

■ LES AMIS DE ■
l'École de Paris

<http://www.ecole.org>

**Soirée-Débat
"Les Invités"**

*organisée grâce aux parrains
de l'École de Paris :*

Accenture
Air Liquide¹
Algoé²
ANRT
Arcelor
Caisse des Dépôts et Consignations
Caisse Nationale des Caisses
d'Épargne et de Prévoyance
CEA
Centre de recherche en gestion
de l'École polytechnique
Chambre de Commerce
et d'Industrie de Paris
CNRS
Conseil Supérieur de l'Ordre
des Experts Comptables
Danone
DARPMI³
Deloitte & Touche
DiGITIP
EADS
École des mines de Paris
EDF
Entreprise et Personnel
Fondation Charles Léopold Mayer
pour le Progrès de l'Homme
France Télécom
FVA Management
IBM
IDRH
IdVector¹
Lafarge
PSA Peugeot Citroën
Reims Management School
Renault
Royal Canin
Saint-Gobain
SNCF
THALES
Total

¹ pour le séminaire
Ressources Technologiques et Innovation
² pour le séminaire Vie des Affaires
³ pour le séminaire
Entrepreneurs, Villes et Territoires

(liste au 1^{er} octobre 2003)

FAUT-IL CONTRÔLER LES DÉPENSES DE SANTÉ ?

par

Jean de KERVASDOUÉ

Professeur au CNAM

Ancien directeur des hôpitaux

Docteur Richard BOUTON

Président d'honneur du syndicat de médecins généralistes MG France

Auteur de *Un toubib en colère* (Hachette littérature, 2003)

Étienne CANIARD

Délégué aux questions de santé et de Sécurité sociale à la Mutualité française

Séance du 19 mai 2003

Compte rendu rédigé par Élisabeth Bourguinat

En bref

Bien que le secteur médical soit l'un des plus porteurs de l'économie, il paraît urgent, compte tenu de l'état des finances de la Sécurité sociale, de contrôler la croissance des dépenses de santé, d'autant que celle-ci est clairement déconnectée de la croissance de l'espérance de vie. Mais lorsque le contrôle des dépenses de santé se borne à de simples mesures de déremboursement, il n'atteint pas ses objectifs : aux États-Unis, la privatisation de l'assurance maladie a paradoxalement fait augmenter la croissance des dépenses publiques. Parmi les solutions proposées : la réorganisation de l'accès aux soins, la révision du statut des médecins libéraux, la reprise en main de la formation continue des médecins par la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie), la démocratisation des arbitrages budgétaires pour faire face à la pression de l'industrie pharmaceutique.

*L'Association des Amis de l'École de Paris du management organise des débats et en diffuse
des comptes rendus ; les idées restent de la seule responsabilité de leurs auteurs.
Elle peut également diffuser les commentaires que suscitent ces documents.*

© École de Paris du management - 94 bd du Montparnasse - 75014 Paris
tel : 01 42 79 40 80 - fax : 01 43 21 56 84 - email : ecopar@paris.ensmp.fr -

EXPOSÉ de Jean de KERVASDOUÉ

À la question posée ce soir « *Faut-il contrôler les dépenses de santé ?* », la première réponse qui vient à l'esprit est la négative, et ce pour plusieurs raisons. Les économistes nous disent que plus on vend d'automobiles et de téléphones portables, plus on est riche, sinon heureux ; pourquoi faudrait-il limiter la production de ce bien noble que sont les soins de santé, alors qu'on ne songe pas un instant à limiter la vente des raquettes de tennis ? En général, on considère que l'augmentation des dépenses personnelles ou collectives dans tel ou tel secteur est plutôt bénéfique pour l'ensemble de la société ; pourquoi en serait-il autrement pour la santé ?

La médecine n'est pas la santé

D'abord parce que, bien que le corps médical se soit efforcé de nous convaincre du contraire, la santé n'est pas la médecine, et la médecine n'est pas la santé.

L'amélioration spectaculaire de la santé et de l'espérance de vie dans les pays occidentaux depuis 1930 n'est attribuable que pour 15 % à 20 % au développement de la médecine, ce qui est du reste nouveau et considérable, car cet impact était nul avant 1930. Mais cette amélioration est due, pour l'essentiel, à celle de la qualité de l'eau et des produits alimentaires, et à la généralisation du tout-à-l'égout. Les statistiques actuelles confirment d'ailleurs qu'il n'y a aucun lien entre l'accroissement différentiel des dépenses de santé et celui de l'espérance de vie.

Inversement, toute la médecine ne concerne pas la santé : la chirurgie esthétique ou la contraception sont des activités médicales, mais ne concernent pas directement la santé.

On ne peut donc pas s'opposer au contrôle des dépenses de santé sous prétexte que ce dernier nuirait mécaniquement à l'amélioration de la santé publique.

L'infini médical

Or les dépenses de santé ont une propension naturelle à dériver à l'infini, et ceci s'explique par plusieurs facteurs.

L'asymétrie d'information

Quand vous vous sentez malade, vous allez voir votre médecin ; si vous vous sentez mieux par la suite, vous ne savez pas vraiment si c'est grâce à la thérapeutique qu'il vous a prescrite ou non ; votre capacité d'apprentissage en la matière est très limitée, sauf s'il s'agit d'une maladie chronique comme le sida ou le diabète. De même, lorsque vous devez vous faire opérer de l'appendicite, vous ne pouvez pas consulter les différents chirurgiens de Paris pour comparer leurs prestations.

