

# ÉCONOMIE ET SOCIÉTÉ

## *La chronique d'Yves Crozet \**

### ***Réforme de l'assurance maladie Efficience, responsabilité et équité ?***

Après les retraites en 2003, l'année 2004 sera marquée en France par une autre passe difficile : la réforme de la composante santé de la Sécurité Sociale (1), qualifiée, à juste titre, d'assurance maladie. Car c'est bien d'un problème d'assurance qu'il s'agit. Comme pour la question des retraites, nous sommes en présence d'un arbitrage entre revenu présent (certain) et revenu futur (incertain du fait du risque maladie). Il existe des organismes performants, privés ou mutualistes, pour couvrir des risques comme les accidents de la route, les dégâts des eaux ou ceux des incendies ; pourquoi ne pas confier l'assurance maladie à ces spécialistes ?

À cette interrogation sur les raisons de la mise en place d'un système administré d'assurances sociales, s'en ajoute une autre, symétrique. Quitte à confier à une administration le soin de protéger les Français des risques de maladie, pourquoi ne pas mettre en place, comme en Grande-Bretagne, un système entièrement public de production des soins ? Un service national de santé, comme il existe un service national de l'éducation, gratuit et accessible à tous !

Expliquer les raisons pour lesquelles en France le système d'assurance maladie a refusé tant le modèle américain de l'assurance privée que le modèle britannique du service public de santé, c'est aussi rappeler que le principe d'assurance autorise des formes très variables. Mais pour être original, le « modèle » français (2), auquel l'immense majorité reste très attachée, n'en rencontre pas moins les mêmes difficultés que ses homologues, à savoir le coût croissant des dépenses de santé et la difficulté d'éviter certains gaspillages.

### Entre « repoussoirs » américain et britannique

À la fin de l'année 2002, le gouvernement britannique a autorisé ses ressortissants à aller se faire soigner, aux frais du contribuable britannique, dans des pays voisins, notamment la France, si le temps d'attente au sein du système national de santé était trop élevé. La question des listes d'attente pour toutes sortes d'opérations chirurgicales est devenue critique en Grande-Bretagne. Alors que ce pays a connu depuis vingt ans une croissance économique record, qui lui a permis de rattraper le niveau de vie des Français, son système de santé est à la traîne. Mis en place en 1945 sur le principe de l'assistance (3), et non pas de l'assurance, il a conduit à fonctionner l'ensemble des professions médicales, avec les résultats que l'on connaît chaque fois que ce type de choix est adopté : d'une part les incitations à la performance et à la qualité sont faibles, d'autre part les contraintes budgétaires étant ce

---

\* Professeur à l'Université Lyon 2

(1) Dès l'origine, la Sécurité Sociale française a été construite en distinguant quatre types de dépenses, et donc quatre Caisses différentes : la santé, les retraites, les accidents du travail, et les prestations familiales. Seules les deux premières connaissent des problèmes financiers qui appellent périodiquement des réformes. Avec le vieillissement de la population, et la suppression d'un jour férié donnant naissance à l'affectation des fonds ainsi récupérés, une cinquième catégorie est en train de voir le jour pour la dépendance de certaines personnes âgées.

(2) On se souvient qu'en 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé avait, en croisant une multitude de critères, produit un classement des systèmes de santé nationaux. La France s'était retrouvée à la première place !

(3) Il ne s'agit pas d'assurance, car la protection sociale est offerte à tous les résidents, gratuitement. Le financement des dépenses n'est pas réalisé par des cotisations sociales, mais par la fiscalité.



qu'elles sont, les fonds publics affectés à ce service ne sont jamais à la hauteur des besoins. Même si Tony Blair vient d'annoncer un ambitieux programme pluriannuel au profit du système de santé, cela ne pourra combler qu'une partie du retard, pour une raison simple : la Grande-Bretagne est le pays industrialisé qui consacre relativement la moindre part de sa richesse (9 % du PIB) aux dépenses de santé.

Le pays qui dépense le plus (14% du PIB) en la matière, les États-Unis, ne constitue pas pour autant un exemple à suivre. Pour responsabiliser les individus et éviter de grever les coûts du travail, les assurances sociales y sont facultatives. Un employeur peut embaucher un salarié sans lui offrir d'assurance maladie (4). Ce qui ne pose pas de problème pour un travail d'été d'un étudiant est plus gênant quand il s'agit d'actifs à part entière : 14 % de la population américaine se trouvent ainsi dépourvus d'assurance maladie et relèvent d'une forme d'assistance appelée *Medicaid*. Mais, même lorsque l'emploi garantit une protection sociale correcte, la donne change au moment du départ à la retraite (à 65 ans). D'abord, c'est un âge où le risque de maladie augmente : une personne âgée est un « risque maladie élevé ». Ensuite, une partie non négligeable des retraites est fournie par l'État (et non par les fonds de pension comme on le croit parfois), qui propose alors son propre système de prise en charge des dépenses maladie des personnes âgées (*Medicare*). Un système qui, jusqu'à cette année, ne couvrait pas les dépenses de médicaments, et qui ne prend toujours pas en charge les frais dentaires ou l'optique.

