zones de sous-densité et les diminuer dans les autres ; financer et limiter le nombre de cabinets médicaux selon les besoins ; rémunérer les MT par une capitation généreuse ; laisser les autres médecins diversifier fortement leurs honoraires pour créer un flux géographique rééquilibrant. Peut-on espérer combler les déserts médicaux que deviennent les banlieues, les zones rurales et le Nord en respectant la liberté d'installation des médecins ? Il faudra une forte volonté politique et beaucoup de pédagogie pour en arriver là.

Les mécanismes inflationnistes subsistent. Le plan est fondé sur la confiance, sur les modifications de comportement. Illusoire sans mécanismes de contrôle et d'ajustement. Obtenir une économie de 5 milliards des médecins de ville exigerait de ramener la croissance des honoraires et prescriptions autour de +2% par an en volume, contre plus de 5% ces dernières années. Une telle performance a été imposée aux hôpitaux au milieu des années 1980 grâce au remède de cheval du budget global ; les médecins de ville ont refusé et fait annuler juridiquement l'enveloppe globale de 1996 leur imposant une contrainte de même nature. Pourquoi en accepteraient-ils les effets maintenant que la contrainte financière est levée pour eux ? Le plan ne prévoit en effet aucun blocage, aucun mécanisme d'ajustement automatique des dépenses remboursées aux recettes sociales. L'ONDAM a disparu ; envolées les enveloppes globales d'honoraires ; qu'advient-il du budget global des hôpitaux ? Ne serait-il pas normal que les revenus des médecins s'ajustent à ceux des cotisants qui les financent ? Est-il juste que le pouvoir d'achat moyen des spécialistes ait augmenté de +40% depuis 1980, celui des généralistes de +20% et celui des salariés de +15%. Qu'en 2003, avec une croissance de +0,3% du PIB, les honoraires aient continué à augmenter de

+5% et les prescriptions de + 8% ? Cette situation appelle un ajustement qu'on cherche en vain dans le plan Douste-Blazy.

Autre ajustement indispensable : la réorganisation de la hiérarchie des revenus des médecins et autres professionnels de santé. Compte tenu des responsabilités et de la pénibilité relatives des deux métiers, est-il normal qu'un radiologue gagne un tiers de plus qu'un chirurgien ? Qu'un dermatologue puisse faire facilement son trou dans un midi de la France surchargé de médecins alors qu'un interne en chirurgie générale trime pendant des années dans la banlieue d'une grande ville avec une rémunération indécente ? La pénurie de chirurgiens témoigne que non.

La gouvernance revisitée ?

Le partage des responsabilités prévu entre l'Etat et l'Assurance maladie (syndicats et patronat compris) laisse pantois. Pourquoi une nouvelle UNCAM (Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie) serait-elle plus efficace que l'ancienne CNAM ou que les URCAM régionales créées en 1996 dont chacun se demande à quoi elles ont servi ? Pourquoi un directeur nommé et inamovible pendant cinq ans prendrait-il le risque de se heurter à l'oligopole social pour réformer et gérer, au risque d'affrontements dans la rue ? Nul ne devrait souhaiter le retour du patronat (MEDEF et CGPME) dans les conseils des caisses. Il réapparaît tel Guignol aux marionnettes. Son rôle est ailleurs : recherche et développement d'activités nouvelles, création d'emplois et formation professionnelle, toutes activités susceptibles de relancer la croissance et donc de gonfler les prélèvements obligatoires qui financeront demain les soins. Question fondamentale : pourquoi les syndicats, après maintes occasions, se mettraient-ils tout d'un coup à gérer efficacement l'assurance maladie ? Mais la question logique suivante reste sans réponse : une administration ferait-elle mieux si le système était étatisé ? Peut-être pas.

Enfin, le plan officialise la méthode malsaine consistant à consolider les déficits sociaux dans la CADES (Caisse pour l'amortissement de la dette sociale) afin d'éviter d'imposer une contrainte à la consommation des ménages dont les gouvernements successifs attendent qu'elle soutienne une croissance évanescence. Cumulée, la dette de l'assurance maladie avoisinera bientôt les 100 milliards d'euros : 40 restant des années 1990 ; 30 accumulés depuis 2002 ; 30 à 40 à attendre d'ici les effets du plan actuel. Un ordre de grandeur cumulé de dix fois le budget des Universités. L'ensemble a été reporté sur les générations futures en repoussant le remboursement de cette dette sociale au-delà de 2014. Pas courageux.

Reste la question des assureurs privés et des mutuelles. Le partage des rôles entre les régimes obligatoires et complémentaires est à peine modifié. Pourquoi n'avoir pas profité de l'occasion pour confier certains soins mal remboursés et mal gérés par l'assurance maladie publique aux assureurs complémentaires : dents, prothèses, optique, voire fécondation *in vitro*, comme le font avec courage les Hollandais ou les Allemands ? Certains assureurs et mutuelles (Santeclair chez AGF) ont commencé à négocier des contrats intéressants avec les assurés et avec des réseaux de professionnels pour l'optique ou les dents.

Le marché des assureurs va augmenter pour financer les honoraires libres sans que ceux-ci disposent des informations leur permettant de passer contrat avec les professions médicales. Donc les primes vont augmenter et conserver l'allure d'un quasi-impôt pour la majorité des Français souscrivant une assurance complémentaire.

Les effets du plan dépendront de la volonté politique de l'appliquer. Rien ne peut évoluer sans l'aide des médecins, martèle-t-on en haut lieu. Evidence incontournable. Mais comment mobiliser leur volonté ? Les plus jeunes seront attirés par les perspectives ouvertes par le dossier médical et la liberté des honoraires. Les plus âgés seront déçus par la complexité du travail à fournir. Le plan Douste-Blazy a officiellement levé la *maîtrise comptable* (entendez la contrainte

macroéconomique : contrôle du Parlement) pour fonder son action sur la *maîtrise médicalisée* (entendez l'optimisation microéconomique). On a montré plus haut qu'il n'existe aucun niveau optimal de dépense totale. La seule règle semble être la limite de 6% respectée un peu partout pour la dépense publique ou remboursée. Une contrainte macroéconomique qu'aucun gouvernement responsable ne peut oublier. Le plan ne fournit aucun instrument permettant de la respecter. En particulier il ne définit aucune relation entre les revenus des médecins et ceux des cotisants. Quel contraste avec la *Loi d'action concertée* Allemande qui a imposé dès 1977 la stabilité des taux de cotisation, principe à peu près respecté (hors effets de la réunification) et réaffirmé par la réforme récente.

Le plan sous-estime les délais de réaction, estimés à six ans d'après l'expérience internationale. Le déficit a donc toutes chances de perdurer en 2007. D'ici là, l'effet amplificateur du vieillissement commencera à se faire sentir. Les conflits avec les syndicats et les médecins ou les infirmiers ont toutes chances de se multiplier. En effet quand la règle du jeu reste imprécise, les joueurs affinent leur stratégie pour l'influencer au lieu de jouer. Attendons-nous donc un nouveau plan autour de 2 007.