

aussi de militants socialistes ont pu ensemble dénoncer la CSG comme « particulièrement inéquitable » et avancer des propositions alternatives de financement (voir le texte de l'appel dans ce numéro d'*Economie et Politique*). Or il faut se rappeler que l'une des difficultés rencontrée dans la bataille des retraites avait été l'incapacité du mouvement populaire à porter des contre propositions de financement.

Les syndicats, c'est leur rôle, joueront un rôle déterminant dans le développement des luttes sociales face aux projets du gouvernement. Mais la bataille d'idée pour faire grandir des exigences populaires et des solutions alternatives est aussi extrêmement importante. Ce que les parlementaires communistes ont su faire l'an dernier par leur bataille au parlement, peut être amplifié par la proposition faite par Marie George Buffet, au nom du PCF, de multiplier les « Comités locaux de défense et de développement de la Sécu ».

D'autres forces veulent agir dans le même sens. Tant mieux, d'autant que ceux qui cherchent à liquider les principes fondateurs de la Sécurité sociale sont eux aussi actifs et pas seulement dans le camp de la droite et du patronat. Chacun voit bien que nous sommes engagés dans une bataille qui sera rude. Il faut à la fois expliquer toujours et toujours pour démonter les mensonges de ceux qui avancent masqués (ce qui, soit dit en passant, n'est pas une preuve de force). En même temps pour réaliser le rassemblement capable de gagner, il faut, avec tous les intéressés, construire les propositions alternatives capables de sortir de la crise actuelle.

Dernière minute : le ministre lève un coin du voile sur le financement

A ce jour (1^{er} juin 2004), le ministre est obligé de donner quelques chiffres pour crédibiliser un peu sa démarche. On peut ironiser sur les 0,03% de hausse d'une cotisation sur le chiffre d'affaires des entreprises. Mais surtout on retrouve une nouvelle fois la volonté de faire porter l'essentiel des sacrifices sur les assurés sociaux.

Pour s'en tenir au seul exemple des arrêts maladie, il ne s'agit pas de combattre une fraude dont l'ampleur réelle n'a jamais été mesurée, mais de combattre l'idée qu'il est légitime d'arrêter un salarié dont les conditions de travail mettent en danger sa santé. Le ministre ressort la vieille lune de la maîtrise des dépenses de santé dont il espère une économie de 3,5 milliards d'euros, alors que depuis 15 ans cela n'a jamais marché. De même il nous annonce 3,5 milliards d'économie sur les médicaments sans la moindre démonstration de la réalité de ce chiffre.

Il annonce le versement par l'État d'un milliard alors que l'an dernier son prédécesseur a discrètement reversé au budget de l'État les taxes sur le tabac et l'alcool dont la justification officielle de ces taxes est toujours le coût pour l'assurance maladie de l'abus de consommation de ces produits.

En fait le ministre continue à cacher soigneusement l'objectif réel. C'est volontairement que le gouvernement laisse filer le déficit qui lui sert d'argument pour accélérer le démantèlement de la sécurité sociale par un double mouvement d'étatisation et de privatisation. ■

1. Fédération nationale de la mutualité française

2. Conseil supérieur de l'Audiovisuel

3. Agence de régulation des télécommunications

L'avenir de l'assurance maladie

Catherine Mills

Une première analyse du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (janvier 2004)

Présenté comme consensuel, le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie masque la gravité de la crise et le besoin urgent de réformes de progrès social. Il tente d'endormir le débat, tout en faisant passer les réformes régressives programmées ailleurs. Le diagnostic dit partagé est mauvais. Il n'analyse pas les véritables causes structurelles et la responsabilité des politiques de rationnement comptable qui ont asphyxié le système de santé français. Aussi le rapport est-il loin d'amorcer des réflexions permettant de dégager des pistes alternatives.