Le taux d'actualisation d'un mourant est infini

En 1925, à Vienne, un vendredi soir, un célèbre professeur d'ORL est appelé d'urgence au chevet du fils d'un ambassadeur : le petit garçon a une arête de poisson dans la gorge, souffre de constriction, a pris une teinte bleutée et va manifestement bientôt mourir étouffé ; toute la

maisonnée est en pleurs. Le médecin réussit à ouvrir la bouche de l'enfant et à retirer l'arête. Tout le monde reprend ses esprits, et l'ambassadeur demande au professeur combien il lui doit : « *Donnez-moi seulement la moitié de ce que vous aviez l'intention de me donner avant que j'enlève l'arête de la gorge de cet enfant* », lui répond celui-ci...

D'un côté, on peut considérer que cet acte médical était extrêmement banal et ne justifiait pas un salaire élevé ; de l'autre, c'est la vie ou la mort d'un enfant qui était en jeu, ce qui n'a pas de prix.

Les conflits d'intérêt

Les médecins libéraux français sont les derniers occidentaux à être payés exclusivement à l'acte, ce qui pose un certain nombre de problèmes déontologiques. Je me contenterai de citer à ce sujet deux remarques de George Bernard Shaw, tirées de son ouvrage *The Doctors Dilemma* (1913) : « *L'objet de la profession médicale est d'assurer un revenu aux médecins, et de ce point de vue, toute considération pour la science et pour la santé publique doit s'effacer quand les deux entrent en conflit ; heureusement, ce n'est pas toujours le cas* » ; « *Qu'une nation saine ayant observé que l'on pouvait s'assurer d'obtenir du pain en offrant au boulanger un intérêt financier à le cuire pour vous, en ait déduit qu'il fallait intéresser financièrement un chirurgien à vous couper la jambe suffit à vous désespérer de l'humanité* ».

Le déremboursement, une solution douteuse

Nulle part au monde, même aux États-Unis, le financement des dépenses n'est entièrement laissé au secteur privé : il apparaît nécessaire de contrôler leur croissance parce qu'elles pèsent sur les finances publiques, parce que la demande est infinie et parce que les dangers d'abus sont considérables. Mais la recette la plus souvent employée, le déremboursement, ne produit généralement pas les résultats escomptés.

L'effet inflationniste du déremboursement

Deux catégories de personnes ne peuvent financer leurs dépenses de santé elles-mêmes, les trop pauvres et les trop vieux : les premiers, parce que leur demande n'est pas solvable ; les seconds, parce que le risque qu'ils présentent est certain, et que les assureurs détestent les risques certains et encore plus les risques déclarés ; ces personnes sont donc inassurables. Restent les vingt à soixante ans qui travaillent, et dont les dépenses de santé sont par ailleurs trois fois moins élevées que celles des plus de soixante-dix ans.

L'assurance santé que l'on peut proposer à ces personnes solvables et assurables sera moins chère et les couvrira correctement, mais elle aura pour effet de faire monter les prix des soins proposés par les hôpitaux et les médecins. C'est ce que j'appelle *l'effet TF1* : le jour où la chaîne de télé TF1 a été privatisée, j'ai prédit une grève à Antenne2 et à France3 dans les mois qui suivraient, parce qu'il est insoutenable que, sur un même marché et pour un même travail, certaines personnes soient payées dix fois mieux que d'autres.

En admettant que les personnes des classes moyennes ou aisées paient leurs soins médicaux en souscrivant des assurances privées, cela ferait immanquablement monter les prix, et c'est d'ailleurs ce qu'on observe aux États-Unis : la grande différence entre les coûts de santé américains et français, c'est que les médecins américains sont deux ou trois fois mieux payés que les médecins français ! Mais le résultat pour les dépenses publiques en matière de santé

est catastrophique : aux États-Unis, celles-ci sont proportionnellement plus élevées qu'en France. L'effet principal du déremboursement, c'est donc l'inflation des prix.

Un transfert inéquitable

Le ministre de la Santé, Jean-François Mattei, vient cependant de faire passer six cent cinquante-sept médicaments de la catégorie remboursable à 65 % à la catégorie remboursable à 35 %, non pas parce que ces médicaments seraient à moitié efficaces, mais parce qu'ils sont sur-prescrits, et qu'on espère ainsi limiter cette sur-prescription. Or 80 % des Français souscrivent une mutuelle ou une assurance complémentaire, et 17 % bénéficient de la couverture maladie universelle (CMU) ; il n'y a donc que 3 % des gens qui vont être réellement touchés par ce déremboursement. On peut par conséquent douter que celui-ci permette de limiter la consommation des médicaments concernés.

En réalité, cette opération a pour seul objet de substituer aux prélèvements obligatoires des prélèvements qui ne sont pas considérés comme tels. L'ennui est que les prélèvements obligatoires sont proportionnels au revenu, via les cotisations sociales et la CSG (contribution sociale généralisée), tandis que la majorité des mutuelles et la totalité des assurances complémentaires proposent des cotisations ou des primes qui ne sont pas proportionnelles au revenu.