À la lumière de ces deux « repoussoirs », les choix français paraissent relativement logiques. Pour éviter les effets pervers de la fonctionnarisation, les professions de santé prescriptrices sont largement demeurées libérales, et rémunérées en fonction de leur activité. Pour se protéger du risque d'exclusion pour les bas salaires ou les personnes « à risque », un système

d'assurance obligatoire et universel a été mis en place : un savant dosage donc entre incitation et protection.

## Les carences des systèmes

Le caractère original du système français ne tient pas seulement à l'existence de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, il réside aussi dans la présence des mutuelles qui assurent une protection complémentaire dont le rôle ne cesse de croître pour des raisons assez évidentes.

■ La première s'est manifestée, dès l'année 1967, avec les ordonnances qui ont constitué une première réforme de la couverture maladie. En créant un ticket modérateur, laissant une partie du coût à la charge de l'usager ou de sa mutuelle, une première tentative de responsabilisation voyait le jour pour tenir compte de ce que les économistes appellent « aléa moral ». Un système d'assurance peut en effet susciter chez l'assuré un comportement de gaspillage ou de surconsommation. Dans la mesure où les dépenses sont payées par l'assurance, rien n'incite à un usage parcimonieux des services de santé (5). Combien de boîtes de médicaments jetées avec plus de la moitié de leur contenu ? Combien de visites superflues chez le médecin, suivant de très près une précédente visite, parfois chez un autre médecin ?

■ Mais les patients ne sont pas seuls en cause. Les prescripteurs de soins le sont aussi, et bien plus encore, car dans la grande majorité des cas, ce sont eux qui déci-

(4) Un résultat paradoxal en découle : contrairement à ce que pensent les Français, la question des assurances sociales occupe une place majeure aux États-Unis, individuellement et collectivement. Le choix d'un travail se fait en grande partie en tenant compte de la plus ou moins grande qualité de la couverture offerte. C'est par ce biais que l'on attire la main-d'œuvre la plus qualifiée. Mais pour les non qualifiés, les risques de *downsizing* sont permanents. Une grève importante agite en ce moment la Californie, car les hypermarchés cherchent à supprimer la couverture sociale qu'ils offraient jusqu'à présent à leurs salariés.

(5) Surtout si fonctionne un mécanisme de tiers payant.

dent du type de traitement et du nombre d'actes. Même si la Sécurité Sociale a, dans le secteur conventionné, normalisé la valeur unitaire de chaque acte, il est tentant pour le praticien d'en accroître tendanciellement le nombre pour augmenter son revenu. Sans évoquer certaines escroqueries qui relèvent des tribunaux (actes médicaux fictifs), il est évident que le remboursement des actes ne pousse pas à en réduire le nombre.

■ La progression des dépenses de santé s'explique aussi par les progrès remarquables de la médecine. De nouveaux traitements médicamenteux et de nouvelles techniques chirurgicales sophistiquées ont vu le jour, sans oublier les scanners et autres IRM. Les uns et les autres contribuent à accroître le coût du traitement des pathologies les plus lourdes. La moitié des dépenses de santé concerne 4 % des malades ! Et comme nous pouvons tous, du jour au lendemain, être concernés par ce type de soin, il n'est pas question de les remettre en cause !

■ Dernier point mais non le moindre, le vieillissement de la population représente un facteur structurel lourd d'accroissement des dépenses de santé. L'allongement de l'espérance de vie – sans handicap, mais aussi avec – a évidemment un coût, qui n'est pas près de décroître !

Les problèmes de l'assurance maladie sont donc la chose la mieux partagée du monde occidental. Partout, on cherche à responsabiliser les patients, c'est-à-dire à laisser à leur charge une partie du coût, pour éviter le gaspillage. Partout les compagnies d'assurance ou mutuelles s'efforcent d'encadrer les pratiques des professionnels de santé pour éviter la « surqualité » ou la « surquantité ». Partout néanmoins, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé ne cesse de croître. Aux États-Unis, la forte croissance des années 1990 a permis de ne pas dépasser le seuil des 14 % du PIB, déjà approché il y a dix ans. Mais le vieillissement de la population, même s'il est moins marqué outre Atlantique, et le coût unitaire croissant des actes médicaux,

déjà très élevé, doivent conduire au début des années 2010 à une part des dépenses de santé supérieure à 16 % du PIB, près de la moitié de ce montant étant couvert par des ressources publiques : *Medicaid* et *Medicare* (6).

## Vers un rôle accru des mutuelles ?

Compte tenu de toutes ces contraintes, les voies de la réforme ne sont pas très nombreuses, mais elles demeurent très typées et correspondent à des choix politiques majeurs : des choix de société ! C'est pour cette raison que les syndicats de salariés s'efforcent de se mettre d'accord sur la création en France d'une haute autorité qui remplacera la gestion paritaire, aujourd'hui défunte. Il s'agit bien sûr d'une étape décisive pour les syndicats qui souhaitent conserver un rôle dans la gestion du système. Mais ce n'est qu'une étape avant le traitement des trois questions clés :

- Comment trouver des fonds supplémentaires pour une assurance maladie de plus en plus coûteuse ?
- Comment réduire les gaspillages en responsabilisant praticiens et patients ?
- Comment éviter l'exclusion pour les personnes les plus pauvres ou les plus fragiles ?