Une sous-estimation de la crise du système de santé français. Certes, le rapport contient des remarques intéressantes : il souligne que le haut degré de socialisation de la dépense a accompagné la croissance d'un système de soins puissant, que l'état de santé des français s'est amélioré, ainsi que l'espérance de vie sans incapacité. Ce résultat n'aurait pas été atteint sans une prise en charge publique élevée et le Haut conseil avance qu'elle doit être sauvegardée. Mais l'accent est mis sur des dépenses de santé qui augmenteront plus vite que le PIB, progression que n'ont pas inversé les politiques de maîtrise de dépense. Le besoin de financement s'élèvera et il faudra donc augmenter les recettes ; l'assiette salariale, qui évolue en longue période comme la richesse nationale, est jugée robuste, bien

rodée et stable. Cependant, le rapport ignore les réalités de la dégradation de la prise en charge publique. Le taux de remboursement en France a considérablement diminué à partir de 1983 et il est devenu l'un des plus bas, alors que les pays scandinaves notamment ont gardé des taux de couverture voisins de 90%. On masque ainsi les inégalités sociales dans l'accès et les résultats de santé, pour privilégier l'affirmation de comportements laxistes, de consommation et de prescriptions.

Une analyse biaisée des problèmes.

Selon le rapport, la France se situe parmi les pays qui consacrent le plus de leur richesse aux dépenses de soins. Mais si les comparaisons internationales révèlent que si la

France est bien 5^e pour le rapport au PIB de la dépense totale de santé, après les Etats-Unis, la Suisse, le Canada, l'Allemagne, elle n'est actuellement que 11^e de l'OCDE et 9^e de l'Union Européenne pour la croissance de la dépense de santé par habitant, ce qu'omet de rappeler le rapport. De même celui-ci relie-t-il le haut niveau de charges publiques à la croissance de la dépense, alors que les pays scandinaves démontrent au contraire que la gratuité et l'importance d'une prise en charge publique coordonnée peuvent être un facteur d'économie et d'efficacité.

Un niveau de déficit présenté comme insupportable.

Le Pacte de stabilité de l'Union européenne interdit de recourir à l'endettement pour couvrir la croissance des dépenses. On serait donc confronté à un dilemme. Soit on doublerait la CSG pour un prélèvement supplémentaire de 66 milliards d'euros, mais une telle pression sur les prélèvements obligatoires conduirait à un effet d'éviction massif au détriment des autres besoins collectifs. Augmenter les



cotisations, affirme le rapport, assécherait toutes les marges envisageables pour les autres politiques publiques. On est donc dans le cadre de l'analyse néo-classique type : la contrainte sur les dépenses publiques, l'enveloppe limitée imposerait un effet de substitution entre dépenses, comme si l'on pouvait choisir par exemple entre éducation et santé (alors qu'en réalité il s'agit de besoins complémentaires et non substituables). Soit on devrait réduire les remboursements, diminuer de 21 points le taux de prise en charge des régimes de base, de 76% à 55% de la CSBM ; soit on devrait rationner les soins, on renoncerait à permettre grâce à l'assurance maladie le progrès des sciences et techniques médicales. Face à ces options que l'on prétend refuser, on affirme vouloir conserver un système d'assurance maladie solidaire et « plus économe en prélèvements obligatoires ».

Cela passerait par la conjugaison de trois actions. La première viserait à améliorer le rapport qualité-prix, ce qui impliquerait de maîtriser les dérives de l'assurance maladie, de purger le système de ses excès. On souligne toutefois que cela prendra du temps, que les dépenses évolueront plus vite que la richesse nationale, que la dette accumulée, malgré la résorption du déséquilibre financier, serait de 80 milliards d'euros en 2010. La deuxième action viserait à ajuster les conditions de prise en charge, c'est-à-dire à réduire la prise en charge publique. La troisième action serait d'agir sur les recettes. En fait, on n'envisage qu'une augmentation de la CSG au titre qu'elle reposerait sur une assiette large et qu'elle répond au principe de proportionnalité, alors que ceci devrait être critiqué en raison du caractère non progressif de la CSG. Il n'y a pas de débat sur une réforme de l'assiette des cotisations patronales, même si cette idée est évoquée.

Derrière le discours affleurent des propos lourds de gravité marqués par la logique libérale. On retrouve ici la notion de **panier de soins** : il s'agirait de choisir le **périmètre des actes et des produits remboursables**, limité aux biens et services médicaux ayant fait la preuve de leur « sécurité » et de leur « efficacité » selon des critères scientifiques objectifs (définis par qui ?). Il y a en même temps une sous-estimation du problème des médicaments alors que l'on prétend qu'il existe des procédures de contrôle. Le rapport emploie à maintes reprises le **concept d'utilité** dans une acception néo-classique. « Tout ce qui est efficace n'est pas forcément utile » pour mériter d'être admis au remboursement. **Les symptômes bénins ne mériteraient pas d'être remboursés**, avance-t-il, si bien que l'on retrouve la distinction entre petit risque et gros risque dans cette volonté de « mieux cibler les remboursements ».