Le prix des cercueils

Une autre hypothèse utilisée pour justifier le déremboursement est que plus les gens paient, mieux ils consomment. À cela, on pourrait opposer la boutade anglaise selon laquelle on n'empêche pas les gens de mourir en augmentant le prix des cercueils. Plus sérieusement, il a été démontré que lorsque les soins sont gratuits, les gens surconsomment ; mais que lorsque les soins sont payants, ils consomment mal, ou plus exactement ils ne limitent pas leur consommation de la façon la plus opportune.

No future pour les assurances maladie privées

Le dernier argument qui plaide contre la privatisation des dépenses de santé, c'est que le marché en question est condamné à court terme du fait des progrès de la génétique. Supposons que nous disposions dès maintenant, comme ce sera sans doute le cas dans quelques années, de tests relativement bon marché nous permettant de connaître, au moins de manière probabiliste, les risques que nous courons du fait de notre héritage génétique : risques de cancers, de maladies cardio-vasculaires, etc. Si tel était le cas, nous serions en situation d'asymétrie de l'information par rapport à notre assureur : nous nous assurerions plus ou moins bien en fonction de ces informations. Les assureurs seraient rapidement conduits à exiger d'obtenir ces informations avant d'assurer quelqu'un, sous peine de faillite. À terme, on aboutirait à une double classe de risques : une classe proportionnelle aux revenus, et une classe proportionnelle au risque génétique. Les assurances maladie universelles et obligatoires ont donc de beaux jours devant elles...

Soigner la fièvre ou la maladie ?

On parle beaucoup de la crise financière de l'assurance maladie, mais il ne s'agit que d'un symptôme, et on prend le symptôme pour la maladie : le déficit galopant est l'analogie de la fièvre chez un malade. Bien sûr, il faudra résoudre le problème financier, et on le résoudra en

augmentant la CSG et en faisant, une fois de plus, payer nos enfants. Mais le vrai problème est que l'accord tacite qui existait entre la société française et ses médecins est rompu, et qu'il faut maintenant élaborer un nouveau contrat social avec eux. Pour cela, la première urgence est de recommencer à discuter avec les médecins, ce qui n'a pas été fait depuis 1926, époque où l'on a inventé les principes de la médecine libérale. Mais ce n'est certainement pas en injectant plus d'argent dans le système qu'on va résoudre le problème, bien au contraire.

EXPOSÉ d'Étienne CANIARD

Je vais essayer également de contribuer à dissiper le brouillard qui entoure la question du contrôle des dépenses de santé. Je m'appuierai pour cela sur quelques exemples concrets : des dépenses de santé que nous jugeons utiles alors qu'elles ne sont pas forcément justifiées, mais aussi des dépenses sur lesquelles l'absence d'intervention collective ne pose apparemment de problème à personne, alors qu'elles représentent pourtant de vrais enjeux de santé publique, et posent parfois des questions morales.

Le dépistage des cancers

Tout le monde s'accorde à dire qu'il faut dépister les cancers. Le dépistage ne présente pourtant pas le même intérêt pour tous les cancers. On parle actuellement de généraliser le dépistage du cancer colorectal ; or ce dépistage, lorsqu'il est bien organisé, ne fait baisser la mortalité que de 20 % au maximum.

En revanche, le dépistage du cancer du col de l'utérus, qui pourrait faire baisser le taux de mortalité de plus de 90 %, ne fait l'objet d'aucune organisation efficace. On estime qu'en France, quinze millions de femmes sont en âge d'être concernées par un dépistage de ce type. La fréquence recommandée est triennale, ce qui représenterait donc cinq millions de frottis vaginaux chaque année. La Sécurité sociale en rembourse six millions, mais ce chiffre dissimule de grandes disparités : 40 % des femmes du public ciblé ne sont jamais dépistées, pendant que d'autres le sont de façon superflue.

L'une des raisons de cette inégalité devant le dépistage est que pour des motifs largement corporatistes, on estime qu'il est hors de question de confier ce type de dépistage aux généralistes, voire à d'autres professionnels de santé, qui seraient pourtant tout à fait qualifiés pour le pratiquer.

La méthode PCR d'analyse du sang

À la suite de l'affaire du sang contaminé, on a fait beaucoup de recherches pour essayer de limiter la période pendant laquelle il est impossible de dépister le virus du sida dans le sang. On utilise notamment pour cela la méthode PCR (Polymerase Chain Reaction), qui coûte des dizaines de millions d'euros par an et a permis, depuis 1995, d'éviter *deux* cas de contamination... En termes économiques, cette décision est parfaitement absurde, car elle suppose que l'on évalue le prix d'une année de vie gagnée à plusieurs dizaines de millions d'euros, alors que dans d'autres domaines, les choix budgétaires se fondent sur un prix de l'année de vie gagnée infiniment plus faible (de l'ordre de dix mille euros par année de vie gagnée pour les aménagements routiers !).

Soigner les bien portants plutôt que les malades

L'industrie pharmaceutique fait par ailleurs peser sur les dépenses de santé le coût des fausses innovations médicamenteuses : le marché le plus porteur n'est pas celui des gens malades, mais celui des bien portants que l'on parvient à convaincre de prendre un médicament leur vie durant, en dépit du fait qu'ils ne présentent aucun symptôme. Le cas le plus flagrant est celui de l'hypercholestérolémie, dont l'industrie pharmaceutique a réussi à abaisser de façon considérable le seuil de perception du risque.