La dernière question n'est pas la plus complexe, car la réponse existe déjà sous le nom de Couverture Maladie Universelle (CMU). Mise en place à la fin des années 1990 par le gouvernement Jospin, elle va paradoxalement faciliter la réforme du régime général de l'assurance maladie en aidant à faire émerger l'idée selon laquelle

(6) La comparaison de la prise en charge des dépenses de santé en France et aux États-Unis révèle que les deux pays utilisent les mêmes sources, mais dans des proportions significativement différentes. En France, 75 % pour la Sécurité Sociale, 10,6 % pour les ménages, 7,6 % pour les mutuelles, 2,7 % pour les assurances privées, 2,5 % pour les institutions de prévoyance et 1 % pour l'État et les collectivités locales. Aux États-Unis, administrations 45 %, secteur privé 40 % et ménages 15 %.



il s'agit bien d'une question d'assurance et non pas d'assistance (7).

Dans cette perspective, et pour répondre à la seconde question, il est à peu près certain que s'observeront en France les mêmes évolutions que dans d'autres pays : un rôle croissant des organismes payeurs, qui feront la chasse aux gaspillages en faisant peser des contraintes plus lourdes sur les patients et les médecins.

■ Contraintes pour les patients, sous forme de restriction dans le choix du médecin (médecin généraliste de référence, contrôle de l'accès au médecin spécialiste), de limitation du niveau de remboursement de certains soins (accroissement du ticket modérateur, remboursement sur la base du prix du médicament générique), voire de non remboursements de certains soins (homéopathie ? thermalisme ?).

■ Contraintes pour les praticiens, tant sur le prix des actes que sur leur nombre. Il est possible, comme en Allemagne, que les médecins de référence ne soient plus payés à l'acte, mais en fonction de leur « portefeuille » de clients référencés. En toute logique, c'est sur eux que la contrainte devrait être la plus forte si des résultats veulent être obtenus (8).

Ces contraintes, effectivement fortes pour un grand nombre de personnes souffrant d'affections bénignes, sont la contrepartie de conditions d'exercice plus lâches de la médecine et de la chirurgie dans les cas d'urgence et les pathologies lourdes. Si l'on veut continuer à dépenser pratiquement sans compter pour sauver certaines vies, il faut que la majorité des autres pratiques se fassent en comptant !

La question clé n'est donc, finalement, pas celle des contraintes que subiront les uns et les autres, puisqu'elles sont tout bonnement inévitables, inscrites dans le principe même de l'assurance. Le vrai débat réside dans la façon dont les uns et les autres payeront plus pour leur assurance maladie.

• Le rôle prédominant de la Sécurité Sociale sera-t-il maintenu ? Dans ce cas, il faut d'urgence accroître substantiellement (+ 2 % au moins) la Contribution Sociale Généralisée puisque, ne l'oublions pas, les comptes de la branche maladie sont dans le rouge depuis plusieurs années !

• Une part plus grande sera-t-elle donnée aux mutuelles, les cotisations à leur profit étant donc accrues ? Ceci en imaginant de moduler les cotisations en fonction des charges de famille (elles le font déjà), voire demain des pratiques à risque (sports dangereux, tabagisme....).

• Le patient, éventuellement couvert par une assurance privée personnelle, devra-t-il supporter lui-même une part plus grande des dépenses de santé ?

Le lecteur aura compris qu'il n'y pas de véritable choix possible entre les trois orientations. Chacune décrit une part de ce qui attend les Français. La seule question politique est celle du poids relatif de chacune d'elles. Dans cette perspective, la meilleure réponse aux trois questions clés ne réside-t-elle pas dans un rôle croissant attribué aux mutuelles ? Par leur proximité avec les assurés, par leur capacité à négocier avec les professionnels de la santé, et notamment les grands groupes privés qui gèrent de plus en plus de cliniques en France, les mutuelles ne sont-elles pas les mieux armées pour limiter les gaspillages et rendre politiquement acceptable la hausse inévitable des coûts de l'assurance maladie ?

**Yves Crozet**

(7) Les premiers bilans de la CMU ont montré son effet bénéfique sur l'état de santé des personnes concernées. Conformément à son objectif, la CMU transfère un pouvoir d'achat médical à ses bénéficiaires et ils s'en servent. Cette remarquable initiative d'un gouvernement socialiste va paradoxalement permettre d'envisager la réforme de l'assurance maladie sur des bases plus « libérales », c'est-à-dire en se concentrant sur les questions d'efficacité du système, les questions d'équité ayant été traitées par ailleurs.

(8) S'ils veulent savoir de quoi demain sera fait, et en les priant d'excuser ce rapprochement trivial, les médecins peuvent s'intéresser au sort que les compagnies d'assurance automobiles ont réservé aux... garagistes.