L'utilisation du **concept d'efficacité** revient à une appréciation micro-économique de l'utilité par rapport au coût. Il s'agirait ici de mesurer si l'utilité de l'acte ou du produit justifie les dépenses supplémentaires. Le rapport reprend la théorie néo-classique d'une optimisation sous contraintes qui imposerait de hiérarchiser les priorités, d'effectuer des arbitrages. Cette de recherche de « l'optimum » dans l'emploi des ressources, préalable à toute proposition d'augmentation des moyens, suppose d'emblée des enveloppes globales limitées.

Le flou du Haut conseil.

On prétend que la qualité des soins rejoindrait la maîtrise des dépenses et que la chasse à la non qualité permettra de réduire les dépenses excessives, injustifiées, ou mal exécutées. Le rapport oublie de dire que le rationnement peut conduire à une telle pression sur le travail des soignants que cela favorise la crise d'efficacité de l'hôpital public et le développement des maladies nosocomiales. Le rapport rappelle la surconsommation de médicaments avec les risques d'interaction médicamenteuse entraînant des hospitalisations pour des accidents « iatrogènes » (350 par jour). Mais aucun travail précis n'est effectué sur l'évaluation des gaspillages et des dysfonctionnements. Il considère que qualité et sécurité vont de pair, et qu'on ne peut systématiquement opposer qualité et proximité, mais propose simplement des instruments de mesure et la mise en place de règles visant à assurer pour tous et partout une qualité de soins. Les accords de bon usage des soins et les contrats de bonne pratique, ajoutant des compléments de rémunération, avec une modulation financière seraient susceptibles de favoriser la qualité. Tout cela apparaît bien vague. Il recommande de mieux utiliser les instruments tarifaires en réhabilitant le principe des tarifs opposables et en utilisant davantage les « **espaces de concurrence sur les prix** ». S'il relève des écarts considérables concernant les rémunérations des professionnels de la santé, des écarts de coût de 10 à 30% entre des établissements hospitaliers publics, de 30 à 40% entre les coûts du secteur public et du secteur privé, cela reste flou. En revanche le rapport avance que la tarification à l'activité ainsi que la réorganisation de l'offre hospitalière va résoudre tous ces problèmes. Cela permet de légitimer les réformes préconisées dans le plan Hôpital 2007.

Le refus d'une amélioration réelle de l'efficacité et des résultats du système de santé en sortant du rationnement comptable.

L'efficacité dans l'emploi des moyens, certes indispensable n'est pas analysée comme une efficacité pour viser l'amélioration des résultats. Si l'on fait allusion au désen-

chantement et à la perte de sens pour de nombreux professionnels de santé, on n'en dégage pas les causes profondes et on ne remet pas en cause le rationnement comptable qui a largement favorisé la crise d'efficacité du système de soins. Derrière un discours vague, on recherche « des efforts d'adaptation et de flexibilité », la remise en cause de « situations acquises ». On regrette la « pesanteur du système à se réformer », on évoque l'action sur l'environnement, sur la vie au travail, les comportements de prévention, mais on ne va pas au bout des affirmations. On avance que « l'efficacité est davantage aujourd'hui une question d'organisation » qu'une question de volume des moyens. Il serait peu scientifique d'évaluer les besoins, il n'y aurait pas de corrélation entre niveau d'équipement et indicateurs de santé. Face aux inégalités territoriales dans la répartition des moyens, il est préconisé des efforts d'organisation ! La réponse, selon le rapport, ne serait certainement pas d'injecter simplement davantage de moyens. Il s'agirait de défauts d'organisation et de coordination et un supplément de ressources n'améliorerait en rien la performance, déclare-t-on. « Les deux axes essentiels de l'efficacité consistent à mieux répartir les moyens, à mieux coordonner leur emploi ». Cependant on peut souligner que les restrictions de l'offre de soins et des moyens alloués, avec des fermetures d'établissements, de services, de lits, ... au nom de la qualité, et de l'organisation, etc., feraient éclater l'efficacité du système de santé. Concernant les soins de ville, on relève certes de fortes disparités d'installation des professionnels, sur-densité à certains endroits, sous-densité dans certaines zones, une chute de la démographie professionnelle. Cependant, le numerus clausus n'est pas dénoncé, tandis qu'on s'interroge simplement sur la nécessité d'une action de l'État pour imposer l'installation de médecins dans certaines zones sinistrées.