Les paradoxes de l'offre de soin hospitalière

En même temps, un certain nombre de besoins sont loin d'être satisfaits, notamment par l'offre de soin hospitalière. Par exemple, la région parisienne compte cinquante-deux services de chirurgie digestive, alors même qu'on opère de moins en moins dans ce domaine. Mais elle est l'avant-dernière région de France, juste avant la Corse, en matière d'accueil des handicaps de toute nature. Cela conduit au choix implicite aberrant d'assurer des soins de proximité pour des épisodes aigus et souvent peu fréquents et au contraire d'imposer un éloignement parfois de plusieurs centaines de kilomètres pour le suivi d'enfants handicapés ou de personnes âgées qui auraient besoin de rester proches de leurs familles.

La non-prise en charge des problèmes auditifs

Un autre exemple, d'autant plus préoccupant que notre démographie va dans le sens d'un vieillissement de la population, est celui de la non-prise en charge des problèmes auditifs des personnes âgées. On sait que la surdité est l'un des facteurs majeurs de désocialisation, plus grave encore que la perte de la vue ; pourtant, l'achat d'appareils auditifs est mal remboursé, et le suivi qui serait nécessaire pour une bonne utilisation des appareils n'est pas pris en charge, de sorte qu'au bout de six mois, la moitié des appareils auditifs finissent dans le tiroir de la table de nuit.

Les aberrations du système de prise en charge

Lors de la commission des comptes de la Sécurité sociale, il y a quelques jours, le ministre nous a présenté les résultats vraiment dramatiques qui s'annoncent pour la fin de l'année, à savoir un trou de près de dix milliards d'euros. Selon lui, ce déficit est dû pour une part essentielle (74 %) à un manque de recettes, ce qui laisse supposer que si les recettes étaient bonnes, comme elles l'ont été pendant les années précédentes, aucune réforme ne serait à envisager ! C'est d'ailleurs exactement la politique qu'a suivie le précédent gouvernement, qui a bénéficié d'une croissance relativement forte et n'a engagé aucune des réformes structurelles qui auraient été nécessaires.

Des remboursements sous condition d'âge et de ressources

Environ 73 % des dépenses de santé sont prises en charge par les régimes obligatoires. Cette moyenne recouvre deux réalités : la prise en charge des dépenses hospitalières, qui correspondent généralement à des pathologies avérées, souvent graves, et qui sont remboursées à 90% ; la prise en charge des soins de ville, remboursés à 60 %.

Comme le ticket modérateur s'était transformé en un redoutable ticket d'exclusion des soins pour une partie de la population, on a mis en place la couverture maladie universelle, qui

concerne actuellement quatre millions et demi de personnes prises en charge à 100 %. À ce dispositif s'ajoute le remboursement à 100 % au titre des affections de longue durée, des maladies chroniques, souvent liées à l'âge : plus de 70 % des personnes qui en bénéficient ont en effet plus de soixante-quinze ans, et on sait que bien souvent les médecins déclarent certaines personnes en affection de longue durée pour des raisons autant sociales que médicales.

Toujours est-il que, sans le dire, et même en affirmant le contraire, nous allons vers un dispositif qui sépare nettement le traitement du gros risque et celui du petit risque : le gros risque est pris en charge correctement, au titre de notre bonne conscience, qui nous interdit de laisser sans soins des personnes atteintes de pathologies graves ; en revanche le petit risque comporte une part importante laissée aux ménages ou aux régimes complémentaires, avec deux filets de sécurité, fondés, l'un sur des conditions de ressources (la CMU), l'autre sur des conditions d'âge (les ALD – affections de longue durée)

Du coup l'organisation de la filière de soin se déplace vers une prise en charge tardive, et par le système le plus onéreux qui soit, celui de l'hospitalisation. Si l'objectif était non pas l'équilibre comptable des dépenses de l'État mais une meilleure efficacité de l'offre de soin, c'est l'ensemble de la prise en charge qui devrait être repensée.

La tête du client

Pour finir, je citerai l'exemple de la convention des spécialistes qui est en cours de négociation, et qui pourrait bien aboutir à ce que les médecins soient rémunérés non plus en fonction des actes produits, mais en fonction de la solvabilité de leurs clients... Les médecins ont en effet proposé que les spécialistes qui sont consultés après le passage par un généraliste voient ces consultations mieux remboursées (le remboursement passerait de vingt-trois à vingt-six euros) à condition que lorsqu'il n'y a pas de passage par un généraliste, les spécialistes jouissent d'une liberté totale d'honoraires. Selon ce système, dont j'espère quand même qu'il ne sera pas adopté, car c'est l'un des plus absurdes qui aient jamais été imaginés, les consultations qui ne s'inscriraient pas dans le processus de régulation permettraient aux médecins qui auront la chance de disposer d'une clientèle aisée d'être mieux rémunérés que ceux qui se plieront au système de régulation !

Logique quantitative et logique qualitative

Depuis sa création en 1945 jusqu'à 1958, le rôle principal de l'assurance maladie était de garantir un revenu de remplacement aux personnes qui, en tombant malades, avaient perdu leur source de revenu ; de ce fait, les dépenses étaient essentiellement constituées d'indemnités journalières. Ce n'est qu'à partir de 1958 que la solvabilisation des dépenses de soin proprement dites est devenue majoritaire dans les dépenses de l'assurance maladie ; or le système de gestion est resté le même depuis 1945, c'est-à-dire qu'il est toujours fondé sur une logique purement quantitative.

Or aujourd'hui, le problème posé par l'accroissement des dépenses de santé n'est manifestement pas quantitatif, mais qualitatif ; l'urgence n'est pas d'équilibrer les comptes, mais de réorganiser en profondeur l'accès à l'offre de soin.

Mais comment passer de cette gestion quantitative à une gestion qualitative ? Ce n'est évidemment pas en injectant toujours plus d'argent dans le système, mais en faisant

comprendre aux médecins qu'ils doivent contribuer à la régulation qui permettra au système de fonctionner : aucune profession ne peut entrer dans un cercle vertueux en matière d'amélioration de sa production si elle ne s'impose pas elle-même cette contrainte.

EXPOSÉ de Richard BOUTON

Je voudrais tout d'abord compléter l'exposé de mes collègues par une remarque sur l'effet paradoxal du déremboursement des médicaments : chaque fois qu'on a diminué le remboursement d'un médicament, cela a fait augmenter à la fois les dépenses totales de santé et la part prise en charge par l'assurance maladie. Ce paradoxe se comprend très facilement : le prix des médicaments remboursés à 35 % augmente de 3 % par an ; celui des médicaments remboursés à 65 % augmente de 5 % par an ; le prix de ceux qui sont remboursés à 100 % augmente de 14,2 % par an ! Par ailleurs, les médecins essaient naturellement de protéger leurs patients, et pour cela ils leur prescrivent de préférence les médicaments les mieux remboursés, qui sont forcément les plus chers.

Mais je voudrais surtout souligner que derrière la crise financière, à laquelle nous étions habitués par le passé et que nous retrouvons sans grande surprise, nous avons en réalité affaire à plusieurs autres crises. C'est tout d'abord une crise institutionnelle : les principaux représentants du patronat à la CNAM sont partis ; personne ne sait ce qui va se passer maintenant. C'est aussi une crise conceptuelle : depuis le temps qu'on parle de l'augmentation des dépenses de la Sécurité sociale et de la nécessité de les maîtriser, tout le monde en a assez, et plus personne n'a d'idées. Mais la plus importante, et celle dont je voudrais parler plus particulièrement, c'est la crise des professions de santé, qui est due à plusieurs facteurs.

Définir une mission d'intérêt public

Le premier est le statut professionnel des professions de santé libérales et des médecins libéraux, qui est resté inchangé depuis plus de trente ans, et présente certaines anomalies par rapport au statut des autres professions libérales : il n'est pas reconnu de manière explicite que les médecins accomplissent des missions d'intérêt public ; le mode de rémunération est exclusivement le paiement à l'acte ; les tarifs sont encadrés par des négociations annuelles, du moins pour les médecins libéraux du secteur 1, qui sont majoritaires.

Dans les autres professions libérales, on a clairement séparé les missions d'intérêt public qui font l'objet d'une délégation, et les missions libérales pures. Les notaires, par exemple, ont une délégation de service public pour les actes obligatoires de la vie civile, dont les tarifs sont encadrés par la loi, et dont les notaires doivent tenir un registre ; ils peuvent par ailleurs exercer leur activité libérale pure, par exemple en tant que conseillers financiers.

Les vétérinaires remplissent également un mandat sanitaire qui fait l'objet d'une délégation du ministère de l'Agriculture, dont les tarifs sont encadrés par la loi, et pour lequel ils bénéficient d'un complément de rémunération par les services de l'État, par exemple en ce qui concerne les vaccinations, et qui peut même être totalement pris en charge par l'État, par exemple lorsqu'il s'agit de dépistages ou encore d'euthanasies à visée épidémiologique. Rien de tel pour les médecins libéraux !

Pas de représentation crédible

Créé en 1941, dissous en 1942, recréé en 1945, à nouveau dissous puis recréé la même année, et menacé de suppression dans l'une des cent dix propositions du candidat Mitterrand, l'Ordre des médecins a survécu à toutes les crises ; il est cependant en passe de rendre l'âme, depuis qu'un de ses présidents a tenté d'en faire un organisme professionnel normal et respectable. Aujourd'hui, il fait l'unanimité contre lui, et chacune de ses prises de position provoque une émeute dans l'ensemble du corps médical.

Les unions régionales de médecins libéraux étaient en principe dotées de tous les moyens nécessaires pour assurer leur bon fonctionnement : instances élues, cotisations obligatoires, etc. Mais on a beau tendre l'oreille, elles sont restées remarquablement silencieuses depuis leur création.

Quant aux syndicats médicaux, ils ont été étroitement associés au système des conventions médicales créées en 1971, qui ont toutes été annulées soit par le Conseil d'État, soit par le Conseil constitutionnel, et ont beaucoup souffert de ces péripéties.

Une information manipulée

Le dernier élément de la crise concerne l'information des médecins, qu'il s'agisse de l'information sur les médicaments, de l'information médicale, de l'information générale ou de l'information politique : qui apporte en général cette information aux médecins ? la presse médicale. Qui est le financeur unique de la presse médicale ? l'acteur le plus directement concerné par les réformes, à savoir l'industrie pharmaceutique. Il est tentant pour elle d'orienter les commentaires, et par ce biais l'opinion des médecins. Or l'éducation sanitaire de la population est assurée essentiellement par les médecins ; tant que leur formation continue sera organisée quasi exclusivement par l'industrie pharmaceutique, on verra des médecins traiter des hypercholestérolémies à 2,80 grammes, puis à 2,50, puis à 2,10... C'est un sujet extrêmement grave et préoccupant.