En matière d'équipement hospitalier, le rapport regrette la lenteur du redéploiement des moyens ; il critique les obstacles aux recompositions à travers des fermetures ou des fusions. On relève ici la volonté d'aggraver la politique antérieure qui a pourtant mené à la catastrophe. Le rapport reprend les analyses malthusiennes, ainsi « pourquoi 27 CHU géographiquement très proches ? ». Il dénonce le cloisonnement entre les segments de l'activité médicale. Cela fait obstacle à une bonne recomposition de l'offre. Il n'y a, écrit-on, ni articulation, ni substituableté entre secteurs, alors que, selon nous, il s'agirait plutôt de rechercher la complémentarité. Si l'objectif de permanence de soins est affirmé, c'est pour constater que ceci aboutit à privilégier l'hôpital de proximité alors qu'il faudrait éviter de surcharger les urgences en améliorant les soins de ville. Le Haut conseil recommande de casser la coupure entre hôpital et soins de ville et privilégie l'organisation de soins coordonnés en réseaux, ce qui à première vue paraît pertinent, mais il n'est pas précisé de quel type de réseaux il s'agirait...



Des réformes purement institutionnelles et organisationnelles, masquant le besoin urgent de véritables réformes.

Le grand nombre d'acteurs est considéré comme un obstacle. L'enchevêtrement des compétences expliquerait les dérives du système... En réalité, on nous assène un « baratin » techno-bureaucratique sur la « gouvernance ». Dans le contexte de « dérive financière », ni le Parlement, ni le gouvernement, ni les caisses n'exerceraient ni ne disposeraient de responsabilité claire dans la tenue des objectifs de dépense. L'urgence, selon le rapport, serait de mieux répartir les pouvoirs et les responsabilités. La confusion des responsabilités, entre État et CNAM, l'accumulation des organismes et des intervenants au niveau régional seraient une cause décisive des dysfonctionnements du système de soins. L'absence de décideurs identifiés renforcerait les résistances aux réformes. Les schémas de « gouvernance » avancés ici privilégient la délégation de compétence à un acteur précis, avec délégation de pouvoir, de responsabilité. La plupart de ces analyses en termes de défauts organisationnels sont connues de longue date, et ce discours technocratique masque les véritables réformes nécessaires et les causes réelles de dysfonctionnement que l'on refuse d'analyser. On considère pour acquis qu'aucune collaboration efficace n'existerait entre assurance-maladie obligatoire et assurance complémentaire, si bien que l'on retrouve la volonté du rapport Chadelat de développer les assurances complémentaires. Alors que les représentants syndicaux sont opposés aux usagers (non représentés), on ne propose évidemment pas de rétablir les élections des administrateurs à la CNAM.

Une recherche d'articulation, d'organisation, d'information.

L'information des usagers est revendiquée, l'inégalité dans l'information est critiquée ; le partage d'information devrait être la règle, les résultats devraient être publiés, par exemple le taux de réadmission dans un service hospitalier, la fréquence des infections nosocomiales (oui mais avec quelle analyse des causes, et quels moyens pour y remédier outre la fermeture des établissements ?). Ou s'agit-il de faire des coups médiatiques pour faire passer au nom de la transparence la disparition des hôpitaux publics asphyxiés par le malthusianisme ?

Ce rapport évite ainsi de se poser les vrais problèmes : comment soigner, comment développer la gratuité et l'accès aux soins pour les plus modestes, comment réorienter le système vers la prévention, comment articuler et développer à la fois en complémentarité soins de ville et hôpital, comment répondre aux nouveaux besoins d'emploi et de formation, comment sortir des inégalités sociales et régionales de santé, comment répondre aux nouveaux besoins de santé liés notamment au vieillissement, comment sortir de l'asphyxie du système de santé et donc comment financer, en articulant refonte du financement et développement de l'emploi et de la formation ? ■