Soigner le mal et non le symptôme

Si l'on veut essayer de remettre d'aplomb notre système médico-social, résoudre le désastre économique de l'assurance maladie, améliorer sa gestion politique et institutionnelle, il faudra au préalable résoudre cette crise professionnelle des médecins.

DÉBAT

Les collectivités locales à la rescousse ?

Un intervenant : *Récemment, Jean-François Mattei a déclaré que l'assurance maladie avait été créée pour prendre en charge les accidents de la vie, que le vieillissement ne faisait manifestement pas partie des accidents de la vie, et par conséquent que les dépenses liées au vieillissement ne devaient pas être prises en charge par l'assurance maladie. Dans ce cas, qui pourra prendre en charge ces dépenses ? Les collectivités locales ?*

Étienne Caniard : Ce serait évidemment une absurdité ! À l'heure actuelle, 51 % des dépenses d'assurance maladie sont le fait de 5 % des assurés sociaux, qui sont précisément des personnes âgées et malades ; comment pourrait-on imaginer régler le problème par un tour de passe-passe, en faisant désormais supporter cette charge par les collectivités locales ? Encore une fois, le problème majeur n'est pas de trouver de l'argent, mais de mieux organiser l'accès aux soins.

L'hôpital, premier généraliste de France

Int. : *S'il est vrai que 50 % des dépenses de santé sont le fait des hôpitaux, ne peut-on considérer que le problème le plus urgent à résoudre serait l'optimisation du système hospitalier ? Je pense en particulier à ces hôpitaux qui sont le principal employeur des villes où ils se trouvent, et à la fermeture desquels s'opposent les élus locaux.*

Int. : *Le problème majeur de l'hôpital est plutôt qu'il est devenu le premier médecin généraliste de France : une bonne partie des tâches qu'il accomplit sont d'une grande banalité, et ne présentent pas forcément une grande valeur ajoutée ; en revanche, elles sont d'un coût beaucoup plus élevé que si elles étaient réalisées par des médecins de ville.*

Richard Bouton : S'il était admis que la collectivité délègue aux médecins de ville une mission de service public sous forme de permanences de soin en ville, pour lesquelles ils obtiendraient une modification de leur statut et seraient rétribués en conséquence, ils pourraient parfaitement assurer les soins courants vingt-quatre heures sur vingt-quatre sur l'ensemble du territoire. Cette réorganisation du système de soin permettrait secondairement d'aborder la question du système hospitalier : le fait que l'hôpital soit le premier généraliste de France contribue à retarder certaines restructurations qui seraient pourtant nécessaires. Le jour où l'hôpital redeviendra un plateau technique et un lieu de soin pour l'homme *couché* et non pour l'homme *debout*, une partie des problèmes pourra beaucoup plus facilement être résolue.

France et États-Unis

Int. : *Je crois savoir que l'OMS (organisation mondiale de la santé) a récemment évalué le système de santé français et que celui-ci avait été plutôt bien noté ; sur quels critères cette évaluation s'appuyait-elle ?*

Jean de Kervasdoué : Si la France est sortie première du classement de l'OMS, c'est à la faveur d'une erreur ! Néanmoins, il est vrai que notre système n'est pas sans vertu, et que tout le monde convient qu'il est en particulier moins cher et plus équitable que le système américain, dans lequel 15 % de la population n'est pas assurée.

Int. : *Le système de santé français apporte une contribution majeure à une valeur culturelle très importante chez nous, la douceur de vivre. Au Maroc, il n'y a aucune protection médicale ; lorsque le grand-père doit subir une grave opération, on sollicite l'aide financière du premier cercle de la parentèle, et si cela ne suffit pas, on s'adresse au cercle suivant, jusqu'à ce que la somme nécessaire soit réunie. Aux États-Unis, c'est la même chose : nous avons tous entendu parler d'Américains qui ont été ruinés par une intervention chirurgicale ou médicale lourde sur quelqu'un de leur famille. Mais de quel œil considère-t-on ses proches lorsqu'une menace de pathologie grave pèse sur eux ? « Il va nous ruiner ! Nous serons obligés de revendre la maison ; nous ne pourrions pas changer la voiture ; nous ne pourrions pas envoyer notre fils au collège ! » C'est terrifiant. En France, on ne connaît pas ce genre de situation, car les malades sont pris en charge par la société ; cela me paraît être un bien très précieux, que nous devons préserver.*

Int. : *Aux États-Unis, les personnes âgées sont en réalité relativement peu exposées aux dépenses catastrophiques. La fenêtre de vulnérabilité se situe plutôt entre cinquante et soixante-cinq ans, en particulier pour les personnes qui se retrouvent au chômage ou en préretraite. J'ajoute que le pourcentage des dépenses restant à la charge des ménages est plus important en France qu'aux États-Unis, même si le nombre de ménages concernés est beaucoup moins important.*

É. C. : Vous avez raison d'apporter ces précisions : aux États-Unis, les zones d'exclusion se trouvent surtout aux seuils des filets de sécurité, et cette situation est en train de se développer en France également. Désormais, les exclus du système de santé ne sont plus les bénéficiaires de la CMU, mais ceux qui ne remplissent pas tout à fait les conditions pour l'obtenir. Le problème est que nous mettons en place des réponses ponctuelles, et que nous ne savons pas gérer les limites de ces réponses.

Pourquoi tant de décisions absurdes ?

Int. : *Le débat de ce soir a très bien éclairé ce problème difficile, ce qui m'amène à poser la question suivante : comment se fait-il que les représentants que nous avons choisis, qui sont intelligents et qui sont en position de décider, prennent aussi peu de décisions, ou prennent des décisions aussi mauvaises ?*

Int. : *Si les décisions des ministres paraissent toujours aussi absurdes, c'est qu'il existe toujours des points de vue contradictoires : quand elles ne sont pas absurdes médicalement, elles sont absurdes économiquement ; quand elles ne sont pas absurdes économiquement, elles le sont en termes d'accès aux soins du patient. Au bout du compte, le jeu n'est jamais gagnant-gagnant, mais toujours gagnant-perdant.*

É. C. : Une autre raison est qu'en France, on a totalement laissé la réflexion sur le système de santé aux mains des médecins : on a confondu expertise médicale et expertise sur les choix politiques liés aux possibilités médicales. Prenons l'exemple des greffes de rein : il n'y a jamais eu de débat public pour savoir s'il fallait favoriser le prélèvement de rein sur donneur vivant ou sur donneur mort ; ce débat a été tranché une fois pour toutes, dans les années soixante, par une poignée de néphrologues.

En Norvège, le débat a eu lieu : les médecins se sont bornés à indiquer que les greffes de rein réussissaient beaucoup mieux lorsqu'elles étaient réalisées à partir de donneurs vivants, et le choix final a été fait par la collectivité. Le résultat parle de lui-même : il y a dans notre pays

vingt mille insuffisants rénaux, dont les trois quarts subissent des dialyses, et dont un quart a bénéficié d'une greffe ; en Norvège, les pourcentages sont inverses.

Chez nous, les médecins accaparent ce genre de débats, et en revanche délaissent leur propre responsabilité en termes d'implication dans la régulation des dépenses à partir des choix faits par la société. Par contre-coup, cela provoque une certaine déshérence des élus, et l'on se retrouve devant le type de situation cité tout à l'heure, lorsque le maire d'une ville, siégeant au conseil d'administration d'un hôpital, se montre plus soucieux de la place économique de l'établissement dans sa circonscription que de l'évaluation des soins qui y sont pratiqués.

Int. : *Il faut dire aussi que pendant longtemps, ceux qui s'intéressaient à l'économie de la santé sans être médecins étaient souvent marginalisés et considérés comme des sous-économistes. Je me rappelle avoir piloté la recherche de deux élèves de l'École polytechnique sur un sujet passionnant concernant la santé, et un professeur éminent, devenu banquier, m'avait dit que ce n'était vraiment pas un sujet d'économie ! Je lui avais fait remarquer qu'une activité économique qui représentait 20 % du PNB méritait malgré tout qu'on s'y intéresse.*

Int. : *L'inertie des gouvernements successifs sur cette question des dépenses de santé s'explique par le fait que dans cette affaire, il n'y a que des coups à prendre : le groupe social des contribuables est certes le plus nombreux, mais c'est aussi le moins puissant. C'est pourquoi les gouvernements ne peuvent véritablement agir qu'en situation de crise grave. En l'occurrence, le fait que beaucoup de médecins exigent aujourd'hui de pouvoir être payés à la tête du client est une situation de crise gravissime ; on peut donc espérer que les choses vont évoluer.*

Enjeux économiques ou de santé publique ?

Int. : *L'industrie automobile est extrêmement nocive, car elle provoque de la pollution, des accidents, l'épuisement des ressources énergétiques ; pourtant, on continue à produire des automobiles car cela contribue à créer de la richesse. En ce qui concerne les dépenses de santé, peut-on considérer qu'au moins sur le plan strictement économique, elles contribuent à créer de la richesse ? Si à la fois sur le plan économique et sur le plan de la santé publique, le système actuel ne donne pas satisfaction, on peut espérer qu'il sera réformé.*

R. B. : Les dépenses de santé sont socialisées, c'est-à-dire qu'elles sont payées par un impôt, la CSG, et par les cotisations sociales. Quand on voit la situation de l'Éducation nationale, et les moyens dont dispose l'enseignement secondaire, en professeurs ou en matériels ; quand on sait que, l'hiver dernier, on a été obligé de fermer certaines universités parce qu'il n'y avait pas de quoi payer le chauffage ; et quand on constate que le déficit de l'assurance maladie pour cette année 2003 va être supérieur à l'ensemble du budget de l'enseignement supérieur, cela donne à réfléchir...

J. K. : Effectivement, cela ne sert à rien de se placer dans un cas de figure qui n'existe pas. Prenez n'importe quel pays au monde : soit le système de santé n'existe pas ; soit il est au moins partiellement pris en charge par les pouvoirs publics. À partir de là, toute la question est de savoir si le fait d'organiser une concurrence sur le financement entre secteur public et secteur privé va être ou non producteur de bien-être collectif. Ce que montre l'expérience des États-Unis, mais également celle des Pays-Bas, c'est que la concurrence par le financement ne marche pas, et de surcroît fait monter les prix.

Ce qui est effrayant, c'est que la plupart d'entre nous sont d'une ignorance confondante en matière de médecine. Il m'arrive de demander aux amis de mes enfants, qui font des études supérieures, s'ils connaissent la différence entre une veine et une artère, et la majorité l'ignore. Cette ignorance permet qu'on nous traite comme des "gogos" en nous persuadant qu'il faut absolument se soigner contre l'hypercholestérolémie dès 3,5 grammes, ou encore que les hyper-oxydants sont la recette miracle pour permettre aux femmes de maigrir avant l'été.

Dans ce contexte, il est clair que si personne ne s'occupe de contrôler les dépenses de santé, elles ne seront pas affectées où elles devraient l'être. Par exemple, le Sénat vient de proposer un projet de loi pour réduire de quatre cents millions d'euros l'allocation d'autonomie aux personnes âgées (APA). Je ne connais pas l'opinion politique des personnes qui sont dans cette salle, mais je suis certain que si nous étions consultés, la plupart d'entre nous se prononceraient en faveur du maintien de cette allocation, et qu'en revanche beaucoup trouveraient que ce ne serait pas grave de consommer un peu moins de Vioxx ou de Cérébrex. Mais le rapport de force n'est pas en notre faveur : à l'heure actuelle, nous ne parvenons pas à résister au lobby de l'industrie pharmaceutique.

Int. : *Ce qu'il faudrait avoir le courage d'expliquer aux Français, c'est que, quelle que soit la croissance économique dans les années qui viennent, le niveau de vie net, hors santé et retraite, va baisser, car la pression des financements collectifs pour ces besoins essentiels sera telle, que la part réservée aux financements des besoins privés baissera nécessairement. Il faut être conscient que ne pas choisir, c'est choisir : laisser dériver les dépenses de santé est un choix collectif implicite.*

J. K. : J'ajoute que, même du point de vue strictement économique, notre pays est également perdant dans ce domaine. En matière de médicaments, la France a eu pour seule politique une politique de prix ; or nous sommes le plus grand consommateur de dépenses pharmaceutiques, et notre industrie pharmaceutique, qui avait le quatrième rang mondial, n'est plus qu'au septième rang ; les quelques entreprises qui nous restaient sont en train de déménager. Enfin, les prix des médicaments sont désormais fixés au niveau européen, non en droit, mais de fait : les entreprises, du fait des accords européens, obtiennent des autorisations de mise sur le marché dans d'autres pays que la France, et se servent ensuite de ces prix pour négocier avec le gouvernement français. Nous avons donc tout perdu...

Former les médecins à l'économie de la santé

Int. : *Je partage totalement le point de vue de Richard Bouton sur la désinformation du corps médical et du grand public. Mais ne serait-ce pas aux CPAM (caisse primaire d'assurance maladie), qui sont malgré tout nos représentants, d'assurer la formation continue des médecins et une information un peu plus sérieuse au grand public ?*

É. C. : Effectivement, il ne suffit pas de stigmatiser l'industrie pharmaceutique ; il faudrait également s'interroger sur les raisons pour lesquelles la CNAM, qui en définitive est l'employeur des médecins, même si une telle formule n'est sans doute pas politiquement correcte, ne s'engage pas davantage dans la formation continue, l'information des médecins, l'information du public. Les coûts de gestion de la CNAM sont relativement faibles, et on peut s'en féliciter ; mais un investissement dans ce domaine ne serait pas forcément un mauvais calcul.

R. B. : En matière de formation initiale, il faudrait également se préoccuper d'expliquer aux étudiants en médecine au moins les rudiments de l'économie de la santé. Quand ils commencent à exercer, que ce soit en milieu hospitalier ou en libéral, ils ignorent tout de ces questions. Or c'est bien avec eux que la nation va devoir contractualiser pour sauver le système de santé ; comment pourrions-nous signer un nouveau contrat social avec les médecins si on ne leur a pas donné une formation de base sur ces questions d'économie, de gestion et d'organisation ?

Présentation des orateurs :

Jean de Kervasdoué : professeur d'économie et de gestion des services de santé au CNAM (Conservatoire national des arts et métiers) ; il a partagé sa vie entre l'enseignement, la recherche (notamment au Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique), l'administration et l'entreprise, et ceci dans le secteur de la santé comme celui de l'agriculture ; il est l'auteur d'une dizaine d'ouvrages et de plus d'une centaine d'articles.

Richard Bouton : médecin généraliste ayant exercé à Roanne de 1974 à 1996, puis à Paris à partir de 1996 ; il a créé MG France en novembre 1986, et en a assuré la présidence jusqu'en novembre 2000 ; consultant dans le secteur de l'assurance maladie et de la santé ; membre du conseil d'orientation du FOPIM (fonds de promotion de l'information médicale) ; auteur de *Un toubib en colère* (Hachette littérature, 2003).

Étienne Caniard : délégué aux questions de santé et de Sécurité sociale à la Mutualité française, il siège dans de nombreux organismes : Haut comité de la santé publique, ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évolution en santé), CREDES (Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé) ; il est administrateur de la CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) où il préside la commission santé prévention ; il a par ailleurs organisé les états généraux de la santé et est l'auteur de plusieurs rapports à la demande du gouvernement.

Diffusion octobre 2003